

Sanidad y dependencia; matrimonio o divorcio

Sergi Jiménez-Martín es doctor en Economía por la Universitat Pompeu Fabra y actualmente es profesor del Departamento de Economía de dicha universidad y director de la Cátedra FEDEA-La Caixa de Economía de la Salud en FEDEA. Sus áreas de especialización son la Microeconomía, la Economía Laboral y la Economía de la Salud. Ha sido director de *Cuadernos de ICE* y editor asociado de la *Spanish Economic Review*. Ha publicado numerosas contribuciones en revistas y monografías internacionales.

Cristina Vilaplana Prieto, doctora en Economía por la Universidad Carlos III, actualmente es profesora del Departamento de Fundamentos de Análisis Económico de la Universidad de Murcia. Tiene diversas publicaciones en acreditadas revistas y ha presentado ponencias en numerosos congresos. Ha obtenido, junto con el profesor Sergi Jiménez-Martín, el Tercer Premio de Investigación Social Caja Madrid en noviembre de 2009. Está especializada en Economía de la Salud y la Dependencia.

Juan Oliva es profesor del Departamento de Análisis Económico de la Universidad de Castilla-La Mancha. Su principal área de especialización es la Economía de la Salud. Ha publicado cincuenta artículos en revistas con proceso de revisión y ha colaborado en una veintena de obras colectivas. Es colaborador del Ministerio de Sanidad y Política Social, varias consejerías de Salud y empresas del sector sanitario.

Sanidad y dependencia; matrimonio o divorcio es el cuarto volumen editado por el Círculo de la Sanidad y, como los tres anteriores, está dedicado a la problemática de la sanidad en España. En concreto, aborda una cuestión de tremenda actualidad, si la atención sanitaria y los servicios sociales funcionarían mejor desde la integración o desde la coordinación.

Para dar respuesta a esta pregunta, Sergi Jiménez-Martín, Juan Oliva y Cristina Vilaplana Prieto, expertos en la materia, realizan un exhaustivo, metódico y riguroso análisis de la situación, sustentado por numerosos y contrastados datos, que aborda desde lo general a lo particular (iniciativas de coordinación sociosanitaria a nivel autonómico).

Para completar y ampliar este enfoque particular, se recogen al comienzo del libro dos visiones diferentes para conseguir dicha coordinación sociosanitaria elaboradas por Pilar Farjas, consejera de Sanidad de Galicia, y Fernando Lamata, consejero de Salud y Bienestar Social de Castilla-La Mancha. Sin duda, dos comentarios críticos que complementan y refuerzan el enfoque objetivo de la publicación.

Sanidad y dependencia; matrimonio o divorcio es un documento de indudable valor que consolida la permanente dedicación y esfuerzo del Círculo de la Sanidad por profundizar en el conocimiento de la sanidad española.

Sanidad y dependencia; matrimonio o divorcio

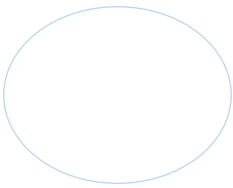
Círculo de la Sanidad

El Círculo de la Sanidad es una asociación de personas físicas acogida a la Ley Orgánica 1/2002, de 22 de marzo. Sus socios ocupan puestos relevantes en empresas del sector sanitario. El Círculo no tiene ánimo de lucro y su objetivo fundamental es el de facilitar y apoyar el acercamiento entre el ámbito sanitario en todas sus facetas y el ámbito empresarial.

Para ello facilita la coordinación entre los empresarios dedicados al sector sanitario en orden al análisis conjunto de los problemas que les son comunes y a la posible definición de las soluciones convenientes. Promueve y apoya el diálogo y la aproximación entre las diversas instituciones sanitarias y el mundo empresarial con el fin de facilitar un mejor y mayor entendimiento de los asuntos y problemas respectivos. Fomenta el intercambio de ideas, análisis y estudios con las instituciones y organismos afines interesados en el desarrollo y mejora del sector sanitario y la atención al paciente; asimismo, organiza encuentros y conferencias con dichas instituciones. Entre sus objetivos se encuentra también el de promover estudios sobre la función que la empresa privada puede y debe cumplir en la mejora del sistema sanitario.

Cuenta con un reducido y restringido número de socios que actúan fundamentalmente a través de reuniones periódicas de su Asamblea General en las que participan todos los socios y a través de las cuales mantiene un contacto permanente con personalidades que ocupan puestos importantes en la sanidad española.

Sanidad y dependencia; matrimonio o divorcio



Edita: Círculo de la Sanidad.

© 2011 SPA, S. L. Antonio López, 249, 1º. Edif. Vértice. 28041 Madrid

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida o almacenada en forma alguna ni por medios mecánicos ni electrónicos, sin el permiso escrito del titular del copyright.

D. L.: M-8754-2011

ISBN: 978-84-95552-98-3

Sanidad y dependencia; matrimonio o divorcio

Atención sanitaria y servicios sociales:
¿una cuestión de integración
o sólo de coordinación?

COORDINADORES

Sergi Jiménez-Martín, Juan Oliva, Cristina Vilaplana Prieto

AUTORES

Sergi Jiménez-Martín

Universidad Pompeu Fabra (Barcelona) y FEDEA

Juan Oliva

Universidad de Castilla-La Mancha

Cristina Vilaplana Prieto

Universidad de Murcia

Emilio Herrera

Enterprising Solutions for Health, S. L. Badajoz

Ingrid Muñoz Mayorga

Enterprising Solutions for Health, S. L. Badajoz

Verónica Martín Galán

Enterprising Solutions for Health, S. L. Badajoz

COMENTARIOS CRÍTICOS

Pilar Farjas Abadía

Consejera de Sanidad de Galicia

Fernando Lamata Cotanda

Consejero de Salud y Bienestar Social de Castilla-La Mancha



Círculo de la Sanidad

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	9
MOTIVACIÓN	15
COMENTARIOS CRÍTICOS	19
Pilar Farjas Abadía	21
Fernando Lamata Cotanda	31
1. INTRODUCCIÓN	51
1.1. Demografía y estado de salud	55
1.2. Concepto de discapacidad y dependencia	56
1.3. Experiencia internacional y española sobre la evolución de la dependencia	58
2. EL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA	65
2.1. Organización y rasgos básicos del SAAD	71
2.2. Reconocimiento de la dependencia y despliegue de las prestaciones	76
2.3. Impacto presupuestario del SAAD	85
2.4. Contribución financiera de los usuarios/copagos	96
2.5. El papel de los cuidados prestados por las familias (cuidado informal)	100
3. ATENCIÓN SANITARIA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA. ANÁLISIS DE LOS RECURSOS SANITARIOS Y DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON LIMITACIONES EN SU AUTONOMÍA	109
3.1. Introducción	111
3.2. Análisis de los recursos sanitarios y de atención social a personas con limitaciones en su autonomía	118
3.2.1. Fuentes de datos	118

3.2.2. Determinación del grado de dependencia	122
3.2.3. Estimación de las prestaciones sociales y de su coste	136
3.2.4. Estimación de las prestaciones sanitarias y de su coste	165
3.3. Conclusiones	212
Apéndice 3.1. Factores de elevación poblacional	215
Apéndice 3.2. Utilización de servicios sanitarios	216
4. UN EJERCICIO SOBRE EL IMPACTO DE PROGRAMAS DE PREVENCIÓN SOBRE LOS COSTES SANITARIOS Y LA DEPENDENCIA	241
4.1. Introducción	243
4.2. Análisis descriptivo de los accidentes a la luz de la encuesta de discapacidad	247
4.3. Un modelo empírico de análisis de prevención de accidentes	258
4.4. Análisis comparativo de costes de las políticas de prevención de la dependencia	270
4.4.1. Escenario A: con políticas de prevención	273
4.4.2. Escenario B: sin políticas de prevención	274
4.5. Conclusiones	283
Apéndice	285
5. DEMANDAS SATISFECHAS Y NO SATISFECHAS DE PRESTACIONES SANITARIAS, SOCIALES Y TÉCNICAS	289
5.1. Introducción	291
5.2. Prestaciones sanitarias	292
5.2.1. Grado de dependencia	292
5.2.2. Demandas sanitarias no satisfechas	292
5.2.3. Motivos de las demandas no satisfechas	294
5.2.4. Demandas no satisfechas y tamaño del municipio	296
5.2.5. Demandas no satisfechas y recursos económicos insuficientes	298
5.3. Prestaciones sociales	302
5.3.1. Grado de dependencia	302
5.3.2. Demandas sociales no satisfechas	302
5.3.3. Demandas no satisfechas y motivos de las demandas no satisfechas	302
5.3.4. Demandas no satisfechas y tamaño del municipio	306
5.3.5. Demandas no satisfechas y recursos económicos insuficientes	306

5.4. Prestaciones técnicas	309
5.4.1. Grado de dependencia	309
5.4.2. Edad	312
5.4.3. Tamaño del municipio de residencia	312
5.5. Relación entre demandas sanitarias y demandas sociales	313
5.5.1. Edad	313
5.5.2. Número de demandas no satisfechas	317
5.5.3. Correlaciones entre demandas sanitarias y sociales satisfechas	317
5.5.4. Correlaciones entre demandas sanitarias y sociales no satisfechas	320
5.6. Demandas sanitarias, sociales y técnicas no satisfechas	329
5.6.1. Edad	329
5.6.2. Grado de dependencia	329
5.6.3. Tamaño del municipio	331
5.7. Conclusiones	334
6. SITUACIÓN DE LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA EN ESPAÑA	337
6.1. Introducción	339
6.2. Estrategias y medidas para construir y consolidar la coordinación sociosanitaria	342
6.3. Realidad actual de la coordinación sociosanitaria en España	348
6.3.1. Evolución de conceptos, principios y marcos normativos	348
6.3.2. Iniciativas a nivel central	354
6.3.3. Iniciativas a nivel autonómico	358
6.4. Dificultades actuales para la consolidación de la coordinación sociosanitaria	384
6.5. Conclusiones	391
7. PRINCIPALES CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	393
7.1. Principales conclusiones	395
7.2. Recomendaciones y propuestas	403
7.2.1. Bloque de financiación	403
7.2.2. Bloque de provisión de servicios	404
7.2.3. Bloque de investigación y evaluación	408
7.2.4. Bloque de coordinación/integración	409
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	415

PRESENTACIÓN

Me cabe el honor de presentar, como presidente del Círculo de la Sanidad, el cuarto volumen de lo que ya va constituyendo la colección de libros azules, toda ella dedicada a la problemática que plantea la sanidad en España. El Círculo y todos sus socios nos sentimos especialmente orgullosos al consolidar con esta publicación más de nueve años de vida y una permanente dedicación, en la medida de nuestras fuerzas, a la mejora de nuestra sanidad desde una asociación que pretende contribuir a aumentar la participación de la sociedad civil en el devenir de nuestra sociedad.

Con esta publicación cumplimos uno de los objetivos del Círculo, como es el de promover estudios sobre la función que la empresa privada puede y debe ejercer en la mejora de nuestro Sistema Nacional de Salud. Intentamos aportar al mismo un mejor conocimiento y una mayor transparencia que permita una correcta evaluación de todas sus actividades, para que puedan introducirse en ellas con suficiente conocimiento de causa todas las rectificaciones y cambios que puedan contribuir a su mejora.

Siempre que nos hemos encontrado ante la necesidad de definir el objetivo de nuestra próxima publicación, en el Círculo ha sido permanente la preocupación por tener muy presente lo que podría ser de mayor actualidad en nuestro sistema sanitario en el momento en el que se iba a proceder a desarrollar el tema seleccionado, y al mismo tiempo ha sido también objeto de una especial atención la búsqueda de un título que de forma concisa, y si se quiere también llamativa, atrajera desde el principio el interés de los lectores.

Desde la aprobación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, ha sido manifiesto el interés de los diversos gobiernos autonómicos por tratar de ver cuál era la forma más adecuada de combinar dos aspectos que sin duda tienen una extraordinaria importancia para el ciudadano y que son la sanidad de una parte y la atención social de otra. En consideración a esa circunstancia, entendimos en el Círculo que el objetivo de nuestra cuarta publicación, cuando ya casi alcanzamos los diez años de existencia, debería ser aportar la mayor información posible para que esa relación entre sanidad y dependencia pudiera estructurarse de la mejor manera para conseguir el resultado más eficiente.

El trabajo era importante porque en principio requería fundamentalmente un acopio de datos y de informaciones dispersas y difíciles, porque así como la sanidad disponía y dispone ya de datos precisos y contrastados, en muchos casos no ocurre lo mismo con el mundo de la dependencia. Esta situación, en consecuencia, reclamaba la colaboración de un equipo experto en estas materias objeto del trabajo, y por ello solicitamos el concurso del profesor Sergi Jiménez-Martín, de la Universidad Pompeu Fabra, quien, acompañado de su equipo, compuesto por Juan Oliva, Cristina Vilaplana Prieto, Emilio Herrera, Ingrid Muñoz Mayorga y Verónica Martín Galán, podía en nuestra opinión realizar el trabajo.

Por otra parte, entendíamos que el trabajo que proponíamos era particularmente conveniente para que los distintos gobiernos autonómicos pudieran, a la vista de sus especiales circunstancias y de la información que se les suministra en esta obra, decidir la forma más adecuada para que una coordinación a todas luces necesaria tenga lugar en las mejores condiciones.

El estudio pone de manifiesto la seriedad y la profundidad con la que el equipo redactor ha afrontado el reto y facilita multitud de datos e informaciones indudablemente interesantes en orden a resolver la problemática de una coordinación cuya necesidad pienso que es compartida por todos. La palabra coordinación se repite con mucha frecuencia a lo largo del mismo y, en consecuencia, no tiene sentido alguno ponerla en cuestión. Lo que sí es cuestionable es la forma y el modo en el que esa coordinación puede concretarse al decidir estructuras de organización

necesarias para montar y perfeccionar unos servicios que proporcionen la mejor atención al ciudadano. Una organización por sí sola, por muy bien definida que esté en su planteamiento, no puede aportar por sí misma la calidad de determinados servicios, pero es evidente que una mala organización hace imposible la consecución de un objetivo dentro de los límites de eficacia, eficiencia y calidad que deberían cumplir todas las organizaciones de la administración pública y muy especialmente aquellas como la sanidad y la dependencia que afectan a la parte más sensible de los ciudadanos, como es su salud y su bienestar.

La forma en que los gobiernos autonómicos han encarado los problemas de coordinación desde un punto de vista organizativo ha sido distinta, y precisamente por ello hemos solicitado el concurso de dos destacados consejeros, doña Pilar Farjas, consejera de Sanidad de la Xunta de Galicia, y don Fernando Lamata, consejero de Salud y Bienestar Social de la Junta de Castilla-La Mancha, quienes han tenido la amabilidad de aceptar nuestra petición y realizar los dos comentarios críticos al estudio que, siguiendo el formato de anteriores ediciones, encabezan este trabajo. Se recogen de esta forma dos opiniones que, aun siendo diferentes desde el punto de vista de organización, tienden a conseguir el mejor resultado a través de planteamientos que pretenden alcanzar la coordinación mediante fórmulas diversas.

En el mundo de la empresa pensamos, quizás con una visión demasiado simplista en ocasiones, que la mejor coordinación entre iguales o parecidos surge siempre de la existencia de un jefe común. Este jefe, en este caso, o es el consejero o es el presidente de la comunidad; importaría saber, en definitiva, quién dispone de más conocimiento, más tiempo y más autoridad para hacerlo mejor y cuál es la problemática de partida que las dos instituciones a coordinarse tienen para poder decidir adecuadamente y para ello, a nuestro juicio, el estudio realizado por Sergi Jiménez-Martín y su equipo y los comentarios críticos que tan amablemente nos han facilitado Pilar Farjas y Fernando Lamata contienen aportaciones y criterios de indudable valor.

Si la consideración de la coordinación y la eficacia resulta en todo caso muy importante, lo es mucho más en un momento como el que atraviesa España, en el que una situación económica y social extraordinariamente

te preocupante nos obliga a un ejercicio de austeridad colectivo y nos va a imponer sacrificios muy notables durante bastante tiempo. La sanidad y la dependencia son componentes esenciales del estado de bienestar, pero el estado de bienestar no es algo que se consigue a base de elecciones, de manifestaciones grandilocuentes o de radicalismos apriorísticos, sino que se alcanza día a día a través del esfuerzo, la constancia, el trabajo, la eficacia y la solidaridad, pero teniendo siempre los pies bien asentados en la tierra para no caer en aquello que diría el clásico de “lo que no puede ser no puede ser y además es imposible”, que se entiende con mucha facilidad pero cuya correcta aplicación parece que presenta dificultades a veces insalvables.

Las extraordinarias dificultades económicas que atraviesa nuestra sanidad en la inmensa mayoría de las autonomías, por no decir en todas, y las deficiencias y carencias en la financiación de la Ley de Dependencia, requieren en primer lugar un planteamiento realista que fije como punto de partida el conocimiento exacto y preciso de la realidad del estado financiero de cada una de las autonomías y de la Administración del Estado central en lo que a financiación de estos dos extraordinarios capítulos se refiere. Es imprescindible contar con la transparencia y corrección necesarias que permitan no sólo el conocimiento real sino las comparaciones homogéneas, y que el sistema no se base en habilidades financieras, las mal llamadas ingenierías, porque la ingeniería es otra cosa. La ambición ilimitada, no sólo de dinero sino también de poder, especialmente al amparo de una coyuntura muy favorable, ha provocado fracasos estrepitosos porque convierte la financiación en un ejercicio de habilidades milagrosas que suelen terminar de forma brusca y en ocasiones catastrófica.

No es posible que haya autonomías cuyos gastos sanitarios se estén pagando con más de dos años de retraso; no es posible que se hagan inversiones imposibles de pagar a través de fórmulas financieras que a la postre significan que intentaremos pagar mañana lo que seguro no podemos pagar hoy y es muy posible que mañana tampoco; no es justo que nuestro estado de bienestar se convierta en un estado de malestar para nuestros hijos o nuestros nietos.

La necesaria financiación de todas las leyes que pueda aprobar el Parlamento, precisamente establecida y resuelta al mismo tiempo que se

aprueba la ley, es una condición *sine qua non* para que los avances sociales no se conviertan en puras promesas electorales no cumplidas o en compromisos que graven de forma asfixiante a futuras generaciones, cuando no en planteamientos que a la larga nadie va a querer financiar, porque la solvencia de quien necesita la financiación no está ni medianamente asegurada.

España ha experimentado a lo largo de los últimos años un avance extraordinario en muchos aspectos, pero tenemos muchos defectos y cuando dejemos de felicitarnos por nuestros éxitos, en vez de autocriticarnos en un ejercicio de puro masoquismo, habremos de dedicarnos con ahínco, esfuerzo, constancia y austeridad a conseguir dominar o minimizar esos defectos, con el fin de salir de situaciones como la presente, en la que es evidente que no podemos seguir durante mucho tiempo si queremos evitar un daño social acaso irreparable.

El simple hecho de que el rendimiento de los esfuerzos económicos en dependencia, en definitiva en salud pública, es extraordinariamente más alto que el rendimiento de los esfuerzos en sanidad debe hacernos pensar para que prestemos a cada una la atención que merece y mucho más cuando los medios, como ocurre en el presente, son manifiestamente insuficientes. El que sea mucho más espectacular un trasplante múltiple que el que un número muy importante de españoles deje de fumar debe hacernos pensar que acaso esos trasplantes se están pagando con los impuestos generados por el tabaco comprado por esos miles de fumadores que acaban en parte sus días afectados por un cáncer de pulmón.

Pensando en los votos, y a corto plazo, la salud da muchos menos que la sanidad, pero va siendo hora de que en España los votos ocupen el lugar que se merecen y no condicionen algunos aspectos esenciales de nuestra vida social, forzándonos a abandonar políticas de largo y medio plazo extraordinariamente rentables por el simple hecho de que no permiten la comparación con otras mucho menos rentables pero que, sin embargo, a corto plazo pueden ofrecer éxitos espectaculares que se convierten fácilmente en votos favorables.

Yo no quisiera terminar sin agradecer en primer lugar a los autores del trabajo el esfuerzo que han hecho para proporcionarnos una base muy

sólida sobre la que tratar de edificar una auténtica y eficaz convivencia entre sanidad y dependencia a todas luces necesaria, y lo quiero reconocer especialmente. Capítulo aparte merecen los comentarios de Pilar Farjas y Fernando Lamata, desde dos puntos de vista distintos, desde dos autonomías diferentes, desde dos partidos políticos distintos y desde dos estructuras administrativas también diferentes; sin embargo, las coincidencias en muchos aspectos de las consideraciones que realizan en sus comentarios son muy importantes.

A veces cuesta entender por qué discutimos tanto unos y otros si en realidad, cuando nos ponemos a escribir y razonar, nuestras posiciones son por lo general mucho más próximas. Las dos aportaciones que hacen ambos consejeros me parecen extraordinariamente importantes y creo que requieren una lectura serena para tratar de sacar las conclusiones adecuadas. Ambos son personas de larga experiencia en el tema y atesoran profundos conocimientos profesionales; en consecuencia, sus opiniones merecen a mi juicio ser tenidas muy en cuenta. Quiero hacerles llegar a ambos el agradecimiento del Círculo por haber tenido la amabilidad de aceptar nuestra petición y realizar sus comentarios.

Juan Ignacio Trillo y López-Mancisidor
Presidente del Círculo de la Sanidad

MOTIVACIÓN

En el inicio del nuevo siglo, España partía de bajos niveles de gasto en protección social asociados a cuidados de larga duración en comparación con otros países europeos. La familia seguía jugando un papel predominante como principal red de protección para satisfacer las necesidades de las personas en situación de dependencia, mientras que la actuación del sector público era de carácter subsidiario. Las proyecciones demográficas (envejecimiento poblacional), unidas a los cambios sociales acaecidos en las últimas décadas (reducción del tamaño familiar, incorporación creciente de la mujer al mercado laboral...), amenazaban seriamente la sostenibilidad futura de este sistema en unas décadas.

En este contexto, a finales del año 2006 se aprobó en España la denominada Ley de Dependencia, que supone la creación del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (SAAD). Las dificultades en el nacimiento del SAAD, en parte ligadas a la crisis económica, pero ya visibles antes incluso (problemas de gestión y coordinación, de formación de capital humano e incluso de disputa política), no han escapado a la percepción de analistas y expertos, como tampoco lo han hecho a la de las personas directamente afectadas (personas con limitaciones en su autonomía y sus familiares) y a la ciudadanía en general.

Un tema que no es en absoluto menor en el desarrollo del SAAD es el grado de coordinación, el existente y el deseable, entre los sistemas de atención sanitaria y de asistencia social formal como soporte al papel central que ha venido desempeñando hasta el momento la familia (atención informal). Hasta el momento, la percepción es que la coordinación no ha sido fuerte y que el ámbito sanitario y el sector de los servicios sociales han tratado de forma separada problemas comunes de salud.

Por ello, el objeto del presente estudio se centrará en el análisis de las interrelaciones entre ambos sistemas. Para ello es necesario partir de una descripción de los recursos del sistema de apoyo social, de su organización, de las prestaciones que proporciona a las personas con limitacio-

nes en su autonomía y de los costes previsibles del SAAD en un medio plazo, el papel de las familias en la atención a personas con limitaciones en su autonomía.

A continuación, se tratará de responder a cuestiones relativas al grado de complementariedad, sustituibilidad o independencia entre los recursos sanitarios y de apoyo social; si existe o no eficiencia económica y eficiencia organizativa a partir de la consideración de una perspectiva global común; cuáles son las necesidades percibidas y demandadas por las personas cuya autonomía está limitada, y cuáles son satisfechas y cuáles no, y cuáles son los principales programas desarrollados en España en materia de coordinación o integración de los sistemas de atención social y atención sanitaria.

Lógicamente, dado su objetivo, la obra recoge una serie de conclusiones extraídas de los capítulos desarrollados y expone una serie de recomendaciones con objeto de dotar de información relevante a los responsables públicos y privados en el proceso de toma de decisiones, siempre persiguiendo el objetivo de que las personas con limitaciones en su autonomía personal reciban una atención de calidad que permita cubrir sus necesidades, en un marco compatible con la sostenibilidad financiera del sistema.

ESTRUCTURA DE LA OBRA

El libro comienza poniendo de relieve la relevancia de la promulgación de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (Ley de Dependencia a partir de ahora) dado el escenario demográfico de los próximos años (capítulo 1). Asimismo, se definen los conceptos de discapacidad y dependencia, claves para avanzar en el resto de la obra, y se describe la experiencia internacional y española sobre la evolución de la dependencia.

El capítulo 2 describe el sistema de atención a la dependencia español partiendo de la organización y los rasgos básicos del SAAD, las dotaciones de los servicios sociales en el nacimiento del sistema y su despliegue actual, el impacto presupuestario que está suponiendo el SAAD, sin olvidar el papel clave de los cuidados prestados por las familias (cui-

dadores informales) en la atención a personas con limitaciones en su autonomía.

El capítulo 3 se dedica a analizar los recursos sanitarios y de atención social prestados a personas con limitaciones en su autonomía. Utilizando encuestas de ámbito nacional, se realiza no sólo una estimación monetaria de dichos recursos en la población de 65 y más años, sino que se estima el gasto por grado de dependencia, lo cual permite estimar el aumento del gasto correspondiente al paso de una situación de no dependencia a una de dependencia. O, si se prefiere, el ahorro en recursos que supone prevenir dicho evento.

El capítulo 4 incide en esta idea al proponer un ejercicio de análisis sobre el impacto que pueden tener los programas de prevención de accidentes. Los resultados del análisis ponen de manifiesto los potenciales efectos positivos de programas de salud pública en la prevención de riesgos para la salud y en el ahorro de recursos sanitarios y sociales.

El capítulo 5 se dedica al estudio de las demandas satisfechas y no satisfechas de prestaciones sanitarias, sociales y técnicas. Los resultados indican que las personas no dependientes y las personas dependientes en grado moderado presentan mayores tasas de no satisfacción en relación con los servicios sanitarios, mientras que las personas dependientes severos y los grandes dependientes se muestran más insatisfechos con los servicios sociales.

Los capítulos 3, 4 y 5 realizan un análisis empírico basado en las encuestas nacionales más relevantes sobre la salud y la dependencia. No obstante, también ponen de relieve la ausencia de encuestas y bases de datos accesibles a investigadores que permitan un estudio integral del estado de salud, entorno familiar, atención social, sanitaria y familiar.

Ello sin duda influye en el planteamiento del capítulo 6, dedicado a la situación de la coordinación sociosanitaria en España, donde se revisan los cambios normativos y los planes y actuaciones más importantes acometidos en España en los últimos años en la promoción de la autonomía y atención a la dependencia. El análisis se realiza de manera descriptiva y no global, toda vez que no existen bases de datos ni un documento que

recoja de manera sistemática las buenas prácticas que se están llevando a cabo en todas las comunidades autónomas.

El libro se cierra con el capítulo 7 que engloba, cumpliendo a su vez el papel de resumen ejecutivo, un bloque de las conclusiones alcanzadas a partir de los análisis empíricos y descriptivos desarrollados en los anteriores capítulos y un bloque con una serie de recomendaciones y propuestas a los planificadores públicos organizadas en cuatro apartados: financiación, provisión de servicios, investigación y evaluación, y coordinación/integración, con objeto de promover el debate sobre el diseño de políticas que nos permitan avanzar en la consolidación de un sistema de promoción de la salud y de atención de la enfermedad y la discapacidad eficiente, equitativo y sostenible.



Comentarios críticos

COMENTARIO CRÍTICO

Pilar Farjas Abadía

Consejera de Sanidad de Galicia

La experiencia histórica de cada territorio y cada comunidad suele marcar su futuro organizativo, y no sólo en la comunidad sino también en el país. Por tanto, la propia evolución de los niveles organizativos sanitarios y sociales suele ser el resultado de su historia reciente, en la que influyen tanto el tipo de prestación sanitaria como la financiación pública o concertada, la colaboración del tercer sector, la evolución de la Atención Primaria, el desarrollo de los servicios sociales, etc.

Por otra parte, debemos tener en cuenta que la definición del modelo de gestión de la atención sociosanitaria no suele ser fruto de un análisis electivo por parte de los gestores y legisladores, sino que en su formulación influye la experiencia de los mismos y el desarrollo de las acciones que se hayan llevado a cabo en cada territorio.

El alto grado de desarrollo organizativo, técnico y de especialización de la sanidad; los criterios que la rigen de gratuidad y universalidad en el acceso a su cartera de servicios; la diferenciación del sistema de financiación, así como la complejidad organizativa y de atención de procesos dota al sistema sanitario y a los servicios de salud de las comunidades autónomas de un nivel de especificidad y complejidad no comparable con el del sistema de asistencia social.

La existencia de diferentes sistemas organizativos con grados de madurez dispares; distintos marcos legales de definición de derechos, cartera de servicios y vías de reconocimiento; variados regímenes de personal y retributivos, en una situación de graves incertidumbres sobre la capacidad de cobertura financiera real de la atención a la dependencia, gene-

ran un entorno de riesgos que en la mayoría de los casos orienta a la diferenciación de la atención sanitaria y de la atención social como dos sistemas independientes.

Partiendo de estas premisas, nuestra experiencia nos orienta hacia la necesidad de organizar un modelo de *coordinación sociosanitaria* que defina y establezca puentes entre ambos sistemas asistenciales; fundamentada esencialmente en que los servicios y profesionales sanitarios están muy formados y están especializados en la atención sanitaria, y en que los servicios de atención social son expertos, esencialmente por su formación, en las prestaciones sociales.

Así, creemos que es necesario abordar de forma decidida la planificación de la organización de los servicios sociales y sanitarios para conseguir **un sistema de atención único y compartido entre las dos redes de servicios: la social y la sanitaria.**

Consideramos que una diferenciación clara de los servicios sanitarios y sociales, así como de sus actividades y mecanismos de comunicación, facilita la coordinación sociosanitaria y sobre todo la búsqueda de la complementariedad de los recursos con el fin de evitar duplicidades, la creación de recursos sanitarios dependientes de servicios sociales, como por ejemplo ocurre con residencias asistidas que disponen de asistencia sanitaria, o la atención social prestada por los recursos sanitarios.

La falta de definición de las vías de derivación y coordinación con los servicios sociales es una de las causas de estancias inadecuadas y prolongadas en los hospitales debido a la necesidad de cuidados sociales por la dependencia; de la creación paralela de recursos sociosanitarios en el ámbito sanitario semejantes a las residencias asistidas de servicios sociales para paliar estas estancias inadecuadas; y de la institucionalización excesiva de los usuarios por la falta de coordinación en la atención domiciliaria de los servicios sociales y sanitarios o por la escasa integración en los servicios sociales de usuarios clásicamente apartados de los sistemas sanitario y social, como los enfermos mentales.

Como comentaremos a continuación esto se evitaría:

- Clarificando las acciones y actividades de cada servicio.

- Intercambiando los recursos, así como su financiación.
- Definiendo las vías de acceso a los recursos sociales y sanitarios para usuarios de perfil sociosanitario, de manera que obligue a la coordinación y planificación conjunta con asistencia sanitaria.

De esta manera, evitaremos la creación de recursos sociosanitarios y otros tipos de atención de forma inconexa, tanto por parte de los servicios sociales como de los sanitarios, como está sucediendo. Debemos evitar que **el concepto y el término sociosanitario** sean utilizados por los servicios sociales y por los servicios sanitarios para designar actividades y recursos diferentes, con algunos puntos en común pero sin criterios claros, lo que conduce a una situación de confusión en este concepto y en la utilización del término.

Creemos, pues, que promoviendo su diferenciación y evitando solapamientos de funciones se conseguiría una coordinación efectiva y una definición clara. Sanidad aportaría sus profesionales y su experiencia sanitaria, *complementando* siempre la cobertura por parte de los servicios sociales de las necesidades propias en este ámbito de los individuos que definimos con un perfil sociosanitario.

PROPUESTA PARA ABORDAR EL RETO DE LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA

Análisis de la situación

El aumento de la demanda de cuidados profesionales sociales y sanitarios para hacer frente a las necesidades de atención de las personas en situación de dependencia ha generado desde hace años la necesidad de reformular los sistemas de financiación, gestión y distribución de recursos destinados a este colectivo.

Las diferentes fórmulas para abordar las respuestas sociosanitarias ocupan un lugar prioritario y ponen de relieve la importancia de aplicar conceptos como coordinación, integración, colaboración y, quizás el más preciso desde nuestro punto de vista, la complementariedad, que aparecen en múltiples niveles de intervención, entre profesionales, instituciones sociales y sanitarias, iniciativas sociales, públicas y privadas, diferentes categorías de recursos, etc. Este concepto de coordinación sociosanitaria

pretende facilitar la accesibilidad a los diferentes servicios y garantizar o facilitar la continuidad de los cuidados.

El modelo que proponemos para abordar el reto de realizar una prestación sociosanitaria adecuada, de calidad y eficiente, es apostar por y realizar una *diferenciación clara* entre los servicios sanitarios y los servicios sociales, creando una figura intermedia de coordinación sociosanitaria, tanto en el ámbito técnico como en el institucional, que ha de ayudar a responder a las necesidades de la población más vulnerable y a favorecer los circuitos de comunicación y de gestión de recursos.

Se deben definir las responsabilidades y competencias que cada cual debe asumir y, por tanto, los servicios a ofertar desde su sector, entendiendo que *los servicios sanitarios son competencia de sanidad y los de atención a la dependencia lo son del sector social* y que la delimitación de competencias de cada sector permitirá una atención integral, resultado de **la suma eficiente** de servicios coordinados para evitar la duplicación y, al mismo tiempo, la organización en procesos intersectoriales dentro de un sistema general centrado en las necesidades tal y como las vive el ciudadano.

Actuaciones sanitarias

Su objetivo es la curación del paciente o la rehabilitación de las funciones perdidas en caso de no poder conseguir su curación. Están condicionadas por las demandas crecientes en pacientes con distintos grados de dependencia por el aumento de necesidades de atención en enfermos con:

- Patologías crónicas con gran dependencia y aumento de la supervivencia.
- Pacientes en situación clínica con necesidades de atención paliativa.
- Pacientes con trastornos cognitivos.
- Enfermos con problemas mentales graves de curso crónico que requieren una adecuada atención sociosanitaria.

Estas necesidades están transformando nuestro sistema sanitario de tal manera que se han generado nuevas alternativas asistenciales:

- Unidades de corta estancia.
- Unidades de atención a domicilio.

- Unidades de continuidad de cuidados.
- Unidades de larga estancia.
- Hospitales de día.
- Programas de atención de enfermería desde Atención Primaria.

Por otra parte, entendemos que la Atención Primaria es el primer nivel de atención, verdadera puerta de entrada al sistema sanitario, y en el que es necesario resolver la mayor parte de los problemas de salud de la población y llevar a cabo su seguimiento.

Los equipos de Atención Primaria son el núcleo básico de la atención sanitaria. Desarrollan su tarea aplicando criterios de atención integral, es decir, tratando los diferentes aspectos que afectan a la salud de las personas de forma longitudinal. Por estas características, son el núcleo privilegiado de información, y han de ser el elemento clave de la coordinación de los diferentes recursos sanitarios y sociales. Las personas usuarias tienen contacto con distintos servicios y recursos del sistema sanitario: el punto estable de contacto y seguimiento es, sin duda, la Atención Primaria.

Por tanto, para posibilitar la efectividad de la coordinación sociosanitaria, se hace imprescindible el refuerzo de la Atención Primaria potenciando unas líneas clave de actuación:

- Reforzar el papel de enfermería.
- Potenciar la atención domiciliaria planificada, preventiva, detectando a los individuos vulnerables y programando las visitas de forma periódica.
- Favorecer los cambios organizativos que permitan:
 - Mejorar la calidad de la atención,
 - La formación de los profesionales.
 - La integración efectiva con la Atención Especializada.

El seguimiento de los pacientes durante el ingreso hospitalario.

- El *feed-back* entre los profesionales.
- La referencia clara, tanto para los usuarios como para los profesionales hospitalarios, de los profesionales de la Atención Primaria como sanitario de cabecera, de confianza y que conoce de forma integral al paciente.

Otro pilar básico es la formación de los cuidadores en aspectos sociales y sanitarios. Tradicionalmente, la implicación de los familiares solía ser efectiva por los lazos de afectividad que promueven la búsqueda de conocimiento para la prestación de los cuidados. Hoy en día, los cambios sociales, la prolongación de la vida media de las personas, conllevan la necesidad de una formación proactiva por parte de las instituciones a través de la educación sanitaria o de las escuelas de formación de cuidadores. Y tanto mediante la realización de cursos de formación y entrenamiento específicos, como por la transmisión de la información y formación por parte de los profesionales sanitarios, durante los ingresos hospitalarios o la asistencia sanitaria que realizan en los domicilios.

Actuaciones sociales

Deberán cubrir las relacionadas con la atención a la dependencia, de tal forma que se dé cobertura a las personas que, por razones ligadas a la falta de autonomía física, psíquica o intelectual, tengan necesidad de asistencia y/o de ayudas importantes para realizar la actividad cotidiana de la vida diaria y, en particular, la referente a su propio cuidado personal. Por tanto, cubrir la necesidad de cuidados por parte de un tercero.

La dependencia puede entenderse así como el resultado de un proceso que se inicia con la aparición de un déficit en el funcionamiento corporal como consecuencia de una enfermedad o accidente. Cuando esta limitación no puede compensarse mediante la adaptación del entorno, provoca una restricción que se concreta en la dependencia de la ayuda de otras personas para realizar las actividades de la vida cotidiana.

La evidencia empírica disponible pone de manifiesto que existe una estrecha relación entre dependencia y edad, pues el porcentaje de individuos con limitaciones en su capacidad funcional aumenta conforme consideramos grupos de población de mayor edad. Existe una edad (alrededor de 80 años) en la que dicho problema se acelera notablemente. No es extraño por ello que la dependencia se vea como un problema estrechamente vinculado al envejecimiento demográfico y que algunas veces, en una visión reduccionista, se tienda a considerar como un fenómeno que afecta sólo a los mayores, cuando en realidad la dependencia recorre toda la estructura de edades de la población.

La dependencia puede aparecer en cualquier momento de la vida, y es posible prevenirla fomentando hábitos de vida saludables y asegurando el tratamiento precoz de las enfermedades crónicas.

Atención sociosanitaria

El reto para nuestra sociedad es poder proporcionarle a nuestros ciudadanos la mejor atención. Será posible abordarlo en la medida en que sepamos utilizar todos los recursos existentes, y trabajar de forma conjunta los agentes implicados para idear, crear y gestionar los nuevos que sean necesarios.

La prestación sociosanitaria se define en el artículo 14 de la Ley 63/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud como “la atención que comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social”.

Asimismo, la Ley contempla que, en el ámbito sanitario, la atención sociosanitaria se llevará a cabo en los niveles de actuación que cada comunidad autónoma determine y comprenderá:

- Los cuidados sanitarios de larga duración.
- La atención sanitaria a la convalecencia.
- La rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

La coordinación interinstitucional se convierte en el elemento básico del modelo de atención sociosanitaria dada la existencia de dos espacios, el social y el sanitario, con gran solapamiento entre ellos, que intervienen en la atención a las personas desde una concepción de integridad y continuidad de los cuidados. La coordinación efectiva de los dos sistemas será la base de la atención sociosanitaria.

Pero actuar conjuntamente requiere un acuerdo fruto de la negociación y el consenso, condiciones que, también debemos reconocer, dificultan la agilidad de los sistemas y la necesaria puesta en común.

Para superar estas dificultades, esta coordinación se podría materializar en la creación de un consejo de atención sociosanitaria, de ámbito auto-

nómico, y de los consejos territoriales en las áreas sanitarias o demarcaciones territoriales asistenciales. Estos actuarían como puente entre los sistemas sociales y sanitarios, con capacidad de decisión y regulación jurídica específica. Serán quienes definan y planifiquen las necesidades de recursos necesarios para la implantación del modelo de atención socio-sanitaria, y determinen los criterios de participación de los usuarios en la cobertura del coste de los servicios personales recibidos.

Para el buen funcionamiento de la coordinación sociosanitaria es importante considerar los siguientes aspectos esenciales:

1. Tanto en el área social como sanitaria, los expertos deben promover la formación de los profesionales de su campo, de tal forma que se adapten a los nuevos modelos de atención, a los derechos de información de los pacientes, de participación en las decisiones de atención sanitaria y de tratamiento, a las necesidades de transmisión de la información, para favorecer así la implicación y participación de la familia en el cuidado del paciente, y evitar el “paternalismo” sanitario mal entendido y la exageración en la pretensión de que los facultativos son los únicos concededores de la prestación de cuidados.

También es muy importante la formación de los profesionales de atención a personas con dependencia vinculados a los servicios sociales, pues su cualificación y formación continuada influyen en los cuidados diarios de los pacientes y, por tanto, en la prevención de patologías típicas de los pacientes de perfil sociosanitario como las úlceras de decúbito, las infecciones respiratorias por falta de hidratación y cuidados, la deshidratación en ancianos, la alimentación inadecuada, etc.

2. Fomentar hábitos de vida saludables desde salud pública y orientar hacia la prevención de recaídas en los enfermos crónicos, así como su tratamiento temprano, coordinándose de forma efectiva la Atención Primaria y la Hospitalaria.
3. Formar a los ciudadanos. Dado el importante papel que desempeñan numerosos cuidadores, formales e informales, todos los esfuerzos encaminados a facilitar su labor repercutirán directamente en el desarrollo positivo de todo el sistema, aumentando la calidad última de la atención y fomentando grados mayores de eficiencia. Es preciso el

reconocimiento continuado de la labor que desarrollan los cuidadores, así como medidas explícitas de apoyo mediante la formación y el soporte necesario en cada momento. El objetivo principal debe ser formar a pacientes, familias y ciudadanos en materia de salud para mejorar su toma de decisiones en el proceso salud-enfermedad. Informar y formar a pacientes, cuidadores y ciudadanos, con el fin de mejorar su calidad de vida en su entorno familiar.

4. Crear estructuras coordinadoras como las *comisiones*, que desarrollen el conjunto de acciones encaminadas a ordenar los sistemas sanitario y social para ofrecer una respuesta integral a las necesidades de atención sociosanitaria que se presentan simultáneamente en las personas que padecen situaciones de dependencia.
5. Desarrollar e impulsar de forma coordinada sistemas de información comunes, necesarios para el adecuado funcionamiento de la atención sociosanitaria. La existencia de un sistema fiable de información, sin duda, facilitará la planificación y la atención homogénea y coherente.
6. Promover y facilitar la suficiente colaboración formal entre profesionales sanitarios y sociales. Pese a que las experiencias de colaboración estructurada y no estructurada entre profesionales son numerosas, no podemos calificarlas como plenas. Esta colaboración representa una voluntad de hacer más juntos, de colaborar, pero se da en una fase del proceso asistencial global demasiado tardía para que sea efectiva. Además de este trabajo en común, es necesario que la planificación sea conjunta y que la colaboración sea una consecuencia deseada y buscada para conseguir unos objetivos previamente seleccionados por el mayor conocimiento que supone la colaboración entre los ámbitos sanitario y social. Una visión integrada de las necesidades de las personas dependientes requiere un trabajo en común entre los servicios sociales y los servicios sanitarios. Deben *delimitarse las competencias* que corresponden a cada sector y orquestar un sistema coordinado, garantizando que la suma total de servicios dé una respuesta integral a las necesidades de las personas dependientes que requieren además cuidados sanitarios.
7. Definir y crear procesos de atención continuos entre los servicios sanitarios y sociales en los aspectos de cobertura sanitaria:

- Los cuidados sanitarios de larga duración.
 - La atención sanitaria a la convalecencia.
 - La rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.
- Estos aspectos deben quedar regulados legislativamente para delimitar las funciones de los ámbitos social y sanitario, no solaparse y complementarse.

8. Facilitar la implicación de las administraciones en la puesta en marcha de un modelo de coordinación sociosanitaria, evitando que prime más el coste cero de su implantación.
9. Apoyar la implantación de medidas que no suponen aumentos presupuestarios importantes, sino la puesta en marcha de una metodología de trabajo compartida, como:
 - La sectorización en áreas sociosanitarias únicas, coincidiendo los mapas sociales y sanitarios.
 - La descentralización en la toma de decisiones y el desarrollo de la capacidad de gestión de los profesionales de atención directa.
 - El diseño de protocolos de derivación que hagan posible la automatización de los procesos.
 - La utilización de sistemas de información e instrumentos de valoración comunes que eviten la multiplicación de esfuerzos profesionales, el consiguiente gasto inútil, así como someter a una persona en situación de dependencia, o a su cuidador/a, a sucesivos interrogatorios y juicios minuciosos, que, con excesiva frecuencia, sólo contribuyen a dilatar la solución a sus acuciantes problemas.
 - La creación de equipos sociosanitarios multidisciplinares con profesionales procedentes de los dos sistemas, social y sanitario, para la gestión de casos complejos.

Se puede concluir de todo lo expuesto anteriormente que no será posible si los sistemas sociales y sanitarios se entremezclan y crean nuevos recursos sociosanitarios, promoviendo un tercer sector independiente del ámbito social y sanitario, en el que la mayoría de los expertos estamos de acuerdo que no debemos caer.

COMENTARIO CRÍTICO

Atención sanitaria y servicios sociales, una sinergia imprescindible

Fernando Lamata Cotanda

Consejero de Salud y Bienestar Social de Castilla-La Mancha

Los autores de este libro se preguntan (y nos preguntan) si la atención sanitaria y los servicios sociales cumplirían mejor su cometido desde la integración o desde la coordinación.

Sin duda, una buena pregunta en el momento actual, principios del siglo XXI en España y en Europa. La respuesta a esta pregunta es compleja, y en esta obra podemos encontrar diferentes análisis para avanzar algunas respuestas. Por mi parte aportaré algunas reflexiones basándome en la experiencia de dirigir una Consejería de Salud y Bienestar Social desde octubre de 2008. Empezaré ofreciendo una primera opinión: se debe avanzar en la coordinación, y es conveniente realizar integraciones parciales y progresivas.

OPORTUNIDAD DEL LIBRO

Estamos ante una nueva realidad, desde el punto de vista demográfico y epidemiológico, pero también económico y cultural, y enfrentamos nuevas necesidades personales y sociales que necesitan nuevos enfoques organizativos. Sin duda, el estudio que llevan a cabo los autores sobre las interrelaciones entre los sistemas social y sanitario es una base muy adecuada para enfocar posibles propuestas y soluciones.

Hace algo más de diez años, el que fuera ministro de Sanidad, Ernest Lluch, publicó en la *Revista de Administración Sanitaria* uno de sus últi-

mos artículos, antes de que los cobardes de ETA lo asesinaran brutalmente en Barcelona.

En ese artículo vaticinaba que en el siglo *xxi* el paradigma del “curar”, predominante en la medicina del siglo *xx*, sería reemplazado por el paradigma del “cuidar”. Y no le faltaba acierto a su fina intuición y su gran conocimiento de los cambios sociales.

En efecto, los cambios demográficos y epidemiológicos han modificado las necesidades de atención. No es que no sea necesaria la curación, pero es más necesaria todavía la continuidad de los cuidados a lo largo de toda la vida. A principios del siglo *xx*, la esperanza de vida al nacer en España y en la mayor parte de los países del planeta no superaba los 40 años. A principios del siglo *xxi*, la esperanza de vida al nacer en España es más del doble. Es realmente impresionante: a lo largo de miles y miles de años se había alcanzado sólo una expectativa de vida de menos de 40 años por causa de la mortalidad prematura. A lo largo del siglo *xx* se producen cambios espectaculares: las mejores condiciones de acceso a los alimentos, al agua potable y a sistemas de saneamiento, junto con los descubrimientos de la medicina y la creación de sistemas públicos de atención sanitaria, han contribuido a reducir la mortalidad infantil de 200 por 1.000 nacidos vivos a cuatro, o menos de cuatro. Y así a lo largo de las diferentes etapas de la vida.

Somos más personas –7.000 millones de seres humanos–, y somos más mayores y vivimos más años. Y aparecen nuevas enfermedades, o son más visibles. Y conviven unas enfermedades con otras en la misma persona, definiendo un mosaico de pluripatologías: la diabetes, las enfermedades mentales, la hipertensión, las enfermedades reumáticas, las enfermedades neurológicas, buena parte de las enfermedades cardiovasculares, una parte cada vez mayor de los tumores... Todos estos procesos se cronifican y no se curan definitivamente, sino que conviven con nosotros, producen una limitación de las funciones vitales y sociales, y requieren una atención a lo largo de toda la vida.

Cuando acudimos a los centros de salud y a los hospitales, ya no nos “curan” definitivamente, sino que nos tratan el proceso agudo, el episodio crítico, la descompensación. Y debemos continuar con el cuidado de larga duración.

Pero, además de la sanitaria, hay otra esfera fundamental de atención a las personas a lo largo de la vida. Es la atención social, los servicios sociales. En el siglo XXI, las estrategias de los servicios sociales tienen que tener también en cuenta las nuevas circunstancias y las nuevas necesidades. Ya no pueden diseñarse sin poner en relación los objetivos de salud y de autonomía personal. Al mismo tiempo, las estrategias de salud ya no pueden ser solamente enfocadas desde la asistencia sanitaria. Debemos diseñar estrategias sociosanitarias.

Una persona mayor, afectada de varias patologías y limitaciones funcionales, necesita un diagnóstico y una prescripción, pero además es importante que cuide la dieta, que haga ejercicio, que se relacione con otras personas, que se sienta querida, que participe en actividades sociales y de la comunidad, que viaje, que lea, que se sienta parte de un proyecto común, etc. Todos esos aspectos, que fomentan una vida activa, contribuyen a la autonomía de la persona. Y ¿qué es la salud sino la capacidad de vivir con autonomía y poder disfrutar de la vida? Para que la persona mayor pueda mantenerse sana y evitar el deterioro de su salud, que le conducirá a la invalidez y a la falta progresiva de autonomía, es precisa la contribución de programas sociales, centros de día, atención a domicilio, teleasistencia, turismo social, fomento del asociacionismo, escuelas deportivas, universidades de mayores, etc.

Por otro lado, el mundo de los servicios sociales se ha ocupado de atender a personas con discapacidad, personas con capacidades diferentes. Diferente capacidad intelectual, física, sensorial, mental, orgánica. Son personas que tienen una condición que, en determinadas circunstancias, puede limitar alguna función: la vista, la audición, la motilidad, la atención, la capacidad de relación, etc. Las discapacidades son procesos que acompañan a la persona durante un tiempo prolongado, desde que aparece la discapacidad, a veces a lo largo de toda la vida. Y son procesos que precisan unos cuidados continuados a lo largo de los años, y una continuidad entre los diferentes tipos de cuidados y programas de atención. El objetivo, en este caso, también es lograr la mayor autonomía personal posible. Para ello se diseñan programas de atención temprana y estímulo, programas de formación, programas de incorporación al trabajo, programas de rehabilitación psicológica o social, etc. Esos programas recuperan capacidades, permiten a la persona vivir mejor, evitan el dete-

rioro de funciones mentales, físicas, sensoriales. Son programas terapéuticos en el sentido pleno del término. Mantienen y recuperan la salud de la persona. En definitiva, estas personas pueden requerir ayuda, en determinados momentos, para poder lograr la igualdad real de oportunidades. Puede ser necesario, en ocasiones, un apoyo por parte de la sociedad para que estas personas puedan tener las mismas oportunidades y puedan construir una vida independiente.

En todo caso, no se debe olvidar que la discapacidad siempre tiene que ver con el entorno; la discapacidad tendrá más o menos efecto, o ningún efecto, según las condiciones ambientales y sociales. Por eso será necesario también construir un medio ambiente adecuado, un urbanismo y una sociedad con accesibilidad universal y diseño para todas las personas. Será preciso cambiar mentalidades, romper estigmas y barreras mentales.

En definitiva, es evidente una continuidad entre la atención sanitaria y la atención social, entre servicios sociales y sanitarios. Por eso aparece este nuevo enfoque sociosanitario. La continuidad de cuidados entre Atención Primaria y Atención Especializada en los ámbitos social y sanitario cobra importancia determinante para atender a las personas y a la cronicidad de los procesos patológicos que les afectan en el contexto de una sociedad desarrollada del siglo XXI.

Por un lado, los servicios de salud tienen que evolucionar, complementando su visión tradicional del curar con la visión del cuidado. Por otro lado, los servicios sociales tienen que saber integrar en sus procesos a los servicios de salud. Los profesionales sanitarios y sociales tienen que coordinar sus actuaciones en beneficio de la persona atendida, con un enfoque integral sociosanitario.

Hace unos años, al referirnos al sujeto de nuestra actividad, preguntábamos: ¿paciente, cliente, usuario? Hoy, los cambios demográficos y epidemiológicos orientan la respuesta de otra manera: persona. Persona que cuida su salud y construye su autonomía personal, recibiendo ayuda profesional sociosanitaria, en función de sus condiciones y sus capacidades, a lo largo de toda la vida. Es el nuevo paradigma sociosanitario. Lo central es la persona, que no se debe fragmentar, sino que requiere una atención integral.

EL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA: UN PASO IMPORTANTE EN LA BUENA DIRECCIÓN

En los trabajos que recoge este libro, coordinados por Sergi Jiménez-Martín, Juan Oliva y Cristina Vilaplana Prieto, se trata de analizar la complementariedad entre los recursos sanitarios y de apoyo social, y valorar diferentes posibilidades de organización. Para ello los autores utilizan las bases de datos disponibles con rigor y solvencia, y analizan la normativa y los programas de ámbito nacional y autonómico. A partir de estudios generales y específicos realizan observaciones de gran interés y formulan una serie de propuestas y recomendaciones.

En el capítulo 2 se analiza el Sistema de Atención a la Dependencia (SAD).

La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (Ley 39/2006 de 14 de diciembre), conocida como Ley de Dependencia, cuya aplicación se analiza en este libro, viene a reconocer como derecho subjetivo la atención a las personas que necesitan de otras para poder realizar las tareas de la vida diaria o de subsistencia. Necesitan apoyo. Son personas mayores, normalmente con pluripatologías, y también personas con discapacidades, con capacidades diferentes. La coordinación de los enfoques sanitario y social para atender a estas personas es clave. La atención a los cuidadores es también muy importante, y requiere el enfoque integrador sociosanitario.

La Ley de Dependencia supuso un cambio importante en una situación de desprotección relativa de las personas dependientes. Se aprobó un sistema de protección universal, con un catálogo de prestaciones completo, y con una financiación inicial que debería ir adaptándose a la aplicación de la Ley.

En 2007 se inicia la aprobación de los reglamentos, así como la elaboración de los sistemas de valoración, y progresivamente se van reconociendo beneficiarios y se van autorizando prestaciones. El balance de aplicación de la Ley es positivo, ya que en poco más de tres años se han reconocido prestaciones a más de 600.000 personas. Pero también hay aspectos polémicos. Comentaré tres de ellos: la financiación, la gestión descentralizada y la prestación económica en el entorno familiar.

El primer aspecto es la financiación. La aplicación de la Ley se inicia cuando se inicia también una crisis económica de gran envergadura. Si en los años anteriores (2005 y 2006) había superávit fiscal, y si en la década anterior había crecimiento sostenido del producto interior bruto (PIB), en 2008 impacta en Europa la crisis de las “hipotecas basura” norteamericanas, y estalla una crisis económica de origen financiero sin precedentes. En 2009, la caída del PIB español es del 3,7%. En 2010 sigue el crecimiento negativo. Se han destruido más de dos millones de puestos de trabajo. Y, como consecuencia, los ingresos fiscales han bajado de manera brutal. Al mismo tiempo, las políticas sociales, sanidad, educación, seguridad social, se han mantenido; y a ellas se añade el SAD, con un gasto de alrededor de 6.000 millones de euros en 2010. Como consecuencia de la disminución de los ingresos fiscales aparece un déficit importante, tanto en la Administración General del Estado como en las comunidades autónomas.

En efecto, esta Ley nacional, que reconoce nuevas prestaciones a una serie de beneficiarios, debía contar con financiación adicional desde el Estado para que se pudieran pagar esas prestaciones. La financiación se distribuía en dos partes, una de carácter finalista, que se recogería en los Presupuestos Generales del Estado, en el ministerio correspondiente, para ser transferida en función de una cantidad por cada prestación reconocida y una cantidad general acordada con las comunidades autónomas. La segunda parte, que debería figurar en los presupuestos de las comunidades autónomas, se financiaría con las transferencias procedentes del acuerdo de financiación general.

Aunque el acuerdo de financiación general debería garantizar la financiación de los diferentes servicios transferidos que tienen que ofrecer obligatoriamente las comunidades autónomas en cumplimiento de las distintas leyes del Estado (sanidad, educación, dependencia, etc.), la realidad es que la financiación actual es claramente insuficiente. En el caso de la Ley de Dependencia se puede estimar un déficit de financiación por parte del Estado de más de 3.000 millones de euros anuales. En el caso de la sanidad, de más de 10.000 millones de euros anuales. Es decir, las prestaciones sanitarias y sociales reconocidas en las leyes estatales cuestan más de lo que los Presupuestos del Estado han previsto.

¿Puede España permitirse ofrecer un SAD universal y un sistema de sanidad pública universal? ¿Nos lo podemos permitir? Yo pienso que sí, en un país con una renta per cápita superior a los 20.000 euros podemos destinar un 8% del PIB a sanidad y un 3% del PIB a servicios sociales (correspondiendo un 1% del PIB al SAD). Conviene recordar que la presión fiscal en España es 6 puntos del PIB inferior a la media europea. Es decir, con una presión fiscal similar a la de Alemania, Dinamarca o Francia, se podrían recaudar 60.000 millones de euros anuales más.

No debemos mezclar el debate sobre la salida de la crisis con las necesidades de financiación estructural de las diferentes políticas sociales. En estos momentos, a un sistema fiscal débil se viene a añadir la crisis económica de 2008-2010, con la caída de ingresos fiscales derivada de la menor actividad económica y la destrucción de empleo. Como las políticas de gasto encomendadas a las comunidades autónomas son precisamente las sociales, que responden a leyes nacionales y cuya gestión se ha transferido, el Estado debería aumentar las transferencias económicas a las comunidades autónomas para evitar que estas tuvieran que incurrir en déficit. El ajuste de gasto del Estado debe hacerse en otras políticas y, entretanto, se debe recurrir a un endeudamiento responsable, adecuado a la capacidad de España.

Ahora, enero de 2011, la prioridad es superar la crisis económica. Pero debemos hacerlo sin dismantelar las políticas sociales. Y en la estrategia para salir de la crisis debemos replantear nuestro modelo fiscal. Las políticas sociales son una parte importante de nuestro contrato social, del consenso constitucional de 1978. Pero, además, las políticas sociales son base de la cohesión social, garantía de desarrollo social y económico y fuente de riqueza. Una sociedad sana puede trabajar. Una sociedad enferma no puede hacerlo. Una sociedad con más autonomía puede conciliar la vida laboral y familiar y puede generar nuevos recursos productivos. Además, el sector social puede ser un sector innovador que impulse la sociedad del conocimiento y mejore la productividad económica. Los sectores sociales no deben verse sólo como gasto, sino también como inversión.

El segundo aspecto que quiero comentar es la gestión descentralizada. Cabe aquí el debate acerca de si el nuevo SAD debería gestionarse de manera centralizada, como la Seguridad Social, o de manera descentra-

lizada. Teniendo en cuenta que los servicios sociales están transferidos, parecía lógica la opción de transferir la gestión de la Ley de Dependencia. Sin embargo, esta forma de gestión se ha traducido en importantes diferencias en la aplicación de la Ley en las diferentes comunidades autónomas, como se puede observar al medir el número de beneficiarios por cada 1.000 habitantes. Es probable que estas diferencias se deban en parte al menor desarrollo de los sistemas de servicios sociales en cada territorio antes de la Ley. También se pueden deber a distintas prioridades políticas. Pero, además, estas diferencias tienen su origen, en parte, en la financiación insuficiente. Una forma de estimular la aplicación homogénea, manteniendo la gestión descentralizada, sería modificar el modelo de financiación. Se trataría de un modelo de financiación finalista completo: definir el coste de cada prestación y establecer una financiación finalista completa por prestación reconocida, separando esta financiación de la Ley de Dependencia de la financiación general de las comunidades autónomas.

Un tercer aspecto que merece la pena discutir es la prestación económica. Desde el punto de vista de las prestaciones reconocidas, la prestación económica en el entorno familiar se ha convertido en la opción principal por los beneficiarios. En mi opinión, esta opción tiene que ver con la situación económica actual, la crisis, la dificultad de obtener otras rentas, pero también con la situación de cobertura de otras prestaciones por los servicios sociales, y con la propia presentación de la Ley. Esta prestación económica era la novedad para los usuarios y se destacó en los medios de comunicación. Quizá resultaba más barata para el Estado en el inicio de su aplicación. Quizá no había red de servicios alternativos idóneos. Pero esta prestación, en general, no generaba unos cuidados “adicionales”, no profesionalizaba los cuidados, no generaba puestos de trabajo, cotizaciones y tributación directa. Es verdad que en los últimos meses se ha ido aumentando la proporción de los otros tipos de prestaciones, de servicios. Pero quizá, si volviéramos a diseñar la Ley con motivo de su evaluación, revisaríamos la prestación de ayuda económica en el entorno familiar.

En mi opinión debe ser realmente una opción “excepcional”, para lo que debería limitarse la posibilidad de elección de la misma por parte del usuario o de la familia.

LOS BENEFICIOS DERIVADOS DE LA COORDINACIÓN SOCIAL Y SANITARIA. PREVENIR ES MEJOR QUE CURAR

Los capítulos 3, 4 y 5 muestran y ponen en valor la potencialidad de las interacciones y sinergias entre los servicios sociales y los servicios sanitarios.

El capítulo 3 analiza los recursos sanitarios y de atención social a personas con limitaciones en su autonomía. El estudio se refiere a personas de 65 y más años, y realiza una estimación de los costes de las diferentes prestaciones sociales y sanitarias para los distintos grados de dependencia. Se diferencian los costes soportados privadamente, que en los servicios sociales suponen una mayor proporción, y los costes públicos.

Se observa que el gasto para las personas dependientes severas es mayor tanto en los servicios sociales (15,42 veces el coste por los no dependientes), como en los servicios sanitarios (3,34 veces el coste por los no dependientes).

Los autores concluyen que “los esfuerzos en prevención de dependencia deben constituirse como un baluarte primordial de las políticas sanitarias y sociales”. En efecto, la persona con autonomía puede disfrutar de una mayor calidad de vida y de más oportunidades para su desarrollo individual y social, que es el objetivo de las políticas sanitarias y sociales. Cosa distinta es que con estos esfuerzos se ahorre dinero. Volveremos sobre ello más adelante.

El capítulo 4 presenta una evaluación del impacto de un programa de prevención de caídas sobre los costes sanitarios y sobre la dependencia.

Se analizan las características de las personas que han sufrido accidentes. Se observa el impacto de cursos de formación, y la reducción de la tasa de accidentes, o de las consecuencias de los mismos. Se comparan los costes sanitarios de atención a las personas accidentadas con los costes de los programas de prevención. La conclusión para los autores es que los programas de prevención obtienen beneficios para la salud y también ahorro de recursos. En la primera afirmación coincidido plenamente, ya que el estudio confirma lo observado en diferentes programas de prevención que obtienen ganancias en salud. Sin embargo, en relación con el ahorro obtenido plantearé una reflexión más adelante.

En el capítulo 5 se trata otro asunto importante. Se analizan las demandas satisfechas y no satisfechas de prestaciones sanitarias, sociales y técnicas. Se observan correlaciones entre diferentes tipos de prestaciones en función de los tipos de dependencia y otras variables, como el tamaño de los municipios. Este tipo de investigación permite detectar oportunidades de mejora, tanto en la coordinación de los servicios sanitarios y sociales, como en las diferentes prestaciones que podrían ofrecerse a cada persona en función de su grado de dependencia.

LAS POSIBILIDADES DE LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA. LA EXPERIENCIA DE CASTILLA-LA MANCHA

En el capítulo 6 los autores analizan la coordinación sociosanitaria en España. Los autores hacen una apuesta desde el inicio: “La patología crónica requiere cuidados continuados y continuidad en los cuidados. La dependencia requiere un sistema social que aporte ayudas para superar y complementar las discapacidades. La interrelación entre patología crónica y situaciones de dependencia exige reformular los sistemas social y sanitario hacia un nuevo sistema de atención integral sociosanitario, entendido como algo diferente a la suma de la asistencia sanitaria y social como tradicionalmente se concebía, sin que ello suponga la pérdida de la identidad propia de cada cual”.

Coincido plenamente con esta reflexión. Al principio de este artículo hablaba del nuevo paradigma, de las nuevas necesidades, y de la necesidad de nuevas respuestas en la atención sanitaria y social.

También comparto las propuestas de los autores en lo que respecta a construir y consolidar la coordinación sociosanitaria.

En Castilla-La Mancha llevamos dos años trabajando en esta dirección. La oportunidad vino de la propia crisis económica iniciada en 2007, que motivó una remodelación del Gobierno en 2008, con reducción de consejerías y la fusión de sanidad y bienestar social. La integración de la estructura directiva de las dos áreas fue muy importante. Facilitaba la visión de conjunto. Empezando por el propio consejero y siguiendo por los directores generales. La experiencia práctica de estos dos años me ha enseñado que los autores llevan razón cuando sugieren que la falta de una

autoridad gestora única de la atención sociosanitaria es una dificultad objetiva para la coordinación. Como anterior consejero de Sanidad mantuve una excelente relación con los consejeros de Bienestar Social, y desarrollamos algunos programas conjuntos, como en salud mental. Pero no teníamos una visión de conjunto. En buena medida, los sistemas y las redes asistenciales funcionaban (y funcionan todavía) en paralelo, y a veces “de espaldas”, con desconocimiento o con solapamiento de iniciativas y recursos. Una vez fusionadas las dos consejerías, integramos la planificación, la autorización de centros y servicios y la inspección de los mismos. Empezamos a ver las cosas de otra manera.

En un primer momento nos planteamos la elaboración de un Plan de Salud y Bienestar Social que definiera como objetivo la integración de las redes asistenciales y los servicios. Pronto nos dimos cuenta de que era un error. Detectamos dificultades de interlocución, recelos, lenguajes y perspectivas diferentes. Vimos que se podía realizar la integración de algunas funciones de forma progresiva. Pero se debía optar por una coordinación de los servicios, y dejar abierta la integración de las redes sin fijarlo como objetivo cierto, sólo como posibilidad.

Como señalan los autores, los servicios sociales y sanitarios forman dos culturas, con diferentes tipos de profesionales, de usuarios, de lenguaje, de historia vivida. Había que respetar estos puntos de partida diferentes y buscar sinergias y aproximaciones. Por eso, el Plan de Salud y Bienestar Social 2011-2020 se ha transformado en Estrategia: un documento más abierto, más flexible, menos directivo, para crear dinámicas, orientaciones, complicidades.

Otra de las dificultades para la coordinación sociosanitaria que señalan los autores es la diferencia en la organización y la consideración legal de los servicios sanitarios y sociales. Por un lado, los servicios sanitarios tienen una organización pública con mayor fortaleza, con más estructura, con más porcentaje de gestión pública directa. Por otro lado, nos encontrábamos con una falta de garantía pública de las prestaciones sociales (salvo las de la Ley de Dependencia). Antes de pensar en integrar los dos sistemas, en el caso de que fuera conveniente, había que fortalecer el sistema de servicios sociales. Por eso, en Castilla-La Mancha, al igual que ya hicieron otras comunidades autónomas, hemos aprobado en di-

ciembre de 2010 una Ley de Servicios Sociales que genera derecho subjetivo a estas prestaciones, poniendo los servicios sociales en pie de igualdad con los servicios sanitarios. También se define un sistema público, con una organización de la Atención Primaria y la Atención Especializada de los servicios sociales. Se plantea un fortalecimiento de la estructura de estos servicios para poder llevar a cabo los objetivos de la atención social, pero, además, ese fortalecimiento permitirá establecer unas mejores bases de coordinación con la sanidad, en pie de igualdad.

En cuanto a las estrategias para consolidar la coordinación sociosanitaria, los autores señalan una serie de propuestas inteligentes y sensatas, que también hemos ido plasmando en la Estrategia de Salud y Bienestar Social de Castilla-La Mancha. Entre ellas, sistemas de información integrados, equivalencias territoriales (mapas sanitario y social), procesos asistenciales con las intervenciones de la parte social y sanitaria para cada problema, atención personalizada, promoción de la autonomía personal, colaboración de las asociaciones de pacientes, uso de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) y atención domiciliaria, sistema progresivo de cuidados, etc. Los autores sugieren una estrategia que permita un desarrollo progresivo, con un horizonte a medio y largo plazo, y mecanismos de evaluación que midan y orienten los avances. Nuestra estrategia asume un horizonte temporal de diez años, sobre la base de planes anteriores, en los ámbitos social y sanitario, que se han mostrado eficaces y transformadores.

La estrategia que estamos diseñando en Castilla-La Mancha se plasma en ocho ejes estratégicos que muestran en su concepción bastante sintonía con las ideas expresadas en este libro:

- Promoción de la autonomía, la salud y la inclusión social. Responsabilidad compartida. Autogestión de los procesos.
- Continuidad de los cuidados. Diseño de procesos con intervención sanitaria y social. TIC y atención domiciliaria.
- Participación social deliberativa.
- Participación de los profesionales y autonomía de gestión.
- Formación.
- Investigación, innovación, desarrollo tecnológico. Aumento de la productividad.
- Calidad.
- Ética en la salud y el bienestar social.

Cada eje estratégico se desarrolla en varias acciones y herramientas que pretenden crear espacios de cooperación: equipos mixtos coordinados, sistemas de planificación, de información y de evaluación compartidos, tarjeta sanitaria y social única, etc.

El objetivo de la estrategia no se centra en los servicios ni en las estructuras de producción, sino en los resultados: mejorar la salud, la autonomía y la inclusión social. No se trata de un plan que ponga el acento en la creación de nuevos servicios o de una “tercera red sociosanitaria”, sino una estrategia que impulse procesos de mejora y superación en el trabajo de los profesionales, pensando en las personas y sus necesidades, y aprovechando todas las potencialidades del sistema sanitario y del sistema de servicios sociales.

Por eso, la coordinación sociosanitaria es la estrategia elegida, porque responde mejor a las necesidades actuales de las personas y de la sociedad.

FINANCIACIÓN, AHORRO Y SOSTENIBILIDAD

Conviene en este momento hacer un apunte sobre la financiación, el ahorro y la sostenibilidad.

Plantearé aquí mi reflexión sobre algunas cuestiones suscitadas en la lectura de este libro: ¿Consigue ahorros la prevención? ¿Qué determina el gasto social?

Es verdad que la prevención de la dependencia, o la prevención de accidentes, y la promoción de la autonomía personal van a evitar limitaciones, discapacidad, pérdida de salud. Por tanto, este enfoque mejorará la calidad de vida de la persona y le ofrecerá más posibilidades de desarrollo pleno y de disfrute de la vida. Aumentará la salud y la autonomía personal. De acuerdo. Pero de aquí no se deduce que gastemos menos en sanidad o en servicios sociales públicos como región o como país en su conjunto. El gasto en sanidad o en servicios sociales tiene otros factores explicativos, otra dinámica.

Uno de ellos es el exceso de demanda sobre la oferta pública. Es cierto que si yo evito una caída y una lesión no necesitaré aplicar un tratamien-

to o una rehabilitación, con el consiguiente coste del tiempo de profesional, las medicinas, etc. En esta persona concreta no habré realizado ese gasto concreto. En este sentido, habría un ahorro de ese gasto sobre esa persona. Pero si esa persona deja ese “hueco” en el centro asistencial, puede venir otra persona a demandar el servicio. En este caso se beneficia otra persona y se mantiene el gasto correspondiente. Ganamos en calidad de vida para el conjunto de la sociedad, pero no ahorramos el gasto. Como la demanda suele superar a la oferta, esa disponibilidad de servicio se va a utilizar prácticamente siempre. Se suele comprobar que “la oferta genera demanda”. El gasto presupuestario (público) no disminuye y, por tanto, el esfuerzo del contribuyente tampoco disminuye.

Pero, además, hay otros factores clave que explican el gasto sanitario o social en un país. Debemos preguntarnos: ¿Qué es lo que determina el gasto sanitario o social en sus grandes números? ¿Por qué se observan diferencias entre países en el gasto sanitario o social, de tal manera que donde unos gastan 3.000 euros por persona y año otros apenas gastan 50 euros?

El factor más importante es la disponibilidad de renta, la capacidad de pago, bien sea personal (para un gasto privado) o social (para el gasto público). ¿Cuánto podemos gastar?

Veamos el gasto privado. El gasto en servicios sanitarios o sociales de carácter privado (por ejemplo, costear una plaza de residencia para una persona mayor) dependerá de mi necesidad, pero, sobre todo, de mi capacidad de pago. Una persona pobre (con ingresos inferiores a 400 euros al mes), por más que lo necesite, no podrá contratar una plaza en una residencia privada que cueste 2.000 euros al mes.

Lo mismo ocurre para el conjunto de la sociedad en relación con el gasto público. Si comparamos el gasto sanitario o social per cápita de diferentes países, veremos que un país con una renta per cápita de 1.000 euros tendrá un gasto sanitario y social de 50 o 100 euros. Por mucho que lo necesiten sus habitantes, por mucho que haya enfermedades, discapacidad o dependencia no resueltas, y demanda no atendida, no podrán gastar más. No podrán construir y financiar residencias de personas con discapacidad o centros de salud. Una sociedad con renta per cápita de

20.000 euros puede destinar a sanidad 1.500 y a servicios sociales 500 o 1.000 euros. El mayor o menor gasto no dependerá entonces, en estos países, de que haya más o menos discapacidad o dependencia, sino de la situación económica (nivel de renta del país). Es decir, ¿cuánto nos podemos gastar en servicios sociales y sanitarios públicos?

Además del nivel de renta (personal, si se trata de servicios privados, o social, si se trata de servicios públicos), para explicar el gasto sanitario o social hay otro factor importante: ¿cuánto nos queremos gastar? Cada persona y cada sociedad tienen unas prioridades y asignan sus recursos en función de las mismas. Hay aquí una opción individual, en el caso de servicios privados, o una opción política, en el caso de los servicios públicos.

La aprobación de la Ley de Dependencia es un ejemplo. Las necesidades estaban ahí. La capacidad de gasto en España (nivel de renta de 22.000 euros) estaba ahí. Pero no se había tomado la decisión política de crear un SAD de carácter universal. Y por eso el nivel de gasto público en servicios de larga duración, según muestran los autores de este libro, era muy pequeño, del 0,2 o 0,3% del PIB. Sólo la aprobación de la Ley y su progresiva aplicación han condicionado un gasto de alrededor de 6.000 millones de euros en el año 2010, que supone un 0,6% del PIB.

Lo mismo ocurre en sanidad. Si decidimos cobertura universal, y autorizamos un catálogo amplio de prestaciones, y establecemos protocolos y estándares de calidad, con determinada dotación de personal por servicio o proceso de atención, al final salen unos costes determinados. Esta capacidad del sistema social o sanitario está disponible y tiene unos costes predecibles. Con ella ofreceremos el mejor servicio posible en relación con esos costes.

No cabe duda de que, como demuestran los autores del libro, si ponemos el acento en la prevención conseguiremos más calidad de vida para la persona y para la sociedad. Pero no conseguiremos ahorro en el gasto sanitario o social. Porque se gastará en mantener la capacidad "estructural" del sistema y en desarrollar programas que beneficien a esta persona en otros momentos, o con otros programas y, en todo caso, a otras personas y al conjunto de la sociedad.

¿No es posible entonces reducir el gasto sanitario o el gasto en servicios sociales públicos?

Desde luego que sí. Igual que podemos decidir aumentarlo, mejorando la capacidad de los sistemas, podemos decidir reducirlo para un nivel de renta determinado.

En España, por ejemplo, cuando se ha decidido estabilizar o disminuir el gasto sanitario (años 1983-1987 o años 1995-2001) se ha conseguido. Esa menor asignación presupuestaria se consigue con una congelación o reducción de plantillas, moderación o congelación de salarios, disminución de precios, disminución de actividades o programas, y reducción de inversiones en infraestructura y en tecnologías. Dependiendo de cómo se lleve a cabo esa reducción se podrán mantener los servicios con un aumento de productividad. Pero dicho aumento no puede ser sostenido mucho tiempo. Por eso, al cabo de dos o tres años sin un aumento de recursos proporcionado al aumento de población y de riqueza del país, o de las necesidades derivadas del envejecimiento, se puede producir un deterioro relativo de la calidad de las prestaciones.

El ahorro global para el conjunto del sistema, en números grandes, se produce por decisión política de gastar menos. No es el resultado de un uso más eficiente de cada proceso de atención. El resultado de ese uso más eficiente es que, con unos recursos dados, obtengo mejor calidad, más satisfacción, etc.

Dicho de otra manera, en las actividades de prevención, en la coordinación sociosanitaria, en la promoción de la autonomía, puede haber mejora de la eficiencia del gasto sanitario o social producido en la atención a una persona concreta. La suma de esas eficiencias, para ese conjunto limitado de personas, produciría un menor gasto para un mismo efecto en salud o autonomía personal. Probablemente, si ese sistema fuera cerrado podríamos reducir capacidad (disminuir personal, plazas residenciales, centros, etc.), y conseguir un ahorro. Pero las cosas no suelen suceder así. El sistema es abierto. Hay otras personas esperando. Hay nuevas demandas, nuevas personas en situación de dependencia, nuevos pacientes. Hay una exigencia de nuevas prestaciones, o de más calidad de la prestación, más horas de ayuda a domicilio, más ratio de personal por cama residencial, etc.

¿Cómo conseguir la sostenibilidad del sistema de servicios sociales y sanitarios?

Sencillamente, hemos de definir cuánto podemos gastar y cuánto queremos gastar, y ajustarnos a esas previsiones. Con los recursos dados deberemos obtener el máximo beneficio para las personas y para la sociedad, es decir, deberemos hacer un uso eficiente de los medios disponibles, priorizando las actuaciones más eficaces, con menor coste relativo.

Si podemos gastar 6.000 millones de euros y queremos gastarlos, podemos crear un SAD que atienda a 600.000 personas con un coste medio por prestación de 10.000 euros/año.

Si no tenemos 6.000 millones de euros, sino solamente 3.000 millones, entonces aparecerá un déficit que deberemos cubrir con endeudamiento. Y, para que sea sostenible a largo plazo, tendrá que equilibrarse con un aumento de los ingresos fiscales.

Si, por el contrario, el país elige otro modelo y decide una menor presión fiscal, está claro que se producirá una disminución de prestaciones públicas y la mejora de los servicios personales dependerá de la mayor o menor capacidad de pago de cada uno. Si la renta del país es igual o mayor que la actual en España, las personas de ingresos medios-altos podrán costear seguros privados o podrán contratar servicios privados para resolver sus problemas y los de sus familiares, mientras que las personas de rentas bajas no podrán.

Esta es otra forma de cuadrar las cuentas.

La sostenibilidad es posible en cualquier circunstancia. Se debe decidir qué nivel de prestación pública queremos ofrecer, cuánto nos cuesta, y cómo se financia. Lo que no debemos es ofrecer prestaciones de "gama alta" y no fijar los ingresos fiscales suficientes, porque entonces se crea una estructura de provisión de servicios que no se puede sostener, y la administración responsable de la gestión, en este caso, las comunidades autónomas y los ayuntamientos, no pueden soportar el gasto, provocando situaciones de enorme dificultad. La administración que crea la obligación y el derecho debe responsabilizarse de una financiación suficiente y completa.

¿Debe ser finalista la financiación de la dependencia y otros servicios sociales y sanitarios? ¿Debemos cambiar el modelo de financiación?

Definida la cuantía de gasto sanitario y social que se determine para hacer frente a las prestaciones de los respectivos catálogos, mi opinión es que se debería aprobar una financiación finalista para las comunidades autónomas. En el caso de sanidad, per cápita. En el caso de la dependencia, per cápita o por prestación. Esto exigiría una modificación del actual modelo de financiación autonómica.

El actual modelo de financiación, que no podemos detallar aquí, tiene varias distorsiones. La primera es que hay dos comunidades autónomas con régimen foral, Navarra y el País Vasco (las tres provincias vascas), con ventajas importantes sobre las demás comunidades autónomas (son dos regiones de rentas superiores a la media nacional, que tienen la competencia de la recaudación, y que pactan un “cupo” para devolver al gobierno de España la cuantía de los servicios que la Administración Central presta en esos territorios). La segunda distorsión es que el modelo general de financiación, que se aplica a las demás comunidades autónomas, favorece a las más desarrolladas, al basarse en la cesión de tributos (50% del IRPF, 50% del IVA), etc. (Para estas comunidades autónomas [Madrid, Cataluña], el exceso de recaudación sobre el coste de los servicios queda en la comunidad autónoma. En una situación de crecimiento económico, como la que vivimos en los años 1997-2006, también las comunidades autónomas menos desarrolladas obtenían ventaja. Pero en una época de recesión, la caída de la recaudación fiscal reduce de forma drástica los ingresos y la financiación pactada no es suficiente para cubrir el coste de los servicios transferidos).

El actual modelo no puede garantizar que las comunidades autónomas dispongan de la misma financiación per cápita para los servicios públicos sociales o sanitarios que garantizan la Constitución y las leyes generales. Desde mi punto de vista es un modelo que debe revisarse.

RETOS Y PROPUESTAS

Los autores proponen un pacto por la salud, amplio y comprensivo, con un consejo territorial integrado. Es una buena idea y, de alguna forma, es

la línea de trabajo en Castilla-La Mancha con la Estrategia de Salud y Bienestar Social 2011-2020. Creo que la actual estructura del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, al integrar la estructura directiva y la dirección estratégica de ambos sistemas, puede facilitar este planteamiento en el ámbito nacional.

También se resalta el papel de la familia y de los cuidadores principales. Es muy importante, ya que las administraciones no pueden sustituir la red familiar, el afecto, la responsabilidad. Es preciso apoyar a la familia y a los cuidadores, educar, orientar, pero contando con ellos.

En cuanto al enfoque de los servicios, opinan los autores que se debe apuntar al resultado global: salud y promoción de la autonomía personal. De acuerdo. Mi opinión es que tenemos herramientas que nos permiten medir resultados, y no sólo procesos o estructuras de producción de servicios. Hemos de avanzar en este planteamiento.

En cuarto lugar, se subraya la necesidad de promover la responsabilidad personal, el autocuidado, la prevención de riesgos. Totalmente de acuerdo. En Castilla-La Mancha aprobamos en 2010 una Ley de Derechos y Deberes de las personas en relación con la salud, cuya filosofía va en esta dirección.

También se propone definir protocolos de actuación comunes para los servicios sanitarios y sociales, y fomentar equipos multidisciplinares. Se insiste en el papel determinante de la Salud Pública y en la utilización de sistemas de información únicos, así como en el papel de las TIC. Estoy de acuerdo también en estas propuestas, que han sido debatidas en el proceso de elaboración de nuestra Estrategia.

Con estos retos y estas propuestas que nos ofrecen los autores podemos volver a la pregunta que se plantea en el libro: atención sanitaria y servicios sociales, ¿una cuestión de integración o sólo de coordinación?

La integración por decreto de los dos sistemas no parece aconsejable.

Los autores advierten que las diferentes historias y tradiciones culturales de la sanidad y los servicios sociales tienen que respetarse y tenerse en

cuenta para construir un espacio común desde la riqueza y la experiencia de cada uno. Esta cautela es básica y, como ya comenté más arriba, coincide con mi experiencia personal. Pero la prudencia no debe conducir al inmovilismo. Las desconfianzas se deben superar con lealtad y voluntad de cooperación inteligente y sincera. Desde el respeto y la solvencia.

Con las propuestas formuladas se puede avanzar mucho y en la buena dirección. Se puede crear sinergias y complicidades que se traduzcan en mejor servicio a las personas y en más calidad de vida. Los trabajos que nos presentan los autores animan a dirigir nuestros esfuerzos en ese camino.

Al principio de este capítulo anticipaba que, para mí, la respuesta a la pregunta de este libro es:

Algo de integración y mucha coordinación. No sólo coordinación, pero sobre todo coordinación.

Desde mi punto de vista, no hace falta integrar completamente los sistemas o las redes institucionales, pero sí los procesos de atención a las personas. No debemos fragmentar a la persona, ni su proceso de atención sanitaria y social. Debemos ser capaces de ofrecer un servicio integral y de calidad, desde diferentes unidades y profesionales, que se coordinan de forma inteligente y programada.

La visión de conjunto nos hará ganar capacidad para encontrar las mejores soluciones.

1

Introducción

El proceso de envejecimiento demográfico que afectará a la mayoría de los países de rentas altas durante las próximas décadas supone uno de los mayores retos que deberemos afrontar como sociedad. Si bien desde hace años se mantiene el debate sobre la sostenibilidad futura de los sistemas públicos de pensiones, en los últimos tiempos dicho debate se ha ampliado con la consideración de la solidez y las debilidades del sistema sanitario para afrontar la inversión de la pirámide poblacional y, más recientemente, con la creación del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), ha surgido la necesidad de reforzar y financiar un sistema de atención a personas con limitaciones en su autonomía. Personas no exclusivamente de edad avanzada, pero sí de forma mayoritaria.

Uno de los objetivos de los sistemas de protección social debe ser que todas las personas que lo necesiten puedan recibir cuidados de alta calidad. En este sentido, la ampliación de la cobertura de los seguros contra las contingencias de enfermedad y discapacidad, junto con otros factores como la elevación de los estándares de vida y la intensificación de la educación sanitaria, constituye la principal razón por la que ha mejorado el estado de salud general de la población en los países desarrollados.

El desarrollo de los sistemas de protección social ha reducido considerablemente el riesgo de pobreza, protegiendo a los individuos de las consecuencias financieras derivadas de un estado de salud deteriorada, accidente o vejez, al mismo tiempo que ha permitido un rápido avance de la medicina y de los tratamientos curativos, rehabilitadores o paliativos.

La mayor parte de los países occidentales están preocupados por la futura sostenibilidad financiera de sus respectivos sistemas de cuidados a largo plazo o de cuidados a la dependencia, así como por su capacidad para hacer frente al envejecimiento de la población, puesto que las proyecciones demográficas apuntan hacia un aumento en las demandas de atención sanitaria y, en particular, de cuidados a la dependencia.

En el inicio del nuevo siglo, España partía de bajos niveles de gasto en protección social asociados a cuidados de larga duración en comparación con otros países europeos. La familia seguía jugando un papel predominante como principal red de protección para satisfacer las necesidades de las personas en situación de dependencia, mientras que la

actuación del sector público era de carácter subsidiario. Sólo cuando la familia se desentendía, claudicaba o no existía, y siempre de acuerdo a la capacidad económica de la persona con limitaciones en su autonomía, se procedía a financiar públicamente la asistencia requerida. Sin embargo, las proyecciones demográficas, unido con los cambios sociales acaecidos en las últimas décadas (reducción del tamaño familiar, incorporación creciente de la mujer al mercado laboral...), amenazaban seriamente la sostenibilidad futura de este sistema en unas décadas (Oliva y Tur, 2009).

En este contexto, a finales del año 2006, se aprobó en España la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, que supone la creación del SAAD. Las dificultades en el nacimiento del SAAD, en parte ligadas a la crisis económica, pero ya visibles antes incluso (problemas de gestión y coordinación, de formación de capital humano e incluso políticos), no han escapado a la percepción de analistas y expertos, como tampoco lo han hecho a la de las personas directamente afectadas (personas con limitaciones en su autonomía y sus familiares) y a la ciudadanía en general.

El desarrollo futuro del SAAD estará necesariamente vinculado al nivel de cooperación y coordinación que demuestren los agentes implicados en el sistema. Cooperación política entre los gobiernos central, autonómicos y locales de diverso signo, pero condenados a entenderse si entre sus objetivos se encuentra la atención de calidad a personas en situación de dependencia. Coordinación entre niveles administrativos, pero también entre proveedores públicos y privados y entre los sistemas de atención sanitaria, asistencia social formal y la red de atención familiar.

Para ello, el análisis del grado de complementariedad o sustituibilidad entre los recursos formales y familiares en la atención a personas en situación de dependencia para conseguir la mayor calidad posible en los cuidados prestados, así como el aprendizaje de la experiencia propia y la de otros países donde desde hace años se han potenciado sistemas de cuidados de larga duración y el estudio de los modelos de gestión socio-sanitarios se revelan como elementos informativos claves en el diseño de políticas de integración o cooperación de la atención social y la atención sanitaria. De algunos de estos elementos se ocupa este libro.

1.1. DEMOGRAFÍA Y ESTADO DE SALUD

La extensión de la esperanza de vida durante el siglo xx constituye uno de los principales hitos de la especie humana en toda su historia. A comienzos del siglo pasado, la esperanza de vida en España se encontraba en torno a los 35 años. Apenas un siglo después, se estima que la esperanza de vida al nacer de un español varón es de 77 años y de 84 en el caso de las mujeres.

Una consecuencia de este enorme éxito es que la expresión “pirámide poblacional” está perdiendo sentido en los países de rentas altas, quienes se preparan para asistir a una inversión de dicha pirámide, consecuencia del éxito en el aumento de la esperanza de vida y de la paralela reducción en las tasas de natalidad observada en los últimos 30 años. Así, mientras que en el año 2009, según las estimaciones del Instituto Nacional de Estadística (INE), el 16,7% de la población residente en España superaba los 64 años de edad, las estimaciones previstas para el año 2025 por Eurostat, la Oficina Europea de Estadística, sitúan este porcentaje en el 21,0% y en el 30,8% para el año 2050. De modo similar, se espera que la población de 80 y más años que en abril de 2009 sumaba el 4,7% de la población residente en España crezca hasta cifras del 6,6% y del 11,2% en los años 2025 y 2050, respectivamente (Figuras 1.1. y 1.2.).

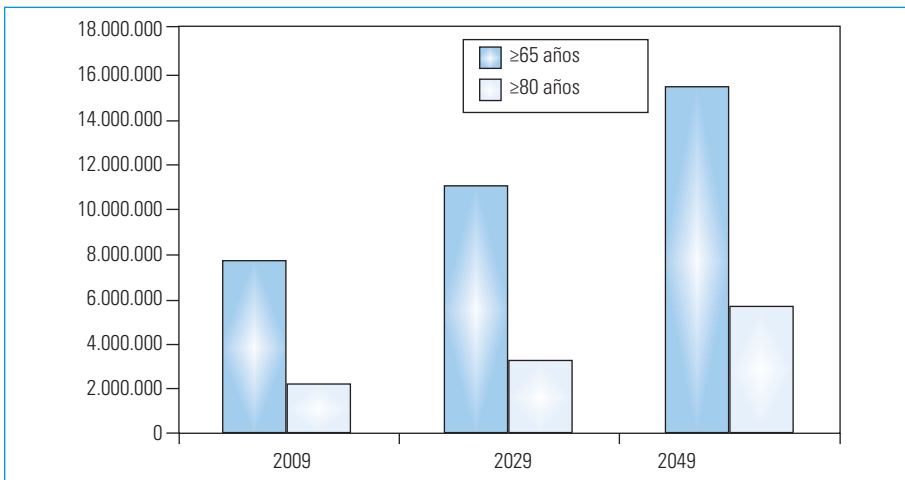


FIGURA 1.1. Proyecciones de población. España, 2009-2049.

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del INE.

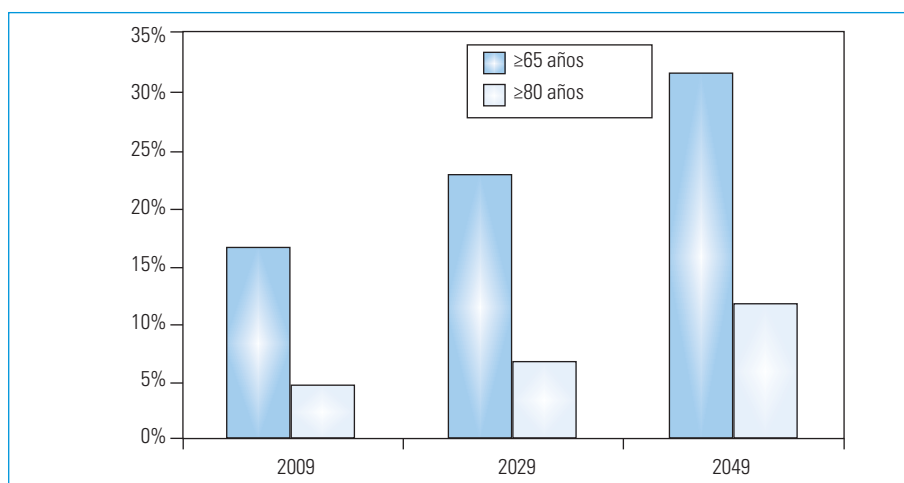


FIGURA 1.2. Proyecciones de población. España, 2009-2049.

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del INE.

Buena parte del aumento en la esperanza de vida observado ha venido de la mano del control de enfermedades infecciosas, que han sido sustituidas por enfermedades de carácter crónico que se manifiestan especialmente a partir de edades avanzadas. De ahí que una importante cantidad de los recursos sociales en la actualidad se empleen no ya en curar, sino en cuidar a las personas con problemas de salud y en prevenir de manera secundaria o terciaria el desarrollo de las enfermedades. Dentro de este contexto, cada vez cobra más importancia no sólo el mayor número de años vividos, sino la calidad de vida de cada uno de estos años. El que vivamos un alto número de años, con el menor número de discapacidades y con la mayor autonomía personal posible, se ha traducido así en un objetivo social de primer nivel.

1.2. CONCEPTO DE DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA

Discapacidad y dependencia no son conceptos sinónimos, aunque en ocasiones se empleen como tales. La Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD 2008) distingue entre los conceptos de “discapacidad” (aplicado a personas de seis y más años) y “limitaciones” (referido a personas menores de seis años). Centrándonos en el primero, se entiende por discapacidad “toda limitación importante para realizar las actividades de la vida diaria que haya durado o se prevea

que vaya a durar más de un año y tenga su origen en una deficiencia. Se considera que una persona tiene una discapacidad aunque la tenga superada con el uso de ayudas técnicas externas o con la ayuda o supervisión de otra persona (excepto el caso de utilizar gafas o lentillas)". Así pues, se considera que una discapacidad tiene su origen en una deficiencia, entendiendo como tal "problemas en las funciones corporales o en las estructuras del cuerpo". La EDAD 2008 considera 35 tipos de deficiencias, clasificadas a su vez en ocho grupos: mentales, visuales, auditivas, lenguaje, habla y voz, osteoarticulares, sistema nervioso, viscelares y otras. A partir de ellas se consideran 44 tipos de discapacidades clasificadas en ocho categorías: visión, audición, comunicación, aprendizaje y aplicación de conocimientos y desarrollo de tareas, movilidad, autocuidado, vida doméstica e interacciones y relaciones personales.

La definición oficial del concepto de dependencia podemos buscarla en el Consejo de Europa, quien la define como "la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana" y como "un estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o de ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referidos al cuidado personal" (Comisión Europea, 1998; citado por Díaz E *et al.*, 2009).

En cualquier caso, dado que la discapacidad y la dependencia no son exclusivamente problemas de salud, sino que se ven influidas por el entorno personal y social de las personas que las padecen, resulta complejo definir exactamente su alcance y sus categorías de gravedad. Los diferentes trabajos que se han realizado en España para tratar de estimar su prevalencia difieren en las cifras estimadas. Según la revisión realizada por Palacios Ramos *et al.* (2008), entre 1987 y 2007 se realizaron 48 trabajos que incluían estimaciones del número de personas que padecían discapacidades en España. El año de referencia, la fuente consultada (principalmente las Encuestas Nacionales de Salud y la Encuesta de Discapacidad, Deficiencias y Estado de Salud –EDDES– del año 1999) y la propia definición de discapacidad (y su grado) hacían oscilar el número de personas estimadas entre 1.000.000 (320.000 si lo restringimos a personas con certificado de minusvalía) y 2.250.000 personas.

Dentro del marco legal español, la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, define en su artículo 2 la dependencia como “el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”.

Es precisamente dentro de este marco donde se auspicia la creación del SAAD, que está llamado a ser el cuarto pilar del estado del bienestar al sumarse a la educación, la sanidad y las prestaciones sociales (pensiones, subsidios por desempleo y otras rentas sociales). Toda vez que los futuros cambios demográficos y sociales cuestionarán notablemente el sistema de atención a la dependencia que ha mantenido España hasta la fecha, el SAAD ha sido creado como respuesta a estas tensiones.

1.3. EXPERIENCIA INTERNACIONAL Y ESPAÑOLA SOBRE LA EVOLUCIÓN DE LA DEPENDENCIA

Si bien existen enfermedades devastadoras que pueden producirse a edades tempranas y condicionan enormemente la autonomía de personas de cualquier edad, las cifras oficiales señalan que la prevalencia de los problemas de discapacidad y dependencia se concentra en personas de edad avanzada. Por tanto, sin perder de vista que muchos de los comentarios que haremos a continuación son extrapolables a personas de cualquier edad, centraremos nuestra atención en la evolución de la salud de las personas de edad avanzada.

Una cuestión de gran relevancia en la agenda de investigación científica y social es si las personas mayores tienen mejor salud hoy (más esperanza y mejor calidad de vida) que las de generaciones anteriores o si, por el contrario, las mejoras en la esperanza de vida no se han traducido en mejor salud a lo largo de los años vividos. La idea que expresa la primera situación se denomina “hipótesis de la compresión de la morbilidad” y la segunda, “hipótesis de la expansión de la morbilidad”. En el caso de

la dependencia deberíamos matizar algo más estos conceptos y tener en consideración que la presencia de comorbilidades a una determinada edad requiere de un ajuste en su gravedad y posiblemente también habría que introducir consideraciones socioculturales para trasladar estas ideas a una hipótesis de la compresión de la dependencia o a una hipótesis de la expansión de la dependencia.

En la hipótesis de la compresión de la morbilidad (Fries JF, 1980 y 1989), la esperanza de vida aumenta y el inicio de la morbilidad se retrasa de manera más que proporcional al aumento de la esperanza de vida. En cambio, en la hipótesis de la expansión de la morbilidad (Kramer M, 1980), la esperanza de vida aumentaría, pero se mantendría el momento de inicio de la morbilidad. Existiría una teoría intermedia, llamada de equilibrio dinámico de la morbilidad (Manton KG, 1982), que plantea como hipótesis que, si bien el número de años con morbilidad aumentará, este aumento será debido a problemas de salud de menor gravedad y menos discapacitantes¹.

Detrás de estos cambios en las mejoras de la esperanza de vida y en los patrones de discapacidad se encontrarían factores como las mejoras en las condiciones de vida materiales de la población (desde un mejor cuidado de las madres en las etapas de gestación o una mejor alimentación infantil hasta la realización de trabajos menos penosos físicamente a lo largo de la vida laboral), hábitos de vida más saludables (en especial, la reducción de la prevalencia de hábito tabáquico) y mejoras en las tecnologías sanitarias (tanto en lo referente a la introducción de nuevas tecnologías sanitarias más eficaces como a las facilidades de acceso a las mismas). No obstante, también hay que tener presente las consecuencias negativas derivadas del abuso del alcohol y el aumento en las tasas de sobrepeso y obesidad que se han observado durante los últimos años. Adicionalmente, habría que tener en cuenta la mejora de los niveles educativos en la población, que sería un factor transversal relacionado con cada uno de los anteriormente mencionados.

La evidencia empírica desarrollada en el ámbito de la economía de la salud se ha centrado en mayor medida hasta el momento en los llamados

¹ Una discusión más en profundidad sobre estos conceptos y los artículos que se indican a continuación puede encontrarse en Puig-Junoy (2007).

estudios del “coste de la muerte” (OECD, 2006; Zweifel P *et al.*, 1999; Seshami M y Gray M, 2004; Stearns SC y Norton EC, 2004). Es decir, trabajos que tratan de determinar hasta qué punto es la edad el factor determinante del crecimiento del gasto sanitario o, por el contrario, la variable clave es el tiempo de vida que resta antes del fallecimiento. Aunque cabe hablar de un efecto mixto (la edad importa), la mayor parte de los trabajos se decantan por la importancia del tiempo de vida que resta antes del fallecimiento, lo cual supone importantes matices a la hora de proyectar el gasto sanitario futuro y de implementar políticas de salud públicas dirigidas a la población, cualquiera que sea el tramo de edad que consideramos (Figura 1.3.).

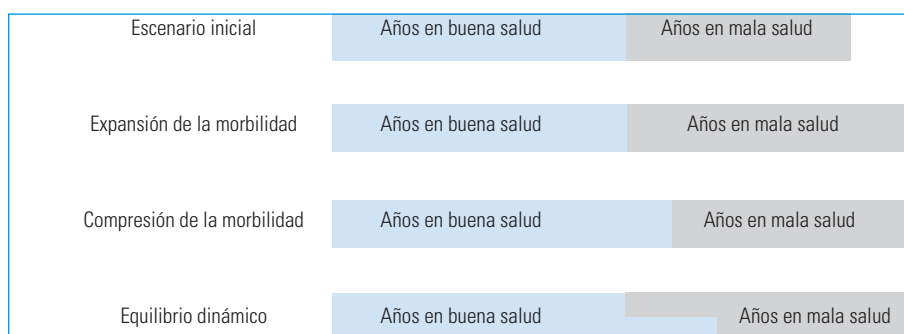


FIGURA 1.3. Escenarios de compresión/expansión de la morbilidad.

Pasando al terreno de las limitaciones en la autonomía personal, los estudios de Fries (2003 y 2005) para Estados Unidos indican una reducción de la discapacidad de las personas mayores a un ritmo anual del 2% desde 1982, mientras que la mortalidad se reduce al ritmo de un 1% anual. Estos resultados coincidirían con la hipótesis de compresión de la morbilidad. Otros trabajos reportan resultados que encajan con la hipótesis del equilibrio dinámico. Así pues, en las últimas décadas, la mortalidad de las personas mayores se ha reducido, mejorando también las cifras de discapacidad. No obstante, la prevalencia de la mayoría de las enfermedades crónicas ha aumentado también en la medida en que las personas mayores sobreviven con enfermedad. De este modo, habría un aumento de la morbilidad en edades avanzadas, pero las consecuencias de padecerlas se traducirían en un menor número de discapacidades, comparado con décadas anteriores (Crimmins EM, 2004), o bien, incluso cuando el aumen-

to de la esperanza de vida se asocia a un mayor tiempo de discapacidad, las limitaciones son más moderadas y requieren de una menor intensidad de cuidado asistencial (Graham P *et al.*, 2004)².

En esta línea, Manton *et al.* (2006) comunican resultados sobre caídas en las tasas de discapacidad en Estados Unidos durante el periodo 1982-2005. Como puede observarse en la Tabla 1.1., se produce un fuerte aumento en el porcentaje de personas de 65 y más años que no padecen ningún tipo de discapacidad y caen las tasas de prevalencia de discapacidad para casi todas las categorías consideradas. De hecho, este resultado general se repite para cada uno de los tres tramos de edad considerados en el análisis (65-74 años; 75-84 años; 85 y más años). Los resultados indican caídas en el gasto sanitario público (programa Medicare) para cada categoría de discapacidad considerada (Tabla 1.2.). Según los autores, la combinación de ambos resultados, caídas en las tasas de discapacidad

Tabla 1.1. Porcentaje de personas de ≥ 65 años por grupo de discapacidad (Estados Unidos), 1982-2004/05

	1982	1989	1999	2004/05	Diferencia 2004/05-1982
Ausencia de discapacidades	73,5	75,2	78,8	81,0	7,5
Incapaz de realizar una actividad instrumental de la vida diaria (AIVD)	5,7	4,5	3,3	2,4	-3,3
Incapaz de realizar una o dos actividades básicas de la vida diaria (ABVD)	6,8	6,6	6,3	5,6	-1,2
Incapaz de realizar tres o cuatro ABVD	2,9	3,7	3,7	3,8	0,9
Incapaz de realizar cinco o seis ABVD	3,5	3,1	3,0	3,2	-0,3
Ingreso en una residencia	7,5	6,9	4,9	4,0	-3,5

Fuente: adaptado de Manton *et al.* (2006).

² El lector puede comprobar que el paso de una a otra teoría se vuelve muy difuso cuando pasamos de considerar las morbilidades como foco de atención a trasladar este a las discapacidades.

Tabla 1.2. Gastos medios sanitarios (Medicare Part. A) (*) por año y categoría de discapacidad (ajustados a dólares del año 2004)

	1982	1989	1999	2004/05	Diferencia 2004/05-1982
Ausencia de discapacidades	2.238	1.967	1.745	1.584	-654
Incapaz de realizar una actividad instrumental de la vida diaria (AIVD)	5.190	2.973	2.904	3.590	-1.600
Incapaz de realizar una o dos actividades básicas de la vida diaria (ABVD)	5.733	4.580	4.403	4.849	-884
Incapaz de realizar tres o cuatro ABVD	9.884	6.439	7.712	8.476	-1.408
Incapaz de realizar cinco o seis ABVD	15.236	11.880	13.558	11.971	-3.265
Ingreso en una residencia	8.528	7.853	10.070	9.788	1.260

Fuente: adaptado de Manton *et al.* (2006).

(*) Dentro del Medicare Part. A se encontrarían hospitalizaciones y cuidados a domicilio (asistentes y enfermeras).

y en el gasto sanitario por persona en cada una de las categorías, son de gran relevancia para la sostenibilidad financiera de los programas de atención sanitaria pública en Estados Unidos.

La visión menos optimista vendría de la mano de un informe realizado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE, 2007) en el que se analizan las tendencias de las tasas de dependencia en población de 65 y más años de 12 países de la OCDE. Los autores encuentran una clara tendencia decreciente en cinco de los 12 países analizados (Dinamarca, Finlandia, Italia, Holanda y Estados Unidos), dos países con tasas estables (Australia y Canadá) y tres países con tasas de prevalencia crecientes (Bélgica, Japón y Suecia). Para los dos países restantes (Francia y Reino Unido) no fue posible alcanzar una conclusión sólida. Por tanto, el mensaje que los autores del informe dirigen a los responsables públicos es que no pueden contar con escenarios futuros en los que las tasas de prevalencia de discapacidad en población de 65 y más años se reduzcan de manera automática. Esto, unido a la tendencia demográfica de envejecimiento poblacional de los países considerados, puede suponer un fuerte aumento de las personas en situación de discapacidad y de las necesidades de cuidados requeridas. Dando la vuelta al argumento, la prevención de ciertas enfermedades o patrones de riesgo de

elevada prevalencia (obesidad, hipertensión, tabaquismo, diabetes *mellitus*) supondría importantes ganancias en el bienestar social, tanto de forma directa en la salud de los ciudadanos (con mejoras en los años de vida ajustados por calidad y por discapacidad) como indirecta al generar menores costes monetarios asociados a las enfermedades (Goldman DP *et al.*, 2006).

Asimismo, merece la pena destacar que, recientemente, la Comisión Europea ha reconocido la importancia de la salud en el desarrollo económico futuro de la Unión Europea (UE), de tal modo que uno de los indicadores clave de crecimiento económico propuesto en la Estrategia de Lisboa para el Crecimiento y el Empleo del año 2005 fueron los “años de vida saludables” (*healthy life years*, anteriormente llamados “años de vida con ausencia de discapacidad”). Más recientemente, la estrategia de política sanitaria para la UE propuesta por la Comisión Europea para el periodo 2008-2013, *Together for health*, subraya este hecho. Pues bien, en el periodo 1995-2003, aunque la esperanza de vida al nacer y a los 65 años había aumentado en todos los países de la UE (de los 15), en el caso de los varones los años de vida saludables (AVS) no variaron en Francia, Holanda, Irlanda y Portugal, ni en el caso de las mujeres en Alemania, Dinamarca y Reino Unido. Más sorprendente aún, los AVS (en mujeres) experimentaron una evolución negativa asociada a mayores tasas de discapacidad en Finlandia, Grecia, Holanda, Irlanda y Portugal (Robine J *et al.*, 2005).

En España se observa una evolución claramente favorable en los AVS calculados para el periodo 1995-2003, tanto en el caso de varones como en el de mujeres. Junto con esta información, otras dos fuentes dan una idea más precisa de la evolución de las tasas de discapacidad en los últimos años.

La primera fuente es el trabajo de Casado (2007). Empleando datos de la Encuesta Nacional de Salud de los años 1993 y 2001, se estudia la evolución de los problemas de dependencia entre las personas mayores y, por otro lado, se analiza la influencia que sobre la misma hayan podido tener distintos factores sociodemográficos. Los resultados obtenidos señalan un descenso de más de 2 puntos porcentuales en el porcentaje de personas mayores con problemas de dependencia entre los años 1993 y

2001. Entre los factores asociados positivamente a dicha evolución, destacan el nivel educativo y una menor prevalencia del consumo de tabaco, si bien se identifica a otras variables con efecto negativo como serían el aumento en el porcentaje de personas con problemas de sobrepeso y obesidad, así como el aumento en las tasas de prevalencia de ciertas patologías crónicas.

En segundo lugar, las cifras de la EDAD 2008, publicadas por el INE, señalan que el número total de personas residentes en hogares españoles que declaran tener alguna discapacidad ascendía a comienzos del año 2008 a 3,85 millones. Si se comparan estas cifras con las precedentes de la EDDDES publicada en el año 1999, se observa que hay 320.000 personas más en situación de discapacidad nueve años después. Sin embargo, dado que el crecimiento de las personas con discapacidad ha sido menor que el del total de la población, la tasa de discapacidad ha registrado una disminución desde el 9,0% del año 1999 hasta el 8,5% en 2008 (INE, 2009).

Así pues, la literatura existente parece avalar hasta el momento la hipótesis de un equilibrio dinámico de la morbilidad, la cual postula una mayor morbilidad consecuencia del mayor número de años vividos, pero con consecuencias menos discapacitantes para nuestra autonomía. Sin embargo, no debe escapar al análisis el hecho de que el número de estudios realizados sobre el tema aún es escaso y que los escenarios futuros pueden cambiar entre países o, aún en los mismos, en función del periodo considerado. Esto reforzaría la necesidad de identificar e implementar políticas de salud pública dirigidas a crear entornos saludables que ayuden a modificar hábitos sociales e individuales y prevenir situaciones de discapacidad y dependencia en el largo plazo.

2



El sistema de atención a la dependencia

En el inicio del nuevo siglo, España partía de bajos niveles de gasto en protección social asociados a cuidados de larga duración en comparación con otros países europeos. Aunque las cifras varían de unos estudios a otros, en un informe preparado para la Comisión Europea, Comas-Herrera A *et al.* (2006) estiman el gasto en cuidados de larga duración durante el año 2000 en España en el 0,65% del producto interior bruto (PIB)¹, cifra muy inferior a la presentada por la mayoría de los países de la Unión Europea (Figuras 2.1. y 2.2.).

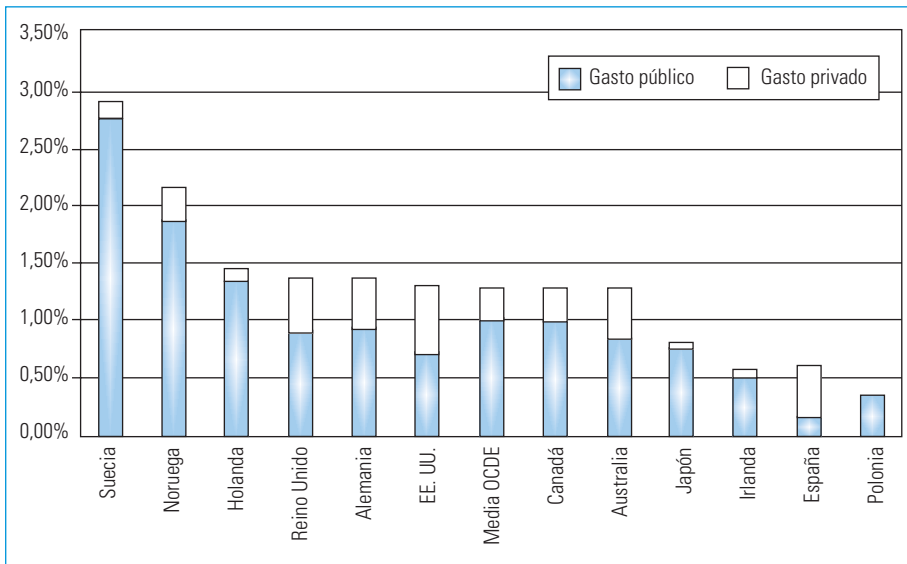


FIGURA 2.1. Gasto público y privado en CLD (como porcentaje del PIB), 2000.

Fuente: OCDE (2005).

La Tabla 2.1. refleja las principales características de los modelos internacionales de atención a la dependencia en el año 2004. Se distinguen cuatro modelos.

En primer lugar, el modelo escandinavo (Suecia, Noruega y Finlandia) representa un gasto en cuidados de larga duración sobre el PIB superior al

¹ Nótese que en el libro "Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro blanco" (Imsero, 2005), los presupuestos que las comunidades autónomas y la Seguridad Social destinaron a dichos cuidados en 2004 ascendían a unos 2,8 miles de millones de euros, es decir, el 0,33% del PIB.

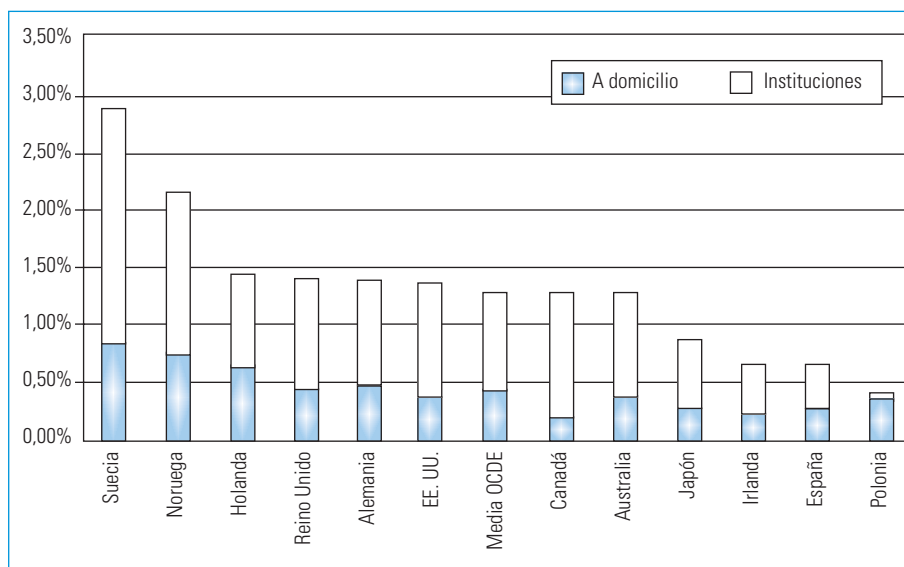


FIGURA 2.2. Distribución del gasto en CLD (como porcentaje del PIB), 2000.

Fuente: OCDE (2005).

2%, financiado principalmente a través de impuestos. La cobertura es universal y las prestaciones son mayoritariamente en especie, con un bajo nivel de copago por parte del usuario. Parte de un bajo peso del cuidado informal sobre el total de cuidados a la dependencia y ofrece a este una remuneración relativamente elevada, así como una protección social alta. Este sistema se basa en un elevado apoyo social a domicilio y una proporción baja de la provisión privada sobre el total.

En segundo lugar, el modelo continental, que siguen países como Alemania, Francia o Austria, también presenta cobertura universal de atención a la dependencia, aunque, a diferencia del resto de modelos, la forma de financiación es mediante cotizaciones sociales. La cifra de gasto en cuidados de larga duración sobre el PIB se sitúa en estos países entre el 1 y el 1,5%. Combinan tanto prestaciones en especie como monetarias y establecen un nivel de copago medio por parte del usuario.

En tercer lugar, Reino Unido y Estados Unidos siguen un modelo de atención al que podríamos denominar liberal. Con una cifra de gasto en cuidados de larga duración de alrededor del 1% de su PIB, parten de un

Tabla 2.1. Principales características de los modelos internacionales de atención a la dependencia en 2004

	Modelo escandinavo	Modelo continental	Modelo liberal	Modelo mediterráneo
Países	Suecia, Noruega, Finlandia	Alemania, Francia, Austria	Reino Unido, Estados Unidos	Italia, España
Tipo de cobertura	Universal	Universal	Asistencial	Asistencial
Financiación	Impuestos	Cotizaciones sociales	Impuestos	Impuestos
Nivel de copago del usuario	Bajo (según renta y tipo de servicio)	Medio (sobre costes)	Alto (según renta más patrimonio y coste)	Alto
Peso del cuidado informal sobre el total	Bajo	Medio	Medio	Alto
Remuneración del cuidador informal	Relativamente elevada	Variable entre países	Reducida	Reducida o nula
Protección social del cuidador informal	Alta (formación, apoyo, empleo, servicios de respiro)	Alta (excedencia laboral, servicios de respiro, vacaciones, formación)	Media (asesoramiento, formación, exenciones fiscales)	Reducida
Apoyo social a domicilio	Alto	Medio	Medio	Bajo
Peso de la provisión privada sobre el total	Bajo	Medio	Alto	Alto
Tipo de prestación mayoritaria	En especie	En especie-monetaria	En especie-monetaria	Monetaria
Ámbito competencial de las ayudas	Estatatal-municipal	Estatatal-regional	Estatatal-local	Regional
Gasto en CLD sobre el PIB	>2%	1-1,5%	≈1%	<1%
Porcentaje del gasto público sobre gasto en CLD	>80%	30-80%	60-70%	<30%
Otras características	Elevado desarrollo de los servicios comunitarios	Seguro privado obligatorio en Alemania	Elevado peso de la prestación privada	Desigualdades territoriales notables

CLD: cuidados de larga duración.

Fuente: Díaz E, Ladra S, Zozaya N (2009).

tipo de cobertura asistencial, un alto peso de la provisión privada e imponen al usuario una contribución elevada al coste del servicio. En estos países, la importancia del cuidado llevado a cabo por familiares o amigos es intermedia, y se ofrece una retribución relativamente reducida a los cuidadores informales.

Por último, encontramos el modelo mediterráneo, que incluye a países como España e Italia. Se trata de modelos asistenciales que establecen un nivel alto de copago del usuario y que parten de un elevado peso del cuidado informal. Al cuidador informal se le ofrecería una remuneración muy reducida (o nula), así como una protección social muy débil. El gasto en cuidados de larga duración sobre el PIB es inferior al 1% y la competencia en esta materia es regional, lo que provoca considerables desigualdades territoriales.

En los últimos años, siguiendo el ejemplo de los países nórdicos, que contaban desde hacía tiempo con sistemas públicos de atención a la dependencia de amplia cobertura, varios países europeos, por ejemplo, Alemania, Francia y Austria, han optado por universalizar los servicios sociales de atención a la dependencia (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico –OCDE–, 2005). En España, la aprobación a finales de 2006 de la denominada Ley de Dependencia² (en adelante, LD) supuso el primer paso para la puesta en marcha de un nuevo Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).

La creación del SAAD constituye una de las iniciativas de política social más importantes de los últimos años. Por un lado, supone avanzar hacia un modelo universalista que nos aproxima a los sistemas de atención a la dependencia del centro y norte de Europa. Por otro lado, al ser las mujeres el apoyo más importante hasta el momento del sistema de cuidados a las personas dependientes, el SAAD puede convertirse en un poderoso instrumento de conciliación entre vida familiar y laboral.

² Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.

2.1. ORGANIZACIÓN Y RASGOS BÁSICOS DEL SAAD

De acuerdo con la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, el Sistema Nacional de Dependencia cuenta como principales cometidos el garantizar "... las condiciones básicas y el contenido común a que se refiere la presente Ley; sirve de cauce para la colaboración y participación de las Administraciones Públicas, en el ejercicio de sus respectivas competencias, en materia de promoción de la autonomía personal y la atención y protección a las personas en situación de dependencia; optimiza los recursos públicos y privados disponibles, y contribuye a la mejora de las condiciones de vida de los ciudadanos". Asimismo, el Sistema "se configura como una red de utilización pública que integra, de forma coordinada, centros y servicios, públicos y privados".

Hay una serie de rasgos básicos que definen el SAAD español. En primer lugar, el SAAD estipula que la situación económica no puede constituir una barrera a la hora de acceder a las prestaciones previstas. Esto se establece en contraposición al carácter selectivo de las intervenciones llevadas a cabo por el sector público hasta ese momento, caracterizadas por el empleo de "pruebas de medios" para determinar los posibles beneficiarios de los servicios. En el nuevo sistema, aunque la situación económica es un factor que se debe tener en cuenta en la determinación de los copagos, el único criterio que regula el acceso a los diferentes servicios es el grado de dependencia. En particular, mediante la aplicación de un baremo³ que evalúa el grado de autonomía en la realización de un amplio conjunto de actividades básicas e instrumentales, los beneficiarios del SAAD serán clasificados como dependientes moderados (grado I), graves (grado II) o severos (grado III).

En segundo lugar, con respecto a las modalidades de atención, la LD establece tres grandes tipos de prestaciones: 1) prestaciones en especie, entre las que cabe incluir los servicios de atención domiciliaria (en adelante, SAD), los centros de día y las residencias, provistas a través de centros públicos o privados en régimen de concierto, entre otras; 2) prestaciones económicas vinculadas a servicios, que tendrían carácter periódico y se

³ Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia (BOE, 96, 21 de abril de 2007: 17646-17685).

reconocerán únicamente cuando no sea posible el acceso a un servicio público o concertado; y, finalmente, 3) prestaciones económicas para atención en el domicilio por cuidadores no profesionales.

En el capítulo II de la Ley (“Prestaciones y catálogo de servicios de atención del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia”) se detallan los objetivos de las prestaciones, las prestaciones de atención a la dependencia y el catálogo de servicios.

En cuanto a los objetivos de las prestaciones de dependencia, la Ley declara que:

“La atención a las personas en situación de dependencia y la promoción de su autonomía personal deberán orientarse a la consecución de una mejor calidad de vida y autonomía personal, en un marco de efectiva igualdad de oportunidades, de acuerdo con los siguientes objetivos:

- Facilitar una existencia autónoma en su medio habitual todo el tiempo que desee y sea posible.
- Proporcionar un trato digno en todos los ámbitos de su vida personal, familiar y social, facilitando su incorporación activa en la vida de la comunidad”.

En cuanto al catálogo de servicios descrito por la Ley, este comprende los servicios sociales de promoción de la autonomía personal y de atención a la dependencia. En concreto:

- Los servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal.
- Servicio de teleasistencia.
- Servicio de ayuda a domicilio:
 - Atención de las necesidades del hogar.
 - Cuidados personales.
- Servicio de centro de día y de noche:
 - Centro de día para mayores.
 - Centro de día para menores de 65 años.
 - Centro de día de atención especializada.
 - Centro de noche.
- Servicio de atención residencial:
 - Residencia de personas mayores en situación de dependencia.
 - Centro de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad.

El contenido de cada uno de los anteriores servicios es desarrollado en los artículos de la Ley. A modo de ejemplo, en el caso de los SAD (artículo 23) se indica que:

“El servicio de ayuda a domicilio lo constituye el conjunto de actuaciones llevadas a cabo en el domicilio de las personas en situación de dependencia con el fin de atender sus necesidades de la vida diaria, prestadas por entidades o empresas acreditadas para esta función:

- Servicios relacionados con la atención de las necesidades domésticas o del hogar: limpieza, lavado, cocina u otros.
- Servicios relacionados con la atención personal en la realización de las actividades de la vida diaria”.

Y en el caso del Servicio de Centro de Día y de Noche (artículo 24), se señala que:

“1. El Servicio de Centro de Día o de Noche ofrece una atención integral durante el periodo diurno o nocturno a las personas en situación de dependencia, con el objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal y apoyar a las familias o cuidadores. En particular, cubre, desde un enfoque biopsicosocial, las necesidades de asesoramiento, prevención, rehabilitación, orientación para la promoción de la autonomía, habilitación o atención asistencial y personal.

2. La tipología de centros incluirá centros de día para menores de 65 años, centros de día para mayores, centros de día de atención especializada por la especificidad de los cuidados que ofrecen y centros de noche, que se adecuarán a las peculiaridades y edades de las personas en situación de dependencia”.

Por otra parte, la Ley también incluye artículos que detallan el carácter de las prestaciones económicas a las que pueden tener derecho las personas con limitaciones en su autonomía y sus cuidadores. Así, el artículo 17, dedicado a la prestación económica vinculada al servicio, señala que:

“1. La prestación económica, que tendrá carácter periódico, se reconocerá, en los términos que se establezca, únicamente cuando no sea posible el acceso a un servicio público o concertado de atención y cuidado, en función del grado y nivel de dependencia y de la capacidad económica del beneficiario, de acuerdo con lo previsto en el convenio celebrado entre la Administración General del Estado y la correspondiente comunidad autónoma.

2. Esta prestación económica de carácter personal estará, en todo caso, vinculada a la adquisición de un servicio.
3. Las Administraciones Públicas competentes supervisarán, en todo caso, el destino y la utilización de estas prestaciones al cumplimiento de la finalidad para la que fueron concedidas”.

El artículo 18 se dedica a las prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales. En el artículo se señala que:

1. Excepcionalmente, cuando el beneficiario esté siendo atendido por su entorno familiar, y se reúnan las condiciones establecidas en el artículo 14.4, se reconocerá una prestación económica para cuidados familiares.
2. Previo acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, se establecerán las condiciones de acceso a esta prestación, en función del grado y nivel reconocido a la persona en situación de dependencia y de su capacidad económica.
3. El cuidador deberá ajustarse a las normas sobre afiliación, alta y cotización a la Seguridad Social que se determinen reglamentariamente.
4. El Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia promoverá acciones de apoyo a los cuidadores no profesionales que incorporarán programas de formación, información y medidas para atender los periodos de descanso”.

Por último, el artículo 19, dedicado a las prestaciones económicas de asistencia personal, señala que:

“La prestación económica de asistencia personal tiene como finalidad la promoción de la autonomía de las personas con gran dependencia. Su objetivo es contribuir a la contratación de una asistencia personal, durante un número de horas que facilite al beneficiario el acceso a la educación y al trabajo, así como una vida más autónoma en el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria. Previo acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, se establecerán las condiciones específicas de acceso a esta prestación”.

El artículo 20 señala que:

“La cuantía de las prestaciones económicas reguladas en los artículos de esta Sección se acordará por el Consejo Territorial del Sistema para la Au-

tonomía y Atención a la Dependencia, para su aprobación posterior por el Gobierno mediante real decreto”.

El Real Decreto 374/2010, de 26 de marzo, sobre las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia para el ejercicio 2010, fijaba las cuantías máximas de las prestaciones económicas para dicho año en las cifras que se exponen en la Tabla 2.2.

En este sentido, es útil recordar ahora que la LD determina los grados de dependencia en las siguientes categorías:

- **Grado I, dependencia moderada:** cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria (ABVD), al menos una vez al día, o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.
- **Grado II, dependencia severa:** cuando la persona necesita ayuda para realizar varias ABVD dos o tres veces al día, pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.

Tabla 2.2. Cuantías máximas de las prestaciones económicas por grado y nivel para el año 2010

Grados y niveles	Prestación económica vinculada al servicio (euros mensuales)	Prestación económica para cuidados en el entorno familiar (euros mensuales)		Prestación económica de asistencia personal (euros mensuales)
	Cuantía	Cuantía	Cuota SS + FP	Cuantía
Grado III, nivel 2	833,96	520,69	162,49 (161,01 + 1,48)	833,96
Grado II, nivel 1	625,47	416,98		625,47
Grado III, nivel 2	462,18	337,25		
Grado II, nivel 1	401,20	300,90		

- **Grado III, gran dependencia:** cuando la persona necesita ayuda para realizar varias ABVD varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

Asimismo, cada uno de los anteriores grados de dependencia se clasifica en dos niveles, en razón de la autonomía de las personas y de la intensidad del cuidado que requiere.

La decisión sobre el tipo de prestaciones que corresponde a cada beneficiario, así como su intensidad y cuantía, debe tomarse en el seno del Consejo Territorial del SAAD, órgano de coordinación del sistema en el que están representados tanto las comunidades autónomas como el Gobierno central. A este respecto, la LD sólo menciona que las prestaciones (Tabla 2.3.) deberán tener en cuenta tanto el grado de dependencia como la situación económica de los beneficiarios.

Un último elemento destacable es la estrategia de despliegue gradual a lo largo del periodo 2007-2015 que prevé la LD. En concreto, durante el primer año de funcionamiento del sistema únicamente las personas dependientes de grado III se convierten en beneficiarias. A continuación, durante los años 2008 y 2009, pasan también a ser beneficiarias las personas menos autónomas (nivel II.2) dentro del grupo de dependientes clasificados como de grado II. Y así sucesivamente hasta el año 2015, en el que todas las personas con problemas de dependencia de grado I o superior deberían convertirse en beneficiarios de las prestaciones y servicios del SAAD.

2.2. RECONOCIMIENTO DE LA DEPENDENCIA Y DESPLIEGUE DE LAS PRESTACIONES

La promulgación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia y la creación del SAAD suponen que los recursos que deben destinarse a los servicios sociales deben aumentarse de manera sustancial. Volveremos a las prestaciones económicas cuando nos refiramos al impacto presupuestario que está suponiendo el SAAD en sus primeros años de existencia. Centrándonos únicamente en las prestaciones de servicios, una rápida lectura de los recursos que cada comu-

Tabla 2.3. Cuadro resumen de las prestaciones reconocidas por la Ley de Dependencia

Prestaciones de servicios

- Los servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal
- Servicio de teleasistencia
- Servicio de ayuda a domicilio:
 - Atención de las necesidades del hogar
 - Cuidados personales
- Servicio de centro de día y de noche:
 - Centro de día para mayores
 - Centro de día para menores de 65 años
 - Centro de día de atención especializada
 - Centro de noche
- Servicio de atención residencial:
 - Residencia de personas mayores en situación de dependencia
 - Centro de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad

Prestaciones económicas

- Prestaciones económicas vinculadas al servicio
- Prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales
- Prestaciones económicas de asistencia personal

nidad autónoma declara destinar a la atención de la dependencia, resumida en las Tablas 2.4. y 2.5., nos llevan a señalar que la asignación de dichos recursos es heterogénea entre las diferentes comunidades autónomas, tanto en su dotación declarada total como en la composición de la misma⁴.

Ello puede responder tanto a las diferentes necesidades de los ciudadanos de cada región (número de personas con limitaciones en la autonomía y el grado de dependencia) como a cuestiones económicas, políticas y organizativas. Entre este último grupo habría que considerar que, en el momento de promulgarse la Ley 39/2006, la cantidad de recursos de partida de cada comunidad autónoma dedicado a la atención de la dependencia no era homogéneo. Tampoco lo es la renta per cápita de cada región. Por

⁴ Otros recursos que se prestan con menor frecuencia, como son los servicios de comida y de lavandería a domicilio (públicos y privados), no han sido incluidos en las tablas.

Tabla 2.4. Oferta de servicios públicos de

	Servicios de atención a domicilio		Servicios de teleasistencia	Centros de día	
	Usuarios atendidos	Intensidad horaria (+)	Usuarios atendidos	Total de usuarios atendidos	Total de plazas
Andalucía	46.924	8,39	65.261	42.962	7.943
Aragón	11.316	9,87	14.248	1.672	1.672
Principado de Asturias	10.712	13	8.960	1.671	1.325
Illes Balears	4.738	13	5.504	454	984
Canarias	9.251	24	3.148	2.520	2.078
Cantabria	3.826	20	6.233	725	738
Castilla y León	27.624	18,25	20.218	-	3.306
Castilla-La Mancha	28.111	17	31.078	5.091	2.486
Cataluña	57.034	15,4	59.339	7.388	12.746
Comunidad Valenciana	22.305	10,8	29.537	12.671	6.929
Extremadura	20.506	17	9.138	569	2.301
Galicia	10.018	28	7.209	2.925	3.441
Comunidad de Madrid	71.343	18,64	106.894	5.336	11.480
Región de Murcia	4.699	16	6.500	410	1.354
Comunidad Foral de Navarra	3.660	10,5	6.303	257	614
País Vasco	21.891	20,61	14.333	2.831	3.560
La Rioja	3.001	12,1	1.103	-	394
Ceuta	828	26	578	46	3.560
Melilla	291	24	333	51	49
Total nacional	358.078	17	395.917	87.579	66.960

(+) promedio de horas/mes/usuario; (*) enero de 2007.

Fuente: elaboración propia a partir del informe "Las personas mayores en España. Informe 2008" (IMSERSO, MSPS, 2009).

tanto, una vez determinadas las necesidades de los ciudadanos, el esfuerzo de cada gobierno regional en construir la red de atención formal a la dependencia dependería tanto de su riqueza (sin olvidarnos de la aportación del Estado central y del copago de los usuarios) como de su situación de partida a finales del año 2006. A ello se pueden unir otros elementos organizativos, como serían la dispersión poblacional, o de carácter polí-

atención a la dependencia: CC. AA., 2008

Servicios de atención residencial		Sistemas alternativos de alojamiento		Viviendas tuteladas	Hogares y clubes
Total de plazas en centros residenciales	Total de usuarios atendidos	Total de plazas en sistemas alt. de alojamiento	Total de usuarios atendidos	Total de usuarios atendidos	Asociados
35.019	35.000	572	-	-	609.450
15.985	15.985	14	14	14	125.136
10.457	4.959	259	20	20	141.613
4.755	2.453	40	-	21	120.268
11.276	13.531	0	-	-	35.630
4.864	3.216	32	-	32	37.430
38.789	6.914	-	-	-	285.867
23.145	10.569	1.504		1.504	255.341
56.084	30.132*	2.065	1.522		210.404
26.257	26.587*	60		-	395.000
9.509	8.584*	231	-	212	154.000
14.903	14.903*	1.723		943	240.000
47.987	23.307	760	474	-	503.814
5.520	1.853*	52	-	-	141.899
5.610	2.566	784	-		93.706
16.015	11.254	2.081	341		146.448
2.741	-	10	-	10	54.335
188	192	-	-	-	7.701
202	226	-	-	-	4.534
329.306	130.172				3.562.576

tico, el grado de prioridad que los responsables políticos concedan a implantar el SAAD en su región, que hacen que la dotación de recursos de atención a la dependencia sea muy diferente entre regiones.

Según el informe “Las personas mayores en España. Informe 2008”, publicado por el Imserso (Instituto de Mayores y Servicios Sociales) (Minis-

Tabla 2.5. Oferta de servicios públicos de atención a la dependencia por 1.000 habitantes*

	Servicios de atención a domicilio	Servicios de tele-asistencia	Centros de día		Servicios de atención residencial		Hogares y clubes
	Usuarios atendidos	Usuarios atendidos	Total de usuarios atendidos	Total de plazas	Total de plazas en centros residenciales	Total de usuarios atendidos	Asociados
Andalucía	39,98	55,61	36,61	6,77	29,84	29,82	519,28
Aragón	43,33	54,56	6,40	6,40	61,21	61,21	479,19
Principado de Asturias	46,64	39,01	7,28	5,77	45,53	21,59	616,62
Illes Balears	33,29	38,67	3,19	6,91	33,41	17,23	844,95
Canarias	36,35	12,37	9,90	8,17	44,31	53,17	140,01
Cantabria	36,38	59,27	6,89	7,02	46,25	30,58	355,91
Castilla y León	49,48	36,21	n.d.	5,92	69,48	12,38	512,02
Castilla-La Mancha	78,72	87,03	14,26	6,96	64,81	29,60	715,05
Cataluña	47,71	49,64	6,18	10,66	46,92	25,21	176,01
Comunidad Valenciana	28,84	38,19	16,38	8,96	33,95	34,37	510,68
Extremadura	101,08	45,04	2,80	11,34	46,87	42,31	759,07
Galicia	17,13	12,33	5,00	5,88	25,48	25,48	410,36
Comunidad de Madrid	78,60	117,76	5,88	12,65	52,87	25,68	555,03
Región de Murcia	24,57	33,99	2,14	7,08	28,87	9,69	742,06
Comunidad Foral de Navarra	34,40	59,23	2,42	5,77	52,72	24,11	880,61
País Vasco	54,35	35,59	7,03	8,84	39,76	27,94	363,60
La Rioja	52,85	19,42	n.d.	6,94	48,27	n.d.	956,89
Ceuta y Melilla	65,94	53,69	5,72	5,60	22,98	24,63	721,02
Total nacional	47,61	52,65	12,68	8,44	43,79	28,22	473,73

* Las tasas por 1.000 habitantes se refieren a población de 65 y más años en cada comunidad autónoma.
Fuente: elaboración propia a partir del informe "Las personas mayores en España. Informe 2008" (IMSERSO, MSPS, 2009) y datos del INE.

terio de Sanidad y Política Social, 2009), a comienzos del año 2008 en España recibían SAD 358.078 personas, con una intensidad media de 17 horas al mes por usuario. Asimismo, 395.917 personas eran usuarias de servicios de teleasistencia y 87.579 fueron usuarias de centros de día (para un total de 63.446 plazas). El número total de plazas en centros asistenciales ascendía a 329.306 y el número de personas asociadas a hogares y clubes para personas mayores alcanzaba los 3.562.576. En este mismo informe se define el perfil de los usuarios de los servicios sociales. Las mujeres predominan en la utilización de todos los servicios, y representan un 67% de los usuarios del servicio público de ayuda domiciliaria; el 76% del servicio de teleasistencia; el 71% de centros de día y el 66% en el caso de los centros residenciales. Este porcentaje se iguala en el caso de personas asociadas a hogares y clubes (54% mujeres). Si se diferencia por la edad del usuario, las personas mayores de 80 años representaron el 59% de los usuarios de centros de día y teleasistencia, un 62% de los usuarios de centros residenciales y prácticamente la mitad en el caso del SAD.

Si fijamos nuestra atención en el número de usuarios por tipo de servicio (Tabla 2.4.), las comunidades autónomas con mayor número de habitantes de más de 65 años ocupan los primeros puestos. Así, la Comunidad de Madrid refiere 71.343 usuarios de los SAD, seguida de Cataluña con 57.034 y de Andalucía con 46.924. Si nos referimos al servicio de teleasistencia, la Comunidad de Madrid también destaca con 106.894 usuarios atendidos, seguida nuevamente de Andalucía y de Cataluña. En cambio, 42.962 personas eran atendidas en centros de día en Andalucía, lo cual supone el triple que en la Comunidad Valenciana. Así podríamos continuar con el resto de servicios. Sin embargo, para realizar una comparación más adecuada entre regiones, es conveniente ponderar los recursos por el número de usuarios potenciales. En nuestro caso, dado que la prevalencia de limitaciones en la autonomía personal aumenta con la edad, hemos ponderado los usuarios atendidos por la población de 65 y más años de cada región a 1 de enero de 2008.

A comienzos del año 2008 en España la tasa de personas que recibían SAD por cada 1.000 personas de 65 y más años ascendía a 47,61. Asimismo, la tasa de personas usuarias de servicios de teleasistencia por

cada 1.000 personas de 65 y más años fue de 52,65. La tasa de personas usuarias de centros de día por cada 1.000 personas de 65 y más años ascendió a 12,68. La tasa de plazas en centros asistenciales de día por cada 1.000 personas de 65 y más años fue de 43,79. Finalmente, la tasa de personas asociadas a hogares y clubes por cada 1.000 personas de 65 y más años ascendió a 473,73.

Contemplado así, aunque la tasa de personas que recibían SAD de la Comunidad de Madrid está muy por encima de la media nacional (78,6 frente a 47,6), el primer lugar lo ocupa Extremadura, con una tasa de 101,1, mientras que Cataluña se sitúa en la media nacional y Andalucía por debajo de la misma (39,98 frente a 47,61). Castilla-La Mancha y las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla se encontrarían por encima de la media, mientras la Región de Murcia, la Comunidad Valenciana y Galicia se encontrarían claramente por debajo.

En servicios de teleasistencia, las comunidades de Madrid y Castilla-La Mancha se situaban claramente por encima de la media nacional (117,76 y 87,03, respectivamente, frente a 52,65), mientras Canarias, Galicia y La Rioja se encontraban muy por debajo (12,37, 12,33 y 19,42, respectivamente).

En el caso de los centros de día, las tasas calculadas ofrecen un panorama más homogéneo entre comunidades autónomas, en el que destaca la oferta de Andalucía con una tasa de 36,61 usuarios atendidos en centros de día por 1.000 habitantes de 65 y más años frente a una tasa media de 12,68. En cuanto a las comunidades autónomas con tasas por debajo de la media, destacarían los casos de la Región de Murcia y la Comunidad Foral de Navarra, con tasas de 2,14 y 2,42, respectivamente. Si recalculamos los ratios no sobre el número de usuarios atendidos, sino sobre el número de plazas, la dispersión por comunidades autónomas respecto a la media nacional es muy baja, destacando que Andalucía se encuentra por debajo de dicha media (6,77 frente a 8,44), mientras que la Región de Murcia, por ejemplo, presenta una ratio inferior a la media pero superior a la de Andalucía (7,08 frente a 6,77). Esto nos indica diferentes ratios de rotación de utilización de cada plaza por parte de distintos usuarios, si bien el caso de Andalucía es diferente al del resto de comunidades.

En cuanto a los servicios de atención residencial, nos centramos en la dotación de plazas, dado que en varias comunidades los datos de usuarios pertenecen al año 2007. Así, Castilla y León, Castilla-La Mancha y Aragón presentan unas ratios por 1.000 habitantes por encima de la media (69,48, 64,81 y 61,21, respectivamente, frente a una media de 43,79), mientras que Ceuta y Melilla, Galicia, Región de Murcia y Andalucía son las regiones con ratios más alejadas de la media (22,98, 25,48, 28,87, y 29,84, respectivamente).

Para finalizar con este rápido repaso, la ratio de personas asociadas a hogares y clubes para mayores asciende a 473,73 por 1.000 habitantes de 65 y más años. Este apartado se corresponde con el servicio para el que mayor disparidad existe entre regiones, y La Rioja es la comunidad autónoma con una ratio más elevada, que asciende a 956,89. Es decir, la casi totalidad de las personas de 65 y más años en La Rioja son asociadas de un hogar o club de estas características. Por el contrario, la región donde la ratio es menor es Canarias, donde esta asciende a 140,01 por 1.000 personas de 65 y más años. Entre las regiones por encima de la media se encontrarían Illes Balears, Castilla-La Mancha, Extremadura, Región de Murcia, Comunidad Foral de Navarra y las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla. Entre las regiones por debajo de la media se encontrarían Cantabria, Cataluña y País Vasco.

Así pues, como podemos observar en las Tablas 2.4. y 2.5., el menú de servicios ofrecido por cada comunidad autónoma es dispar, siendo frecuente el caso de comunidades autónomas cuyas ratios se encuentran muy por encima de la media nacional en la dotación de ciertos servicios y muy por debajo en la dotación de otros. Ello es congruente con la autonomía en la decisión de cada autoridad regional de asignar sus recursos en razón de su disponibilidad (riqueza y *stock* físico y humano acumulado en la prestación de apoyo a la dependencia) y de las características físicas (dispersión poblacional), culturales (por ejemplo, en algunas regiones, los hogares y clubes de mayores funcionan de manera habitual desde hace muchos años) y de las necesidades de la población de cada territorio.

Sin embargo, tampoco se debe ocultar el hecho de que el despliegue del SAAD se ha enfrentado a problemas de índole presupuesta-

ria (a los cuales nos referimos en el siguiente apartado) y a problemas derivados del mayor o menor grado de prioridad que le concedieran los gobiernos regionales frente a otro tipo de servicios públicos. En el informe elaborado por Barriga Martín (2010) se presentan datos a 1 de enero de 2010 de las personas solicitantes de valoración de dependencia, del número de dictámenes, de las personas con derecho reconocido y de las personas que recibían atención efectiva. El 1 de enero de 2010 había en España un total acumulado de 1.277.806 personas solicitantes de valoración de dependencia, de las cuales habría 1.141.608 con expediente en vigor. Se habrían realizado 1.021.830 dictámenes, lo cual indicaba que estaban pendientes de valoración un total de 119.778 personas (10,5% del total de solicitudes). A partir de los datos manejados, Barriga Martín estima que el tiempo medio para realizar la valoración de dependencia se situaría en unos tres meses.

Sin embargo, el tiempo que media entre el reconocimiento de grado y nivel para los que tienen derecho a recibir algún servicio o prestación y la elaboración del programa individualizado de atención (PIA), a partir del cual se determina el servicio o la prestación a percibir, se sitúa entre los 9 y los 15 meses. La situación en la que quedan las personas con derecho reconocido, pero sin programa individualizado de atención desarrollado es una especie de limbo administrativo (limbo de la dependencia o lista de espera de la dependencia) de difícil justificación por parte de los responsables de la prestación de los servicios. Ello, unido al periodo que se tardó en valorar el caso, supone unos plazos de entre 12 y 18 meses desde la presentación de la solicitud hasta la percepción del servicio o de la prestación en el caso de que se obtuviera una valoración de dependencia con un grado y nivel suficientes. Por tanto, concluye el autor, los nuevos perceptores de prestaciones y servicios en enero de 2010 bien pudieron entregar su solicitud en septiembre de 2008. Ello supone que desde mediados del año 2008 se mantiene un número cercano a las 240.000 personas en situación de dependencia reconocida (grado y nivel suficientes según el calendario de la Ley) que no reciben la atención que les reconoce la Ley 39/2006.

Siendo este el panorama nacional, cuando desagregamos un nivel y analizamos el caso de cada comunidad autónoma, los resultados son

completamente dispares. Tanto que, dado que los únicos datos disponibles son los aportados por las comunidades autónomas al SAAD y publicados mensualmente en la página web del Imsero, el autor del citado informe (Barriga Martín, 2010) se plantea en varias ocasiones cuán alejados están los datos publicados por el Imsero (y enviados por las autoridades regionales) de la situación real de la población de cada región.

Lo cierto es que observado el número de casos acumulados en cada comunidad autónoma (solicitudes, dictámenes, personas con derecho a prestación y personas con prestaciones percibidas) y tras su ponderación por datos poblacionales (tasas por 1.000 habitantes y tasas por 1.000 habitantes de 65 y más años) (Tabla 2.6.) parece claro que el despliegue del SAAD se está realizando a diferentes velocidades en el territorio español.

2.3. IMPACTO PRESUPUESTARIO DEL SAAD

Los artículos 32 y 33 de la Ley 39/2006 determinan que la financiación del SAAD constará de tres partes. En primer lugar, la Administración General del Estado asumirá íntegramente la financiación del nivel mínimo de protección, que se encuentra definido en el artículo 7. Para tal fin, los Presupuestos Generales del Estado fijarán anualmente la cantidad de recursos destinados a financiar dicho nivel mínimo. En segundo lugar, las comunidades autónomas aportarán, al menos, una cantidad igual a la prevista por la Administración General del Estado en nivel de protección mínimo y acordado. Además, las comunidades autónomas tienen capacidad para, en función de sus recursos, poder definir niveles de protección adicionales para sus residentes (artículo 10.4). En tercer lugar, los beneficiarios de las prestaciones de dependencia participarán en el coste de las mismas a tenor de sus recursos económicos, aunque ningún ciudadano quedará desprotegido por no disponer de capacidad económica suficiente (artículo 33.4).

Según se estipulaba en la memoria económica que acompañaba a la LD, la previsión era que en el año 2015, cuando el SAAD estuviera totalmente implantado, la contribución a la financiación del mismo

Tabla 2.6. Solicitudes, dictámenes, personas beneficiarias con derecho

	Solicitudes			Dictámenes		
	Totales	Tasa por 1.000 habitantes	Tasa por 1.000 habitantes ≥65 años	Totales	Tasa por 1.000 habitantes	Tasa por 1.000 habitantes ≥65 años
Total nacional	1.625.564	35,3	208,0	1.452.868	31,5	185,9
Andalucía	444.978	54,0	363,9	385.527	46,8	315,3
Aragón	54.580	41,6	205,9	47.787	36,4	180,2
Principado de Asturias	39.487	37,4	169,6	32.858	31,1	141,1
Illes Balears	27.236	25,2	180,6	22.693	21,0	150,4
Canarias	35.613	17,0	129,1	27.380	13,1	99,2
Cantabria	24.872	43,0	230,5	26.050	45,0	241,4
Castilla y León	89.629	35,9	159,1	82.713	33,2	146,8
Castilla-La Mancha	95.217	46,7	263,7	78.933	38,7	218,6
Cataluña	250.174	34,2	201,2	246.142	33,6	197,9
Comunidad Valenciana	118.006	23,6	145,5	115.555	23,2	142,4
Extremadura	44.527	41,1	218,3	34.403	31,8	168,6
Galicia	97.589	35,7	162,6	77.336	28,3	128,8
Comunidad de Madrid	117.080	18,4	121,0	101.465	16,0	104,8
Región de Murcia	49.432	33,7	248,3	46.857	32,0	235,3
Comunidad Foral de Navarra	24.041	38,7	216,8	22.239	35,8	200,5
País Vasco	93.886	43,9	223,4	86.853	40,6	206,7
La Rioja	15.107	48,0	257,8	14.572	46,3	248,7
Ceuta y Melilla	4.110	27,5	234,2	3.505	23,5	199,7

Fuente: elaboración propia a partir de datos del Inmerso y proyecciones de población del INE.

–9.352 millones de euros– fuera la siguiente: un 42,6% a cargo de las comunidades autónomas, un 23,7% de la Administración Central del Estado y un 33,7% de aportaciones realizadas por los usuarios en concepto de copagos. En el caso de la Administración Central y de los usuarios, estas cifras se refieren a nuevos recursos para el sistema. No obstante, con respecto al gasto financiado por las comunidades, en su cómputo estaban incluidos los cerca de 1.800 millones de euros destinados a servicios de atención a la dependencia antes de la creación del SAAD.

a prestación y prestaciones en el SAAD. Situación en agosto de 2010

Personas beneficiarias con derecho a prestación			Prestaciones		
Totales	Tasa por 1.000 habitantes	Tasa por 1.000 habitantes ≥65 años	Totales	Tasa por 1.000 habitantes	Tasa por 1.000 habitantes ≥65 años
1.017.719	22,1	130,3	834.070	18,1	106,7
263.654	32,0	215,6	249.717	30,3	204,2
34.899	26,6	131,6	27.889	21,2	105,2
22.534	21,3	96,8	16.335	15,5	70,2
17.187	15,9	113,9	11.260	10,4	74,6
21.860	10,4	79,2	8.477	4,1	30,7
18.137	31,3	168,1	14.674	25,3	136,0
62.423	25,0	110,8	59.480	23,8	105,6
53.406	26,2	147,9	47.336	23,2	131,1
178.930	24,4	143,9	143.924	19,7	115,7
77.855	15,6	96,0	47.003	9,4	57,9
25.328	23,4	124,2	18.914	17,5	92,7
60.387	22,1	100,6	37.463	13,7	62,4
69.018	10,9	71,3	48.963	7,7	50,6
34.071	23,2	171,1	28.391	19,4	142,6
13.229	21,3	119,3	11.766	19,0	106,1
52.885	24,7	125,9	49.381	23,1	117,5
9.781	31,1	166,9	11.023	35,0	188,1
2.135	14,3	121,7	2.074	13,9	118,2

En cualquier caso, durante el primer año de funcionamiento del SAAD, el Estado aumentó su aportación en más del 50% respecto a lo presupuestado en la memoria económica que acompaña a la LD. Asimismo, aunque se ha llegado recientemente a un acuerdo de mínimos en el seno del Consejo Territorial del SAAD, el sistema de copagos está pendiente de concreción por parte de algunas comunidades autónomas.

Las grandes cifras macroeconómicas expuestas en los trabajos de Herce *et al.* (2006) señalaban en su momento que el presupuesto

de gastos corrientes para establecer el SAAD exigía aumentar los recursos financiados públicamente desde el 0,33% del PIB en el año 2004 hasta el 1,05% del PIB en el año 2010. Es decir, un aumento de 0,72 puntos porcentuales del PIB o, de manera equivalente, unos 8,4 miles de millones de euros adicionales, a precios de 2005, sólo en 2010, y de 26,4 miles de millones de euros en el periodo 2005-2010.

En conjunto con la atención prestada a las personas en situación de dependencia, no se deben dejar de señalar otros efectos positivos derivados de la creación del SAAD. De los modelos de simulación macroeconómica (Herce *et al.*, 2006) se obtenía como resultado principal que el estímulo a la demanda agregada que supondría la creación del SAAD provocaría efectos sobre el PIB de nuestra economía, que podría llegar a ser un 1,56% mayor en 2010 que en ausencia del programa de gasto implicado (un diferencial en tasa de crecimiento acumulativo anual real de +0,28 puntos porcentuales). Asimismo, el retorno fiscal global, por impuestos generales y cotizaciones generadas por la creación de nuevos puestos de trabajo, podría llegar a cubrir hasta casi dos terceras partes del gasto asociado al despliegue del SAAD.

Así, la creación de nuevos empleos en el marco del SAAD sería otro aspecto positivo que hay que destacar. Las estimaciones iniciales del libro “Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro blanco” (Imsero, 2005) cifraban la generación de unos 263.000 empleos ligados a la creación del SAAD. No obstante, las simulaciones macroeconómicas reducen estas cifras a 190.000-200.000 empleos y un análisis microeconómico más detallado arroja cifras aún más reducidas (unos 100.000 empleos). El motivo de esta discrepancia entre el análisis microeconómico y las cifras del libro se debe a que, mientras en este último se asocia la creación del SAAD con una incorporación de cuidadores informales al mercado laboral, el análisis microeconómico, basado en la Encuesta de Población Activa y en la Encuesta de Apoyo Informal a Personas Mayores, mostraría un potencial mucho más limitado. Pese a ello, las cifras estimadas se refieren al medio plazo y escenarios a más largo plazo podrían confirmar esta incorporación de potenciales cuidadores. En todo caso, aun en el escenario conservador, las cifras de creación de puestos de trabajo especializado serían un aspecto importante que considerar.

En todo caso, las consecuencias financieras del nuevo sistema dependen de la evolución de múltiples variables, en algunos casos gestionables por parte de las Administraciones Públicas y difícilmente modificables en otros. Respecto a las primeras, la intensidad de las prestaciones y los servicios cubiertos, su distribución entre los beneficiarios del sistema, o el esquema concreto de copagos modulados por renta por el que se acabe optando, afectarán no sólo al volumen de gasto total financiable, sino también al modo en que este se distribuye entre los tres agentes implicados (Administración Central, Autónoma y usuarios). Por otro lado, además de estos factores gestionables, existen otras variables cuya evolución también tendrá consecuencias sobre el gasto futuro del SAAD, como son el número de personas mayores o, más importante aún, el porcentaje de estas con problemas de dependencia.

El análisis del impacto financiero de estos factores para el SAAD, en un contexto de restricción presupuestaria como el actual, resulta fundamental para que el nuevo sistema no sólo ayude a mejorar la protección recibida por las personas dependientes y sus familiares en el momento presente, sino también para garantizar que tales efectos puedan seguir dándose a largo plazo por ser el nuevo esquema financieramente sostenible. Antes de que España optara por la puesta en marcha del nuevo SAAD, se habían realizado diversos estudios que simulaban proyecciones sobre la evolución futura en España del gasto en cuidados de larga duración. Estos trabajos, sin embargo, realizaron tales proyecciones suponiendo que el sector público seguiría interviniendo en este ámbito a través de un sistema de protección no universalista (Comas-Herrera A *et al.*, 2006; Casado D, López G, 2001; DG ECFIN, 2006; Guillén M *et al.*, 2006).

Un trabajo reciente que conviene destacar es el realizado por Jiménez y Vilaplana (2009), cuyo objetivo era estimar el coste de la puesta en marcha de la LD. Más concretamente, estimar el coste derivado de las prestaciones económicas y en especie concedidas por el SAAD desde el 31 de julio de 2008 hasta el 1 de enero de 2010 y comparar los costes totales estimados con los recursos financieros presupuestados por la Administración General del Estado y las comunidades autónomas.

A partir de la legislación vigente (LD y reales decretos de actualización de cuantías de las prestaciones económicas concedidas), acuerdos de financiación determinados en el seno del Consejo Territorial del SAAD y de los datos relativos a la población dependiente de acuerdo con las estadísticas del Sistema de Información del SAAD publicadas por el Imserso (Ministerio de Sanidad y Política Social), Jiménez y Vilaplana (2009) estiman el coste de las prestaciones concedidas por el SAAD. Las Tablas 2.7.-2.10. resumen los principales resultados estimados.

Tabla 2.7. Estimación del coste total de las prestaciones económicas efectuadas entre el 31 de julio de 2008 y el 1 de enero de 2010

	Porcentaje			Total de prestaciones económicas
	Prestación vinculada al servicio	Prestación de cuidados en el entorno familiar	Prestación de asistencia personal	
Andalucía	4,33	95,62	0,06	518.870.583
Aragón	25,98	74,02	0,00	80.439.850
Principado de Asturias	12,08	87,92	0,00	40.886.029
Illes Balears	4,86	94,73	0,41	20.058.467
Canarias	1,37	98,63	0,00	13.599.685
Cantabria	0,00	100,00	0,00	33.771.757
Castilla y León	46,76	53,00	0,24	111.028.806
Castilla-La Mancha	4,65	95,29	0,06	90.518.888
Cataluña	25,15	74,79	0,05	317.418.274
Comunidad Valenciana	11,01	88,99	0,00	57.481.629
Extremadura	46,18	53,82	0,00	30.459.247
Galicia	9,01	90,78	0,22	117.647.656
Comunidad de Madrid	0,86	99,14	0,00	10.985.401
Región de Murcia	4,40	95,60	0,00	53.264.943
Comunidad Foral de Navarra	25,29	74,70	0,02	43.559.968
País Vasco	10,24	84,86	4,90	76.764.625
La Rioja	15,50	84,50	0,01	14.657.132
Ceuta y Melilla	10,02	89,98	0,00	8.159.658
Total	14,14	85,57	0,29	1.639.572.598

Fuente: Jiménez y Vilaplana (2009).

Tabla 2.8. Estimación del coste total de las prestaciones en especie realizadas entre el 31 de julio de 2008 y el 1 de enero de 2010

	Porcentaje				Total de prestaciones en especie
	Teleasistencia	Atención a domicilio	Centros de día	Atención residencial	
Andalucía	0,24	50,19	7,80	41,77	694.583.943
Aragón	0,00	0,00	17,75	82,25	37.014.259
Principado de Asturias	0,02	13,64	5,87	80,47	61.057.188
Illes Balears	0,00	0,00	9,43	90,57	27.052.925
Canarias	0,00	0,00	25,88	74,12	21.115.341
Cantabria	0,00	17,59	58,50	23,91	17.277.023
Castilla y León	0,06	14,35	7,14	78,44	152.320.001
Castilla-La Mancha	0,15	3,83	2,57	93,45	127.153.507
Cataluña	0,00	25,94	2,86	71,20	229.010.682
Comunidad Valenciana	0,00	0,00	3,02	96,98	220.747.740
Extremadura	0,16	18,40	5,45	75,99	40.491.711
Galicia	0,02	21,56	4,18	74,24	116.664.919
Comunidad de Madrid	0,00	0,03	6,58	93,39	437.444.789
Región de Murcia	0,95	0,00	0,32	98,73	5.882.222
Comunidad Foral de Navarra	0,06	0,00	11,21	88,73	17.256.078
País Vasco	0,14	23,17	14,70	61,99	426.381.394
La Rioja	0,37	29,96	19,89	49,78	22.885.991
Ceuta y Melilla	0,32	32,51	7,26	59,91	3.226.654
Total	0,10	21,92	8,11	69,87	2.657.566.367

Fuente: Jiménez y Vilaplana (2009).

La principal conclusión que señalan los autores es la constatación de que los recursos financieros planificados inicialmente para la puesta en marcha del SAAD son insuficientes. Esta situación se ha tratado de sol-

Tabla 2.9. Estimación del coste total de las prestaciones económicas y en especie a 1 de enero de 2010

	Económicas		En especie		Coste total
	Euros	Porcentaje	Euros	Porcentaje	
Andalucía	518.870.583	42,76	694.583.943	57,24	1.213.454.525
Aragón	80.439.850	68,49	37.014.259	31,51	117.454.110
Asturias	40.886.029	40,11	61.057.188	59,89	101.943.217
Illes Balears	20.058.467	42,58	27.052.925	57,42	47.111.392
Canarias	13.599.685	39,18	21.115.341	60,82	34.715.026
Cantabria	33.771.757	66,16	17.277.023	33,84	51.048.781
Castilla y León	111.028.806	42,16	152.320.001	57,84	263.348.807
Castilla-La Mancha	90.518.888	41,58	127.153.507	58,42	217.672.395
Cataluña	317.418.274	58,09	229.010.682	41,91	546.428.957
Comunidad Valenciana	57.481.629	20,66	220.747.740	79,34	278.229.369
Extremadura	30.459.247	42,93	40.491.711	57,07	70.950.957
Galicia	117.647.656	50,21	116.664.919	49,79	234.312.575
Comunidad de Madrid	10.985.401	2,45	437.444.789	97,55	448.430.190
Región de Murcia	53.264.943	90,05	5.882.222	9,95	59.147.164
Comunidad Foral de Navarra	43.559.968	71,63	17.256.078	28,37	60.816.046
País Vasco	76.764.625	15,26	426.381.394	84,74	503.146.019
La Rioja	14.657.132	39,04	22.885.991	60,96	37.543.123
Ceuta y Melilla	8.159.658	71,66	3.226.654	28,34	11.386.312
Total	1.702.630.374	39,08	2.653.665.120	60,92	4.297.138.965

Fuente: Jiménez y Vilaplana (2009).

ventar, casi de manera periódica, con dotaciones de créditos adicionales. Aunque a primera vista estos créditos puedan dar la impresión de una mayor generosidad en las prestaciones económicas y en especie, en realidad sólo suponen una pequeña insuflación de aire para un sistema de dependencia que se encuentra desbordado en cuanto a poder cumplir con las prestaciones reconocidas y que en un futuro cercano puede encontrarse “ahogado” a la hora de cumplir con las sucesivas amplia-

Tabla 2.10. Comparación entre la financiación de la Administración General del Estado y de las comunidades autónomas al SAAD y los costes estimados (coste mínimo y coste de prestaciones económicas y en especie) (millones de euros)

	Administración General del Estado			Comunidades autónomas		
	2008	2009	2010	2008	2009	2010
1.º) Mínimo garantizado de dependencia	502,35	764,98	1.164,98	502,35	764,98	1.164,98
2.º) Nivel acordado de dependencia	241,62	283,20	283,20	241,62	283,20	283,20
3.º) Cobertura de cuotas sociales de cuidadores no profesionales	9,86	33,50	33,50			
4.º) Otros gastos de dependencia	117,16	77,01	99,39			
5.º) Fondo de apoyo para la promoción y el desarrollo de infraestructuras	–	17	17			
6.º) Real Decreto Ley 9/2008, de 28 de diciembre		400				
7.º) Real Decreto Ley 8/2009, de 12 de junio		400				
Total	870,99	1.975,69	1.598,07	743,97	1.048,18	1.448,18

Ejercicios 2008 y 2009

Total de recursos	4.638,83
Administración General del Estado	2.846,68
Comunidades autónomas*	1.792,15
Total de costes	6.335,97
Coste estimado nivel mínimo (2008 y 2009)	1.979,67
Coste en prestaciones económicas y en especie	4.356,30
Total de recursos-total de costes*	-1.697,14

Fuente: Jiménez y Vilaplana (2009).

* Falta incorporar las aportaciones de Navarra (convenio económico) y País Vasco (concierto económico).

ciones que se ha fijado hasta su completo desarrollo previsto en principio en el año 2015.

Los Presupuestos Generales del Estado para 2010 han presupuestado 1.598,07 millones de euros para el SAAD que, sumados a la aportación

de 1.448,18 millones por parte de las comunidades en términos de nivel de protección mínimo y acordado, darían un total de 3.046,25 millones de euros. Sin embargo, los autores señalan que, dado el saldo deficitario estimado para los dos ejercicios anteriores, resultaría conveniente ampliar la financiación del SAAD para compensar el déficit precedente y hacer frente tanto a la continuidad de las prestaciones concedidas como al reconocimiento de nuevos beneficiarios.

Otro trabajo español de interés es el realizado por Casado, Tur y Puig (2008). Los autores desarrollan un modelo de simulación con el objetivo de calibrar el impacto económico de distintas configuraciones del SAAD, durante el periodo 2008-2015, no sólo en términos del gasto total que puede requerirse en cada caso, sino también en lo tocante a la contribución relativa de los agentes encargados de su financiación. En concreto, para cada comunidad autónoma se simulan un conjunto de escenarios basados en: 1) el modelo de atención, para el que se han supuesto dos alternativas: una basada en la preponderancia de los servicios, la otra en la preeminencia de las prestaciones por apoyo informal; 2) el esquema de copagos y las cuantías de las prestaciones económicas, con dos configuraciones alternativas que difieren entre sí de acuerdo con la generosidad que ofrecen a los beneficiarios según sus niveles de renta; y 3) las aportaciones de la Administración Central, situación en la que se exploran de nuevo dos escenarios alternativos: uno en el que las cuantías por beneficiario siguen lo establecido en la normativa ya aprobada, y otra en el que estas cantidades experimentan un crecimiento del 100%.

Los ocho escenarios simulados, además de considerar estas dimensiones, tuvieron en cuenta otros elementos relevantes, como la evolución demográfica y la prevalencia de los problemas de dependencia, los costes de los distintos servicios en cada comunidad autónoma, los niveles de renta de los beneficiarios, etc. Los distintos escenarios estiman para el año 2015 un coste que oscilaría entre un valor mínimo de 5.987 millones de euros y uno superior de 7.407 millones de euros, con diferencias entre los escenarios simulados en la contribución del Estado central, de las comunidades autónomas y de las aportaciones de los usuarios.

Desde una perspectiva general, considerando en su conjunto los resultados obtenidos, hay dos aspectos fundamentales que se deben destacar

del trabajo de Casado, Tur y Puig (2008). En primer lugar, si se pretende garantizar un impacto sostenible del nuevo SAAD sobre las finanzas autonómicas, parece claro que las Administraciones Públicas están obligadas a realizar importantes esfuerzos. Por un lado, en el caso de la Administración Central, los resultados sugieren la necesidad de revisar al alza las cuantías de las transferencias por beneficiario, especialmente si existe interés por desarrollar un modelo de atención basado en los servicios que reserve a las prestaciones por apoyo informal un papel secundario. En el caso de las comunidades autónomas, si estas aspiran a mantener en límites financieramente manejables la implementación del SAAD en los próximos años, están abocadas a que los copagos y las cuantías de las prestaciones económicas sigan esquemas de “generosidad” limitada, especialmente si se desea potenciar un modelo de atención que prime los servicios por encima del apoyo informal subsidiado.

El otro aspecto que conviene enfatizar es que el impacto de la implantación del SAAD sobre las finanzas autonómicas va a ser muy distinto en las diferentes comunidades. Las simulaciones de tales impactos que se derivan del modelo son el resultado de interacciones complejas entre múltiples factores. Algunos de ellos, como la evolución demográfica o el nivel de renta de los individuos, son difícilmente gestionables por parte de la Administración. Otros, como puedan ser los costes de los servicios, pueden tener que ver tanto con diferencias regionales de gestión de los servicios sociales como con variables económicas generales (índice de precios de consumo regional, mercado laboral, etc.). Asimismo, también el gasto que las comunidades venían realizando en materia de dependencia afecta a la magnitud del impacto que supone el SAAD, de tal manera que las regiones con menores niveles de gasto inicial experimentarán impactos superiores. Toda esta diversidad, que resulta por otro lado inherente al carácter descentralizado de nuestro sistema de servicios sociales, debe tenerse en cuenta a la hora de valorar las distintas alternativas de configuración del sistema.

Los autores concluyen que los potenciales efectos positivos desarrollables dentro del marco del SAAD dependerán de cómo se concreten los parámetros de funcionamiento del sistema. A este respecto, resultará crucial el tipo de atención por el que se acabe optando, el esquema de copagos finalmente adoptado, la cuantía de las prestaciones económicas y su modulación en función de la renta de los beneficiarios, y el coste de funciona-

miento del propio sistema. Todo ello en un contexto de envejecimiento demográfico creciente, con situaciones de partida muy dispares entre comunidades, que pueden ver seriamente comprometida su capacidad para financiar las nuevas necesidades de gasto que puede comportar el sistema.

2.4. CONTRIBUCIÓN FINANCIERA DE LOS USUARIOS/COPAGOS

Los sistemas de cuidados a largo plazo de los países desarrollados se enfrentan al reto de conseguir simultáneamente tres objetivos: garantizar el acceso a las prestaciones con independencia del nivel de ingresos del beneficiario, proporcionar servicios de alta calidad y asegurar la estabilidad financiera del sistema a largo plazo. La mayoría de los sistemas requieren que los participantes contribuyan hasta cierto punto en el coste de los servicios que utilizan. Sin embargo, la decisión de la cuantía de estas contribuciones, así como la determinación de qué individuos deberían estar libres del pago de las mismas, es un asunto complicado y no exento de connotaciones políticas.

El reparto del coste de los servicios entre el beneficiario y los poderes públicos puede revestir tres formas diferentes. La primera consiste en el pago de una cantidad fija que el usuario abona para poder recibir el servicio, la segunda se calcula como un porcentaje del coste del servicio y la tercera consiste en un desembolso de parte del coste realizado antes de que comience el periodo de cobertura, normalmente con periodicidad anual⁵. La segunda posibilidad es la que se ha adoptado en España.

Los argumentos que fundamentan estas formas de contribución del usuario son desincentivar un uso irracional o desmedido de los servicios sociales a través de una labor de concienciación sobre el coste de los mismos, proporcionar una fuente adicional de financiación y permitir una ampliación de la cartera de servicios sociales a partir de una mayor cantidad de recursos disponibles. Por otra parte, el argumento principal en contra de la participación de los usuarios en el coste es que, dependiendo de có-

⁵ En terminología anglosajona, al pago de una cantidad fija por servicio recibido se le denomina *copayment* (copago) y el pago de un porcentaje del coste del servicio adopta la terminología de *coinsurance* (coaseguramiento). Sin embargo, dado que el término copago es el empleado habitualmente en el medio español, será el utilizado.

mo se plantee la contribución del usuario, esta puede no ser equitativa para determinados grupos de población. Por esta razón, la mayoría de los sistemas de cuidados a largo plazo incluyen mecanismos de protección para salvaguardar la situación financiera de los beneficiarios frente a lo que pudiera suponerles un copago excesivo. Por ejemplo: exención de la obligación de contribuir al coste para determinados colectivos (bajos ingresos, discapacidad elevada), establecimiento de un tope máximo anual de contribución al coste de los servicios, descuentos cuando se contratan los servicios con ciertos proveedores o deducciones en los impuestos.

En el caso de España, el anteproyecto de la LD estimaba que la contribución de los beneficiarios ascendería a 3.152.747.758 euros, aunque en el momento de su redacción no se concretaba la forma en que se calcularía dicha aportación. En un principio, no parece que esta participación del beneficiario fuese mal acogida por los beneficiarios potenciales de las prestaciones ya que, según la Encuesta de Condiciones de Vida de las Personas Mayores (Imsero, 2006), un 56,6% de los mayores de 65 años declaraba estar dispuesto a contribuir económicamente a la financiación de las prestaciones de dependencia en caso de necesitarlas.

Posteriormente, la Resolución de 2 de diciembre de 2008, de la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad, ha establecido unas cuantías máximas de copago para los beneficiarios de las prestaciones económicas, e igualmente ha excluido del mismo a los beneficiarios con niveles de renta reducidos. Dicha Resolución determina que la aportación de cada beneficiario se calculará mediante “una fórmula matemática que garantice la equidad en la progresividad de su aplicación según su capacidad económica”. Por consiguiente, aunque se aborda el tema de la equidad desde el punto de vista de los ingresos, no se hace ninguna referencia a la equidad territorial (existencia de desigualdades entre las aportaciones de usuarios con igual nivel de ingresos y grado de dependencia en razón de su lugar de residencia).

Más concretamente, la Resolución de 2 de diciembre de 2008, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del SAAD sobre determinación de la capacidad económica del beneficiario y sobre los criterios de participación de este en las prestaciones del SAAD, ha establecido los criterios mínimos comunes para la participación del beneficiario en las prestaciones del

sistema, sin perjuicio de que las comunidades autónomas puedan regular condiciones más ventajosas. Para el caso de las prestaciones económicas (artículo 2), se ha determinado que si la capacidad del beneficiario es igual o inferior al indicador público de renta de efectos múltiples (IPREM), la cuantía de la prestación será del 100% de la cantidad establecida. Si la capacidad es superior al IPREM, la comunidad autónoma que tenga la competencia establecerá una reducción, de manera que la cantidad resultante no sea inferior en ningún caso al 40% de la cuantía establecida para las prestaciones vinculadas al servicio y de asistencia personal, y al 75% para la prestación de cuidados en el entorno familiar.

Hasta la fecha de la mencionada Resolución, todas las comunidades, excepto Región de Murcia, Álava y Vizcaya, habían aprobado sus respectivas legislaciones para regular el acceso a las prestaciones de la LD. Respecto a las que sí han aprobado su propio articulado, la capacidad económica del beneficiario se determina en razón de la renta en Andalucía, Aragón, Illes Balears, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Cataluña, Ceuta, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Guipúzcoa y Melilla, y en razón de la renta y del patrimonio en Asturias, Castilla y León, Comunidad de Madrid, Comunidad Foral de Navarra y La Rioja (para una explicación más detallada véase “Características del copago en las prestaciones económicas por comunidades autónomas”, en Jiménez y Vilaplana, 2009).

De entre las comunidades que se fijan en el nivel de renta, unas establecen los intervalos de copago de acuerdo con el IPREM (Andalucía, Aragón, Illes Balears, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Ceuta, Extremadura, Galicia, Melilla), del salario mínimo interprofesional (SMI) (Comunidad Valenciana) o del indicador de rentas de suficiencia de Cataluña. Respecto a las que consideran la suma de la renta y del patrimonio, en Castilla y León, Comunidad de Madrid y La Rioja se toma como referencia al individuo solicitante, mientras que en la Comunidad Foral de Navarra se calcula la renta per cápita de la unidad familiar, es decir, se consideran las rentas y el patrimonio de todos los miembros de la familia y se compara con el SMI.

En líneas generales, la Resolución de 2 de diciembre de 2008 no supone ninguna modificación respecto al articulado que ya había sido aprobado en las comunidades autónomas. La exclusión del copago para los dependientes con capacidad económica inferior al IPREM no afecta a las co-

municipalidades que han fijado su copago en relación con el indicador de rentas de suficiencia de Cataluña o al SMI (Comunidad Valenciana, Comunidad Foral de Navarra), dado que en estas comunidades quedan excluidos del copago los individuos cuyas rentas sean inferiores al indicador elegido, y el importe de ambos indicadores alternativos de rentas es superior al del IPREM.

Sólo hay tres comunidades a las que les afecta la aprobación de dicha Resolución. En primer lugar, Extremadura, ya que para la prestación para cuidados en el entorno familiar había fijado un copago superior al 25% cuando la capacidad económica fuera superior a cuatro veces el IPREM. En segundo lugar, afecta al cómputo del patrimonio para las comunidades de Castilla y León y Asturias, puesto que la Resolución determina que la capacidad económica será la correspondiente a la renta del beneficiario modificada al alza en un 5% de su patrimonio neto a partir de los 65 años, un 3% de los 35 a los 65 y un 1% para los menores de 35 años. Aunque la Comunidad de Madrid también tiene en cuenta los recursos patrimoniales, los porcentajes aprobados coinciden con los de la Resolución de 2 de diciembre.

La citada Resolución no fija un nivel mínimo para las prestaciones económicas, si bien algunas comunidades sí lo han hecho y, a su vez, dentro de este grupo se presentan diversas alternativas. Por un lado, Andalucía, Aragón, Illes Balears, Canarias, Cantabria, Castilla y León, Ceuta, Comunidad Valenciana, Galicia, Comunidad de Madrid y Melilla han establecido en sus respectivos articulados que, para los dependientes de grado III, el importe de la prestación no podrá ser en ningún caso inferior al de la prestación no contributiva fijada cada año por los Presupuestos Generales del Estado⁶. En Castilla-La Mancha, se ha determinado la misma protección para los grandes dependientes, pero además se ha añadido un mínimo del 75% de la pensión no contributiva para los dependientes severos de nivel 2 (252,25 euros/mes). Por último, en Extremadura se ha establecido que el importe de la prestación recibida, independientemente del grado de dependencia, no será inferior a la cuantía de la pres-

⁶ Para el año 2009, la Ley 2/2008, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado ha establecido un importe de 336,33 euros/mes o 4.708,62 euros/año.

tación no contributiva cuando la capacidad económica del beneficiario sea inferior a tres veces el IPREM (1.581,72 euros/mes).

El trabajo de Jiménez y Vilaplana (2009) señala que los resultados demuestran que el margen concedido a las comunidades autónomas para articular el copago ha dado lugar a la aparición de sistemas de contribución diferentes que no favorecen la equidad interterritorial, de manera que dos individuos con el mismo nivel de renta y de dependencia, pero residentes en comunidades distintas, pueden enfrentarse a copagos muy desiguales. Si a esto se suma la variabilidad regional de los precios de los servicios (centros de día, ayuda a domicilio), se constata que en muchos casos la prestación recibida una vez deducido el copago no es suficiente para costear dicho servicio, lo cual supone que el usuario debe aportar recursos personales y que las diferencias existentes entre residir en una u otra región son relevantes. Por ejemplo, la prestación vinculada al servicio para un gran dependiente de nivel 2 con unos ingresos de 600 euros sería de 1.330,35 euros si viviera en Cataluña y de 748,32 si residiera en Andalucía (o Aragón, Asturias, Illes Balears, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Extremadura, Galicia, Ceuta, Melilla), es decir, que habría una diferencia de 582,03 euros. Estas diferencias territoriales son más acusadas entre los individuos de rentas bajas o medias-bajas. Por ejemplo, en la prestación para asistencia personal se observa una diferencia de 838,76 euros entre un gran dependiente de nivel 1 con unos ingresos de 600 euros que viviera en la Comunidad Foral de Navarra y otro que residiera en Andalucía (o Aragón, Asturias, Illes Balears, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Extremadura, Galicia, Ceuta, Melilla), es decir, existiría una diferencia de 582,03 euros. En cambio, si los ingresos fueran de 2.400 euros, habría una diferencia de 363,67 euros entre un dependiente que residiera en la Comunidad Foral de Navarra y otro que viviera en Cantabria o Extremadura. Para los individuos con ingresos de 600 euros, la diferencia entre la prestación máxima y mínima es mayor en la prestación para asistencia personal que en la vinculada al servicio (Tablas 2.11.-2.13.).

2.5. EL PAPEL DE LOS CUIDADOS PRESTADOS POR LAS FAMILIAS (CUIDADO INFORMAL)

En España, la familia ha jugado y juega un papel predominante como principal red de protección para satisfacer las necesidades de las per-

Tabla 2.11. Prestación recibida después de deducir el copago.
Gran dependencia. Nivel 2

	Prestación vinculada al servicio				Prestación de asistencia personal			
	600 €	1.200 €	1.800 €	2.400 €	600 €	1.200 €	1.800 €	2.400 €
Andalucía	748,32	665,18	582,03	498,88	748,32	665,18	582,03	498,88
Aragón	748,32	665,18	582,03	498,88	748,32	665,18	582,03	498,88
Asturias	748,32	665,18	582,03	415,74	748,32	665,18	582,03	415,74
Illes Balears	748,32	665,18	582,03	498,88	748,32	665,18	582,03	498,88
Canarias	748,32	665,18	582,03	498,88	748,32	665,18	582,03	498,88
Cantabria	748,32	665,18	582,03	415,74	748,32	665,18	582,03	415,74
Castilla y León	783,08	641,15	499,21	357,28	805,66	729,96	654,27	578,57
Castilla-La Mancha	748,32	665,18	582,03	498,88	748,32	665,18	582,03	498,88
Cataluña	1.330,35	1.330,35	789,90	789,90	831,47	831,47	789,90	789,90
Comunidad Valenciana	831,47	831,47	831,47	665,18	831,47	831,47	831,47	665,18
Extremadura	748,32	665,18	498,88	336,33*	748,32	665,18	498,88	336,33*
Galicia	748,32	665,18	582,03	498,88	748,32	665,18	582,03	498,88
Comunidad de Madrid	783,08	641,15	499,21	357,28	805,66	729,96	654,27	578,57
Comunidad Foral de Navarra	1.185,43	713,43	389,35	389,35	1.400,00	824,00	700,00	700,00
Guipúzcoa	831,47	665,18	582,03	498,88	831,47	665,18	582,03	498,88
La Rioja	831,47	748,32	748,32	665,18	831,47	748,32	748,32	665,18
Ceuta	748,32	665,18	582,03	498,88	748,32	665,18	582,03	498,88
Melilla	748,32	665,18	582,03	498,88	748,32	665,18	582,03	498,88
Máximo	1.330,35	1.330,35	831,47	789,90	1.400,00	831,47	831,47	789,90
Mínimo	748,32	641,15	389,35	336,33	748,32	665,18	498,88	336,33
Diferencia	582,03	689,21	442,12	453,57	651,68	166,29	332,59	453,57

Fuente: Jiménez y Vilaplana, 2009. Elaboración a partir del Real Decreto 73/2009, de 30 de enero, y de la legislación autonómica.

* Indica que se aplica el mínimo de no recibir menos que la prestación no contributiva.

sonas en situación de dependencia. Este elemento, presente en todos los países pero con mayor intensidad en el nuestro, ha sido sostenible gracias a las bajas tasas de participación laboral de las actuales cohortes de mujeres de mediana edad, lo que ha permitido hasta la fecha una

Tabla 2.12. Prestación recibida después de deducir el copago.
Gran dependencia. Nivel 1

	Prestación vinculada al servicio				Prestación de asistencia personal			
	600 €	1.200 €	1.800 €	2.400 €	600 €	1.200 €	1.800 €	2.400 €
Andalucía	561,24	498,88	436,52	374,16	561,24	498,88	436,52	374,16
Aragón	561,24	498,88	436,52	374,16	561,24	498,88	436,52	374,16
Asturias	561,24	498,88	436,52	311,80	561,24	498,88	436,52	311,80
Illes Balears	561,24	498,88	436,52	374,16	561,24	498,88	436,52	374,16
Canarias	561,24	498,88	436,52	374,16	561,24	498,88	436,52	374,16
Cantabria	561,24	498,88	436,52	336,33*	561,24	498,88	436,52	336,33*
Castilla y León	587,31	480,86	374,41	336,33*	604,24	547,47	490,70	433,93
Castilla-La Mancha	561,24	498,88	436,52	374,16	561,24	498,88	436,52	374,16
Cataluña	997,76	997,76	592,42	592,42	623,60	623,60	592,42	592,42
Comunidad Valenciana	623,60	623,60	623,60	498,88	623,60	623,60	623,60	498,88
Extremadura	561,24	498,88	374,16	336,33*	561,24	498,88	374,16	336,33*
Galicia	561,24	498,88	436,52	374,16	561,24	498,88	436,52	374,16
Comunidad de Madrid	587,31	480,86	374,41	336,33*	604,24	547,47	490,70	433,93
Comunidad Foral de Navarra	1.185,43	713,43	311,80	311,80	1.400,00	824,00	700,00	700,00
Guipúzcoa	623,60	498,88	436,52	374,16	623,60	498,88	436,52	374,16
La Rioja	623,60	561,24	561,24	498,88	623,60	561,24	561,24	498,88
Ceuta	561,24	498,88	436,52	374,16	561,24	498,88	436,52	374,16
Melilla	561,24	498,88	436,52	374,16	561,24	498,88	436,52	374,16
Máximo	1.185,43	997,76	623,60	592,42	1.400,00	824,00	700,00	700,00
Mínimo	561,24	480,86	311,80	311,80	561,24	498,88	374,16	336,33
Diferencia	624,19	516,90	311,80	280,62	838,76	325,12	325,84	363,67

Fuente: Jiménez y Vilaplana, 2009. Elaboración a partir del Real Decreto 73/2009, de 30 de enero, y de la legislación autonómica.

* Indica que se aplica el mínimo de no recibir menos que la prestación no contributiva.

actuación por parte del sector público de carácter subsidiario. Es decir, sólo ante la inexistencia o el colapso de la red de protección familiar, unida a la falta de capacidad económica de la persona mayor, las Administraciones Públicas han procedido a financiar o proveer públicamente la asistencia requerida.

Tabla 2.13. Prestación vinculada al servicio recibida después de deducir el copago

	Dependencia severa. Nivel 2				Dependencia severa. Nivel 1			
	600 €	1.200 €	1.800 €	2.400 €	600 €	1.200 €	1.800 €	2.400 €
Andalucía	414,72	368,64	322,56	276,48	360,00	320,00	280,00	240,00
Aragón	414,72	368,64	322,56	276,48	360,00	320,00	280,00	240,00
Asturias	414,72	368,64	322,56	230,40	360,00	320,00	280,00	200,00
Illes Balears	414,72	368,64	322,56	276,48	360,00	320,00	280,00	240,00
Canarias	414,72	368,64	322,56	276,48	360,00	320,00	280,00	240,00
Cantabria	414,72	368,64	322,56	230,40	360,00	320,00	280,00	200,00
Castilla y León	433,98	355,32	276,66	198,01	376,72	308,44	240,16	171,88
Castilla-La Mancha	414,72	368,64	322,56	276,48	360,00	320,00	280,00	240,00
Cataluña	737,28	737,28	437,76	437,76	640,00	640,00	380,00	380,00
Comunidad Valenciana	460,80	460,80	460,80	368,64	400,00	400,00	400,00	320,00
Extremadura	414,72	368,64	276,48	184,32	360,00	336,33*	240,00	160,00
Galicia	414,72	368,64	322,56	276,48	360,00	320,00	280,00	240,00
Comunidad de Madrid	433,98	355,32	276,66	198,01	376,72	308,44	240,16	171,88
Comunidad Foral de Navarra	1.019,46	647,46	252,18	252,18	1.019,46	647,46	225,00	225,00
Guipúzcoa	460,80	368,64	322,56	276,48	400,00	320,00	280,00	240,00
La Rioja	460,80	414,72	414,72	368,64	400,00	360,00	360,00	320,00
Ceuta	414,72	368,64	322,56	276,48	360,00	320,00	280,00	240,00
Melilla	414,72	368,64	322,56	276,48	360,00	320,00	280,00	240,00
Máximo	1.019,46	737,28	460,80	437,76	1.019,46	647,46	400,00	380,00
Mínimo	414,72	355,32	252,18	184,32	360,00	308,44	225,00	160,00
Diferencia	604,74	381,96	208,62	253,44	659,46	339,02	175,00	220,00

Fuente: Jiménez y Vilaplana, 2009. Elaboración a partir del Real Decreto 73/2009, de 30 de enero, y de la legislación autonómica.

* Indica que se aplica el mínimo de no recibir menos que la prestación no contributiva.

Los cuidados prestados por la familia y el entorno afectivo de una persona cuya autonomía se encuentra limitada suelen denominarse cuidados informales. La definición estricta de cuidado informal no es sencilla ni obvia. Por lo general, estos cuidados son un servicio de naturaleza heterogénea, que no tiene un mercado definido y que es

prestado por uno o más miembros del entorno social del demandante de dichos cuidados, quienes generalmente no son profesionales y que no reciben habitualmente ningún tipo de remuneración por sus servicios. En relación con el primer punto, conviene distinguir entre dos tipos de actividades de apoyo realizadas por los cuidadores: ayuda prestada para el desarrollo de ABVD y ayuda prestada para el desarrollo de actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Las ABVD son el conjunto de actividades primarias de la persona, encaminadas a su autocuidado y movilidad, que le dotan de autonomía e independencia elementales y le permiten vivir sin precisar ayuda continua de otros. Entre otras actividades incluiría: comer, vestirse, bañarse/ ducharse, controlar los esfínteres, usar el retrete a tiempo, trasladarse, etc. Las AIVD son aquellas que permiten a la persona adaptarse a su entorno y mantener una independencia en la comunidad. Incluirían actividades tales como cocinar, cuidar la casa, realizar llamadas telefónicas, hacer la compra, utilizar medios de transporte, controlar la medicación, realizar gestiones económicas, etc.

Los cuidadores informales no son profesionales y no suelen percibir remuneración por los servicios que prestan, más allá de algún tipo de compensación simbólica. En principio, la percepción de una compensación económica no excluye directamente la posibilidad de considerar un cuidado como informal, siempre que el cuidador no estuviera dispuesto a cuidar a otra persona (desconocida para él) por ese dinero. La clave reside en que es la vinculación familiar o social con la persona de autonomía limitada el hecho determinante para que el cuidador informal acepte realizar esa tarea⁷. De acuerdo con la Encuesta de Apoyo Informal a las Personas Mayores (Imsero 2004), el 84% de las personas que prestan cuidados informales son mujeres⁸, de las cuales un 13,35% son cóny-

⁷ Cuando el cuidador acepta cuidar a un desconocido, incluso gratis, estamos no ante un cuidador informal, sino ante un *voluntario*. Si percibe una remuneración de la que vive, es un *cuidador profesional*.

⁸ Según la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD 2008), el 76,3% de las personas identificadas como cuidadoras principales son mujeres. Aunque estas diferencias pueden deberse a la consideración o no de cuidadores principales y secundarios y de los grupos de población estudiados que reciben los cuidados prestados (sólo a personas mayores o a población general de cualquier edad) en las dos encuestas citadas, lo que parece fuera de discusión es que las tareas de cuidado recaen fundamentalmente sobre mujeres.

ges, un 59,39% hijas y un 10,84% nueras, y cuya edad media se sitúa en los 53 años. Entre el tipo de ayuda demandado por las personas que prestan cuidados destacan la petición de asistencia de cuidados formales a domicilio (un 39,4%), de ayuda económica (demanda de un salario para los cuidadores, con un 31,9%) y, ya a mayor distancia, la ampliación del número de plazas y la mejora de los servicios proporcionados por los centros de día (un 7,2%).

Sin embargo, el que los cuidadores informales no perciban un sueldo o una compensación económica por el desempeño que realizan no significa que sus cuidados se presten “gratis”. La Encuesta de Apoyo Informal a las Personas Mayores señala algunas de las cargas que deben afrontar las personas que prestan cuidados. Así, un 80% de estas personas reconocen problemas a la hora de disfrutar de su ocio, tiempo libre o vida familiar (reducir el tiempo de ocio, no poder salir de vacaciones, producirse conflictos de pareja, no poder frecuentar a las amistades...); un 63% reconocen problemas de índole económica (no poder plantearse trabajar fuera de casa, tener que renunciar a un empleo, reducir la jornada laboral...), y un 58% refieren problemas de salud y en su estado general (deterioro de la salud, sensación de cansancio, sensación de depresión, tener que recibir tratamiento médico...).

Esta carga puede ser especialmente intensa en personas que cuidan a otras con limitaciones graves de su autonomía. Según la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES), realizada en el año 1999, el 73,1% de los cuidadores de personas que sufren una demencia superan las 40 horas semanales de prestación de cuidados (un 63,4% superan las 60 horas semanales), un 54,5% de los cuidadores de personas con párkinson superan las 40 horas semanales (un 44,0% superan las 60 horas semanales), un 52,1% de los cuidadores de personas con esclerosis múltiple superan las 40 horas semanales (un 45,1% superan las 60 horas semanales) y un 56,4% de los cuidadores de personas que han padecido un accidente cerebrovascular (ictus) superan las 40 horas semanales (un 46,2% superan las 60 horas semanales). En el caso de las enfermedades mentales, el porcentaje de cuidadores no remunerados que dedican más de 40 horas a la semana se eleva hasta casi el 60%, mientras que en las cardiopatías y las enfermedades osteomusculares la proporción es menor, en torno al 40% en ambos casos.

Al elevado número de horas de cuidado semanales, hemos de añadir el número de años que puede suponer el cuidado a una persona con este tipo de enfermedades y la complejidad en las tareas que requieren las personas que padecen enfermedades neurodegenerativas. Asimismo, si bien para ciertas enfermedades neurodegenerativas no hay cura actual y su progresión es de “no retorno”, sí existen referencias sobre su influencia en la evolución de personas con enfermedades cardiovasculares (Hamalainen *et al.*, 2000; Proctor *et al.*, 2000; Boyd *et al.*, 2004). El papel del cuidador se revela como esencial a la hora de evitar rehospitalizaciones y mejorar la calidad y esperanza de vida de la persona discapacitada. La importancia de la figura y de su papel en la salud y bienestar de las personas con limitaciones en su autonomía no puede minimizarse.


En la literatura científica es cada vez más abundante la inclusión de los costes de los cuidados informales, especialmente en estudios de coste de enfermedades discapacitantes que tratan de identificar, medir y valorar los costes desde una perspectiva social. Así, existe un interés creciente en reflejar el impacto que tienen las enfermedades sobre sociedades e individuos, más allá del gasto sanitario dedicado a la prevención, el tratamiento y los cuidados sanitarios. Como varios estudios demuestran, el coste de los cuidados informales representa un peso significativo de los costes totales ocasionados por las enfermedades crónicas (Wimo *et al.*, 2002, McDaid, 2001, Lindgren *et al.*, 2004; Lindaren, 2005; Kobelt y Pugliatti, 2005; Oliva *et al.*, 2009; Leal *et al.*, 2004), a la vez que reducen la calidad de vida de los propios cuidadores (Low *et al.*, 1999; Neuman *et al.*, 1999; Brower *et al.*, 2004; López-Bastida *et al.*, 2006).

En esta línea de trabajos donde se reconoce la importancia de los cuidadores informales, un estudio analiza el impacto que supondría en España la desaparición de la red de protección familiar. El estudio emplea datos procedentes de la EDDDES 1999, actualizados con datos poblacionales del año 2002. El ejercicio se centra en cuál sería el coste de sustituir a los cuidadores informales por cuidadores formales (Oliva J, Osuna R, 2009). Pese a que se emplean escenarios muy conservadores, los costes estimados de los cuidados informales en España son de una enorme magnitud. Tomando como referencia el año 2002, se estima que los costes de los cuidados informales oscilan según el escenario elegido entre los 11.301,8 millones de euros (escenario 1), los 17.552,7 millones de euros (escenario 2)

y los 23.753,7 millones de euros (escenario 3). Así, los costes estimados de los cuidados informales representarían una cifra equivalente a entre el 29,46% (escenario 1), el 45,76% (escenario 2) y el 61,92% (escenario 3) del gasto sanitario del Sistema Nacional de Salud español del año 2002 y entre el 1,55% (escenario 1), el 2,41% (escenario 2) y el 3,26% (escenario 3) del PIB del mismo año. Como se puede observar, las cifras estimadas son muy superiores a las del impacto presupuestario del SAAD (Jiménez y Vilaplana, 2009) y a las proyecciones estimadas de gasto para el año 2015 (Casado y Tur, 2008). Ello es reflejo del supuesto extremo de estimar el coste de sustitución de todos los cuidadores informales, lo cual no es ni de esperar ni de desear en la realidad, pues en ningún escenario futuro se plantea la desaparición del apoyo informal, aunque sí que este deberá ser redefinido. Sin embargo, el ejercicio tiene el interés de mostrarnos el valor y la relevancia de las tareas de apoyo y cuidado desempeñadas por las familias a las personas con limitaciones en su autonomía.

Por tanto, la red de protección familiar sigue siendo el pilar fundamental sobre el que se asienta la atención a personas con limitaciones en su autonomía. Los cambios demográficos y sociales que estamos viviendo, y los que se apuntan en años venideros, sin duda comprometen la sostenibilidad del sistema existente hasta el momento. La creación del SAAD puede entenderse como una respuesta a la demanda social de un buen número de familias sobrecargadas en exceso a causa de los cuidados prestados, pero también como un elemento de previsión ante la inminencia de dichos cambios sociodemográficos. Esto no es óbice para que cualquier política de coordinación o integración sociosanitaria deba tener en cuenta el papel fundamental que desempeñan las familias en tanto que agentes cuidadores. O, en caso contrario, dichas políticas transitarán por las sendas de la ineficiencia y la inequidad.

3



Atención sanitaria
y atención
a la dependencia.
Análisis de los recursos
sanitarios y de atención
social a personas
con limitaciones
en su autonomía

3.1. INTRODUCCIÓN

En España no existe una colección de trabajos en los que se hayan abordado de manera sistemática los recursos sanitarios, sociales y familiares que se comparten en la atención a personas con limitaciones en su autonomía. La explicación de esto reside en la anterior naturaleza asistencial, pero no reconocida como derecho, de la atención sociosanitaria hasta años recientes, al contrario de lo que ocurre con la atención sanitaria; a que la mayor parte de la atención recibida en el hogar era prestada por la red de apoyo afectivo de la persona dependiente (fundamentalmente por parte de la familia) y a que esta no derivaba en la necesidad de una dotación presupuestaria; a la utilización de residencias privadas ante la insuficiencia de las públicas para atender a los requerimientos de la población con necesidad de institucionalización; y al muy inferior peso de la atención social respecto a la sanitaria en los presupuestos públicos.

Siguiendo el trabajo de Casado (2009), una parte esencial de las actividades colectivas y de las prestaciones individuales de carácter sanitario requeridas por la dependencia funcional recaen en el Sistema Nacional de Salud (SNS) y se instrumentan jurídicamente mediante el establecimiento de su cartera de servicios. La Tabla 3.1. resume las prestaciones recogidas en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la nueva cartera de servicios comunes del SNS.

Cuando se trata de buscar la presencia de dichos elementos comunes en las actuaciones de los responsables públicos, la cuestión se torna más compleja. Uno de los textos sanitarios básicos de España es el informe anual sobre el SNS. Se trata de un documento que busca “contribuir cada año a mejorar y aportar mayor transparencia al SNS, facilitando una perspectiva global e integradora de las actuaciones que el sistema público de salud está realizando para la mejora de los niveles de salud de la población a la que atiende como sujeto de derecho de esta atención”. Por tanto, sería el punto de arranque para tratar de identificar experiencias surgidas en distintas comunidades autónomas (CC. AA.) en la atención conjunta de personas con limitaciones en su autonomía.

Con motivo de sus cinco primeros años de edición, el informe recopiló la información referida al periodo 2004-2007. Las referencias a la puesta en conjunto de recursos para la prevención de la dependencia y el tratamien-

Tabla 3.1. Modalidades de intervención y actividades o prestaciones del SNS

Modalidades de intervención	Actividades o prestaciones
Salud pública	Información y vigilancia epidemiológica Prevención de enfermedades y deficiencias
Atención Primaria	Prevención. Varias Prevención del desarrollo o de la progresión de trastornos musculoesqueléticos Atención a la infancia: varias prestaciones de prevención y atención temprana Atención del adulto, grupos de riesgo y enfermos crónicos: atención domiciliaria a pacientes inmovilizados, prevención para personas con conductas de riesgo Atención a personas mayores: prevención, atención domiciliaria a inmovilizados
Atención Especializada	Hospital de día: rehabilitación, ortoprótesis Hospitalización en internado: rehabilitación Hospitalización a domicilio Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: rehabilitación Servicios de prevención Rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable
Prestación ortoprotésica	Implantes quirúrgicos Prótesis externas Sillas de ruedas (manual, eléctrica, accesorios) Órtesis (lecho postural, férulas, etc.) Ortoprótesis especiales (muletas de codo, guante con protección, etc.) (Se prevé copagos para ciertas prestaciones)
Prestación de productos dietéticos	Nutrición enteral domiciliaria para pacientes con problemas de deglución, tránsito, trastornos neuromotores, etc. (Se especifican las patologías subsidiarias de la nutrición enteral domiciliaria)
Transporte sanitario	Traslado entre comunidades autónomas

Fuente: Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, y Casado (2009).

to de personas con limitaciones en su autonomía son escasas. En el apartado dedicado a equidad se indica: “Los avances producidos en la atención a las **personas con discapacidad** están en cierta parte inducidos por el desarrollo de la Ley Estatal de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (Ley 39/2006) por lo que, con independencia de su distinto grado de desarrollo por comunidades, pue-

den considerarse como un elemento común a todo el SNS. Sí varían, en cambio, las principales acciones reseñadas por los distintos servicios de salud: programas dirigidos a enfermos mentales (Asturias, Castilla y León, Comunidad de Madrid o Región de Murcia), a mayores (Canarias, Ceuta y Melilla) o programas de atención temprana a niños (Andalucía, Illes Balears, Cantabria, Castilla-La Mancha o Comunidad de Madrid), entre otros”.

Sólo en el apartado dedicado a farmacia, se menciona que varias CC. AA. (Aragón, Illes Balears, Cantabria, Cataluña, Extremadura, Comunidad Valenciana y La Rioja) han promovido en el periodo analizado (2004-2007) actuaciones que vinculan los medicamentos de los centros socioasistenciales públicos (en algunos casos también se incluyen las concertadas y privadas) a los servicios de farmacia de Atención Primaria, o bien mediante la dispensación por parte de los Servicios de Farmacia Hospitalaria. Extremadura, al vincular los depósitos de medicamentos de residencias de mayores a los Servicios de Farmacia del Servicio Regional de Salud, ha desarrollado una guía farmacoterapéutica de mayores, elaborada en colaboración con la Consejería de Bienestar Social y con el personal facultativo de las residencias privadas más representativas¹.

En el informe correspondiente al año 2008 destaca el creciente interés en promover una prestación farmacéutica de calidad a centros sociosanitarios a través de los Servicios de Farmacia de Atención Primaria o bien

¹ La información contenida en estos informes es aquella que cada autoridad regional competente señala como más relevante. La ausencia de mención de una comunidad autónoma de una prestación farmacéutica de calidad a centros sociosanitarios debe interpretarse con cierta cautela puesto que no es equivalente a la ausencia de la misma. Puede darse el caso de que una medida que en una comunidad se viene practicando con habitualidad y no se considera un aspecto novedoso, sino ya asentado en la cultura de gestión farmacéutica de la región, en otra comunidad se acabe de plantear su implementación y, por ello, se subraye su importancia, si bien en el caso que nos ocupa se trata de medidas relativamente novedosas. No obstante, en el informe sobre la Región de Murcia se señalaba en el año 2004: “Está en fase de desarrollo la creación de depósitos de medicamentos en centros sociosanitarios dependientes del Servicio de Farmacia, centros que actualmente son suministrados mediante recetas por oficinas de farmacia...”. No obstante, en los años 2005 y 2006 no se hace referencia alguna a la consolidación o abandono de esta medida. Algo similar ocurre con la Comunidad Foral de Navarra. En el informe correspondiente al año 2004, se indicaba que “en cuanto a la prestación farmacéutica en centros sociosanitarios, se ha empezado a desarrollar la Ley Foral de Atención Farmacéutica que posibilita la apertura de servicios de farmacia en aquellas residencias con más de 100 camas de pacientes asistidos y en aquellas que se determine reglamentariamente...”. En los informes posteriores no existe ninguna información adicional al respecto.

mediante la dispensación por parte de los Servicios de Farmacia Hospitalaria. En este sentido, Illes Balears, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Extremadura, Galicia, Región de Murcia, Navarra, País Vasco y La Rioja señalan su interés por la promoción de este tipo de actuaciones, mientras Cataluña anuncia la próxima promulgación de un decreto que regule este tipo de prestación.

En la medida en que se vaya desarrollando el Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (SAAD), este tipo de medidas de coordinación deberían avanzar de manera significativa, siendo de esperar también la coordinación de la prestación farmacéutica dirigida a las personas con limitaciones en su autonomía que residen en su hogar y reciben cuidados formales y/o informales.

Dado que buena parte de la información contenida en el informe del SNS se corresponde con la facilitada por los servicios regionales de salud, la ausencia de más datos sobre recursos compartidos puede interpretarse bien como una ausencia real de recursos compartidos, bien como una falta de coordinación entre los servicios de salud y de asistencia social.

Asimismo, en distintas estrategias de lucha contra enfermedades del SNS, si bien se recoge la importancia de coordinar esfuerzos entre los servicios sanitarios, sociales y las familias, no se aportan datos cuantitativos detallados sobre los recursos de atención sanitaria y social puestos a disposición de las personas que padecen, más allá de algunas referencias a estudios de coste de la enfermedad. De hecho, quizás la única área en la que hay resultados en el medio español de los distintos costes asociados a enfermedades, aunque de manera no sistemática, haya sido en los estudios de coste de la enfermedad publicados como informe y en diferentes publicaciones científicas. Este tipo de estudio tiene por objeto revelar el impacto económico que genera una enfermedad o problema de salud, habitualmente desde la perspectiva del financiador sanitario o desde la perspectiva social.

Sin ánimo de ser exhaustivos, revisando algunos de los trabajos publicados en los últimos años que emplean una perspectiva social, se puede constatar: 1) la importancia de los costes no sanitarios en las enfermedades analizadas; y 2) la dificultad de acceder a costes de cuidados forma-

les. Así, López-Bastida y col. (2006), empleando una perspectiva social, analizan una muestra de 237 personas con enfermedad de Alzheimer residentes en sus hogares. Los autores estiman un coste medio por familia de 28.198 euros (año de referencia 2001). La principal partida de costes son los cuidados informales, con 22.013 euros por familia, es decir, un 78,1% de los costes totales estimados. A distancia, le seguirían los costes sanitarios, que representan un 13% de los costes estimados. El resto lo representarían los costes de cuidados formales de apoyo a domicilio (asistencia social, pero también tareas provistas al hogar) y las pérdidas laborales de las personas afectadas por la enfermedad. Los costes difieren sustancialmente por rango de avance o gravedad de la enfermedad, y es claro que una mayor gravedad se corresponde con un mayor peso de los cuidados informales. Este resultado es matizado por un estudio reciente realizado por Mar *et al.* (2010) en el que se analizan exclusivamente costes no sanitarios asociados a cuidados formales e informales en personas que han sufrido daño cerebral. En este caso se cuenta con datos de personas que son cuidadas en su hogar, pero también de otras que los reciben de manera permanente en una residencia. Se encuentra que el coste medio de los cuidados formales e informales de las personas con un grado moderado de discapacidad alcanza los 40.874 euros, de los que 22.992 corresponden a cuidados formales y 17.882 a cuidados informales (año de referencia 2008). El coste medio de las personas con un grado severo de discapacidad alcanza los 44.550 euros, de los que 35.377 corresponden a cuidados formales y 9.173 a cuidados informales. Esta caída en el coste de los cuidados informales y el fuerte aumento de los cuidados formales se debe a un mayor porcentaje de ingresos en residencias de las personas con daño cerebral adquirido a medida que aumenta la gravedad de su discapacidad y, por tanto, su grado de dependencia.

Otras enfermedades de elevada prevalencia, como la artritis reumatoide, responden al patrón señalado. En un estudio realizado sobre 201 pacientes con esta enfermedad en el Hospital Clínico San Carlos, se estimó un coste medio anual por paciente cercano a los 12.000 euros. Los costes directos representaron el 70% del total y, dentro de ellos, los costes sanitarios representaron el 40% del total de los costes directos (28% del total), y los costes directos no sanitarios, fundamentalmente costes asociados a cuidados informales, el 60% (42% del total). Las pérdidas laborales sumaron el 30% del total de los costes. Por tanto, el total de los costes no

sanitarios (cuidados y pérdidas laborales) representaban algo más del 70% de la cifra de costes estimada para este tipo de pacientes.

En el caso de los accidentes cerebrovasculares, en un trabajo reciente de López-Bastida *et al.* (2010) en el que se analizan los costes sociales de supervivientes a un año, dos años y tres años de un ictus, se concluye que, pese a realizar una estimación conservadora de los costes de los cuidados informales, estos suponen un montante muy superior al de los recursos sanitarios invertidos en el tratamiento de estas personas. Asimismo, la Estrategia en Ictus del SNS (2007) recoge, como parte de los aspectos generales destacables de esta enfermedad, un cuadro resumen en el que se refleja la importancia de los costes no sanitarios asociados a los cuidados.

Utilizando una perspectiva más global, Leal *et al.* (2006) estiman el impacto económico de las enfermedades vasculares en el ámbito de la Unión Europea (UE 25). El montante de la cifra estimada es difícil de asimilar: 168.757 millones de euros, tomando como año de referencia el 2003. Los autores estiman que un 62% de esta cantidad corresponde a gastos sanitarios, un 21% a pérdidas laborales y un 17% a costes de cuidados informales. Desgraciadamente, no fue posible estimar el coste de los cuidados formales. En el caso de España, la cifra estimada alcanza los 6.997 millones de euros para el año de referencia, de los que 4.016 corresponden a gastos sanitarios, 1.802 corresponden a pérdidas laborales y 1.179 a cuidados informales. Oliva *et al.* (2009) emplean un enfoque similar para estimar el impacto económico de las enfermedades mentales. Los autores estiman unos costes de 7.019 millones de euros. Los costes sanitarios representan el 39,6% del coste total, las pérdidas laborales el 42,7% y los cuidados informales el 17,7% del coste total. Al igual que en el caso de Leal *et al.* (2006), no fue posible estimar el coste de los cuidados formales de atención social prestados en el domicilio de los pacientes o en centros especializados.

Más allá de estos estudios, asociados a enfermedades concretas, el estudio de referencia español en el que se aborda el análisis de los gastos sanitarios y en servicios sociales de personas en situación de dependencia en comparación con los no dependientes es el estudio de Rodríguez Cabrero y Monserrat Codorniu (2002). Este trabajo se funda-

menta en una base de datos longitudinal de 177 historias clínicas de usuarios de 65 y más años de servicios sanitarios y sociales que manifestaban algún grado de dependencia en el momento de la recogida de la información. El principal resultado del trabajo señala que el gasto medio anual de una persona mayor dependiente en el consumo de servicios sanitarios y sociales es de 9.015 euros, en la fase de dependencia, frente a 900 euros en la fase de no dependencia. Es decir, el gasto se multiplica por un factor de diez. Asimismo, la composición del gasto es distinta en función del grado de dependencia, y es más intenso el peso del coste de los servicios sociales (frente a los sanitarios) sobre el coste total a medida que avanzamos en grados de gravedad.

Sin embargo, pese a los trabajos comentados, no podemos decir que exista un cuerpo de información hasta el momento como el generado en Canadá a raíz del programa SIPA (Sistemas Integrados para Personas Mayores). Aunque esta experiencia se analiza con detalle en el siguiente capítulo, baste decir aquí que los cuidados institucionales del SIPA incluían servicio de urgencias, hospitalizaciones, residencias, hospital de día, rehabilitación hospitalaria, cuidados paliativos y transporte en ambulancia. Los cuidados en la comunidad comprendían cuidados domiciliarios (medicina, enfermería, fisioterapia, terapia ocupacional, nutricionista, trabajo social, atención psicosocial, servicio doméstico), centros de día, ayudas técnicas y viviendas tuteladas (Beland *et al.* y Zunzunegui Pastor, 2006).

El reclutamiento se realizó fundamentalmente a través del programa a domicilio Centros Locales de Servicios Comunitarios (CLSC). Cada lugar de intervención atendía a alrededor de 300 pacientes y contaba con cuatro gestores de caso (personal de enfermería o trabajador social) y dos enfermeras a tiempo completo. Otros profesionales estaban disponibles a tiempo parcial (trabajador social, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, médico, farmacéutico, educador) más el apoyo de personal auxiliar (15 personas). El SIPA contaba con la responsabilidad clínica de la atención y el seguimiento médico de sus pacientes, con independencia del lugar en el que se encontraran (domicilio particular, centro de día, hospital o residencia). Esta responsabilidad está coordinada por el gestor de caso y el Plan Individual de Atención (PIA) elaborado para cada paciente considerando su estado de salud, los medios al alcance del SIPA y el apoyo familiar disponible.

En la evaluación realizada de esta experiencia tras 22 meses de funcionamiento, el SIPA aumentó la accesibilidad a los servicios de salud y sociales a domicilio, y se observó una reducción del 50% en las estancias hospitalarias originadas por personas mayores que no disponían de residencia para darles el alta hospitalaria. No se observaron diferencias significativas en el uso de urgencias, admisiones hospitalarias o estancias en residencias, aunque sí en la intensidad de los recursos empleados. Esto supuso una reducción en los costes de hospitalizaciones por parte de personas con problemas de dependencia y de institucionalizaciones en el caso de personas que vivían solas. Así pues, existe un mayor uso (con mayor coste) de los recursos de atención en comunidad (medicación, visitas médicas, apoyo a domicilio, hospitales de día...) y menores gastos en instituciones (residencias, hospitales, urgencias...).

En términos agregados, los costes totales de los grupos de tratamiento y control no diferían significativamente (36.240 dólares canadienses por persona en el grupo SIPA frente a 36.615 dólares canadienses por persona en el grupo control), pero sí en su composición: 12.695 dólares canadienses por persona en el grupo SIPA frente a 9.301 dólares canadienses por persona en el grupo control en gastos comunitarios y 23.544 dólares canadienses por persona en el grupo SIPA frente a 27.314 dólares canadienses por persona en el grupo control en gastos en instituciones.

3.2. ANÁLISIS DE LOS RECURSOS SANITARIOS Y DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON LIMITACIONES EN SU AUTONOMÍA

Si bien para contar con el grado de detalle mostrado en los trabajos canadienses es preciso disponer de datos desagregados sobre utilización de recursos y estado de salud de una población o muestra poblacional seguida en el tiempo, a continuación se plantea un ejercicio de estimación de los costes de las prestaciones sanitarias y sociales de los individuos en función de su grado de dependencia, con objeto de determinar hasta qué punto existe una demanda conjunta de prestaciones sociales y sanitarias a medida que el individuo se hace más dependiente.

3.2.1. Fuentes de datos

Para realizar dicho análisis se utilizará información de dos encuestas: la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situacio-

nes de Dependencia (EDAD) elaborada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en el año 2008, y la Encuesta Nacional de Salud (ENS) llevada a cabo por el Ministerio de Sanidad y Consumo en el año 2006.

La ENS es una investigación que el INE realiza en virtud de un acuerdo de colaboración con el Ministerio de Sanidad y Política Social. Dirigida a las familias, su finalidad principal es obtener datos sobre el estado de salud y los factores determinantes del mismo desde la perspectiva de los ciudadanos. La muestra de la encuesta 2006-2007 es de 31.300 viviendas distribuidas en 2.236 secciones censales. Los principales objetivos de la ENS son proporcionar resultados nacionales y por CC. AA. sobre las características y la distribución de la morbilidad percibida por la población española, así como las características y la distribución de ciertos comportamientos y hábitos relacionados con la salud. Del mismo modo, la encuesta explora la utilización de los servicios sanitarios por parte de la población. Por último, relaciona todas estas características entre sí y con variables personales, demográficas y territoriales.

La EDAD 2008 tiene como referencia la anterior Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999 (EDDES 1999), adaptada a las actuales condiciones sociales y demográficas y a la nueva Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). El periodo de recogida de la información fue de noviembre de 2007 a febrero de 2008 y, con objeto de facilitar estimaciones con un determinado grado de fiabilidad a escala nacional, de CC. AA. y provincial, se determinó un tamaño muestral de 96.075 viviendas.

En la EDAD 2008 se estudian: 1) discapacidades en personas de 6 y más años y limitaciones en menores de 0 a 5 años; 2) características de las discapacidades y limitaciones: gravedad, ayudas técnicas y de asistencia personal, deficiencias, causas de las deficiencias, edad de inicio de la discapacidad o limitación y de la deficiencia (incluidas las discapacidades que la ley tiene en cuenta para reconocer el derecho de asistencia); 3) relación de los discapacitados con el mercado laboral y la educación; condiciones de la vivienda y accesibilidad; características de las personas cuidadoras; prestaciones sociales, sanitarias y económicas; redes y con-

tactos sociales; discriminación; gasto privado de los hogares como consecuencia de la discapacidad y salud general; 4) otras variables de la persona discapacitada, como edad, sexo, relaciones de parentesco (con la persona de referencia del hogar y con las personas que tienen alguna discapacidad), país de nacimiento, nacionalidad, estado civil y situación de convivencia, nivel de estudios terminados, certificado de minusvalía ($\geq 33\%$), relación con la actividad económica, situación profesional, ocupación, actividad de la empresa y provincia de residencia.

La razón de utilizar de manera simultánea estas dos encuestas es que los objetivos y diseños de ambas las convierten en fuentes complementarias de información.

Así, tal y como se recoge en la Tabla 3.2., la EDAD 2008 detalla la prestación de todos los servicios sociales (atención a domicilio, atención social a domicilio, centros de día, residencias, servicios de respiro, teleasistencia) y algunos sanitarios (rehabilitación, prótesis y transporte sanitario), mientras que la ENS 2006 recoge en detalle la mayoría de las prestaciones sanitarias (Atención Especializada, Atención Primaria, dentista, enfermería, hospital, hospital de día, medicamentos, pruebas médicas, vacunación).

El análisis se centrará en personas de 65 y más años, puesto que aunque la EDAD 2008 proporciona amplia información sobre limitaciones para realizar actividades de la vida diaria, en la ENS del año 2006 sólo se realizan las preguntas sobre limitaciones para realizar actividades de la vida cotidiana a las personas de 65 y más años. Aunque es una limitación evidente, esto no resta relevancia ni interés al presente estudio, pues-

Tabla 3.2. Prestaciones sanitarias y sociales

Prestaciones sociales

Atención a domicilio	EDAD 2008
Atención social a domicilio	EDAD 2008
Centro de día	EDAD 2008
Residencia	EDAD 2008
Servicios de respiro	EDAD 2008
Teleasistencia	EDAD 2008

Prestaciones sanitarias

Atención Especializada	ENS 2006
Atención Primaria	ENS 2006
Dentista	ENS 2006
Enfermería	ENS 2006
Hospitalización	ENS 2006
Hospitalización de día	ENS 2006
Medicamentos	ENS 2006
Pruebas médicas	ENS 2006
Prótesis	EDAD 2008
Rehabilitación	EDAD 2008
Transporte sanitario	EDAD 2008
Vacunación	ENS 2006

Fuente: elaboración propia.

to que de acuerdo con las estadísticas disponibles del SAAD, la distribución de las solicitudes según la edad del solicitante se ha mantenido muy estable durante todo el periodo disponible (de agosto de 2008 a julio de 2010), y concentradas en personas de avanzada edad (en noviembre de 2010, el 78,86% de los solicitantes acumulados a lo largo de todo el periodo era mayor de 65 años).

Para transformar la utilización de recursos en costes monetarios se ha procedido a valorar todas las prestaciones sanitarias y sociales a precios del año 2010 utilizando diferentes fuentes de información.

3.2.1.1. Prestaciones sociales

- Atención a domicilio, centros de día, residencias, servicios de respiro y teleasistencia: la información sobre el precio del servicio o de la plaza (pública o concertada) procede de “Las personas mayores en España. Informe 2008”. Para actualizar dichos precios a 2010 se ha utilizado el índice de precios al consumo (IPC) de “Servicios médicos, dentales y paramédicos no hospitalarios”, que ha pasado de 107,456 en junio de 2008 a 111,253 en junio de 2010, lo que supone un crecimiento anual del 1,75%.
- Atención social a domicilio: el precio de la visita de un trabajador social a domicilio se ha tomado de la Resolución 882/2010, de 3 de mayo, del director gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, por la que se actualizan las tarifas por la prestación de servicios en los centros y establecimientos sanitarios del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

3.2.1.2. Prestaciones sanitarias

- Atención especializada, atención primaria, dentista, enfermería, hospital de día, prótesis, pruebas médicas, rehabilitación, transporte y vacunación: todos los precios utilizados proceden de la mencionada Resolución 882/2010, de 3 de mayo.
- Medicamentos: el importe de la dosis diaria definida (DDD) y las DDD por envase para las categorías de medicamentos consideradas (aparato digestivo y metabolismo, sangre y órganos hematopoyéticos, aparato cardiovascular, dermatológicos, genitourinarios y hormonas sexuales, antiinfecciosos de uso sistémico, sistema musculoesquelético, sistema nervioso, sistema respiratorio) procede del documento “Consumo farmacéutico

por grupos terapéuticos, edad y sexo. Indicadores” (Instituto de Información Sanitaria, mayo de 2005).

- De acuerdo con el índice correspondiente al subgrupo de “Medicamentos, otros productos farmacéuticos y material terapéutico” entre junio de 2005 y junio de 2010 (último dato disponible), el índice de precios pasó de 100,329 a 85,578, es decir, que los precios experimentaron un descenso medio anual del 3,3%.
- Hospitalización: el coste medio de las hospitalizaciones (urgentes o programadas) distinguiendo por tramos de edad procede de la consulta interactiva del SNS (conjunto mínimo básico de datos. Hospitalización/GRD: estadísticos por comunidad autónoma-grupo de hospitales-servicios).

No obstante, como la información sobre el coste medio de las hospitalizaciones por grupos de edad aparece referida al año 2008, es necesario actualizarla de acuerdo con el IPC del subgrupo “Servicios hospitalarios”, que entre junio de 2008 y junio de 2010 (último dato disponible) ha pasado de 107,207 a 107,013, es decir, que el coste de la hospitalización disminuyó un 0,09% anual.

Asimismo, se debe señalar que los resultados que se ofrecerán a continuación se han elevado a niveles poblacionales, actualizando las estructuras de ponderación de elevación que emplean las dos encuestas utilizadas, tal y como se explica en el Apéndice 3.1.

3.2.2. Determinación del grado de dependencia

Para poder clasificar a las personas con limitaciones en su autonomía por grado de gravedad, se realiza una aproximación entre el baremo de valoración de la dependencia y preguntas contenidas tanto en la EDAD 2008 como en la ENS 2006. Nuestro objetivo es identificar de la manera más precisa las cuatro posibles categorías de dependencia: **no dependiente**, **dependiente moderado**, **dependiente severo** o **gran dependiente**. Evidentemente, la realización del trabajo de identificación entre las tareas consideradas en el baremo de valoración y las preguntas contenidas en las respectivas encuestas no está exenta de ciertos supuestos simplificadores e implica la asunción de un cierto riesgo. No obstante, como se comprobará más adelante, los resultados obtenidos, aunque no pretenden reproducir la labor que llevaría a cabo un evaluador profesional, presentan la

suficiente robustez y fiabilidad, además de que existe un adecuado grado de comparabilidad entre ambas encuestas como para asumir el reto de valorar el consumo de prestaciones sociales y sanitarias de acuerdo al grado de dependencia.

El apartado 2 del artículo 27 de la Ley de Dependencia remite a la aprobación de un baremo que valore la capacidad de la persona para llevar a cabo por sí misma las actividades básicas de la vida diaria, así como la necesidad de apoyo y supervisión. Dicho baremo fue aprobado por el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia. En este se conceptualizan diez actividades divididas en 47 tareas: comer y beber, regulación de la micción/defecación, lavarse, otros cuidados personales, vestirse, mantenimiento de la salud, transferencias corporales, desplazarse dentro del hogar, desplazarse fuera del hogar y tareas domésticas. Además, para las personas con discapacidad mental o intelectual existe una undécima actividad con la finalidad de medir la capacidad para tomar decisiones, que se subdivide en seis tareas adicionales.

Los pesos de las tareas varían con la edad del individuo y se distinguen cuatro grupos: de 3 a 6 años, de 7 a 10, de 11 a 17 y de 18 en adelante. Además, en las personas con enfermedad mental o discapacidad intelectual no sólo debe evaluarse la undécima actividad relativa a la toma de decisiones, sino que además existen otros pesos de las actividades distintos. Para estos individuos, se calcularán dos puntuaciones (con los pesos de las tareas normales y con los otros específicos a su discapacidad) y se seleccionará como puntuación final la que resulte más beneficiosa para la persona valorada.

La puntuación relativa al grado de dependencia consiste en la suma del producto del peso de la tarea realizada con dificultad multiplicado por el peso de la actividad que engloba a dicha tarea y por el peso del grado de soporte requerido. De esta forma, se considera que un individuo es “gran dependiente” cuando obtiene entre 75 y 100 puntos, “dependiente severo” cuando alcanza entre 50 y 74 puntos, y “dependiente moderado” si tiene una puntuación comprendida entre 35 y 49 puntos. Por consiguiente, si el solicitante obtiene una puntuación inferior a 25 puntos se considera que padece una discapacidad, pero

“no es persona dependiente”. Con posterioridad, la Resolución de 29 de junio de 2010 ha planteado una serie de cambios en la definición de las tareas y ha aumentado el número de tareas que se valoran de 52 (47 + 6) a 59 (51 + 8)².

A la hora de aplicar el baremo de valoración, como sólo se considera la población de 65 y más años, solamente hay que tener en cuenta los pesos de las actividades y tareas para personas de 18 años en adelante. Además, se ha considerado que las personas con enfermedad mental o discapacidad intelectual son aquellas a las que les han diagnosticado: Parkinson, síndrome de Down, autismo, parálisis cerebral, demencia tipo Alzheimer, otras demencias, esquizofrenia, depresión, trastorno bipolar o que han sufrido accidente cerebrovascular o daño cerebral adquirido.

En algunos casos, la información de la EDAD 2008 no permite alcanzar el mismo nivel de precisión que el baremo de valoración. Por ejemplo, la actividad “comer y beber” aparece desglosada en cuatro tareas en el baremo de valoración, pero con la información de la EDAD 2008 sólo se puede saber si el individuo es capaz de “llevar a cabo las tareas de comer y beber”. Lo mismo sucede con las actividades de “lavarse”, “realizar otros cuidados corporales” y “vestirse”. En otros casos en los que no existía una coincidencia total se ha buscado la tarea más parecida. Por ejemplo: “pedir ayuda ante una urgencia” se ha identificado con “utilizar el teléfono”, mientras que “decidir sobre la alimentación diaria” y “sobre los hábitos de higiene personal” se ha identificado con “llevar a cabo tareas sencillas”. En las Tablas 3.3. y 3.3.bis se presenta con detalle la comparación entre el baremo de valoración para mayores de tres años y la EDAD 2008, tanto en lo que se refiere a la comparación de las tareas como a los grados de supervisión o apoyo.

² Por ejemplo: la actividad “cambiar y mantener las posturas del cuerpo” que antes estaba compuesta por cinco tareas, ahora se desglosa en ocho, al habersele añadido “permanecer sentado”, “permanecer de pie” y “cambiar el centro de gravedad mientras se está acostado”; en la actividad “lavarse” se ha añadido “abrir y cerrar grifos”; la tarea “desplazamientos vinculados al autocuidado” se ha desglosado en “desplazamientos para vestirse”, “desplazamientos para comer”, “desplazamientos para lavarse”; la tarea “relaciones interpersonales” aparece ahora desglosada en “decidir sus relaciones interpersonales con personas conocidas” y “decidir sus relaciones interpersonales con personas desconocidas”.

Tabla 3.3. Comparación entre el baremo de valoración de la Ley de Dependencia (personas de tres y más años) y la información de la EDAD 2008

Baremo de valoración	EDAD 2008	
	18 años +	18 años +
1. Comer y beber	16,8 (10)	1. Comer y beber 16,8 (10)
Reconocer y/o alcanzar los alimentos servidos	0,25	Llevar a cabo las tareas de comer y beber
Cortar o partir la comida en trozos	0,20	
Usar cubiertos para llevar comida a la boca	0,30	
Acercarse el recipiente de bebida a la boca	0,25	
2. Higiene personal relacionada con la micción/defecación	14,8 (7)	2. Higiene personal relacionada con la micción/defecación 14,8 (7)
Acudir a un lugar adecuado	0,20	Controlar las necesidades o realizar las actividades relacionadas con la micción
Manipular la ropa	0,15	
Adoptar y abandonar la postura adecuada	0,30	Controlar las necesidades o realizar las actividades relacionadas con la defecación
Limpiarse	0,35	
3. Lavarse	8,8 (8)	3. Lavarse 8,8 (8)
Abrir y cerrar grifos	0,15	Llavarse o secarse las diferentes partes del cuerpo
Llavarse las manos	0,20	
Acceder a la bañera, ducha o similar	0,15	
Llavarse la parte inferior del cuerpo	0,25	
Llavarse la parte superior del cuerpo	0,25	
4. Realizar otros cuidados corporales	2,9 (2)	4. Realizar otros cuidados corporales 2,9 (2)
Peinarse	0,30	Realizar los cuidados básicos del cuerpo
Cortarse las uñas	0,15	
Llavarse el pelo	0,25	
Llavarse los dientes	0,30	

Tabla 3.3. Comparación entre el baremo de valoración de la Ley de Dependencia (personas de tres y más años) y la información de la EDAD 2008 (continuación)

Baremo de valoración		EDAD 2008	
		18 años +	18 años +
5. Vestirse		11,9 (11,6)	5. Vestirse
Reconocer y alcanzar la ropa y el calzado adecuados	0,15		Vestirse y desvestirse
Calzarse	0,10		
Abrocharse botones o similar	0,15		
Prendas de la parte inferior del cuerpo	0,30		
Prendas de la parte superior del cuerpo	0,30		
6. Mantenimiento de la salud	2,9 (11)	6. Mantenimiento de la salud	2,9 (11)
Solicitar asistencia terapéutica	0,15		
Aplicarse las medidas terapéuticas recomendadas	0,10		Cumplir las prescripciones médicas
Evitar riesgos dentro del domicilio	0,25		Evitar situaciones de peligro en la vida diaria
Evitar riesgos fuera del domicilio	0,25		
Pedir ayuda ante una urgencia	0,25		Utilizar el teléfono
7. Cambiar y mantener la posición del cuerpo	9,4 (2)	7. Cambiar y mantener la posición del cuerpo	9,4 (2)
Cambiar de tumbado a sentado en la cama	0,10		Cambiar de postura
Cambiar de sentado en una silla a estar de pie	0,10		
Cambiar de estar de pie a estar sentado en una silla	0,10		
Transferir mientras está sentado	0,10		
Transferir mientras está acostado	0,10		
Cambiar el centro de gravedad mientras se está acostado	0,20		
Permanecer sentado	0,15		Mantener el cuerpo en la misma posición
Permanecer de pie	0,15		

Tabla 3.3. Comparación entre el baremo de valoración de la Ley de Dependencia (personas de tres y más años) y la información de la EDAD 2008 (continuación)

Baremo de valoración	EDAD 2008	
	18 años +	18 años +
8. Desplazarse dentro del hogar	12,3 (12,1)	8. Desplazarse dentro del hogar 12,3 (12,1)
Desplazarse para vestirse	0,25	Desenvolverse con normalidad en el cuarto de baño
Desplazarse para comer	0,15	
Desplazarse para lavarse	0,10	
Desplazamientos no vinculados al autocuidado	0,25	
Elementos comunes de las habitaciones	0,10	Desenvolverse en la cocina, otras habitaciones, terraza o patios (*)
Estancias comunes de la vivienda habitual	0,15	
9. Desplazarse fuera del hogar	12,2 (12,9)	9. Desplazarse fuera del hogar 12,2 (12,9)
Acceder al exterior del edificio	0,25	Moverse fuera de su vivienda, en el portal, ascensor y escaleras
Desplazarse alrededor del edificio	0,25	
Realizar desplazamientos cercanos en entornos conocidos	0,20	Moverse fuera de su vivienda (subir/bajar la acera, cruzar la calle, identificar calles)
Realizar desplazamientos cercanos en entornos desconocidos	0,15	
Realizar desplazamientos lejanos en entornos conocidos	0,10	
Realizar desplazamientos lejanos en entornos desconocidos	0,05	Usar medios de transporte como pasajero
10. Tareas domésticas	8 (8)	10. Tareas domésticas 8 (8)
Preparar comidas	0,45	Preparar comidas
Hacer la compra	0,25	Organizar, hacer y trasladar las compras
Limpiar y cuidar la vivienda	0,20	Ocuparse de las tareas de la casa
Lavar y cuidar la ropa	0,10	

Tabla 3.3. Comparación entre el baremo de valoración de la Ley de Dependencia (personas de tres y más años) y la información de la EDAD 2008 (continuación)

Baremo de valoración		EDAD 2008	
		18 años +	18 años +
11. Tomar decisiones		(15,4)	11. Tomar decisiones (15,4)
Decidir sobre alimentación diaria		0,20	Llevar a cabo tareas sencillas 0,30
Dirigir los hábitos de higiene personal		0,10	
Decidir sus relaciones interpersonales con personas conocidas		0,20	Mostrar afecto/respeto a otras personas 0,20
Decidir sus relaciones interpersonales con personas desconocidas		0,10	Relacionarse con extraños 0,10
Disponer su tiempo y sus actividades cotidianas		0,15	Llevar a cabo tareas complejas 0,40
Uso de servicios a disposición del público		0,05	
Planificar los desplazamientos fuera del hogar		0,10	
Gestionar el dinero del presupuesto diario		0,10	

Fuente: elaboración propia a partir de la Resolución, de 29 de junio de 2010, de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia sobre modificación del baremo de valoración de la situación de dependencia establecido en el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril. Los pesos de las actividades entre paréntesis sólo son aplicables a las personas con discapacidad intelectual, enfermedad mental o afectaciones en su capacidad percepto-cognitiva. (*) En el caso de personas institucionalizadas se considera que esta tarea es "desenvolverse en la habitación y zonas comunes".

Tabla 3.3.bis. Comparación entre la información sobre los grados de apoyo entre el baremo de valoración de la Ley de Dependencia y la EDAD 2008

Coeficiente	Baremo de valoración	EDAD 2008
0,90	Supervisión/preparación: sólo es necesario que otra persona prepare los elementos necesarios para realizar la actividad	Recibe asistencia personal Nivel de dificultad cuando recibe asistencia personal: sin dificultad/poca dificultad
0,90	Asistencia física parcial: se requiere que otra persona colabore físicamente en la realización de la actividad	Recibe asistencia personal Nivel de dificultad cuando recibe asistencia personal: dificultad moderada
0,95	Asistencia física máxima: se requiere que otra persona le sustituya en la realización de la actividad	Recibe asistencia personal Nivel de dificultad cuando recibe asistencia personal: dificultad severa
1	Asistencia especial: los trastornos de comportamiento y/o problemas percepto-cognitivos dificultan la prestación de apoyo de otra persona	Tiene enfermedad mental o discapacidad intelectual Recibe asistencia personal Nivel de dificultad cuando recibe asistencia personal: no puede realizar la actividad La persona a la que cuida no colabora o se resiste cuando le ayuda con esa labor

Fuente: elaboración propia a partir de la Resolución, de 29 de junio de 2010, de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia sobre modificación del baremo de valoración de la situación de dependencia establecido en el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril.

Los resultados obtenidos permiten establecer la clasificación por grados de dependencia correspondientes al año 2008, la cual se convierte a cifras de población del año 2010 aplicando la técnica referida en el Apéndice 3.1. Los resultados se muestran en la Tabla 3.4., tanto en número de personas estimadas clasificadas por grado de dependencia como en tasa por 1.000 habitantes.

Para aplicar el baremo de valoración de la dependencia sobre la ENS 2006, se ha procedido igual que en el apartado anterior, buscando preguntas de la encuesta que fuesen lo más iguales posible a las tareas del baremo. En este caso, se ha considerado que el entrevistado tiene algún problema mental (discapacidad intelectual, trastorno mental orgánico, daño cerebral o alteraciones percepto-cognitivas) y, por consiguiente, hay que aplicarle la tabla de pesos específica para estas situaciones cuando a la pregunta “¿qué tipo de problema es la causa de su dificultad para realizar las actividades que la gen-

Tabla 3.4. Clasificación de la dependencia de acuerdo con la EDAD 2008.
Proyecciones para 2010

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
No dependiente	2.043.079	1.687.211	1.585.135	1.074.686	747.569	7.180.171
(Tasa por 1.000 habitantes)	970,62	956,77	901,67	853,39	716,34	905,53
Dependencia moderada	29.097	38.174	70.563	79.202	96.636	305.562
(Tasa por 1.000 habitantes)	13,82	21,65	40,14	62,89	92,60	38,54
Dependencia severa	15.147	17.284	47.759	48.533	84.766	194.849
(Tasa por 1.000 habitantes)	7,20	9,80	27,17	38,54	81,22	24,57
Gran dependencia	17.600	20.777	54.537	56.888	114.626	248.687
(Tasa por 1.000 habitantes)	8,36	11,78	31,02	45,17	109,84	31,36
Total	2.104.923	1.763.446	1.757.994	1.259.308	1.043.598	7.929.269
	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

En cursiva se muestran las tasas de prevalencia por 1.000 habitantes con la misma edad que la categoría de referencia.

te habitualmente hace?" responde que "un problema mental solamente" o "un problema físico y mental".

En algunas tareas, la identificación de la pregunta correspondiente es muy clara. En otras ha sido necesario identificar el tipo de movimientos necesarios para llevarlas a cabo con el fin de buscar una pregunta de la encuesta lo más aproximada posible. Por ejemplo, la tarea "calzarse" se ha identificado con "agacharse para limpiar una mancha del suelo", y la tarea "permanecer de pie" con "fregar la vajilla". Para las tareas "realizar desplazamientos lejanos a lugares conocidos o desconocidos" sólo ha sido posible identificarlas con la pregunta "andar durante una hora", de la misma manera que "acceder al exterior del edificio" y "desplazarse alrededor del edificio" se han identificado con "poder subir diez escalones" (Tablas 3.5. y 3.5.bis).

Los resultados obtenidos permiten establecer la clasificación por grados de dependencia correspondientes al año 2006, la cual se convierte a cifras de población del año 2010 aplicando la técnica referida en el Apéndice 3.1. Los resultados se muestran en la Tabla 3.6., tanto en número de personas estimadas clasificadas por grado de dependencia como en tasa por 1.000 habitantes.

Tabla 3.5. Comparación entre el baremo de valoración de la Ley de Dependencia (personas de tres y más años) y la información de la ENS (2006)

Baremo de valoración		ENS 2006	
		18 años +	18 años +
1. Comer y beber		16,8 (10)	1. Comer y beber 16,8 (10)
Conocer y/o alcanzar los alimentos servidos		0,25	Comer e introducir comida en la boca 0,80
Cortar o partir la comida en trozos		0,20	Cortar una rebanada de pan 0,20
Usar cubiertos para llevar comida a la boca		0,30	
Acercarse el recipiente de bebida a la boca		0,25	
2. Higiene personal relacionada con la micción/defecación		14,8 (7)	2. Higiene personal relacionada con la micción/defecación 14,8 (7)
Acudir a un lugar adecuado		0,20	Ducharse o bañarse 1
Manipular la ropa		0,15	
Adoptar y abandonar la postura adecuada		0,30	
Limpiarse		0,35	
3. Lavarse		8,8 (8)	3. Lavarse 8,8 (8)
Abrir y cerrar grifos		0,15	Lavarse la cara y el cuerpo de la cintura para arriba 1
Lavarse las manos		0,20	
Acceder a la bañera, ducha o similar		0,15	
Lavarse la parte inferior del cuerpo		0,25	
Lavarse la parte superior del cuerpo		0,25	
4. Realizar otros cuidados corporales		2,9 (2)	4. Realizar otros cuidados corporales 2,9 (2)
Peinarse		0,30	Peinarse, afeitarse 0,50
Cortarse las uñas		0,15	Cortarse las uñas de los pies 0,50
Lavarse el pelo		0,25	
Lavarse los dientes		0,30	

Tabla 3.5. Comparación entre el baremo de valoración de la Ley de Dependencia (personas de tres y más años) y la información de la ENS (2006) (continuación)

Baremo de valoración		ENS 2006	
		18 años +	18 años +
5. Vestirse		11,9 (11,6)	5. Vestirse 11,9 (11,6)
	Reconocer y alcanzar la ropa y el calzado adecuados	0,15	Vestirse y desnudarse, y elegir la ropa que debe ponerse
	Calzarse	0,10	Limpia una mancha del suelo agachándose
	Abrocharse botones o similar	0,15	
	Prendas de la parte inferior del cuerpo	0,30	
	Prendas de la parte superior del cuerpo	0,30	
6. Mantenimiento de la salud		2,9 (11)	6. Mantenimiento de la salud 2,9 (11)
	Solicitar asistencia terapéutica	0,15	
	Aplicarse las medidas terapéuticas recomendadas	0,10	Tomar sus medicinas (y acordarse de la cantidad y el momento)
	Evitar riesgos dentro del domicilio	0,25	Quedarse solo durante una noche
	Evitar riesgos fuera del domicilio	0,25	
	Pedir ayuda ante una urgencia	0,25	Utilizar el teléfono
7. Cambiar y mantener la posición del cuerpo		9,4 (2)	7. Cambiar y mantener la posición del cuerpo 9,4 (2)
	Cambiar de tumbado a sentado en la cama	0,10	Cambiar las sábanas de la cama
	Cambiar de sentado en una silla a estar de pie	0,10	
	Cambiar de estar de pie a estar sentado en una silla	0,10	Levantarse de la cama y acostarse
	Transferir mientras está sentado	0,10	
	Transferir mientras está acostado	0,20	
	Cambiar el centro de gravedad mientras se está acostado	0,15	
	Permanecer sentado	0,15	Fregar la vajilla
	Permanecer de pie	0,15	

Tabla 3.5. Comparación entre el baremo de valoración de la Ley de Dependencia (personas de tres y más años)
y la información de la ENS (2006) (continuación)

Baremo de valoración	ENS 2006	
	18 años +	18 años +
8. Desplazarse dentro del hogar	12,3 (12,1)	8. Desplazarse dentro del hogar 12,3 (12,1)
Desplazarse para vestirse	0,25	Lavar ropa a mano 0,25
Desplazarse para comer	0,15	Hacer la cama 0,25
Desplazarse para lavarse	0,10	
Desplazamientos no vinculados al autocuidado	0,25	
Elementos comunes de las habitaciones	0,10	Andar (con o sin bastón) 0,50
Estancias comunes de la vivienda habitual	0,15	
9. Desplazarse fuera del hogar	12,2 (12,9)	9. Desplazarse fuera del hogar 12,2 (12,9)
Acceder al exterior del edificio	0,25	Subir diez escalones 0,50
Desplazarse alrededor del edificio	0,25	
Realizar desplazamientos cercanos en entornos conocidos	0,20	
Realizar desplazamientos cercanos en entornos desconocidos	0,15	
Realizar desplazamientos lejanos en entornos conocidos	0,10	Andar durante una hora seguida 0,50
Realizar desplazamientos lejanos en entornos desconocidos	0,05	
10. Tareas domésticas	8 (8)	10. Tareas domésticas 8 (8)
Preparar comidas	0,45	Preparar su propia comida 0,45
Hacer la compra	0,25	Comprar comida, ropa 0,25
Limpiar y cuidar la vivienda	0,20	Limpiar la casa 0,20
Lavar y cuidar la ropa	0,10	Coser un botón 0,10

Tabla 3.5. Comparación entre el baremo de valoración de la Ley de Dependencia (personas de tres y más años) y la información de la ENS (2006) (continuación)

ENS 2006	
Baremo de valoración	18 años +
11. Tomar decisiones	(15,4)
Decidir sobre alimentación diaria	0,20
Dirigir los hábitos de higiene personal	0,10
Decidir sus relaciones interpersonales con personas conocidas	0,20
Decidir sus relaciones interpersonales con personas desconocidas	0,10
Disponer su tiempo y sus actividades cotidianas	0,15
Uso de servicios a disposición del público	0,05
Planificar los desplazamientos fuera del hogar	0,10
Gestionar el dinero del presupuesto diario	0,10
	(15,4)
11. Tomar decisiones	(15,4)
Preparar su propio desayuno	0,20
Lavar ropa a máquina	0,10
No tiene posibilidad de hablar con alguien de sus problemas en el trabajo o en la casa	0,45
	0,10
	0,15

Fuente: elaboración propia a partir de la Resolución, de 29 de junio de 2010, de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia sobre modificación del baremo de valoración de la situación de dependencia establecido en el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril. Los pesos de las actividades entre paréntesis sólo son aplicables a las personas con discapacidad intelectual, enfermedad mental o afectaciones en su capacidad perceptivo-cognitiva.

Tabla 3.5.bis. Comparación entre la información sobre los grados de apoyo entre el baremo de valoración de la Ley de Dependencia y la EDAD 2008

Coeficiente	Baremo de valoración	ENS 2006
0,90	Asistencia física parcial: se requiere que otra persona colabore físicamente en la realización de la actividad	Puede hacerlo con ayuda
0,95	Asistencia física máxima: se requiere que otra persona le sustituya en la realización de la actividad	No puede hacerlo de ninguna manera
1	Asistencia especial: los trastornos de comportamiento y/o problemas percepto-cognitivos dificultan la prestación de apoyo de otra persona	Tiene enfermedad mental o discapacidad intelectual

Fuente: elaboración propia a partir de la Resolución, de 29 de junio de 2010, de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia sobre modificación del baremo de valoración de la situación de dependencia establecido en el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril.

Tabla 3.6. Clasificación de la dependencia de acuerdo con la ENS 2006. Proyecciones para 2010

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
No dependiente	2.047.564	1.687.812	1.586.801	1.073.699	747.206	7.143.081
<i>(Tasa por 1.000 habitantes)</i>	<i>972,75</i>	<i>957,11</i>	<i>902,62</i>	<i>852,61</i>	<i>715,99</i>	<i>900,85</i>
Dependencia moderada	26.312	35.692	72.078	77.586	94.550	306.217
<i>(Tasa por 1.000 habitantes)</i>	<i>12,50</i>	<i>20,24</i>	<i>41,00</i>	<i>61,61</i>	<i>90,60</i>	<i>38,62</i>
Dependencia severa	14.271	19.045	46.341	49.768	86.201	215.626
<i>(Tasa por 1.000 habitantes)</i>	<i>6,78</i>	<i>10,80</i>	<i>26,36</i>	<i>39,52</i>	<i>82,60</i>	<i>27,19</i>
Gran dependencia	16.776	20.897	52.775	58.256	115.641	264.345
<i>(Tasa por 1.000 habitantes)</i>	<i>7,97</i>	<i>11,85</i>	<i>30,02</i>	<i>46,26</i>	<i>110,81</i>	<i>33,34</i>
Total	2.104.923	1.763.446	1.757.994	1.259.308	1.043.598	7.929.269
	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2006.

En cursiva se muestran las tasas de prevalencia por 1.000 habitantes con la misma edad que la categoría de referencia.

Los resultados de la ENS 2006 son bastante congruentes con los de la EDAD 2008. Ajustados a población del año 2010, por cada 1.000 habi-

tantes, 905,53 son no dependientes según la EDAD (900,85 según la ENS 2006), 38,54 son dependientes moderados (38,62 según la ENS 2006), 24,57 son dependientes severos (27,19 según la ENS) y 31,36 son grandes dependientes (33,34 según la ENS).

3.2.3. Estimación de las prestaciones sociales y de su coste

La estimación de los recursos de atención social provistos a las personas en situación de dependencia se estima a partir de las preguntas contenidas en la EDAD 2008. En dicha encuesta, se pregunta a los encuestados si reciben o no el servicio y, a continuación, en caso afirmativo, cuántos días lo han recibido (durante los últimos 15 días o 12 meses) y cuál ha sido la forma de pago. Se distinguen tres formas de pago: pago gratuito, pago mixto y pago directo.

El pago gratuito se produce cuando se recibe el servicio sin tener que abonar el coste, o cuando los costes son abonados por el propio paciente pero con derecho al reembolso total por el sistema público. En el caso del pago mixto, los costes son abonados parcialmente por el sistema público, es decir, existe un copago soportado por el usuario. El pago directo incluye los servicios prestados que son abonados por el propio paciente sin derecho a devolución total o parcial del pago efectuado por parte del sistema público, y también otras formas de pago mediante cuotas periódicas de seguros privados que permiten utilizar algún tipo de asistencia sanitaria.

3.2.3.1. Atención a domicilio

La EDAD 2008 proporciona información sobre los individuos que han recibido atención a domicilio durante los últimos 15 días. Actualizando los pesos muestrales a 2010, se estima que 41.854 personas de 65 y más años recibieron este servicio, lo que supone 5,5 individuos por cada 1.000 habitantes. De ellas, el 91,01% lo recibió de forma gratuita y el 9,99% restante mediante pago mixto. En la cohorte de 65-69 años, las tasas de prevalencia por 1.000 habitantes para dependencia moderada, severa y grande son muy similares (47, 46 y 44, respectivamente). Sin embargo, en el intervalo 70-74 años, hay 121 grandes dependientes que reciben este servicio por cada 1.000 personas con el mismo grado de dependencia, frente a 49 por cada 1.000 dependientes moderados y 56 por cada 1.000 dependientes severos (Tablas 3.7. y 3.7.bis).

Tabla 3.7. Individuos que han recibido atención a domicilio en los últimos 15 días

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Pago gratuito						
No dependiente	1.072	4.670	1.968	4.388	1.123	13.220
Moderado	1.092	1.370	2.211	2.886	709	8.267
Severo	450	1.192	2.280	2.609	1.457	7.987
Grande	620	1.642	2.062	3.282	1.012	8.619
Total	3.234	8.873	8.520	13.165	4.301	38.093
Pago mixto						
No dependiente	0	507	257	31	231	1.026
Moderado	0	0	0	679	0	679
Severo	0	154	0	44	54	252
Grande	457	0	138	1.209	0	1.804
Total	457	661	395	1.962	285	3.761

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

Tabla 3.7.bis. Tasa de prevalencia por cada 1.000 individuos en el mismo grupo de dependencia de los individuos que han recibido atención a domicilio en los últimos 15 días

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Pago gratuito						
No dependiente	1	3	1	5	2	2
Moderado	47	49	23	37	9	27
Severo	46	56	57	41	24	41
Grande	44	121	48	49	9	35
Total	2	5	5	11	6	5
Pago mixto						
No dependiente	0,00	0,32	0,16	0,03	0,48	0,16
Moderado	0,00	0,00	0,00	8,76	0,00	2,22
Severo	0,00	7,25	0,00	0,70	0,90	1,29
Grande	32,37	0,00	3,20	17,94	0,00	7,25
Total	0,22	0,40	0,23	1,68	0,39	0,51

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

Para calcular el coste es necesario diferenciar tanto por grado de dependencia como por forma de pago. En relación con la primera cuestión, el SAAD únicamente ofrece cobertura a las personas con un grado de dependencia severo o grande, y no será hasta el año 2011 cuando comience a darse cobertura a los dependientes moderados. Por tanto:

- Para los no dependientes y dependientes moderados, el coste se ha calculado como el número de usuarios multiplicado por el número medio de horas por comunidad autónoma que viene recogido en el documento “Las personas mayores en España. Informe 2008” y por el coste por hora identificado en cada comunidad autónoma.
- Para los dependientes severos o grandes, el coste se obtiene multiplicando el número de usuarios por el número de horas que se establecen en el Real Decreto 727/2008, de 8 de junio, sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, multiplicado por el precio por hora correspondiente a la respectiva comunidad de residencia. Para los grandes dependientes de nivel 2, se establece un intervalo de 70-90 horas/mes y para los de nivel 1 de 55-70 horas/mes. Para los dependientes severos de nivel 2 se ha determinado un intervalo de 40-55 horas/mes y para los de nivel 1 de 30-40 horas/mes. En estos cuatro casos se ha optado por utilizar el punto medio del intervalo: 80, 62,5, 47,5 y 35.

En el caso de que el pago sea gratuito, todo el coste es soportado por el sector público, pero en el caso de pago mixto existe un copago por parte del usuario. La Resolución, de 2 de diciembre de 2008, de la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia sobre determinación de la capacidad económica del beneficiario y sobre los criterios de participación de este en las prestaciones del SAAD ha determinado que “si la capacidad económica del beneficiario es igual o inferior al indicador público de renta a efectos múltiples (IPREM), este no participará en el coste de los servicios asistenciales que reciba en su domicilio. La participación del beneficiario se establecerá mediante la aplicación de un porcentaje según su capacidad económica, comprendido entre el 10% y el 65% y aplicado de forma progresiva. En ningún caso, esta participación superará el 65% del indicador de referencia”. En el presente trabajo se ha supuesto como situación intermedia, y dada la ausencia de datos en la encuesta que permitan inferir cuál es su capacidad económica, un copago del 37,5%. Por último, se

han revalorizado los precios para actualizarlos a 2010, aplicando una tasa de crecimiento anual del 1,75%.

El coste mensual total asciende a 18.491.899 euros, es decir, 2.516 euros por cada 1.000 personas de 65 y más años. El coste por cada 1.000 grandes dependientes es 82,70 veces el coste por cada 1.000 no dependientes y 6,01 veces el coste por cada 1.000 dependientes moderados. Dentro de los grandes dependientes, la mayor concentración de coste se encuentra en las cohortes de 65-69 y 70-74 años con 64.217 euros y 124.669 euros por cada 1.000 personas, respectivamente (Tablas 3.8. y 3.8.bis).

Tabla 3.8. Coste en euros de los individuos que han recibido atención a domicilio en las últimas cuatro semanas

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Gratuito + mixto						
No dependiente	157.145	980.844	432.156	944.880	286.850	2.670.076
Moderado	208.001	211.842	467.198	763.359	145.547	1.698.134
Severo	202.046	769.710	1.363.093	1.389.225	800.792	4.434.696
Grande	906.798	1.685.396	2.113.838	3.684.727	978.452	8.308.834
Total	1.473.990	3.647.793	4.376.285	6.782.191	2.211.640	18.491.899

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

Tabla 3.8.bis. Coste por 1.000 habitantes del mismo grupo de dependencia de los individuos que han recibido atención a domicilio en las últimas cuatro semanas

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Gratuito + mixto						
No dependiente	78	621	277	985	594	404
Moderado	8.929	7.608	4.927	9.850	1.773	5.557
Severo	20.872	36.289	33.853	21.934	13.268	22.760
Grande	64.217	124.669	49.008	54.684	8.852	33.411
Total	714	2.223	2.514	5.809	3.004	2.516

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

3.2.3.2. Ayuda a domicilio de carácter social

La EDAD 2008 define la “ayuda social a domicilio” como los servicios recibidos en el domicilio de ayuda a las tareas domésticas, lavandería

externa, comidas a domicilio, mantenimiento de la vivienda, vigilancia y supervisión en cuidados personales y/o tareas domésticas, etc.". Las Tablas 3.9. y 3.9.bis muestran el número de individuos que recibieron ayuda a domicilio de carácter social durante los últimos 15 días, mediante pago gratuito o pago mixto, actualizando los pesos poblacionales de acuerdo con el factor de elevación para 2010.

Tabla 3.9. Individuos que han recibido ayuda social a domicilio en los últimos 15 días

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Pago gratuito						
No dependiente	2.323	3.547	4.456	6.460	208	16.994
Moderado	384	887	1.146	1.232	741	4.391
Severo	746	739	901	2.335	281	5.003
Grande	1.474	1.844	2.233	2.076	360	7.986
Total	4.928	7.018	8.736	12.103	1.589	34.374
Pago mixto						
No dependiente	1.237	556	654	2.094	1.100	5.641
Moderado	0	0	736	481	107	1.324
Severo	0	384	8	518	157	1.067
Grande	675	34	158	1.419	1.465	3.752
Total	1.912	974	1.557	4.512	2.829	11.784

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

Durante los últimos 15 días, 46.158 personas recibieron atención a domicilio, de las cuales 34.374 (74,47%) lo hicieron mediante pago gratuito y 11.784 (25,53%) mediante pago mixto. En ambos casos, la tasa de prevalencia de las personas con gran dependencia es superior a la del resto de grupos. Para la obtención del coste se multiplica el número de días por su coste unitario (referido anteriormente), considerándose un copago intermedio del 37,5%.

El coste mensual total asciende a 35.907.571 euros, lo que supone 4.885 euros por cada 1.000 individuos de 65 y más años. El coste por cada 1.000 individuos que sean grandes dependientes es 13,77 veces superior al de 1.000 individuos que sean no dependientes y también se observa que al pasar de no dependientes a dependientes moderados, el coste por 1.000 habitantes se multiplica por 4,44 (Tablas 3.10. y 3.10.bis).

Tabla 3.9.bis. Tasa de prevalencia por cada 1.000 individuos en el mismo grupo de dependencia de los individuos que han recibido ayuda social a domicilio en los últimos 15 días

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Pago gratuito						
No dependiente	1	2	3	7	0	3
Moderado	17	32	12	16	9	14
Severo	77	35	22	37	5	26
Grande	104	136	52	31	3	32
Total	2	4	5	10	2	5
Pago mixto						
No dependiente	1	0	0	2	2	1
Moderado	0	0	8	6	1	4
Severo	0	18	0	8	3	5
Grande	48	3	4	21	13	15
Total	1	1	1	4	4	2

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

Tabla 3.10. Coste en euros de los individuos que recibieron ayuda social a domicilio en las últimas cuatro semanas

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Gratuito + mixto						
No dependiente	1.059.879	2.942.100	4.849.936	8.327.212	1.101.921	18.281.048
Moderado	222.951	517.771	1.604.682	957.661	453.289	3.756.354
Severo	714.192	307.888	505.277	2.575.544	284.031	4.386.931
Grande	1.079.166	2.283.422	2.508.588	1.808.047	1.804.016	9.483.239
Total	3.076.189	6.051.180	9.468.483	13.668.463	3.643.257	35.907.571

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

3.2.3.3. Centros de día

La EDAD 2008 proporciona información sobre los individuos que han recibido atención en centros de día durante los últimos 15 días. En total, 23.228 personas de 65 y más años recibieron este servicio, lo que representa 2,73 personas por cada 1.000 habitantes. Respecto a la forma de pago, el 76,98% recibieron el servicio mediante pago gratuito y el 23,02% restante mediante pago mixto. Las tasas de prevalencia aumentan con el grado de dependencia: de uno por cada 1.000 para no dependientes de 65-69 años a 74 por cada 1.000 grandes dependien-

Tabla 3.10.bis. Coste por 1.000 habitantes del mismo grupo de dependencia de los individuos que han recibido ayuda social a domicilio durante las últimas cuatro semanas

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Media
Gratuito + mixto						
No dependiente	525	1.864	3.104	8.681	2.280	2.769
Moderado	9.571	18.595	16.924	12.357	5.521	12.293
Severo	73.779	14.516	12.549	40.665	4.706	22.515
Grande	76.424	168.906	58.160	26.833	16.321	38.133
Total	1.490	3.688	5.439	11.708	4.948	4.885

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

tes de la misma edad; de dos por cada 1.000 no dependientes de 70-74 años a 67 por cada 1.000 grandes dependientes de la misma edad (Tablas 3.11. y 3.11.bis).

Tabla 3.11. Individuos que han acudido a un centro de día en los últimos 15 días

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Pago gratuito						
No dependiente	1.764	2.742	1.874	2.185	53	8.618
Moderado	153	236	478	1.223	168	2.259
Severo	286	90	11	1.958	0	2.345
Grande	1.051	904	398	1.231	1.075	4.660
Total	3.255	3.972	2.761	6.597	1.297	17.882
Pago mixto						
No dependiente	184	0	371	903	0	1.458
Moderado	0	0	300	18	138	455
Severo	0	512	310	25	78	925
Grande	515	445	510	897	141	2.508
Total	699	956	1.491	1.843	356	5.346

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

La información sobre el precio de una plaza en un centro de día se ha tomado de la obra "Las personas mayores en España. Informe 2008", calculándose un precio ponderado en función del número de plazas públicas y concertadas para cada comunidad autónoma. A continuación, se ha calculado el coste total por tramo de edad y grado de dependencia multiplicando el número de usuarios de cada cohorte y grado por el pre-

Tabla 3.11.bis. Tasa de prevalencia por cada 1.000 individuos en el mismo grupo de dependencia de los individuos que han acudido a un centro de día en los últimos 15 días

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Pago gratuito						
No dependiente	1	2	1	2	0	1
Moderado	7	8	5	16	2	7
Severo	30	4	0	31	0	12
Grande	74	67	9	18	10	19
Total	2	2	2	6	2	2
Pago mixto						
No dependiente	0,09	0,00	0,24	0,94	0,00	0,22
Moderado	0,00	0,00	3,16	0,23	1,68	1,49
Severo	0,00	24,12	7,71	0,40	1,29	4,75
Grande	36,50	32,89	11,83	13,31	1,27	10,08
Total	0,34	0,58	0,86	1,58	0,48	0,73

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

cio ponderado de la respectiva comunidad autónoma de residencia. En el caso de pago gratuito, el 100% del coste es soportado por el sistema público. En el caso de pago mixto, existe un copago por parte del usuario. En este sentido, la Resolución, de 2 de diciembre de 2008, ha determinado que exista un copago de entre el 10% y el 65% que se aplicará de forma progresiva. En ningún caso, esta participación superará el 65% del indicador de referencia. Si el servicio de centro de día o de noche conlleva transporte y/o manutención, los porcentajes de participación establecidos podrán elevarse para tener en cuenta el mayor coste del servicio. En este caso, se ha supuesto un copago intermedio del 37,5%, por lo que el sistema público soportaría una carga del 62,5%, y como no se tiene información sobre si el individuo precisa de transporte o recibe alimentación en el centro de día, no se ha encarecido el precio del mismo. Por último, y puesto que los datos del informe están referidos a 2008, es necesario actualizarlos a 2010, para lo cual se ha utilizado el IPC del subgrupo "Servicios médicos, dentales y paramédicos no hospitalarios", aplicando una tasa de crecimiento anual del 1,75%.

El coste total mensual estimado asciende a 35.835.428 euros, es decir, 4.875 euros por cada 1.000 personas de 65 y más años. El coste por cada 1.000 personas grandes dependientes (30.548 euros) es 14 veces su-

perior que por cada 1.000 personas no dependientes (2.181 euros) y 2,44 veces superior que por cada 1.000 personas dependientes moderadas. Los mayores costes se encuentran localizados entre los grandes dependientes de 65-69 y 70-74 años con 161.070 euros y 147.893 euros, respectivamente, por cada 1.000 personas con el mismo grado de dependencia y edad (Tablas 3.12. y 3.12.bis).

Tabla 3.12. Coste en euros de los individuos que han acudido a un centro de día en las últimas cuatro semanas

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Gratuito + mixto						
No dependiente	3.085.123	5.065.827	3.486.769	4.096.693	79.591	14.399.999
Moderado	246.168	445.307	1.193.529	1.997.859	453.991	3.828.980
Severo	435.039	734.394	353.137	3.949.642	79.614	4.533.497
Grande	2.274.439	1.999.353	1.158.641	2.790.518	1.909.795	7.596.842
Total	6.040.769	8.244.881	6.192.075	12.834.713	2.522.990	35.835.428

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

Tabla 3.12.bis. Coste por 1.000 habitantes del mismo grupo de dependencia de los individuos que han acudido a un centro de día en las últimas cuatro semanas

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Media
Gratuito + mixto						
No dependiente	1.529	3.210	2.231	4.271	165	2.181
Moderado	10.567	15.992	12.588	25.779	5.529	12.531
Severo	44.941	34.624	8.770	62.360	1.319	23.267
Grande	161.070	147.893	26.863	41.413	17.278	30.548
Total	2.925	5.025	3.557	10.994	3.427	4.875

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

3.2.3.4. Residencias

En la EDAD 2008, además de entrevistas a domicilio, se encuesta a personas que se encuentran residiendo en establecimientos colectivos. Se distinguen tres tipos de centros: 1) residencias; 2) hospitales psiquiátricos o para personas con discapacidad; y 3) centros residenciales, hospital psiquiátrico o geriátrico o centro para personas con discapacidad. A diferencia de los otros servicios sanitarios o sociales estudiados, en este ca-

so los únicos tramos de edad que se pueden distinguir son: 66-74; 75 y más años.

Actualizando los pesos muestrales a 2010, se estima en un total de 205.971 las personas que residen en establecimientos colectivos, la mayoría de ellos en establecimientos del tipo 1. En los centros de tipo 1, las mayores tasas de prevalencia corresponden a los dependientes severos de 75 y más años (237 de cada 1.000 se encuentran institucionalizados) y los de 66-74 años (145 de cada 1.000), y le siguen a muy corta distancia los dependientes moderados de 75 y más años (143 de cada 1.000 se encuentran viviendo en una residencia). En el caso de los centros de tipo 2, hay 36 dependientes severos de 66-74 años por cada 1.000 que están residiendo en un hospital psiquiátrico o geriátrico (Tablas 3.13. y 3.13.bis).

Para calcular el coste total ha sido necesario calcular previamente tres tipos de precios para cada uno de los centros que se distinguen en la EDAD 2008. Todos los precios que se utilizan proceden de “Las personas mayores en España. Informe 2008”. Para los centros de tipo 1, se calcula la media ponderada de acuerdo con el número de plazas disponibles de los precios por comunidad autónoma relativos a plazas públicas para no dependientes y plazas concertadas para no dependientes. Para los centros de tipo 2, se calcula la media ponderada por el número de plazas

Tabla 3.13. Individuos que se encuentran institucionalizados en un centro

	66-74	75 y más	Total
Centro tipo 1			
No dependiente	14.231	75.885	90.116
Moderado	4.618	36.503	41.122
Severo	4.471	38.862	43.333
Grande	1.306	16.853	18.158
Total	24.626	168.103	192.729
Centro tipo 2			
No dependiente	2.609	2.226	4.835
Moderado	1.553	1.641	3.194
Severo	1.127	2.200	3.327
Grande	258	1.107	1.365
Total	5.547	7.174	12.721
Centro tipo 3			
No dependiente	11	184	194
Moderado	22	46	67
Severo	0	61	61
Grande	20	177	198
Total	53	468	521

Centro tipo 1: centro residencial; centro tipo 2: hospital psiquiátrico o para personas con discapacidad; centro tipo 3: centro residencial, hospital psiquiátrico o geriátrico o centro para personas con discapacidad.

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

Tabla 3.13.bis. Tasa de prevalencia por cada 1.000 individuos en el mismo grupo de dependencia de los individuos que se encuentran institucionalizados en un centro

	66-74	75 y más	Total
Centro tipo 1			
No dependiente	4	25	14
Moderado	90	143	135
Severo	145	237	222
Grande	47	76	73
Total	7	46	26
Centro tipo 2			
No dependiente	1	1	1
Moderado	30	6	10
Severo	36	13	17
Grande	9	5	5
Total	1	2	2
Centro tipo 3			
No dependiente	0,00	0,06	0,03
Moderado	0,42	0,18	0,22
Severo	0,00	0,37	0,31
Grande	0,74	0,80	0,80
Total	0	0	0

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

disponibles de los precios por comunidad autónoma para plazas concertadas para dependientes y plazas concertadas psicogeríatras. Para los centros de tipo 3, se calcula la media ponderada por el número de plazas disponibles entre los precios que se han citado.

El módulo específico de centros proporciona información sobre la forma de financiación del establecimiento, y se observa que, mientras que en los de tipo 1 la mayor parte de los centros son de titularidad mixta o privada, en los otros casos aumenta significativamente el porcentaje de centros de titularidad pública. Por consiguiente,

la participación del sector público a través de centros exclusivamente públicos o con financiación mixta comprendería el 50,74% de los de tipo 1, el 93,82% de los de tipo 2 y el 65,86% de los de tipo 3. Si bien es cierto que la Resolución, de 2 de agosto de 2008, establece la existencia de un copago por parte de los usuarios de servicios residenciales, que será nulo en el caso de que su capacidad económica sea inferior al IPREM y aumentará de forma progresiva cuando su capacidad económica sea superior a este indicador, en la EDAD-centros no hay ninguna información sobre las rentas de los individuos encuestados, por lo que no es posible abordar este punto. De esta forma, las cifras que se obtengan relativas al coste soportado por el sector público en concepto de internamiento en establecimientos colectivos son cifras precopago. Por último, se actualizan los precios a 2010, incorporando un crecimiento anual del 1,75% entre 2008 y 2010.

El coste total mensual de los tres tipos de centros (sin excluir el posible copago) asciende a 170.845.157 euros, lo que supone 20.428 euros por cada 1.000 personas de 66 y más años. El coste por cada 1.000 personas dependientes severas residentes en un centro tipo 1 es 17,12 veces el coste por cada 1.000 personas no dependientes, e incluso 3,07 veces el coste por cada 1.000 personas grandes dependientes. En el caso de un centro tipo 2, la diferencia es todavía mayor, puesto que el coste por cada 1.000 personas dependientes severas es 24,89 veces el coste por cada 1.000 personas no dependientes (Tablas 3.14. y 3.14.bis).

3.2.3.5. Servicios de respiro

La EDAD 2008 proporciona información sobre los individuos que han recibido servicios de respiro durante los últimos 12 meses, definiendo esta prestación como: “Aquellos servicios residenciales que atienden al usuario durante un periodo de tiempo determinado. Estos servicios cumplen una doble función. Por una parte, ofrecen una atención integral a las personas en situación de dependencia y tienen una función de respiro, al permitir que los cuidadores disfruten de periodos de descanso o vacaciones”.

Actualizando los pesos muestrales a 2010, un total de 10.544 personas recibieron servicios de respiro durante el último año (93,12% mediante pago gratuito), lo

Tabla 3.14. Coste en euros de los individuos que han estado institucionalizados en un centro durante las últimas cuatro semanas

	66-74	75 y más	Total
Centro tipo 1			
No dependiente	1.003.948	57.697.066	68.701.015
Moderado	3.492.208	28.783.380	32.275.589
Severo	3.533.467	31.188.920	34.722.387
Grande	1.014.598	13.443.900	14.458.498
Total	19.044.221	131.113.266	150.157.488
Centro tipo 2			
No dependiente	4.098.431	3.537.209	7.635.640
Moderado	2.387.709	2.651.547	5.039.257
Severo	1.784.589	3.828.543	5.613.132
Grande	453.593	1.943.656	2.397.250
Total	8.724.323	11.960.955	20.685.278
Centro tipo 3			
No dependiente	3	57	60
Moderado	375	172	547
Severo	0	337	337
Grande	700	748	1.448
Total	1.077	1.314	2.391

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

Tabla 3.14.bis. Coste por 1.000 habitantes del mismo grupo de dependencia de los individuos que han estado institucionalizados en un centro en las últimas cuatro semanas

	66-74	75 y más	Total
Centro tipo 1			
No dependiente	3.060	19.200	10.407
Moderado	68.287	113.133	105.627
Severo	114.386	190.225	178.200
Grande	36.708	60.819	58.138
Total	5.139	35.975	20.428
Centro tipo 2			
No dependiente	1.140	1.177	1.157
Moderado	46.690	10.422	16.492
Severo	57.771	23.351	28.807
Grande	16.411	8.793	9.639
Total	2.354	3.282	2.814
Centro tipo 3			
No dependiente	0	0	0
Moderado	7	1	2
Severo	0	2	2
Grande	25	3	6
Total	0	0	0

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

que supone una persona por cada 1.000 habitantes de 65 y más años. A diferencia de lo que pudiera pensarse en un primer momento, las mayores tasas de prevalencia no se encuentran entre los grandes dependientes sino entre los dependientes severos de 65-69 años (38 por cada 1.000) y los dependientes moderados de 65-69 años (30 por cada 1.000) (Tablas 3.15. y 3.15.bis).

Para calcular el coste del servicio, se ha tomado como referencia el precio de los servicios residenciales proporcionado por el trabajo "Las personas mayores en España. Informe 2008". En este informe, se distinguen para cada comunidad autó-

noma cuatro tipos de precios: plaza para no dependiente (pública o concertada), plaza para dependiente concertada y plaza psicogeriatrica. Para cada comunidad autónoma se han calculado dos precios promedios, un precio para plazas de no dependientes ponderando las plazas públicas y concertadas por el número de las mismas, y otro para plazas de dependientes ponderando el número de plazas concertadas para dependientes o psicogeriatricas. De esta forma, se considera que los servicios de respiro utilizados por personas no dependientes se guiarán por el primer precio, mientras que los servicios de respiro de los que tengan algún grado de dependencia lo harán por el segundo.

A continuación, se ha calculado el coste del pago gratuito como la suma de los productos del número de usuarios de cada edad y grado de dependencia por el precio respectivo de su comunidad autónoma. En el caso del

Tabla 3.15. Individuos que han recibido servicios de respiro en los últimos 12 meses

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Gratuito + mixto						
No dependiente	810	1.822	1.689	1.632	155	6.109
Moderado	701	380	338	32	0	1.452
Severo	364	0	33	309	0	707
Grande	244	35	464	193	615	1.551
Total	2.119	2.237	2.525	2.167	771	9.819
Pago mixto						
No dependiente	0	0	347	0	0	347
Moderado	0	0	0	0	0	0
Severo	0	0	0	0	0	0
Grande	0	0	85	0	293	378
Total	0	0	432	0	293	725

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

Tabla 3.15.bis. Tasa de prevalencia por cada 1.000 individuos en el mismo grupo de dependencia de los individuos que han recibido servicios de respiro en los últimos 12 meses

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Pago gratuito						
No dependiente	0	1	1	2	0	1
Moderado	30	14	4	0	0	5
Severo	38	0	1	5	0	4
Grande	17	3	11	3	6	6
Total	1	1	1	2	1	1
Pago mixto						
No dependiente	0,00	0,00	0,22	0,00	0,00	0,05
Moderado	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Severo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Grande	0,00	0,00	1,97	0,00	2,65	1,52
Total	0,00	0,00	0,25	0,00	0,40	0,10

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

pago mixto, la Resolución, de 2 de diciembre de 2008, establece que en el caso de los servicios residenciales “los beneficiarios participarán en el coste de los servicios de atención residencial en función de su capacidad económica y del coste del servicio. Dicha participación tendrá en cuenta

los gastos hoteleros y de manutención, que deberán ser asumidos por el beneficiario, en parte o en su integridad, cuando cuente con capacidad económica suficiente para ello. La participación del beneficiario se establecerá mediante la aplicación de un porcentaje en función de su capacidad económica, que estará comprendido entre el 70% y el 90% de la misma, aplicados estos porcentajes de forma progresiva. En ningún caso, esta participación superará el 90% del indicador de referencia". Al no existir datos sobre la capacidad económica del beneficiario se ha supuesto un copago intermedio del 80%, por lo que el coste asumido por el sector público sería sólo del 20%. Por último, es preciso actualizar los precios al año 2010 aplicando una tasa de crecimiento anual del 1,75%.

El coste mensual total asciende a 16.019.413 euros, es decir, 2.179 euros por cada 1.000 habitantes de 65 y más años, correspondiendo los mayores costes a los dependientes moderados y severos de 65-69 años (61.086 euros y 59.385 euros, respectivamente, por cada 1.000 habitantes), frente a 27.118 euros por cada 1.000 habitantes grandes dependientes de la misma franja de edad (Tablas 3.16. y 3.16.bis).

Tabla 3.16. Coste en euros de los individuos que recibieron servicios de respiro en las últimas cuatro semanas

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Gratuito + mixto						
No dependiente	1.139.868	2.858.602	2.844.259	2.330.107	215.884	9.276.566
Moderado	1.423.008	585.926	427.532	52.988	0	2.489.454
Severo	574.855	0	70.040	591.152	0	1.236.047
Grande	382.923	58.143	956.451	291.734	1.215.940	2.765.738
Total	3.520.654	3.502.671	4.298.282	3.265.982	1.431.824	16.019.413

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

3.2.3.6. Teleasistencia

La EDAD 2008 proporciona información sobre el número de individuos que han recibido el servicio de teleasistencia. Actualizando los pesos muestrales a 2010, un total de 28.599 personas de 65 o más años han recibido este servicio durante los últimos 15 días mediante pago directo o gratuito, de manera que esta última situación representa el 97,24% de los casos. En términos de tasa de prevalencia, cuatro de cada 1.000 habitan-

Tabla 3.16.bis. Coste por 1.000 habitantes del mismo grupo de dependencia de los individuos que han recibido servicios de respiro durante las últimas cuatro semanas

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Media
Gratuito + mixto						
No dependiente	565	1.811	1.820	2.429	447	1.405
Moderado	61.086	21.043	4.509	684	0	8.147
Severo	59.385	0	1.739	9.334	0	6.344
Grande	27.118	4.301	22.175	4.330	11.001	11.121
Total	1.705	2.135	2.469	2.798	1.945	2.179

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

tes de 65 o más años reciben este servicio, aunque la incidencia es mayor entre los dependientes moderados (21 por cada 1.000) y sobre todo en la cohorte de 65-69 años (63 por cada 1.000). En cambio, conforme aumenta el grado de dependencia disminuye la utilización de este servicio: 15 de cada 1.000 dependientes severos y 10 de cada 1.000 grandes dependientes, lo cual es perfectamente lógico, ya que la teleasistencia persigue dotar de independencia y proporcionar seguridad en casos de emergencia a personas que por lo demás tienen capacidad para realizar actividades de la vida diaria por sí mismos (Tablas 3.17. y 3.17.bis).

Tabla 3.17. Individuos que han recibido servicio de teleasistencia en los últimos 15 días

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Pago gratuito						
No dependiente	1.334	3.366	3.010	6.377	2.126	16.212
Moderado	1.460	303	1.734	1.804	1.013	6.314
Severo	182	631	570	975	525	2.883
Grande	322	154	465	1.461	0	2.402
Total	3.297	4.454	5.779	10.617	3.664	27.811
Pago mixto						
No dependiente	0	208	35	412	0	654
Moderado	0	0	0	31	0	31
Severo	0	0	0	0	0	0
Grande	0	0	103	0	0	103
Total	0	208	138	442	0	788

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

Tabla 3.17.bis. Tasa de prevalencia por cada 1.000 individuos en el mismo grupo de dependencia de los individuos que han recibido servicio de teleasistencia en los últimos 15 días

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Pago gratuito						
No dependiente	1	2	2	7	4	2
Moderado	63	11	18	23	12	21
Severo	19	30	14	15	9	15
Grande	23	11	11	22	0	10
Total	2	3	3	9	5	4
Pago mixto						
No dependiente	0,00	0,13	0,02	0,43	0,00	0,10
Moderado	0,00	0,00	0,00	0,39	0,00	0,10
Severo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Grande	0,00	0,00	2,40	0,00	0,00	0,42
Total	0,00	0,13	0,08	0,38	0,00	0,11

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

Para calcular el coste, se ha tomado como referencia el precio público mensual por comunidad autónoma proporcionado por “Las personas mayores en España. Informe 2008”, de manera que para cada edad y grado de dependencia se ha calculado el coste multiplicando el número de usuarios por el precio correspondiente a la comunidad autónoma de residencia. En el caso de pago gratuito, todo el coste es soportado por la sanidad pública, pero en el caso de pago mixto existe un copago por parte del usuario. La Resolución, de 2 de diciembre de 2008, establece que, cuando la capacidad económica del beneficiario sea superior al IPREM, la participación del beneficiario se establecerá mediante la aplicación de un porcentaje según su capacidad económica, comprendido entre el 10% y el 65% y aplicado de forma progresiva. La EDAD 2008 no proporciona datos individuales de renta y patrimonio, sino únicamente agregados a escala de hogar. Se ha intentado soslayar esta dificultad suponiendo un copago intermedio del 37,5%, caso en el que se obtendría el coste total como el producto del número de usuarios por edad y grado de dependencia multiplicado por el precio en función de la comunidad autónoma de residencia una vez deducido este porcentaje de copago. Por último, hay que actualizar los precios a 2010, asumiendo una tasa de crecimiento anual del 1,75%.

El coste total mensual asciende a 539.459 euros, es decir, 73 euros por cada 1.000 personas de 65 y más años. El coste por cada 1.000 dependientes moderados (450 euros) es 9,37 veces el coste por cada 1.000 personas no dependientes y 3,46 veces el coste por cada 1.000 personas grandes dependientes. Como ya se mencionó antes, el mayor coste se encuentra entre los dependientes moderados de entre 65-69 años (1.577 euros por cada 1.000) frente a sólo 12 euros por cada 1.000 en el caso de los no dependientes de la misma edad (Tablas 3.18. y 3.18.bis).

Tabla 3.18. Coste en euros de los individuos que recibieron servicio de teleasistencia en las últimas cuatro semanas

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Gratuito + mixto						
No dependiente	23.317	67.150	48.842	126.632	48.123	314.064
Moderado	36.730	5.451	38.567	34.779	21.979	137.506
Severo	4.443	13.676	11.315	14.984	11.239	55.657
Grande	3.249	1.553	6.065	21.365	0	32.232
Total	67.739	87.830	104.789	197.760	81.341	539.459

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

Tabla 3.18.bis. Coste por 1.000 habitantes del mismo grupo de dependencia de los individuos que han recibido servicio de teleasistencia durante las últimas cuatro semanas

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Media
Gratuito + mixto						
No dependiente	12	43	31	132	100	48
Moderado	1.577	196	407	449	268	450
Severo	459	645	281	237	186	286
Grande	230	115	141	317	0	130
Total	33	54	60	169	110	73

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

3.2.3.7. Total de servicios sociales públicos

Agregando los seis servicios sociales estudiados, se obtiene que el coste mensual de los mismos en el año 2010 asciende a 275,7 millones de euros, es decir, 37.503 euros por cada 1.000 habitantes de 65 y más años. El mayor coste por 1.000 habitantes corresponde a los dependien-

tes severos (286.620 euros), que suponen 15,42 veces que el coste por cada 1.000 personas no dependientes. Aunque en principio se pudiera esperar que el coste de los grandes dependientes fuera el mayor de todos, en realidad, el coste por cada 1.000 grandes dependientes es sólo 28.173 euros superior que el coste por cada 1.000 dependientes moderados (Tablas 3.19. y 3.19.bis).

Si consideramos igual a 100 el total de gastos para cada grado de dependencia, y realizamos un reparto porcentual entre los servicios sociales incluidos, observamos en las Figuras 3.1-3.5 que: 1) para todos los grupos excepto los grandes dependientes, las residencias absorben el mayor porcentaje de gasto; 2) los grandes dependientes presentan mayores porcentajes de gasto que los otros grupos en ayuda social a domicilio (21,19%), atención a domicilio (17,93%) y centros de día (16,97%); 3) los servicios de respiro suponen un porcentaje de gasto mayor en los no dependientes (7,65%) seguido por los grandes dependientes (6,18%). Por tanto, se observa una dicotomía entre dependientes severos y grandes dependientes, ya que mientras que en los primeros se observa una mayor propensión a la institucionalización (residencias, centros para personas con discapacidad o geriátricos), en el caso de los segundos hay un mayor uso de los servicios que combinan la atención en el hogar (atención a domicilio, ayuda social a domicilio) con la ayuda formal fuera del hogar de forma temporal (centros de día, servicios de respiro).

Tabla 3.19. Coste en euros de los individuos que recibieron servicios sociales públicos durante las últimas cuatro semanas

	65-74	75 y más	Total
Servicios sociales (sin residencias)			
No dependiente	17.280.816	29.096.040	46.376.856
Moderado	3.888.837	8.471.554	12.360.391
Severo	3.667.628	11.846.296	15.513.924
Grande	10.309.798	20.269.094	30.578.892
Total	35.147.079	69.682.984	104.830.063
Residencias			
No dependiente	15.101.853	61.231.893	76.333.746
Moderado	5.880.104	31.433.866	37.313.970
Severo	5.317.877	35.016.445	40.334.323
Grande	1.468.841	15.387.714	16.856.556
Total	27.768.676	143.069.918	170.838.594
Total			
No dependiente	32.382.669	90.327.933	122.710.601
Moderado	9.768.942	39.905.419	49.674.361
Severo	8.985.505	46.862.742	55.848.247
Grande	11.778.639	35.656.809	47.435.448
Total	62.915.755	212.752.903	275.668.657

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

Tabla 3.19.bis. Coste por 1.000 habitantes del mismo grupo de dependencia de los individuos que han recibido algún tipo de servicio social público durante las últimas cuatro semanas

	65-74	75 y más	Total
Servicios sociales (sin residencias)			
No dependiente	4.805	9.682	7.025
Moderado	76.043	33.297	40.451
Severo	118.729	72.252	79.619
Grande	373.006	91.696	122.959
Total	9.484	19.120	14.262
Residencias			
No dependiente	4.199	20.376	11.563
Moderado	114.980	123.550	122.116
Severo	172.152	213.570	207.001
Grande	53.142	69.613	67.781
Total	7.493	39.256	23.242
Total			
No dependiente	9.004	30.058	18.588
Moderado	191.023	156.848	162.567
Severo	290.881	285.822	286.620
Grande	426.148	161.308	190.740
Total	16.977	58.376	37.503

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

3.2.3.8. Contribución de los usuarios de los servicios sociales

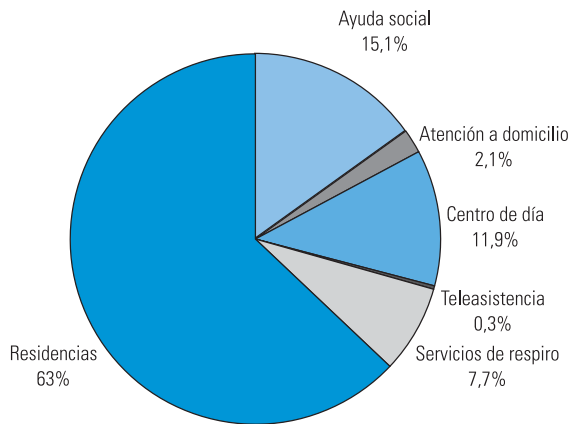
Aprovechando la información sobre el número de usuarios que ha recibido servicios sanitarios y/o sociales mediante pago mixto, se ha procedido a calcular el coste pagado por dichos usuarios (contribución de los usuarios, también denominado copago). Esto ha sido posible para los servicios de atención a domicilio, atención social a domicilio, centros de día, servicios de respiro y teleasistencia. La imputación del coste para cada uno de los servicios ha sido descrita en las secciones previas, por lo

que para calcular el coste pagado por los usuarios se ha multiplicado el número de usuarios mediante pago mixto por el coste unitario del servicio y por el porcentaje de coste soportado por el usuario y establecido legalmente.

El coste mensual de dicha contribución se estima en 5,17 millones de euros, correspondiendo la mayor parte a centros de día (63,60%), servicios de respiro (19,48%) y atención a domicilio (16,03%). Si se distingue por grados de dependencia, los grandes dependientes asumen el 52,87% de la contribución, los severos el 12,94%, los moderados el 7,11% y los no dependientes el 27,08%. Para los **no dependientes**, las mayores contribuciones se orientan a los centros de día (60,64%) y los servicios de respiro (32,07%). Para los **dependientes moderados**, las mayores contribuciones corresponden a centros de día (83%) y atención a domicilio (15,99%). Para los **dependientes severos**, el 91,42%

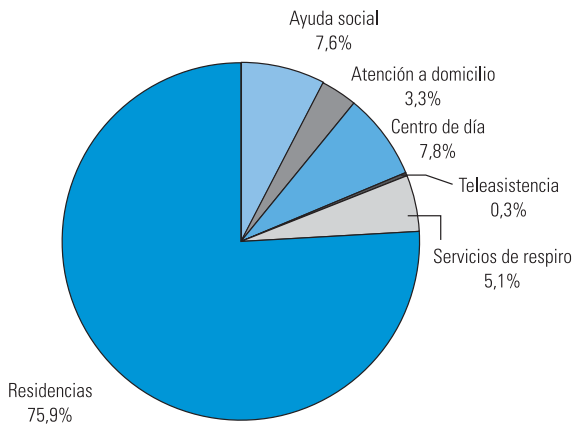
3.1.

No dependiente



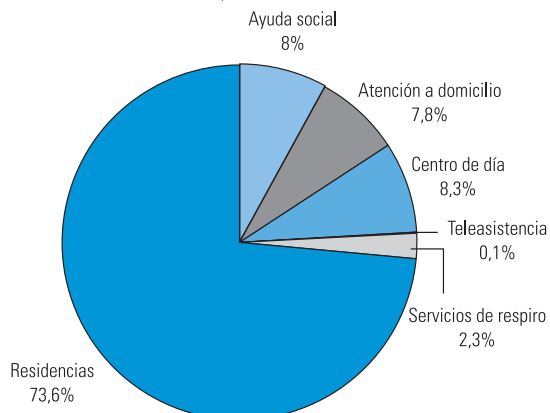
3.2.

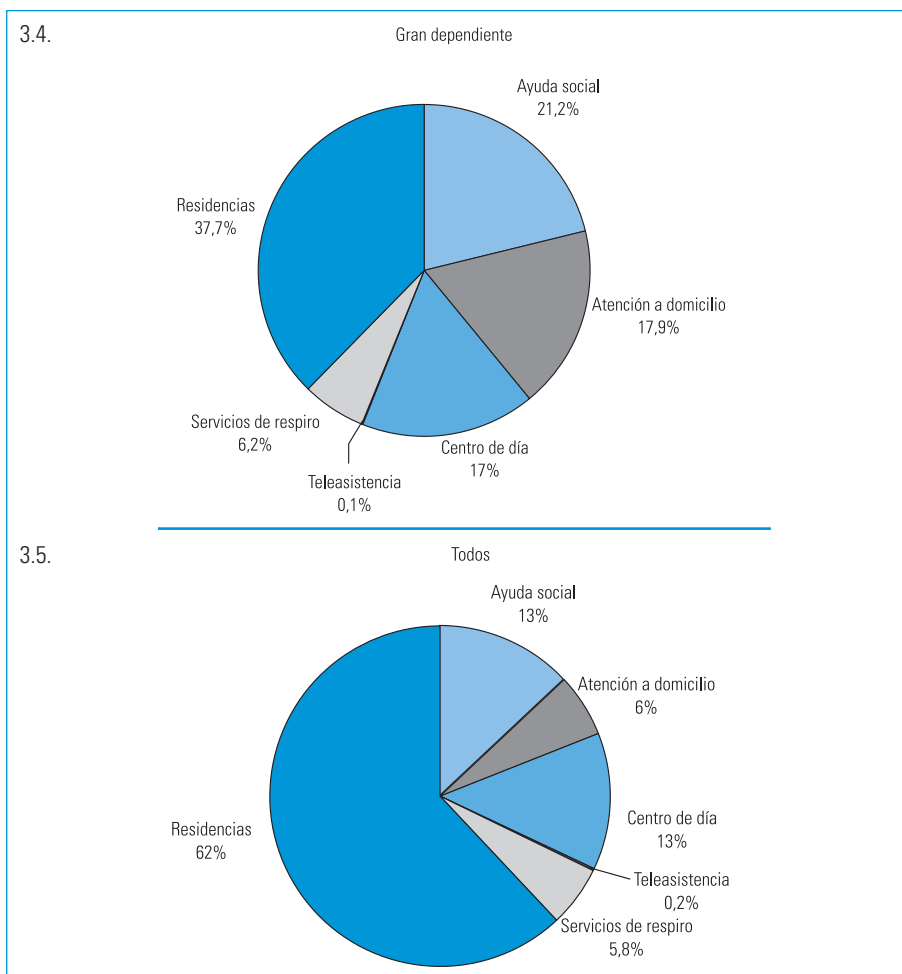
Dependiente moderado



3.3.

Dependiente severo





FIGURAS 3.1-3.5. Distribución del gasto social por grados de dependencia (65 y más años).

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

de las contribuciones está concentrada en centros de día. Para los **grandes dependientes**, el 55,71% de las contribuciones corresponde a centros de día, seguido por el 23,29% en atención a domicilio y el 20,42% en servicios de respiro (Tabla 3.20.).

La contribución de los usuarios por cada 1.000 grandes dependientes es superior a la contribución por cada 1.000 individuos con niveles inferiores de dependencia: la contribución mensual de los usuarios por los conceptos estudiados por cada 1.000 grandes dependientes es tres veces su-

Tabla 3.20. Estimación de la contribución de los usuarios de servicios sociales mediante pago mixto durante el mes previo a la encuesta

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Atención a domicilio						
No dependiente	0	37.415	19.597	2.458	19.609	79.079
Moderado	0	0	0	58.688	0	58.688
Severo	0	34.461	0	8.718	10.923	54.102
Grande	171.599	0	50.951	413.676	0	636.226
Total	171.599	71.876	70.548	483.540	30.533	828.096
Ayuda social a domicilio						
No dependiente	1.834	127	2.131	7.745	6.417	18.254
Moderado	0	0	3.071	335	99	3.506
Severo	0	2.279	1	640	350	3.269
Grande	1.797	6	61	3.624	9.812	15.300
Total	3.631	2.412	5.264	12.344	16.678	40.329
Centros de día						
No dependiente	113.362	0	230.361	504.680	0	848.403
Moderado	0	0	201.715	10.845	92.164	304.724
Severo	0	343.944	200.326	18.958	47.768	610.997
Grande	320.044	282.127	309.072	523.794	86.505	1.521.542
Total	433.406	626.072	941.474	1.058.278	226.437	3.285.667
Servicios de respiro						
No dependiente	0	0	448.619	0	0	448.619
Moderado	0	0	0	0	0	0
Severo	0	0	0	0	0	0
Grande	0	0	135.365	0	422.447	557.813
Total	0	0	583.984	0	422.447	1.006.431
Teleasistencia						
No dependiente	0	1.498	210	2.946	0	4.654
Moderado	0	0	0	219	0	219
Severo	0	0	0	0	0	0
Grande	0	0	444	0	0	444
Total	0	1.498	654	3.165	0	5.316
Total						
No dependiente	115.196	39.040	700.918	517.829	26.026	1.399.009
Moderado	0	0	204.786	70.087	92.263	367.137
Severo	0	380.684	200.327	28.316	59.041	668.368
Grande	493.440	282.133	495.893	941.094	518.764	2.731.325
Total	608.636	701.858	1.601.924	1.557.327	696.095	5.165.839

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

perior a la soportada por cada 1.000 dependientes severos, cinco veces superior a la soportada por cada 1.000 dependientes moderados y 38 veces superior a la soportada por cada 1.000 no dependientes. También existe una diferencia considerable entre la contribución de los grandes dependientes y los dependientes severos. Por ejemplo, 1.000 grandes dependientes soportan un copago mensual de 2.558 euros en términos de atención a domicilio, frente a 278 euros en el caso de 1.000 dependientes severos, o 6.118 euros mensuales en concepto de copago por centros de día por cada 1.000 grandes dependientes, frente a 3.136 euros de copago por el mismo concepto por cada 1.000 dependientes severos. Por tramos de edad, la contribución de los usuarios por cada 1.000 individuos de 80-84 años es 4,5 veces el copago por cada 1.000 individuos de 65-69 años (Tabla 3.20.bis).

3.2.3.9. Coste de los servicios sociales privados

En caso de que el individuo haya recibido el servicio mediante pago directo, se ha procedido a estimar los costes privados utilizando precios medios privados por CC. AA. Los precios de las residencias privadas proceden del “Estudio de inforresidencias sobre precios de residencias geriátricas para personas mayores 2008”³, y para el precio de los centros de día se ha tomado como referencia el “Estudio de inforresidencias sobre precios de residencias geriátricas y centros de día para personas mayores 2007”⁴. El precio del servicio de ayuda a domicilio y atención social a domicilio procede de “Perspectivas de futuro de los servicios de la atención a la dependencia. El Servicio de Atención a Domicilio (SAD)” realizado por la consultora Deloitte⁵, y el precio del servicio de teleasistencia se ha obtenido del listado de empresas que proporcionan este servicio y que aparecen en el Portal de Organizaciones Geriátricas⁶. Los datos de precios se han actualizado a 2010 utilizando el IPC de servicios médicos, dentales y paramédicos no hospitalarios.

³ <http://www.inforesidencias.com/docs/precios2008.pdf>.

⁴ http://www.inforesidencias.com/docs/informe_precios_2007.pdf.

⁵ http://www.inforesidencias.com/docs/deloitte_sad_2008.pdf.

⁶ http://www.geriaticas.com/contenidos/teleasistencia/default.aspV_Nombre=Teleasistencia&Provincia= Todas&paginaactual=1&Tipo_prod=Teleasistencia.

Tabla 3.20.bis. Estimación de la contribución de los usuarios de los servicios sociales recibidos mediante pago mixto por cada 1.000 habitantes

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Atención a domicilio						
No dependiente	0	24	13	3	41	12
Moderado	0	0	0	757	0	192
Severo	0	1.625	0	138	181	278
Grande	12.152	0	1.181	6.139	0	2.558
Total	83	44	41	414	41	113
Ayuda social a domicilio						
No dependiente	1	0	1	8	13	3
Moderado	0	0	32	4	1	11
Severo	0	107	0	10	6	17
Grande	127	0	1	54	89	62
Total	2	1	3	11	23	5
Centros de día						
No dependiente	56	0	147	526	0	129
Moderado	0	0	2.127	140	1.122	997
Severo	0	16.216	4.975	299	791	3.136
Grande	22.665	20.869	7.166	7.773	783	6.118
Total	210	382	541	906	308	447
Servicios de respiro						
No dependiente	0	0	287	0	0	68
Moderado	0	0	0	0	0	0
Severo	0	0	0	0	0	0
Grande	0	0	3.138	0	3.822	2.243
Total	0	0	335	0	574	137
Teleasistencia						
No dependiente	0	1	0	3	0	1
Moderado	0	0	0	3	0	1
Severo	0	0	0	0	0	0
Grande	0	0	10	0	0	2
Total	0	1	0	3	0	1
Total						
No dependiente	57	25	448	540	54	213
Moderado	0	0	2.159	904	1.123	1.201
Severo	0	17.948	4.975	447	978	3.431
Grande	34.944	20.869	11.496	13.966	4.694	10.983
Total	295	428	920	1.334	946	703

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

Sin tener en cuenta la atención residencial, el coste privado mensual asciende a 121,1 millones de euros, de los cuales el 40,53% corresponde a los grandes dependientes, el 24,31% a los no dependientes, el 23,59% a los dependientes severos y el 11,57% a los dependientes moderados. El 81,95% del coste privado corresponde a centros de día, el 14,02% a servicios de respiro, el 2,69% a atención a domicilio, el 1,29% a ayuda social a domicilio y el 0,05% a teleasistencia. Para los no dependientes, la mayor fuente de coste corresponde a los servicios de respiro (54,72%), seguido de los centros de día (39,89%). Para los dependientes moderados, severos y grandes la mayor fuente de coste (más del 90%) corresponde a los centros de día (Tablas 3.21. y 3.21.bis).

El coste por cada 1.000 habitantes de los servicios sociales (sin atención residencial) asciende a 16.474 euros, con un máximo de 197.329 euros por cada 1.000 grandes dependientes. De hecho, el coste privado por cada 1.000 grandes dependientes es 44 veces el coste por cada 1.000 no dependientes. Distinguiendo por tramos de edad, los grandes dependientes de 65-69 y 75-79 años presentan un gasto máximo de 657.296 euros/mes y 559.675 euros/mes por cada 1.000 individuos en la misma situación (Tabla 3.21.bis).

Se ha separado la estimación del coste privado derivado de la atención residencial porque los intervalos de edad utilizados, tal y como se indican en la EDAD-centros, son diferentes a los de la EDAD-hogares. El coste total mensual estimado ascendería a 307.130.393 euros, de los cuales el 45,14% correspondería a los no dependientes, el 23,40% a los dependientes severos, el 21,69% a los dependientes moderados y el 9,77% a los grandes dependientes. El coste privado de la atención residencial por 1.000 habitantes ascendería a 41.783 euros. El coste por cada 1.000 dependientes severos es tres veces el coste por cada 1.000 grandes dependientes y 17 veces el coste por cada 1.000 no dependientes (Tablas 3.22., 3.22.bis, 3.23. y 3.23.bis).

Agregando el coste privado de los servicios para pacientes no institucionalizados con el coste privado de la atención residencial, se obtiene un coste total privado de 428,2 millones de euros, de los que el 39,25% corresponde a los no dependientes, el 23,36% a los dependientes severos, el 18,83% a los dependientes moderados y el 18,46% a los grandes dependientes. El coste en el intervalo de más de 75 años repre-

Tabla 3.21. Coste mensual de servicios sociales privados (excluido atención residencial)

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Atención a domicilio						
No dependiente	67.548	192.916	48.031	267.509	94.328	670.331
Moderado	0	0	34.401	29.651	130.078	194.131
Severo	89.991	0	12.609	315.678	188.773	607.050
Grande	218.538	348.746	373.140	715.061	127.154	1.782.640
Total	376.078	541.662	468.182	1.327.899	540.333	3.254.153
Ayuda social a domicilio						
No dependiente	0	4.522	87.760	348.965	449.667	890.914
Moderado	0	15.900	5.231	2.394	0	23.524
Severo	89.129	0	410.298	2.469	0	501.895
Grande	0	0	106.486	35.923	0	142.409
Total	89.129	20.422	609.774	389.751	449.667	1.558.742
Centros de día						
No dependiente	0	0	8.596.644	1.372.470	1.773.551	11.742.665
Moderado	0	2.295.817	0	5.703.509	5.768.064	13.767.390
Severo	2.064.629	9.705.551	15.685.115	0	0	27.455.295
Grande	9.063.048	4.026.538	23.660.422	4.018.837	5.506.136	46.274.981
Total	11.127.676	16.027.906	47.942.180	11.094.817	13.047.751	99.240.331
Servicios de respiro						
No dependiente	0	12.292.400	0	3.818.050	0	16.110.450
Moderado	0	0	0	0	0	0
Severo	0	0	0	0	0	0
Grande	0	0	0	872.281	0	872.281
Total	0	12.292.400	0	4.690.331	0	16.982.731
Teleasistencia						
No dependiente	12.173	885	5.290	5.319	2.963	26.630
Moderado	0	0	16.736	3.024	3.275	23.036
Severo	0	0	0	6.885	0	6.885
Grande	0	760	0	159	0	919
Total	12.173	1.646	22.026	15.387	6.238	57.471
Total						
No dependiente	79.721	12.490.723	8.737.725	5.812.313	2.320.509	29.440.990
Moderado	0	2.311.717	56.369	5.738.578	5.901.417	14.008.081
Severo	2.243.749	9.705.551	16.108.021	325.032	188.773	28.571.126
Grande	9.281.586	4.376.044	24.140.048	5.642.262	5.633.290	49.073.230
Total	11.605.056	28.884.035	49.042.162	17.518.185	14.043.990	121.093.428

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

Tabla 3.21.bis. Coste mensual por 1.000 habitantes con el mismo grado de dependencia de los individuos que han recibido servicios sociales privados

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Atención a domicilio						
No dependiente	33	122	31	279	195	102
Moderado	0	0	363	383	1.584	635
Severo	9.296	0	313	4.984	3.128	3.115
Grande	15.476	25.797	8.651	10.612	1.150	7.168
Total	182	330	269	1.137	734	443
Ayuda social a domicilio						
No dependiente	0	3	56	364	931	135
Moderado	0	571	55	31	0	77
Severo	9.207	0	10.190	39	0	2.576
Grande	0	0	2.469	533	0	573
Total	43	12	350	334	611	212
Centros de día						
No dependiente	0	0	5.501	1.431	3.670	1.779
Moderado	0	82.450	0	73.595	70.250	45.056
Severo	213.284	457.584	389.549	0	0	140.906
Grande	641.820	297.845	548.556	59.642	49.815	186.077
Total	5.388	9.768	27.539	9.503	17.722	13.501
Servicios de respiro						
No dependiente	0	7.788	0	3.980	0	2.440
Moderado	0	0	0	0	0	0
Severo	0	0	0	0	0	0
Grande	0	0	0	12.945	0	3.508
Total	0	7.491	0	4.018	0	2.310
Teleasistencia						
No dependiente	6	1	3	6	6	4
Moderado	0	0	177	39	40	75
Severo	0	0	0	109	0	35
Grande	0	56	0	2	0	4
Total	6	1	13	13	8	8
Total						
No dependiente	40	7.914	5.592	6.059	4.802	4.460
Moderado	0	83.021	595	74.047	71.874	45.844
Severo	231.788	457.584	400.052	5.132	3.128	146.632
Grande	657.296	323.698	559.675	83.735	50.965	197.329
Total	5.620	17.603	28.171	15.005	19.075	16.474

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

senta cuatro veces el coste del intervalo 65-74 años. El coste de los servicios sociales privados por cada 1.000 habitantes asciende a 58.257 euros/mes, con un máximo de 15.502 euros por cada 1.000 dependientes severos (20 veces el coste por cada 1.000 no dependientes). El coste por cada 1.000 individuos de 75 y más años representa cuatro veces el coste por cada 1.000 individuos de entre 65 y 74 años (Tablas 3.23. y 3.23.bis).

3.2.3.10. Total de costes de los servicios sociales financiados de manera pública y privada

El coste total de los servicios sociales se ha obtenido sumando el coste de la contribución pública y privada (contribución parcial del usuario/copago y contribución privada total) de los servicios sociales utilizados. Adicionalmente, se han elevado a términos anuales las cifras de costes mensuales estimadas previamente. El coste total estimado para el año 2010 ascendería a 8.508,7 millones de euros repartidos de la siguiente forma: el 61,12% correspondería a costes privados (incluyendo copagos) y el 38,88% a costes públicos. Si se distingue por grados de dependencia, el 41,21% correspondería a los no dependientes, el 22,14% a los dependientes severos, el 18,43% a los dependientes moderados

Tabla 3.22. Coste mensual de los individuos que han recibido atención residencial privada

	65-74	75 y más	Total
Centro tipo 1			
No dependiente	20.946.496	109.828.884	130.775.380
Moderado	6.647.570	54.790.421	61.437.991
Severo	6.726.109	59.369.470	66.095.578
Grande	1.931.332	25.591.050	27.522.382
Total	36.251.507	249.579.824	285.831.330
Centro tipo 2			
No dependiente	4.219.347	3.641.567	7.860.914
Moderado	2.458.154	2.729.776	5.187.930
Severo	1.837.240	3.941.496	5.778.736
Grande	466.976	2.001.000	2.467.976
Total	8.981.717	12.313.839	21.295.556
Centro tipo 3			
No dependiente	4	84	88
Moderado	550	252	802
Severo	0	495	495
Grande	1.026	1.097	2.123
Total	1.580	1.927	3.507
Total			
No dependiente	25.165.847	113.470.534	138.636.381
Moderado	9.106.274	57.520.448	66.626.723
Severo	8.563.348	63.311.460	71.874.809
Grande	2.399.334	27.593.146	29.992.480
Total	45.234.803	261.895.588	307.130.393

Centro tipo 1: centro residencial; centro tipo 2: hospital psiquiátrico o para personas con discapacidad; centro tipo 3: centro residencial, hospital psiquiátrico o geriátrico o centro para personas con discapacidad.
Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

Tabla 3.22.bis. Coste por cada 1.000 individuos en el mismo grupo de dependencia de los individuos que han recibido atención residencial privada durante el último mes

	65-74	75 y más	Total
Centro tipo 1			
No dependiente	5.824	36.547	19.810
Moderado	129.987	215.353	201.066
Severo	217.739	362.102	339.211
Grande	69.875	115.772	110.669
Total	9.782	68.480	38.886
Centro tipo 2			
No dependiente	1.173	1.212	1.191
Moderado	48.067	10.729	16.978
Severo	59.476	24.040	29.657
Grande	16.895	9.052	9.924
Total	2.424	3.379	2.897
Centro tipo 3			
No dependiente	0	0	0
Moderado	11	1	3
Severo	0	3	3
Grande	37	5	9
Total	0	1	0
Total			
No dependiente	6.998	37.759	21.001
Moderado	178.065	226.083	218.047
Severo	277.215	386.145	368.871
Grande	86.807	124.829	120.601
Total	12.206	71.859	41.783

Centro tipo 1: centro residencial; centro tipo 2: hospital psiquiátrico o para personas con discapacidad; centro tipo 3: centro residencial, hospital psiquiátrico o geriátrico o centro para personas con discapacidad.
Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

y el 18,23% a los grandes dependientes. Para los grandes dependientes, el coste de los copagos representa el 2,11% del total, frente a un 0,28% para los dependientes moderados. El coste público supone el 42% en el caso de los no dependientes frente al 35,58% en el caso de los dependientes severos. Por cada 1.000 individuos de 65 y más años, el coste total de los servicios sociales asciende a 1.157.561 euros (707.552 euros coste privado, incluyendo copagos, y 450.038 euros de coste público). El coste estimado por cada 1.000 dependientes severos (9.666.626 euros) es 18 veces el coste por cada 1.000 no dependientes, y 1,8 veces el coste por cada 1.000 dependientes moderados (Tablas 3.24. y 3.24.bis).

3.2.4. Estimación de las prestaciones sanitarias y de su coste

3.2.4.1. Atención Primaria

La ENS 2006 proporciona información sobre las visitas de Atención Primaria durante las últimas cuatro semanas. Actualizando los factores de elevación a 2010, se estima que un total de 3.785.791 personas utilizaron este servicio, lo que supone 515 personas por cada 1.000 individuos de 65 y más años.

Tabla 3.23. Coste mensual de todos los servicios sociales privados recibidos

	65-74	75 y más	Total
Servicios sociales privados (sin atención residencial)			
No dependiente	12.570.444	16.870.546	29.440.990
Moderado	2.311.717	11.696.364	14.008.081
Severo	11.949.300	16.621.826	28.571.126
Grande	13.657.630	35.415.600	49.073.230
Total	40.489.091	80.604.337	121.093.428
Atención residencial			
No dependiente	25.165.847	113.470.534	138.636.381
Moderado	9.106.274	57.520.448	66.626.723
Severo	8.563.348	63.311.460	71.874.809
Grande	2.399.334	27.593.146	29.992.480
Total	45.234.803	261.895.588	307.130.393
Total			
No dependiente	37.736.291	130.341.081	168.077.372
Moderado	11.417.991	69.216.813	80.634.804
Severo	20.512.648	79.933.286	100.445.935
Grande	16.056.964	63.008.747	79.065.710
Total	85.723.894	342.499.927	428.223.821

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

Con la excepción de una ligera subida en la tasa de prevalencia para los dependientes severos (616 por cada 1.000), no se aprecian grandes diferencias en razón del grado de dependencia. Asimismo, sólo hay tres grupos que en promedio hayan acudido a la consulta de Atención Primaria dos o más veces: los dependientes severos de 70-74 años (dos veces), los grandes dependientes de 70-74 años (2,16 veces) y los grandes dependientes de 80-84 años (2,98 veces) (Tablas 3.25., 3.25.bis y 3.26.).

Para estimar el coste de la Atención Primaria, se ha utilizado la tabla de tarifas aprobada en la Resolución 882/2010, de 3 de mayo, que especifica distintos precios según el lugar en el que se haya realizado la consulta: consulta en el centro de salud o en el ambulatorio (84 euros), consulta en el servicio de urgencias hospitalario o no hospitalario (112 euros) y consulta a domicilio (140 euros). Se aprecia que, a medida que aumenta el grado de dependencia, también lo hace el uso de las consultas a domicilio (32,46% para un gran dependiente de 70-74 años frente a 0,41% para un no dependiente de la misma edad) y la utilización de los servicios de urgencia (27,26% para un dependiente severo de 85 y más años frente a 1,93% para un no dependiente de la misma edad). Por consiguiente, para cada tramo de edad y grado de dependencia habría que obtener el precio promedio de la Atención Primaria según el lugar en el que se presta dicha atención.

Tabla 3.23.bis. Coste mensual por cada 1.000 individuos en el mismo grupo de dependencia de todos los servicios sociales privados

	65-74	75 y más	Total
Servicios sociales privados (sin atención residencial)			
No dependiente	3.495	5.614	4.460
Moderado	45.204	45.972	45.844
Severo	386.826	101.379	146.631
Grande	494.129	160.217	197.329
Total	10.925	22.116	16.474
Atención residencial			
No dependiente	6.998	37.759	21.001
Moderado	178.065	226.083	218.047
Severo	277.215	386.145	368.871
Grande	86.807	124.829	120.601
Total	12.206	71.859	41.783
Total			
No dependiente	10.493	43.373	25.461
Moderado	223.269	272.056	263.890
Severo	664.041	487.523	515.502
Grande	580.937	285.046	317.930
Total	23.131	93.976	58.257

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

El coste total estimado durante las últimas cuatro semanas asciende a 461,29 millones de euros, es decir, 62.756 euros por cada 1.000 habitantes de 65 y más años. Aunque al analizar el número de usuarios no se apreciaban diferencias en función del grado de dependencia, dada la mayor asiduidad de algunos grupos poblacionales y también la diferente distribución del lugar donde se realizaban las consultas, el coste por 1.000 habitantes no dependientes (59.266 euros) es 1,92 veces inferior al coste por 1.000 habitantes

grandes dependientes (113.959 euros), y se alcanza el coste más elevado entre los grandes dependientes de 80-84 años (171.926 euros por cada 1.000 habitantes) (Tablas 3.27. y 3.27.bis).

3.2.4.2. Atención Especializada

La ENS 2006 contiene información sobre si el individuo ha consultado a algún especialista por algún problema, molestia o enfermedad. Actualizando los pesos muestrales a 2010, se estima que durante las últimas cuatro semanas 1.465.022 personas acudieron a la consulta de un especialista, es decir, 199 individuos por cada 1.000 habitantes de 65 y más años. La mayor tasa de prevalencia se encuentra entre los grandes dependientes de 70-74 años (507 por cada 1.000) y entre las cohortes de edad 65-69, 70-74 y 75-79 de dependientes severos (367, 358 y 407 por cada 1.000 habitantes, respectivamente). En el extremo opuesto, los grandes

Tabla 3.24. Coste agregado de los servicios sociales en términos anuales

	65-74	75 y más	Total
Contribución del usuario (servicio público)			
No dependiente	1.850.832	14.937.276	16.788.108
Moderado	0	4.405.632	4.405.632
Severo	4.568.208	3.452.208	8.020.416
Grande	9.306.876	23.469.012	32.775.888
Total	15.725.916	46.264.128	61.990.044
Coste servicio privado			
No dependiente	452.835.492	1.564.092.971	2.016.928.463
Moderado	137.015.894	830.601.751	967.617.645
Severo	246.151.780	959.199.437	1.205.351.217
Grande	192.683.564	756.104.961	948.788.525
Total	1.028.686.730	4.109.999.120	5.138.685.850
Coste público			
No dependiente	388.592.028	1.083.935.196	1.472.527.224
Moderado	117.227.304	478.865.028	596.092.332
Severo	107.826.060	562.352.904	670.178.964
Grande	141.343.668	427.881.708	569.225.376
Total	754.989.060	2.553.034.836	3.308.023.896
Total			
No dependiente	843.278.352	2.662.965.443	3.506.243.795
Moderado	254.243.198	1.313.872.411	1.568.115.609
Severo	358.546.048	1.525.004.549	1.883.550.597
Grande	343.334.108	1.207.455.681	1.550.789.789
Total	1.799.401.706	6.709.298.084	8.508.699.790

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

dependientes de 85 y más años presentan la menor tasa de prevalencia (sólo 94 por cada 1.000). En promedio, y con la excepción de tres grupos (dependientes moderados de 75-79, grandes dependientes de 75-79 y grandes dependientes de 85 y más años), en los demás grupos no se alcanzan las dos visitas al especialista durante las últimas cuatro semanas (Tablas 3.28., 3.28.bis y 3.29.).

El coste promedio de una visita al especialista se obtiene atendiendo al lugar de realización de la misma y a si se trata o no de una primera consulta. En este sentido,

se observa que a medida que aumenta el grado de dependencia, también lo hace el porcentaje de visitas que tienen lugar en consultas externas de hospitales (18,06% para no dependientes de 85 y más años frente a 82,30% para grandes dependientes de la misma edad), y disminuye el porcentaje en centros de salud (29,82% para no dependientes de 80-84 años frente a 5,84% para grandes dependientes de la misma edad). En consecuencia, el precio medio por consulta oscila de los 180,01 euros para los no dependientes de 85 y más años a los 246,31 euros para los grandes dependientes de la misma edad. Multiplicando el número de personas que acudieron a un especialista por el número promedio de visitas en el último mes y el precio

Tabla 3.24.bis. Coste por cada 1.000 individuos en el mismo grupo de dependencia de todos los servicios sociales en términos anuales

	65-74	75 y más	Total
Copago			
No dependiente	515	4.971	2.543
Moderado	0	17.316	14.418
Severo	147.883	21.055	41.162
Grande	336.720	106.172	131.793
Total	4.243	12.694	8.433
Coste privado			
No dependiente	125.917	520.475	305.529
Moderado	2.679.223	3.264.669	3.166.683
Severo	7.968.493	5.850.279	6.186.019
Grande	6.971.241	3.420.555	3.815.121
Total	277.575	1.127.711	699.089
Coste público			
No dependiente	108.053	360.696	223.062
Moderado	2.292.275	1.882.172	1.950.807
Severo	3.490.575	3.429.862	3.439.445
Grande	5.113.777	1.935.701	2.288.881
Total	203.722	700.507	450.038
Total			
No dependiente	234.485	886.141	531.134
Moderado	4.971.498	5.164.157	5.131.909
Severo	11.606.952	9.301.196	9.666.626
Grande	12.421.739	5.462.428	6.235.795
Total	485.541	1.840.912	1.157.561

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

promedio obtenido, se obtiene el coste total de la Atención Especializada.

El coste total asciende a 405,35 millones de euros, es decir, 55.145 euros por cada 1.000 habitantes de 65 y más años. En este caso, el coste de la dependencia moderada (91.743 euros por cada 1.000 habitantes) es mayor que el de la gran dependencia (83.081 euros por cada 1.000 habitantes) y 1,77 veces mayor que el coste de los no dependientes (51.768 euros por cada 1.000 habitantes). Atendiendo a la edad, el coste es mayor en la cohorte de 70-74 años (62.862 euros por cada 1.000 habitantes) que

en la cohorte de 85 y más años que presenta el menor coste (36.529 euros por cada 1.000 habitantes) (Tablas 3.30. y 3.30.bis).

3.2.4.3. Atención bucodental

La ENS ofrece información sobre las visitas al dentista, al estomatólogo o al higienista dental para examen, consejo o tratamiento de problemas de la dentadura. Actualizando los pesos muestrales a 2010, se observa que durante los últimos tres meses un total de 947.051 personas han acudido al dentista, lo que supone 129 personas por cada 1.000 habitantes de 65 y más años. El principal motivo de consulta fue la colocación de fundas, puentes u otro tipo de

Tabla 3.25. Individuos que han acudido a una consulta de Atención Primaria en las últimas cuatro semanas

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Atención Primaria						
No dependiente	999.356	769.264	844.139	515.073	239.847	3.367.678
Moderado	14.988	13.972	54.692	43.964	33.922	161.538
Severo	5.329	10.812	26.701	39.446	37.804	120.093
Grande	5.029	9.225	25.619	41.945	54.664	136.482
Total	1.024.702	803.274	951.151	640.429	366.236	3.785.791

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2006.

Tabla 3.25.bis. Tasa de prevalencia por cada 1.000 individuos en el mismo grupo de dependencia de los individuos que han acudido a una consulta de Atención Primaria en las últimas cuatro semanas

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Atención Primaria						
No dependiente	495	487	540	537	496	510
Moderado	643	502	577	567	413	529
Severo	551	510	663	623	626	616
Grande	356	682	594	622	495	549
Total	496	490	546	549	497	515

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2006.

Tabla 3.26. Número de días que han acudido a una consulta de Atención Primaria en las últimas cuatro semanas

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más
Atención Primaria					
No dependiente	1,33	1,37	1,26	1,43	1,29
Moderado	1,42	1,80	1,60	1,52	1,24
Severo	1,79	2,00	1,90	1,74	1,47
Grande	1,31	2,16	1,54	2,98	1,82

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2006.

prótesis (339.019 o 46 personas por cada 1.000 habitantes), seguido de las consultas por revisión (294.968 o 40 personas por cada 1.000 habitantes). No obstante, a la hora de calcular el coste hay que tener en cuenta qué prestaciones están incluidas dentro de la cartera de servicios de la sanidad pública.

Tabla 3.27. Coste en euros de los individuos que han acudido a una consulta de Atención Primaria en las últimas cuatro semanas

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Atención Primaria						
No dependiente	115.435.591	91.561.866	92.513.791	64.104.847	27.626.281	391.242.377
Moderado	1.805.852	2.204.704	7.967.306	5.910.943	3.482.943	21.371.748
Severo	978.377	2.075.883	4.961.809	6.965.627	5.355.293	20.336.989
Grande	551.580	2.088.128	3.800.461	11.584.803	10.315.279	28.340.250
Total	118.771.400	97.930.581	109.243.367	88.566.220	46.779.796	461.291.364

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2006.

Tabla 3.27.bis. Coste por 1.000 habitantes del mismo grupo de dependencia de los individuos que han acudido a una consulta de Atención Primaria en las últimas cuatro semanas

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Media
Atención Primaria						
No dependiente	57.202	58.014	59.203	66.829	57.168	59.266
Moderado	77.520	79.178	84.030	76.271	42.419	69.943
Severo	101.070	97.871	123.229	109.979	88.727	104.373
Grande	39.061	154.460	88.112	171.926	93.323	113.959
Total	57.513	59.683	62.753	75.863	63.539	62.756

Fuente: elaboración propia a partir de ENS 2006.

Tabla 3.28. Individuos que han acudido a una consulta de Atención Especializada en las últimas cuatro semanas

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Atención Especializada						
No dependiente	421.956	332.875	299.854	164.131	70.911	1.289.726
Moderado	4.432	10.192	27.467	22.548	14.840	79.479
Severo	3.548	7.586	16.376	16.754	7.265	51.529
Grande	3.359	6.857	12.503	11.232	10.337	44.288
Total	433.295	357.511	356.199	214.664	103.353	1.465.022

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2006.

El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización establece en su artículo 9: "La atención bucodental comprende las acti-

Tabla 3.28.bis. Tasa de prevalencia por cada 1.000 individuos en el mismo grupo de dependencia de los individuos que han acudido a una consulta de Atención Especializada en las últimas cuatro semanas

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Atención Especializada						
No dependiente	209	211	192	171	147	195
Moderado	190	366	290	291	181	260
Severo	367	358	407	265	120	264
Grande	238	507	290	167	94	178
Total	210	218	205	184	140	199

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2006.

Tabla 3.29. Número de días que han acudido a una consulta de Atención Especializada en las últimas cuatro semanas

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más
Atención Especializada					
No dependiente	1,28	1,36	1,33	1,27	1,17
Moderado	1,49	1,57	2,18	1,70	1,38
Severo	1,10	1,18	1,05	1,70	1,38
Grande	1,00	1,73	2,79	1,55	2,38

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2006.

Tabla 3.30. Coste en euros de los individuos que han acudido a una consulta de Atención Especializada en las últimas cuatro semanas

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Atención Especializada						
No dependiente	109.988.604	95.385.594	80.600.989	40.893.289	14.873.963	341.742.440
Moderado	1.106.161	3.194.656	12.823.440	7.196.051	3.712.764	28.033.072
Severo	699.424	2.174.766	3.245.317	6.547.615	2.243.518	14.910.640
Grande	770.734	2.391.856	7.430.545	4.004.323	6.063.808	20.661.266
Total	112.564.923	103.146.872	104.100.291	58.641.278	26.894.053	405.347.417

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2006.

vidades asistenciales, diagnósticas y terapéuticas, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y preventivas dirigidas a la atención a la salud bucodental. La atención bucodental en Atención Primaria tiene el siguiente contenido: 1) información, educación para la salud y, en su caso,

Tabla 3.30.bis. Coste por 1.000 habitantes del mismo grupo de dependencia de los individuos que han acudido a una consulta de Atención Especializada en las últimas cuatro semanas

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Media
Atención Especializada						
No dependiente	54.503	60.436	51.580	42.631	30.779	51.768
Moderado	47.484	114.731	135.247	92.854	45.218	91.743
Severo	72.253	102.533	80.599	103.379	37.171	76.524
Grande	54.581	176.926	172.274	59.427	54.860	83.081
Total	54.508	62.862	59.798	50.230	36.529	55.145

Fuente: elaboración propia a partir de ENS 2006.

adiestramiento en materia de higiene y salud bucodental; 2) tratamiento de procesos agudos odontológicos, entendiéndose por tales los procesos infecciosos y/o inflamatorios que afectan al área bucodental, traumatismos oseodentarios, heridas y lesiones en la mucosa oral, así como la patología aguda de la articulación temporomandibular. Incluye consejo bucodental, tratamiento farmacológico de la patología bucal que lo requiera, exodoncias, exodoncias quirúrgicas, cirugía menor de la cavidad oral, revisión oral para la detección precoz de lesiones premalignas y, en su caso, biopsia de lesiones mucosas”.

Por esta razón, cuando se pregunta a los encuestados de dónde procedía el dentista al que consultaron la última vez, el 10,99% respondió que era de la sanidad pública, el 0,05% del ayuntamiento, el 1,55% de una sociedad médica, el 86,39% de una consulta privada y el resto no sabía con certeza. Para cada servicio, grado de dependencia y edad se ha obtenido el número de usuarios que ha recibido atención por parte de la sanidad pública (incluidos los ayuntamientos) y sobre ellos se obtendrá una estimación del coste.

Los precios aplicados se han tomado de la Resolución 882/2010, de 3 de mayo:

- Para la revisión/chequeo, tratamiento de las enfermedades de las encías y aplicación de flúor se ha utilizado el precio de consulta de Atención Primaria correspondiente a “consulta médica” de 84 euros.
- Para la extracción de algún diente o muela se ha utilizado el precio de consulta de Atención Primaria correspondiente a “cirugía menor” de 105 euros.

El coste mensual soportado por la sanidad pública asciende a 1,95 millones de euros, es decir, 266 euros por cada 1.000 habitantes de 65 y más años⁷. En este caso, el coste por cada 1.000 no dependientes es superior al de los otros grupos: 2,48, 2,62 y 2,13 veces el coste por cada 1.000 personas con dependencia moderada, severa o grande, respectivamente. Si distinguimos por tramos de edad, los grandes dependientes de entre 65-69 años presentan el mayor coste de todos: 1.145 euros por cada 1.000 habitantes con la misma edad y grado de dependencia. En el extremo opuesto, los grandes dependientes de 85 y más años sólo suponen 2 euros por cada 1.000 personas con su misma edad y grado de dependencia (Tablas 3.31. y 3.31.bis).

Tabla 3.31. Coste en euros de los individuos que han acudido al dentista durante las últimas cuatro semanas (sólo sanidad pública)

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Media
Dentista						
No dependiente	638.873	558.903	359.080	258.566	50.548	1.865.970
Moderado	0	8.979	7.243	9.860	8.815	34.897
Severo	0	5.078	3.791	8.183	3.990	21.042
Grande	16.171	1.024	7.925	7.590	250	32.959
Total	655.045	573.984	378.039	284.199	63.602	1.954.868

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2006.

Tabla 3.31.bis. Coste por 1.000 habitantes del mismo grupo de dependencia de los individuos que acudido al dentista durante las últimas cuatro semanas (sólo sanidad pública)

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Media
Dentista						
No dependiente	317	354	230	270	105	283
Moderado	0	322	76	127	107	114
Severo	0	239	94	129	66	108
Grande	1.145	76	184	113	2	133
Total	317	350	217	243	86	266

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2006.

⁷ El lector interesado puede encontrar más detalles en el Apéndice 3.2.

3.2.4.4. Enfermería

La EDAD 2008 define los cuidados de enfermería como: “Aquellos actos de asistencia sanitaria para el tratamiento o seguimiento de un problema de salud determinado, realizados por profesional sanitario y recibidos en régimen de consulta externa (incluidas las consultas realizadas en los hospitales) y los recibidos en el propio domicilio del paciente. Incluye la cirugía menor ambulatoria, que consiste en pequeñas intervenciones quirúrgicas realizadas en forma ambulatoria en los quirófanos del hospital con anestesia local. Excluye la rehabilitación, la asistencia psiquiátrica y la petición de recetas”.

Actualizando los factores de elevación al año 2010, se obtiene que un total de 476.155 personas de 65 y más años recibieron cuidados de enfermería (98,68% mediante pago gratuito y 1,32% mediante pago mixto), es decir, 64 individuos por cada 1.000 habitantes de 65 y más años. Por grados de dependencia, no existen grandes diferencias entre dependencia moderada, severa y grande (225, 213 y 208, respectivamente), aunque sí respecto a los no dependientes, para los cuales la tasa de prevalencia por cada 1.000 habitantes es de sólo 47. Por edades, hay que destacar que en la cohorte de 65-69 años, por cada 1.000 dependientes severos (grandes), 598 (566) han recibido cuidados de enfermería en las últimas dos semanas (Tablas 3.32. y 3.32.bis).

Tabla 3.32. Individuos que han recibido cuidados de enfermería en los últimos 15 días

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Pago gratuito						
No dependiente	75.091	84.597	69.988	65.533	12.458	307.668
Moderado	10.590	15.064	17.008	21.549	4.649	68.860
Severo	5.789	6.659	7.431	16.178	5.525	41.582
Grande	7.996	7.000	10.894	19.654	6.213	51.757
Total	99.466	113.320	105.322	122.915	28.844	469.867
Pago mixto						
No dependiente	1.049	940	738	659	166	3.553
Moderado	714	187	59	460	0	1.420
Severo	0	237	0	191	0	428
Grande	0	0	509	379	0	888
Total	1.763	1.364	1.306	1.688	166	6.288

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

Tabla 3.32.bis. Tasa de prevalencia por cada 1.000 individuos en el mismo grupo de dependencia de los individuos que han recibido cuidados de enfermería en los últimos 15 días

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Pago gratuito						
No dependiente	37	54	45	68	26	47
Moderado	455	541	179	278	57	225
Severo	598	314	185	255	92	213
Grande	566	518	253	292	56	208
Total	48	69	61	105	39	64
Pago mixto						
No dependiente	1	1	0	1	0	1
Moderado	31	7	1	6	0	5
Severo	0	11	0	3	0	2
Grande	0	0	12	6	0	4
Total	1	1	1	1	0	1

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

En relación con la duración de los cuidados, siempre es mayor en el caso de que se recibieran mediante pago gratuito. Las mayores duraciones se observan para los dependientes moderados de 65-69 años (12 días de los últimos 15) y para los dependientes severos de 70-74 años (14 días de los últimos 15) (Tabla 3.33.).

Tabla 3.33. Número de días que ha recibido cuidados de enfermería durante los últimos 15 días

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más
Pago gratuito					
No dependiente	6,36	3,53	2,79	5,49	4,11
Moderado	12,40	8,13	4,72	3,17	4,76
Severo	2,09	14,69	6,35	8,82	5,03
Grande	2,79	10,00	3,54	4,68	6,69
Pago mixto					
No dependiente	4,56	1,74	0,91	3,60	2,07
Moderado	10,29	5,84	2,00	1,11	2,89
Severo	0,00	12,04	3,44	5,70	2,59
Grande	0,00	8,70	0,76	2,31	4,37

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

A la hora de estimar el pago es necesario tener en cuenta el sistema de pago:

- **Pago gratuito:** tomando como referencia la Resolución 882/2010, de 3 de mayo, el coste de una consulta de enfermería es de 32 euros.
- **Pago mixto:** la mencionada resolución establece que puede existir un copago por parte del usuario que oscilará entre el 25% y el 50% en razón de sus recursos económicos. Se ha supuesto un porcentaje intermedio (37,5%), por lo que el coste asumido por la sanidad pública sería de 20 euros.

El coste mensual estimado es de 154,54 millones de euros, es decir, 21.024 euros por cada 1.000 individuos de 65 y más años. En términos medios, el coste por 1.000 dependientes severos (108.425 euros) es 8,05 veces el coste por cada 1.000 no dependientes, pero las mayores concentraciones de coste se encuentran entre los dependientes moderados de 65-69 años (373.281 euros por cada 1.000 habitantes) y los dependientes severos de 70-74 años (331.507 euros por cada 1.000 habitantes) (Tablas 3.34. y 3.34.bis).

Tabla 3.34. Coste en euros de los individuos que han recibido cuidados de enfermería en las últimas cuatro semanas

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Gratuito + mixto						
No dependiente	30.777.308	19.194.568	12.507.175	23.127.069	3.290.694	88.896.813
Moderado	8.695.704	7.885.675	5.141.540	4.391.551	1.417.533	27.532.002
Severo	774.019	6.376.403	3.018.437	9.178.423	1.779.160	21.126.441
Grande	1.429.173	4.481.623	2.485.382	5.925.505	2.660.022	16.981.705
Total	41.676.204	37.938.268	23.152.533	42.622.547	9.147.409	154.536.961

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

3.2.4.5. Hospital

En la ENS 2006 se preguntaba a los encuestados si habían estado hospitalizados durante el último año. Actualizando los pesos muestrales al año 2010, se estima que en 2010 1.122.708 personas habrían estado hospitalizadas, lo que supone 153 por cada 1.000 habitantes de 65 y más años. El grado de dependencia ejerce un gran efecto amplificador de las hospitalizaciones:

Tabla 3.34.bis. Coste por 1.000 habitantes del mismo grupo de dependencia de los individuos que han recibido cuidados de enfermería durante las últimas cuatro semanas

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Media
Gratuito + mixto						
No dependiente	15.251	12.162	8.004	24.110	6.810	13.466
Moderado	373.281	283.200	54.227	56.666	17.264	90.103
Severo	79.959	300.626	74.965	144.916	29.477	108.425
Grande	101.210	331.507	57.622	87.938	24.065	68.285
Total	20.181	23.121	13.300	36.509	12.424	21.024

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

381 por cada 1.000 personas dependientes severas frente a 133 por cada 1.000 personas no dependientes, y alcanza un máximo de 444 en el caso de los dependientes severos de 85 y más años. La media de hospitalizaciones durante los últimos 12 meses se encontraría por debajo de 2, excepto en el caso de los dependientes severos de 75-79 años (2,21) y los dependientes moderados de 70-74 años (2,20) (Tablas 3.35., 3.35.bis y 3.36.).

Tabla 3.35. Individuos que han estado hospitalizados en el último año

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Hospital						
No dependiente	262.267	200.117	216.973	135.911	64.602	879.871
Moderado	7.995	11.983	21.208	21.912	21.050	84.149
Severo	1.206	8.080	16.213	21.907	26.809	74.215
Grande	7.071	4.496	15.472	24.857	32.578	84.474
Total	278.540	224.676	269.866	204.586	145.040	1.122.708

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2006.

Para calcular el coste promedio de una hospitalización, es necesario realizar varias consideraciones. En primer lugar, en el caso de que el individuo hubiera estado ingresado más de una vez durante el último año, sólo se conoce la duración de la última hospitalización. En cambio, sí que se conoce cuál fue la forma de ingreso: urgencias o programada. Por esta razón, se ha utilizado la información suministrada por el SNS sobre el conjunto mínimo de datos hospitalarios. A través de este recurso es posible conocer el coste medio de una hospitalización en función de la forma de ingreso y de la edad del paciente.

Tabla 3.35.bis. Tasa de prevalencia por cada 1.000 individuos en el mismo grupo de dependencia de los individuos que han estado hospitalizados en el último año

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Hospital						
No dependiente	130	127	139	142	134	133
Moderado	343	430	224	283	256	275
Severo	125	381	403	346	444	381
Grande	501	333	359	369	295	340
Total	135	137	155	175	197	153

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2006.

Tabla 3.36. Número de veces que ha estado hospitalizado durante el último año

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más
Hospital					
No dependiente	1,30	1,38	1,29	1,24	1,72
Moderado	1,17	2,20	1,43	1,23	1,54
Severo	1,00	1,56	2,21	1,69	1,85
Grande	1,52	2,06	1,75	1,71	1,22

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2006.

Realizando una tabulación de la forma de ingreso según la edad y el grado de dependencia, se aprecia que los ingresos programados tienden a ser más frecuentes entre los no dependientes y en las cohortes más jóvenes. Por ejemplo, un 51,51% de los ingresos de no dependientes de entre 65-69 años fueron programados frente a un 35,57% de los dependientes severos de la misma edad, y un 48,49% de los ingresos de no dependientes de 65-69 años fueron urgentes frente a un 87,95% de los no dependientes de 85 y más años (Tabla 3.37.).

Se ha procedido a computar un coste medio ponderando el coste de hospitalización por la frecuencia de cada tipo de ingreso en razón de la edad y el grado de dependencia. Por otra parte, dado que los datos obtenidos a través de la consulta interactiva están valorados en euros de 2008, se ha procedido a su actualización utilizando el IPC de servicios hospitalarios. El coste medio por hospitalización es máximo entre los dependientes moderados de 70-74 años (5.749,87 euros) y mínimo para los grandes dependientes de 85 y más años (4.991,22) (Tabla 3.38.).

Tabla 3.37. Distribución de las hospitalizaciones por edad y grado de dependencia

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más
No dependiente					
Urgente	48,49	46,5	64,62	72,15	87,95
Programado	51,51	53,5	35,38	27,85	12,05
Dependiente moderado					
Urgente	67,74	91,2	79,24	77,53	61
Programado	32,26	8,8	20,76	22,47	39
Dependiente severo					
Urgente	64,43	48,68	29,13	88,92	96,03
Programado	35,57	51,32	70,87	11,08	3,97
Gran dependiente					
Urgente	100	73,29	85,01	79,99	87,87
Programado	0	26,71	14,99	20,01	12,13

Tabla 3.38. Coste medio de una hospitalización por edad y grado de dependencia actualizado a precios de 2010

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más
Hospital					
No dependiente	5.330,66	5.345,97	5.525,08	5.343,77	4.991,55
Moderado	5.453,16	5.749,87	5.678,38	5.392,58	4.879,61
Severo	5.432,09	5.365,66	5.152,94	5.495,91	5.025,11
Grande	5.658,44	5.588,04	5.738,88	5.414,90	4.991,22

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2006. Consulta interactiva del SNS e IPC del subgrupo de "Servicios Hospitalarios" (INE).

Para obtener el coste medio total se ha considerado tanto el número de individuos que han estado hospitalizados durante el último año, como el número medio de hospitalizaciones y por el coste medio de cada hospitalización. El coste mensual total asciende a 697,5 millones de euros, es decir, 94.893 euros por cada 1.000 habitantes de 65 y más años. El coste mensual medio por cada 1.000 personas no dependientes es 2,33 veces menor que por cada 1.000 personas dependientes moderadas y 3,83 veces menor que por cada 1.000 personas dependientes severas. Los grupos que alcanzan un mayor coste medio por cada 1.000 personas son los dependientes moderados de 70-74 años (452.928 euros) y los dependientes severos de 75-79 años (382.811 euros) (Tablas 3.39. y 3.39.bis).

Tabla 3.39. Coste en euros de los individuos que han estado hospitalizados durante las últimas cuatro semanas

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Hospital						
No dependiente	151.341.985	122.649.689	128.518.796	74.981.530	46.305.991	523.797.990
Moderado	4.237.982	12.611.708	14.306.628	12.152.847	13.178.360	56.487.524
Severo	545.982	5.622.865	15.413.813	16.927.953	20.759.036	59.269.649
Grande	5.056.990	4.309.847	12.955.774	19.146.833	16.491.135	57.960.580
Total	161.182.939	145.194.109	171.195.011	123.209.162	96.734.522	697.515.743

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2006.

Tabla 3.39.bis. Coste por 1.000 habitantes del mismo grupo de dependencia de los individuos que han estado hospitalizados durante las últimas cuatro semanas

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Media
Hospital						
No dependiente	74.995	77.711	82.244	78.168	95.823	79.346
Moderado	181.924	452.928	150.890	156.813	160.501	184.865
Severo	56.402	265.099	382.811	267.271	343.938	304.183
Grande	358.122	318.801	300.373	284.152	149.197	233.066
Total	78.050	88.487	98.340	105.537	131.390	94.893

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2006.

3.2.4.6. Hospital de día

La ENS 2006 proporciona información sobre si el entrevistado ha recibido atención en un hospital de día durante el último año y, en caso afirmativo, durante cuánto tiempo. Actualizando los factores de elevación a 2010, se estima que durante 2010 un total de 677.561 personas recibirían atención en un hospital de día, lo que supone 92 por cada 1.000 habitantes de 65 y más años. La mayor concentración se encuentra entre los dependientes moderados (156 por cada 1.000 habitantes), especialmente entre los más jóvenes (277 por cada 1.000 habitantes dependientes moderados de entre 65 y 69 años y 193 por cada 1.000 habitantes dependientes moderados de entre 70-74 años). Las personas no dependientes de 85 y más años y los grandes dependientes de 75-79 años son los que han recibido atención durante un mayor número de días en promedio (23,76 y 22,15, respectivamente) (Tablas 3.40., 3.40.bis y 3.41.).

Tabla 3.40. Individuos que han recibido atención en un hospital de día en el último año

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Hospital de día						
No dependiente	175.923	141.298	141.038	71.721	45.358	575.337
Moderado	6.450	5.372	14.498	10.273	11.004	47.597
Severo	342	1.185	9.687	7.425	5.797	24.437
Grande	1.290	494	15.419	6.053	6.934	30.190
Total	184.004	148.350	180.642	95.472	69.093	677.561

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2006.

Tabla 3.40.bis. Tasa de prevalencia por cada 1.000 individuos en el mismo grupo de dependencia de los individuos que han recibido atención en un hospital de día en el último año

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Hospital de día						
No dependiente	87	90	90	75	94	87
Moderado	277	193	153	133	134	156
Severo	35	56	241	117	96	125
Grande	91	37	357	90	63	121
Total	89	90	104	82	94	92

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2006.

Tabla 3.41. Número de días que ha recibido atención en un hospital de día en el último año

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más
Hospital de día					
No dependiente	4,67	5,11	2,36	4,11	23,76
Moderado	1,52	3,54	1,72	2,01	3,00
Severo	1,00	1,00	1,70	2,43	1,00
Grande	6,00	17,27	22,15	4,00	2,00

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2006.

En la Resolución 882/2010, de 3 de mayo, se menciona que la tarifa por día en concepto de “estancia en un hospital de día hospitalario” es de 145 euros. El coste total asciende a 45,85 millones de euros, es decir, 6.238 euros

por cada 1.000 habitantes de 65 y más años. A diferencia de otras prestaciones, donde se observa un claro salto entre personas dependientes y no dependientes, en este caso el salto se observa entre personas consideradas grandes dependientes y el resto, puesto que el coste de las primeras (19.237 euros por cada 1.000 habitantes) es 7,41 veces el coste por cada 1.000 dependientes severos y 4,53 por cada 1.000 dependientes moderados. Esta mayor elevación del coste de los grandes dependientes se encuentra concentrada en la cohorte de 75 a 79 años (95.680 euros por cada 1.000 habitantes) (Tablas 3.42 y 3.42.bis).

Tabla 3.42. Coste en euros de los individuos que han recibido atención en un hospital de día en las últimas cuatro semanas

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Hospital de día						
No dependiente	9.931.462	8.729.336	4.020.011	3.562.806	13.022.155	39.265.770
Moderado	118.463	229.678	301.021	249.305	398.908	1.297.375
Severo	4.131	14.323	199.208	217.817	70.042	505.521
Grande	93.507	103.122	4.126.899	292.548	167.823	4.783.898
Total	10.147.562	9.076.459	8.647.138	4.322.476	13.658.928	45.852.564

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2006.

Tabla 3.42.bis. Coste por 1.000 habitantes del mismo grupo de dependencia de los individuos que han recibido atención en un hospital de día en las últimas cuatro semanas

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Media
Hospital de día						
No dependiente	4.921	5.531	2.573	3.714	26.947	5.948
Moderado	5.085	8.248	3.175	3.217	4.858	4.246
Severo	427	675	4.947	3.439	1.160	2.594
Grande	6.622	7.628	95.680	4.342	1.518	19.237
Total	4.914	5.532	4.967	3.702	18.552	6.238

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2006.

3.2.4.7. Medicamentos

En la ENS 2006 se preguntaba a los entrevistados por el consumo de medicamentos durante las últimas dos semanas, y se distinguía entre medicamentos adquiridos con receta o sin ella. Para la estimación del gasto,

sólo se tendrán en cuenta los medicamentos adquiridos con receta. De todas las partidas estimadas, esta es la de mayor complejidad debido al importante número de tipos de medicamentos referidos en la ENS 2006. Así, los medicamentos consumidos por más de un millón de personas de 65 y más años son por este orden: para la tensión arterial, para el dolor, para bajar el colesterol, tranquilizantes, para el corazón, para el estómago y las alteraciones digestivas, para el reuma, para la diabetes y para el catarro, garganta, gripe o bronquios.

En relación con las tasas de prevalencia:

- Presentan un mayor consumo por 1.000 habitantes los no dependientes en el consumo de medicamentos para la tensión arterial y para bajar el colesterol. Los dependientes moderados para los medicamentos contra el catarro, garganta, gripe o bronquios y para bajar la fiebre.
- Los dependientes moderados y severos consumen más medicamentos contra el dolor; para el corazón, estómago y alteraciones digestivas, y antidepresivos.
- Los grandes dependientes manifiestan un consumo superior al resto en antibióticos, laxantes y vitaminas, reconstituyentes, minerales y tónicos.
- Por último, los dependientes moderados, severos y grandes dependientes presentan un consumo muy similar en tranquilizantes y pastillas para dormir y medicamentos para la diabetes⁸.

Es evidente que la estimación del gasto sólo puede realizarse partiendo de una serie de supuestos simplificadores. En primer lugar, sólo se conoce de manera genérica cuál es la finalidad de los medicamentos consumidos por los entrevistados, pero dentro de la misma denominación “corazón” o “estómago” existen múltiples afecciones, cada una de las cuales lleva asociados unos medicamentos diferentes. Ante la ausencia de esta información, se han utilizado dos indicadores: el importe por DDD y las DDD por envase. Esta información ha sido extraída del informe “Consumo farmacéutico por grupos terapéuticos, edad y sexo (2005)”, que a su vez realizó un análisis de los 221 millones de recetas dispensadas por el SNS y de las facturas correspondientes a las provincias del Insalud durante el año 2001. En segundo lugar, se ha identificado cada medicamento con un grupo tera-

⁸ El lector interesado puede encontrar más detalles en el Apéndice 3.2.

péutico. En el caso de reconstituyentes o alergia, se ha identificado más de un grupo. A continuación, se ha multiplicado el número de usuarios por el importe por DDD y por las DDD por envase. Se ha supuesto que un envase contiene las DDD para un mes. En el caso de alergia o reconstituyentes se ha calculado la media entre el importe por DDD y las DDD por envase correspondientes a cada grupo terapéutico. Por último, se han actualizado los precios de 2005 a 2010, teniendo en cuenta que de acuerdo con el IPC del subgrupo de “medicamentos” los precios han disminuido un 14,70% entre los años considerados.

El consumo mensual de medicamentos recetados asciende a 170,3 millones de euros, es decir, 22.957 euros por cada 1.000 personas de 65 y más años.

- El consumo por cada 1.000 personas dependientes moderadas es el mayor de todos: 1,45 veces mayor que el consumo por cada 1.000 no dependientes y 1,26 veces mayor que el consumo por cada 1.000 personas grandes dependientes.
- Los medicamentos que conllevan un gasto mensual superior a 10 millones de euros son: para la tensión arterial (33.694.888 euros), para el dolor (25.731.616 euros), para el colesterol (14.912.882 euros), tranquilizantes (14.576.787 euros), para el corazón (13.818.036 euros), para el estómago (13.338.344 euros) y para el reuma (11.379.251 euros).
- Para ciertos medicamentos, el coste por 1.000 habitantes es superior en los grupos de dependencia inferiores. Por ejemplo, el coste por cada 1.000 dependientes severos en medicamentos para el dolor (5.076 euros) es 1,56 superior al coste por cada 1.000 personas no dependientes (3.356 euros); el coste en medicamentos para la tensión por cada 1.000 no dependientes (4.674 euros) es 1,81 veces el coste por cada 1.000 grandes dependientes (2.589 euros), y el coste en medicamentos para el reuma por cada 1.000 dependientes moderados (3.113 euros) es 2,16 veces el coste por cada 1.000 grandes dependientes (1.439 euros) (Tablas 3.43. y 3.43.bis).

3.2.4.8. Prótesis

Ni en la EDAD 2008 ni en la ENS se aborda específicamente el tema de las prótesis. Sin embargo, dado que en la EDAD 2008 se pregunta si el individuo está recibiendo rehabilitación ortoprotésica, es de suponer que

Tabla 3.43. Coste en euros de los individuos que han consumido medicamentos recetados en las últimas cuatro semanas

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Medicamentos						
No dependiente	36.772.506	30.220.325	31.204.201	31.204.201	18.350.710	147.751.942
Moderado	641.350	1.019.941	3.086.357	3.086.357	2.201.867	10.035.871
Severo	398.765	500.318	1.494.092	1.494.092	2.176.312	6.063.577
Grande	478.652	436.907	1.675.176	1.675.176	2.204.898	6.470.809
Total	38.291.273	32.177.491	37.459.825	37.459.825	24.933.786	170.322.199

Tabla 3.43.bis. Coste por 1.000 habitantes del mismo grupo de dependencia de los individuos que han consumido medicamentos recetados en las últimas cuatro semanas

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Medicamentos						
No dependiente	18.033	18.991	19.809	32.270	37.639	22.186
Moderado	27.531	35.245	32.090	39.260	26.510	32.349
Severo	41.194	23.588	36.572	23.250	35.778	30.812
Grande	33.474	31.072	38.544	24.672	19.725	25.727
Total	18.354	19.426	21.330	31.806	33.556	22.957

previamente ha sido intervenido quirúrgicamente para implantarle una prótesis. Aunque nos gustaría conocer el número de prótesis implantadas durante las últimas cuatro semanas o el último año para poder homogeneizar todos los resultados, la información disponible se refiere a si las personas encuestadas se encontraban realizando rehabilitación ortoprotésica durante los últimos 15 días, sin conocer el momento exacto de la intervención. Actualizando los datos de la EDAD 2008 por los factores de elevación correspondientes, se estima que en 2010 se habrían producido 11.105 implantes de prótesis, lo que supone 12, 8 y 7 por cada 1.000 habitantes que sean grandes dependientes y dependientes severos o moderados, respectivamente (Tablas 3.44 y 3.44.bis).

A la hora de estimar el coste, se desconoce el tipo de prótesis que ha recibido cada individuo pero, dado que la prótesis de rodilla es una de las más extendidas, se ha procedido a utilizar el coste de la misma que aparece detallado en la Resolución 882/2010, de 3 de mayo, en el apartado

Tabla 3.44. Individuos que han recibido una prótesis

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Prótesis						
No dependiente	915	1.349	640	849	533	4.287
Moderado	0	326	750	388	720	2.184
Severo	155	329	915	232	0	1.631
Grande	0	35	833	532	1.603	3.003
Total	1.070	2.039	3.138	2.002	2.856	11.105

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

Tabla 3.44.bis. Tasa de prevalencia por cada 1.000 individuos en el mismo grupo de dependencia de los individuos que han recibido una prótesis

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Prótesis						
No dependiente	0	1	0	1	1	1
Moderado	0	12	8	5	9	7
Severo	16	16	23	4	0	8
Grande	0	3	19	8	15	12
Total	1	1	2	2	4	2

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

de “Procesos realizados en quirófano” con la denominación “84.46 Colocación de una prótesis de rodilla”, 1.463,19 euros⁹.

El coste total asciende a 16.248.500 euros, o lo que es lo mismo, 2.211 euros por cada 1.000 individuos de 65 y más años. Por grados de dependencia, el coste por cada 1.000 grandes dependientes es 18,59 veces superior al coste por cada 1.000 personas no dependientes. También es relevante el hecho de que al pasar de no dependiente a dependiente moderado, el coste por 1.000 personas se multiplica por 11,01. Por tramos de edad, el coste por 1.000 habitantes de 85 y más años es 7,48 veces el coste por cada 1.000 personas de 65-69 años (Tablas 3.45 y 3.45.bis).

⁹ El coste de un procedimiento quirúrgico por fractura de cadera es de 3.248,41 euros (puede alcanzar 7.174,79 euros), por lo que se puede considerar que las cifras obtenidas constituyen una aproximación bastante conservadora suponiendo que se realice una prótesis de rodilla.

Tabla 3.45. Coste en euros de los individuos que recibieron una prótesis

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Prótesis						
No dependiente	1.339.305	1.974.430	936.017	1.242.796	780.238	6.272.787
Moderado	0	476.333	1.097.914	568.365	1.053.590	3.196.202
Severo	226.845	481.135	1.338.186	339.584	0	2.385.750
Grande	0	50.839	1.219.341	778.354	2.345.228	4.393.762
Total	1.566.150	2.982.737	4.591.458	2.929.098	4.179.056	16.248.500

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

Tabla 3.45.bis. Coste por 1.000 habitantes del mismo grupo de dependencia de los individuos que han recibido una prótesis

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Media
Prótesis						
No dependiente	664	1.251	599	1.296	1.615	950
Moderado	0	17.107	11.580	7.334	12.832	10.460
Severo	23.434	22.684	33.235	5.362	0	12.244
Grande	0	3.761	28.270	11.551	21.217	17.668
Total	758	1.818	2.637	2.509	5.676	2.211

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

3.2.4.9. Pruebas médicas no urgentes

En la ENS (2006) se preguntaba a los encuestados si en las últimas cuatro semanas se habían hecho alguna prueba médica no urgente. Se detallaban las siguientes pruebas: radiografía, tomografía axial computarizada (TAC), ecografía, resonancia magnética y análisis. Durante las últimas cuatro semanas se realizaron 1.999.453 pruebas, de las cuales el 60,58% fueron análisis, el 24,63% radiografías, el 7,86% ecografías, el 4,37% TAC y el 2,56% resonancias. Por cada 1.000 habitantes con el mismo grado de dependencia, las personas con dependencia severa alcanzaban la mayor tasa de prevalencia en las pruebas de TAC, ecografía y resonancia. En cambio, los grandes dependientes presentaban tasas de prevalencia inferiores a las tasas de las personas no dependientes para las pruebas de ecografía y radiografía. Por grupos de edad y para el total de grados de dependencia, la tasa de prevalencia de las personas de 85 y más años es menor que para los otros grupos de población.

Para calcular el coste de cada prueba se ha tomado como referencia la mencionada Resolución 882/2010, de 3 de mayo, en la que se detalla que el coste de la radiografía es de 20,56 euros, el del TAC de 240,64 euros, el de la ecografía de 65,45 euros, el de la resonancia de 309,04 euros y el del análisis de 40,56 euros. El coste total asciende a 106,36 millones de euros repartidos en 46,19% para análisis, 19,75% para TAC, 14,86% para resonancia magnética, 9,67% para ecografías y 9,52% para radiografías. Generalizando para cualquier tipo de prueba, el coste por 1.000 habitantes de los dependientes (26.844 euros) severos es el doble que el de los no dependientes (13.919 euros). Los individuos de entre 70-74 años presentan un coste promedio por 1.000 habitantes (17.203 euros) que casi duplica al de los de 85 y más años (9.710 euros)¹⁰ (Tablas 3.46 y 3.46.bis).

Tabla 3.46. Coste en euros de los individuos que se realizaron alguna prueba médica durante las últimas cuatro semanas

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Cualquier prueba						
No dependiente	30.615.954	26.918.337	21.564.684	8.561.951	4.224.944	91.885.870
Moderado	220.251	832.749	1.507.381	1.628.127	648.790	4.837.297
Severo	871.654	186.253	1.770.176	911.975	1.490.531	5.230.589
Grande	29.844	290.293	1.908.578	1.391.401	784.572	4.404.688
Total	31.737.703	28.227.632	26.750.819	12.493.454	7.148.836	106.358.444

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2006.

Tabla 3.46.bis. Coste por 1.000 habitantes del mismo grupo de dependencia de los individuos que se realizaron alguna prueba médica durante las últimas cuatro semanas

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Media
Cualquier prueba						
No dependiente	15.171	17.055	13.800	8.926	8.743	13.919
Moderado	9.455	29.907	15.898	21.008	7.902	15.831
Severo	90.045	8.781	43.963	14.399	24.695	26.844
Grande	2.113	21.473	44.249	20.649	7.098	17.712
Total	15.368	17.203	15.366	10.701	9.710	14.470

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2006.

¹⁰ El lector interesado puede encontrar más detalles en el Apéndice 3.2.

3.2.4.10. Rehabilitación

La EDAD 2008 proporciona información sobre los tratamientos de rehabilitación médico-funcional y rehabilitación ortoprotésica recibidos durante los últimos 15 días. La primera se define como “tratamientos dirigidos a evitar un proceso degenerativo, o bien a conseguir la recuperación física o sensorial de la persona. Incluye la fisioterapia, que consiste en métodos terapéuticos por medio de agentes naturales como el agua, el calor, la luz, o por medios mecánicos como masajes, gimnasia, cinesiterapia, hidroterapia, termoterapia, electroterapia y psicomotricidad”, mientras que la segunda “tiene por objeto la aplicación de terapias encaminadas a conseguir la recuperación física de la persona con algún problema de salud. Incluye las prótesis ortopédicas permanentes y temporales y su renovación, las prótesis especiales y las órtesis.

Como en casos anteriores, se preguntaba al individuo si recibía dicha prestación mediante pago gratuito o mediante pago mixto. No obstante, sólo se contemplará a los individuos que reciben la prestación mediante pago gratuito porque respecto a los segundos se ha detectado que faltan muchas observaciones en la pregunta relativa al número de días de tratamiento.

Por tanto, actualizando los pesos muestrales a 2010, durante los últimos 15 días de referencia, 31.366 personas recibieron un tratamiento de rehabilitación, es decir, cuatro individuos por cada 1.000 habitantes de 65 y más años. La mayor tasa de rehabilitación se encuentra entre los dependientes severos de entre 65-69 años (119 por cada 1.000) y los grandes dependientes de entre 65-69 años (58 por cada 1.000). La frecuencia de días en los que se ha recibido tratamiento de rehabilitación es superior a 7 entre los dependientes moderados de 65-69, 70-74 y 85 y más años, y entre los dependientes severos de 70-74 y 80-84 años (Tablas 3.47., 3.47.bis y 3.48.).

Para calcular el coste total es necesario multiplicar el número de receptores por el número medio de días que se ha recibido tratamiento y por el coste de una sesión de rehabilitación. Este dato se ha tomado de la Resolución 882/2010, de 3 de mayo, en donde se indica que el precio de una sesión de rehabilitación no neurológica es de 23,64 euros. El coste mensual total estimado ascendería a 8,3 millones de euros, es decir, 1.130 euros por cada 1.000 habitantes de 65 y más años. En este caso, el coste de los dependientes severos es el mayor de todos, y re-

Tabla 3.47. Individuos que han recibido tratamiento de rehabilitación en los últimos 15 días

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Pago gratuito						
No dependiente	6.965	5.863	2.199	2.320	625	17.971
Moderado	913	548	1.289	233	562	3.544
Severo	1.153	975	1.853	1.320	566	5.868
Grande	824	462	854	1.773	70	3.983
Total	9.854	7.847	6.194	5.647	1.824	31.366

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

Tabla 3.47.bis. Tasa de prevalencia por cada 1.000 individuos en el mismo grupo de dependencia de los individuos que han recibido tratamiento de rehabilitación en los últimos 15 días

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Pago gratuito						
No dependiente	3	4	1	2	1	3
Moderado	39	20	14	3	7	12
Severo	119	46	46	21	9	30
Grande	58	34	20	26	1	16
Total	5	5	4	5	2	4

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

Tabla 3.48. Número de días que ha recibido tratamiento de rehabilitación durante los últimos 15 días

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más
Pago gratuito					
No dependiente	5,78	4,32	6,18	5,69	4,21
Moderado	8,45	7,25	3,41	1,00	7,42
Severo	3,93	7,02	6,89	7,73	4,65
Grande	8,40	2,08	6,40	5,45	2,89

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

presenta 13,19 veces el coste de los no dependientes. Distinguiendo por grupos de edad, los mayores costes se concentran entre los dependientes severos y grandes dependientes de 65-69 años (22.136 euros y 23.172 euros, respectivamente). En el polo opuesto, la cohorte de 85

y más años presenta el menor coste (sólo 257 euros para los no dependientes y todavía menos, 86 euros, para los grandes dependientes) (Tablas 3.49. y 3.49.bis).

Tabla 3.49. Coste en euros de los individuos que han recibido tratamiento de rehabilitación en las últimas cuatro semanas

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Pago gratuito						
No dependiente	1.903.451	1.196.456	642.797	624.402	124.360	4.491.466
Moderado	364.452	187.670	207.903	11.017	197.398	968.439
Severo	214.278	323.472	603.739	482.353	124.555	1.748.398
Grande	327.212	45.445	258.428	456.769	9.543	1.097.398
Total	2.809.393	1.753.043	1.712.867	1.574.541	455.856	8.305.701

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

Tabla 3.49.bis. Coste por 1.000 habitantes del mismo grupo de dependencia de los individuos que han recibido tratamiento de rehabilitación durante las últimas cuatro semanas

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Media
Pago gratuito						
No dependiente	943	758	411	651	257	680
Moderado	15.645	6.740	2.193	142	2.404	3.169
Severo	22.136	15.251	14.994	7.616	2.064	8.973
Grande	23.172	3.362	5.992	6.779	86	4.413
Total	1.360	1.068	984	1.349	619	1.130

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

3.2.4.11. Transporte sanitario

La EDAD 2008 define este servicio como: “El transporte especial de enfermos o accidentados cuando concurre una situación de urgencia o de imposibilidad física del interesado, a juicio del facultativo”. La información requerida al encuestado se refiere a si ha recibido servicios de transporte sanitario durante los últimos 12 meses. Actualizando los factores poblacionales, se estima que en 2010 un total de 210.041 individuos (98,50% mediante pago gratuito y 1,50% mediante pago mixto) recibirían servicio de transporte sanitario, lo que representa 28 personas por cada 1.000 individuos de 65 y más años. La mayor concentración de receptores se en-

cuentra entre los grandes dependientes (219 por cada 1.000 habitantes) y dentro de éstos en la cohorte de 65-69 años (333 por cada 1.000 habitantes), así como en los dependientes severos de 65-69 años (299 por cada 1.000 habitantes). En relación con la frecuencia de utilización del transporte, tanto con pago gratuito como con pago mixto, las personas calificadas como no dependientes han recibido un mayor número de días este servicio (66,66 y 58,19, respectivamente). También hay que destacar que los dependientes severos de 80-84 años han recibido este servicio un número muy elevado de días (107,80 y 90,22, respectivamente) (Tablas 3.50., 3.50.bis y 3.51.).

Tabla 3.50. Individuos que han utilizado transporte sanitario en el último año

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Pago gratuito						
No dependiente	13.095	10.003	23.831	19.658	15.021	81.608
Moderado	4.279	3.628	9.063	8.827	12.125	37.922
Severo	2.896	3.945	5.424	8.265	12.364	32.894
Grande	4.695	3.031	11.677	11.470	23.593	54.467
Total	24.965	20.607	49.995	48.220	63.103	206.891
Pago mixto						
No dependiente	225	0	728	563	0	1.516
Moderado	0	0	192	168	0	360
Severo	0	0	228	0	555	783
Grande	0	92	0	151	247	490
Total	225	92	1.148	883	803	3.150

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

Al igual que en otras prestaciones anteriores, para calcular el coste del servicio hay que realizar varias consideraciones. Primero, el dato del precio que se ha utilizado procede de la Resolución 882/2010, de 3 de mayo, que estipula que la tarifa del servicio para trayectos de hasta 100 kilómetros (ida y vuelta) será de 412,04 euros. En el caso del pago gratuito, el coste es asumido íntegramente por la sanidad pública. En el caso del pago mixto, existe un copago por parte del usuario. Como en estimaciones anteriores se ha supuesto un copago de 37,5% (intermedio entre los niveles predeterminados que oscilan dentro de la horquilla del 25-50%). Entonces, el coste a cargo de la sanidad pública será de 257,525 euros por cada viaje.

Tabla 3.50.bis. Tasa de prevalencia por cada 1.000 individuos en el mismo grupo de dependencia de los individuos que han utilizado transporte sanitario en el último año

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Pago gratuito						
No dependiente	6	6	15	20	31	12
Moderado	184	130	96	114	148	124
Severo	299	186	135	130	205	169
Grande	333	224	271	170	213	219
Total	12	13	29	41	86	28
Pago mixto						
No dependiente	0	0	0	1	0	0
Moderado	0	0	2	2	0	1
Severo	0	0	6	0	9	4
Grande	0	7	0	2	2	2
Total	0	0	1	1	1	0

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

Tabla 3.51. Número de días que han utilizado transporte sanitario durante el último año

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más
Pago gratuito					
No dependiente	67,43	12,10	23,09	42,89	66,66
Moderado	36,12	51,99	45,73	46,95	35,48
Severo	29,37	11,97	21,74	107,80	14,12
Grande	8,54	89,31	30,38	44,70	42,13
Pago mixto					
No dependiente	40,28	4,07	13,42	38,31	58,19
Moderado	31,65	31,03	32,95	40,48	31,39
Severo	18,79	0,00	6,66	90,22	3,70
Grande	0,00	89,86	24,21	46,21	33,77

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

El coste total del servicio de transporte sanitario estimado durante las últimas cuatro semanas asciende a 293,2 millones de euros, es decir, 39.890 euros por cada 1.000 habitantes de 65 y más años. El coste por cada 1.000 individuos no dependientes (17.809 euros) es 16,95, 13,04 y 10,16 veces menor que el coste por cada 1.000 individuos grandes

dependientes, dependientes severos o dependientes moderados, respectivamente. Aunque el coste aumenta con la edad (de 19.428 euros por cada 1.000 habitantes de 65-69 años a 121.569 euros por cada 1.000 habitantes de 85 y más años), hay que destacar que en el caso de los grandes dependientes de 70-74 años alcanza 700.625 euros por cada 1.000 habitantes (Tablas 3.52. y 3.52.bis).

Tabla 3.52. Coste en euros de los individuos que han utilizado transporte sanitario en las últimas cuatro semanas

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Gratuito + mixto						
No dependiente	30.516.198	4.154.242	19.100.948	29.411.718	34.381.794	117.564.900
Moderado	5.307.206	6.476.611	14.366.883	14.374.566	14.771.404	55.296.670
Severo	2.920.361	1.621.762	4.080.610	30.593.366	6.037.536	45.253.636
Grande	1.376.602	9.471.703	12.180.161	17.755.256	34.313.483	75.097.204
Total	40.120.367	21.724.317	49.728.603	92.134.906	89.504.217	293.212.411

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

Tabla 3.52.bis. Coste por 1.000 habitantes del mismo grupo de dependencia de los individuos que han utilizado transporte sanitario durante las últimas cuatro semanas

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Media
Gratuito + mixto						
No dependiente	15.122	2.632	12.223	30.662	71.148	17.809
Moderado	227.823	232.596	151.525	185.481	179.903	180.967
Severo	301.684	76.461	101.344	483.031	100.031	232.250
Grande	97.487	700.625	282.391	263.500	310.437	301.975
Total	19.428	13.240	28.566	78.920	121.569	39.890

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

3.2.4.12. Vacunación

Una de las principales medidas de salud pública sobre las que la ENS proporciona información es la vacunación contra la gripe. Actualizando los datos del 2006 mediante los factores de elevación, se estima que 4.920.253 personas de 65 y más años serían vacunadas en 2010 contra la gripe, lo que equivale a 669 personas por cada 1.000 habitantes. La tasa de vacunación por 1.000 habitantes es creciente con la edad (de 550 para 65-69 años a 764 pa-

ra 80 y más años) y alcanza su máximo con la dependencia severa (816 vacunados por 1.000 habitantes) (Tablas 3.53. y 3.53.bis).

Tabla 3.53. Individuos que han sido vacunados contra la gripe en la última campaña

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Vacunación						
No dependiente	1.102.918	1.025.936	1.124.248	723.407	372.845	4.349.353
Moderado	15.973	20.758	65.966	60.408	61.251	224.355
Severo	8.805	14.030	33.148	48.862	54.181	159.026
Grande	8.995	9.955	35.134	59.028	74.407	187.519
Total	1.136.690	1.070.679	1.258.496	891.704	562.684	4.920.253

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2006.

Tabla 3.53.bis. Tasa de prevalencia por cada 1.000 individuos en el mismo grupo de dependencia de los individuos que han sido vacunados contra la gripe en la última campaña

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Vacunación						
No dependiente	547	650	719	754	772	659
Moderado	686	746	696	779	746	734
Severo	910	661	823	771	898	816
Grande	637	736	815	876	673	754
Total	550	653	723	764	764	669

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2006.

Para estimar el coste, la Resolución 882/2010, de 3 de mayo, especifica un coste de 14 euros para “curas, inyectables y vacunaciones” realizadas en las consultas del centro de salud. Multiplicando el número de vacunados por el coste del servicio se obtiene que el coste total asciende a 68,88 millones de euros (9.371 euros por cada 1.000 habitantes de 65 y más años). A diferencia de otras prestaciones, aunque en términos absolutos el coste de los no dependientes es mucho mayor que el de las personas con algún grado de dependencia, cuando acudimos a las tasas de prevalencia por grado de dependencia no se aprecian grandes diferencias (9.224 por cada 1.000 personas no dependientes frente a 11.426 por cada 1.000 personas dependientes se-

veras). En cambio, la tasa de prevalencia de las personas de 80 y más años se estima en unos 3.000 euros superior a la tasa de prevalencia por cada 1.000 personas de 65-69 años (Tablas 3.54. y 3.54.bis).

Tabla 3.54. Coste en euros de los individuos que fueron vacunados contra la gripe en la última campaña

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Vacunación						
No dependiente	15.440.848	14.363.099	15.739.469	10.127.698	5.219.833	60.890.947
Moderado	223.615	290.618	923.518	845.706	857.514	3.140.972
Severo	123.276	196.424	464.074	684.062	758.527	2.226.364
Grande	125.924	139.365	491.877	826.393	1.041.704	2.625.263
Total	15.913.664	14.989.505	17.618.939	12.483.859	7.877.579	68.883.546

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2006.

Tabla 3.54.bis. Coste por 1.000 habitantes del mismo grupo de dependencia de los individuos que fueron vacunados contra la gripe en la última campaña

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Media
Vacunación						
No dependiente	7.651	9.100	10.072	10.558	10.802	9.224
Moderado	9.599	10.437	9.740	10.913	10.444	10.279
Severo	12.735	9.261	11.526	10.801	12.567	11.426
Grande	8.918	10.309	11.404	12.264	9.424	10.556
Total	7.706	9.135	10.121	10.693	10.700	9.371

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2006.

3.2.4.13. Total de servicios sanitarios públicos (suma de todos los anteriores)

El gasto sanitario mensual estimado en 2010 en personas de 65 y más años ascendería a 2.141,4 millones de euros, es decir, 291.326 euros por cada 1.000 habitantes de 65 y más años. El coste sanitario por cada 1.000 personas no dependientes (242.401 euros) es 3,34 veces menor que el coste por cada 1.000 personas dependientes severas (809.894 euros). Los mayores costes sanitarios por cada 1.000 habitantes se concentran en grandes dependientes de 70-74 años (1.552.019 euros), dependientes moderados de 70-74 años (1.120.946 euros) y dependientes severos de 80-84 años (1.034.466 euros) (Tablas 3.55. y 3.55.bis).

Tabla 3.55. Gasto sanitario público mensual de las personas de 65 y más años

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Gasto sanitario público						
No dependiente	471.255.376	367.444.710	359.314.911	253.905.207	148.269.236	1.600.189.439
Moderado	20.021.776	31.212.572	54.403.624	44.435.412	36.949.662	187.023.044
Severo	6.835.567	17.253.337	32.246.424	65.519.117	35.952.113	157.806.558
Grande	9.039.852	20.981.627	42.774.872	56.261.071	67.321.722	196.379.143
Total	507.152.571	436.892.246	488.739.830	420.120.807	288.492.733	2.141.398.184

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2006.

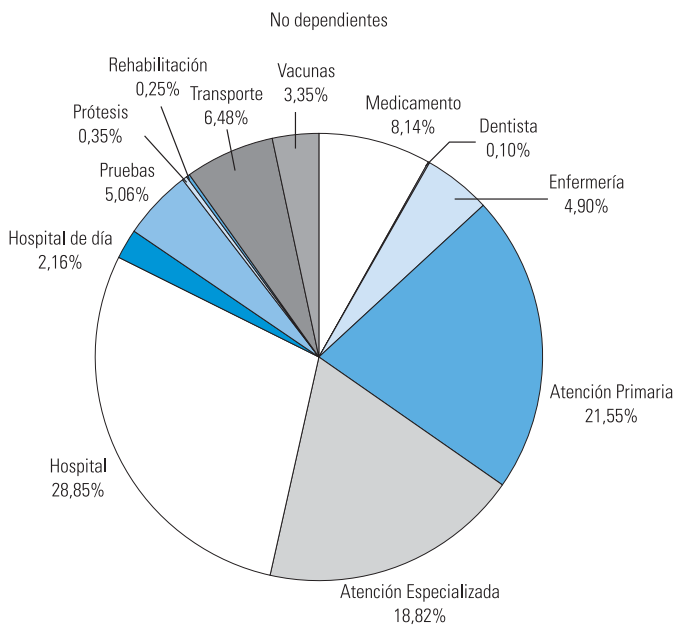
Tabla 3.55.bis. Coste sanitario público mensual por 1.000 habitantes de 65 y más años

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Gasto sanitario público						
No dependiente	233.524	232.813	229.940	264.695	306.820	242.401
Moderado	859.477	1.120.946	573.786	573.369	450.016	612.063
Severo	706.140	813.436	800.858	1.034.466	595.659	809.894
Grande	640.177	1.552.019	991.715	834.951	609.066	789.663
Total	245.581	266.258	280.747	359.861	391.845	291.326

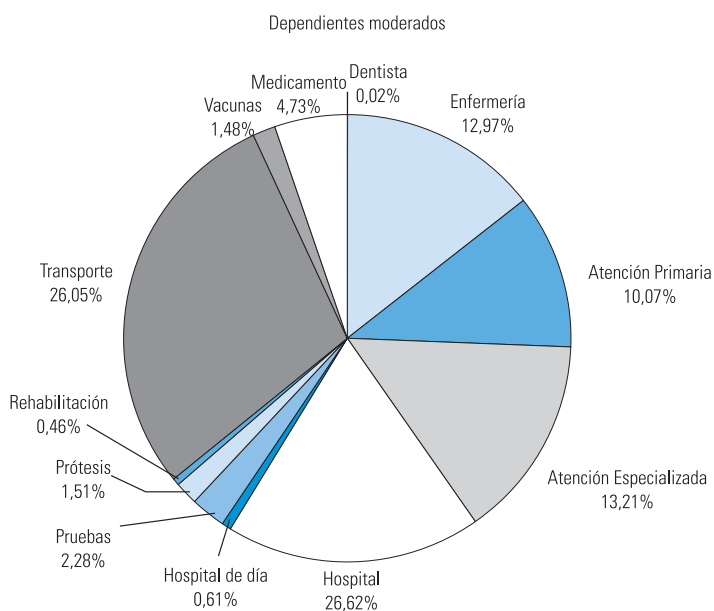
Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2006.

Si se estandariza en un valor igual a 100 el gasto sanitario público para cada grado de dependencia y se calcula el reparto porcentual entre las 12 prestaciones sanitarias estudiadas, se constatan una serie de resultados de interés (Figuras 3.6-3.9). En primer lugar, las principales partidas de gasto para las personas no dependientes son hospitalizaciones (28,85%) y Atención Primaria (21,55%), mientras que para las personas dependientes moderadas, severas y grandes las dos partidas que ocupan el mayor porcentaje de gasto son hospitalizaciones y transporte sanitario. En segundo lugar, el porcentaje que suponen las prestaciones en Atención Especializada, medicamentos, pruebas médicas y vacunación es mayor para los no dependientes que para el resto de categorías. Asimismo, y en tercer lugar, los gastos en enfermería, pruebas médicas y medicamentos suponen un menor peso porcentual en los grandes dependientes que en los otros grados de dependencia.

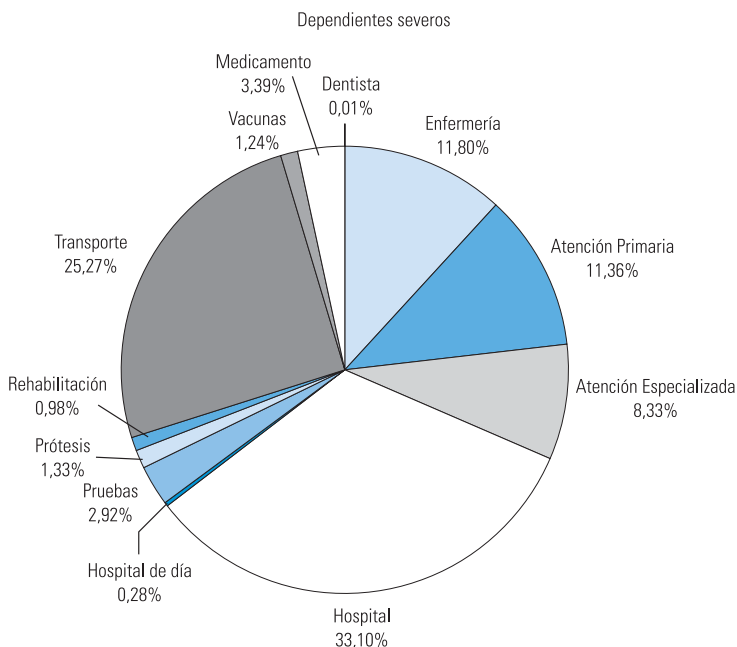
3.6.



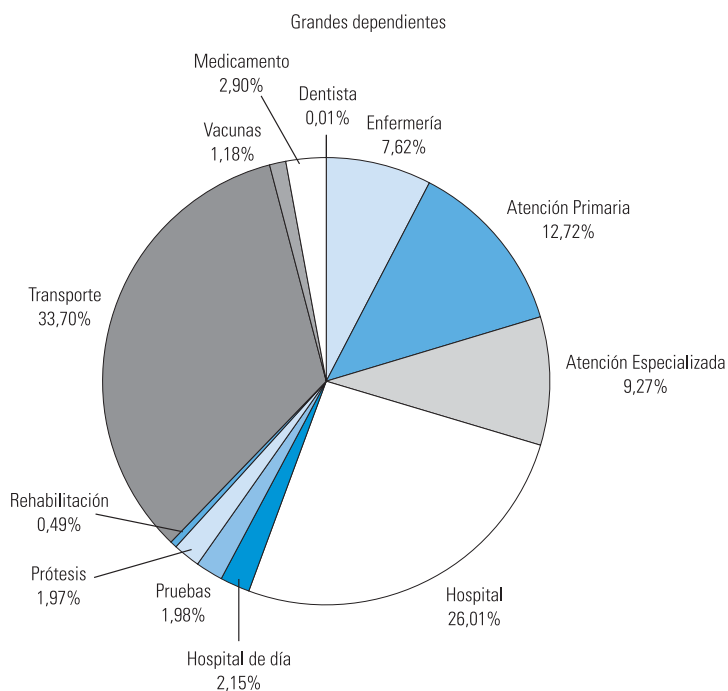
3.7.



3.8.



3.9.



FIGURAS 3.6-3.9. Distribución del gasto sanitario público por grados de dependencia (65 y más años).

3.2.4.14. Contribución financiera del usuario de los servicios sanitarios

En el caso de los servicios de enfermería y transporte sanitario en el que los datos utilizados proceden de la EDAD 2008 y se conoce explícitamente qué usuarios han recibido el servicio mediante pago mixto, se ha procedido a calcular la cuantía de la contribución de los usuarios a la financiación de los servicios sanitarios. Dicha cuantía mensual se estima en 1,67 millones de euros. Distinguiendo por grados de dependencia, el 46,73% de los copagos es soportado por los no dependientes, el 23,91% por los dependientes moderados, el 8,70% por los dependientes severos y el 20,65% por los grandes dependientes. Para los no dependientes y grandes dependientes, el mayor peso del coste recae en los pagos por transporte sanitario (68,85% y 90,91%, respectivamente), mientras que para los dependientes moderados y severos tienen mayor importancia los pagos por enfermería (56,29% y 67,28%, respectivamente) (Tabla 3.56.).

Tabla 3.56. Contribución financiera de los usuarios de servicios sanitarios mediante pago mixto durante el último mes

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Enfermería						
No dependiente	114.947	39.294	16.031	56.889	8.275	235.437
Moderado	176.327	26.206	2.843	12.297	0	217.673
Severo	0	68.582	0	26.088	0	94.670
Grande	0	0	9.322	21.046	0	30.369
Total	291.274	134.082	28.196	116.321	8.275	578.149
Transporte sanitario						
No dependiente	116.814	0	125.732	277.735	0	520.281
Moderado	0	0	81.265	87.768	0	169.033
Severo	0	0	19.593	0	26.449	46.042
Grande	0	105.985	0	89.983	107.603	303.571
Total	116.814	105.985	226.590	455.486	134.052	1.038.928
Total						
No dependiente	231.761	39.294	141.763	334.624	8.275	755.718
Moderado	176.327	26.206	84.108	100.065	0	386.706
Severo	0	68.582	19.593	26.088	26.449	140.712
Grande	0	105.985	9.322	111.029	107.603	333.940
Total	408.088	240.067	254.786	571.807	142.327	1.617.077

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

La contribución de los usuarios a la financiación por servicios sanitarios públicos por cada 1.000 individuos de 65 y más años asciende a 220 euros al mes. El máximo corresponde a los grandes dependientes (1.343 euros por cada 1.000 grandes dependientes) seguido muy de cerca por los dependientes moderados (1.265 euros por cada 1.000 dependientes moderados) debido al componente de los dependientes moderados de 65-69 años (7.569 euros por cada 1.000 individuos en la misma situación) (Tabla 3.56.bis).

Tabla 3.56.bis. Contribución financiera de los usuarios (tasas por cada 1.000 habitantes) de los servicios sanitarios recibidos mediante pago mixto

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Enfermería						
No dependiente	57	25	10	59	17	36
Moderado	7.569	941	30	159	0	712
Severo	0	3.233	0	412	0	486
Grande	0	0	216	312	0	122
Total	141	82	16	100	11	79
Transporte sanitario						
No dependiente	58	0	80	290	0	79
Moderado	0	0	857	1.133	0	553
Severo	0	0	487	0	438	236
Grande	0	7.840	0	1.335	973	1.221
Total	57	65	130	390	182	141
Total						
No dependiente	115	25	90	349	17	115
Moderado	7.569	941	887	1.292	0	1.265
Severo	0	3.233	487	412	438	722
Grande	0	7.840	216	1.647	973	1.343
Total	198	147	146	490	193	220

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

3.2.4.15. Cobertura sanitaria

Se ha utilizado la información sobre cobertura sanitaria contenida en la ENS 2006, actualizándola de acuerdo con las cifras poblacionales para 2010, y se ha realizado una tabla de doble entrada para estudiar los casos de doble cobertura. En orden decreciente, el 80,68% sólo tiene cobertura pública (régimen general de la Seguridad Social), el 9,24% de seguro privado (individual o de empresa), el 2,40% sólo de mutua-

lidades del Estado acogidas a un seguro privado, el 1,07% sólo de mutualidades del Estado acogidas a la Seguridad Social y el 0,13% de empresas colaboradoras de la Seguridad Social. Respecto a los casos de doble cobertura, el 5,82% tiene cobertura pública y privada: Seguridad Social + seguro privado o mutualidad del Estado + seguro privado, y también hay un 0,53% que tiene “doble cobertura pública”: por la Seguridad Social y por empresas colaboradoras de la Seguridad Social o mutualidades del Estado (0,52%) y por mutualidades del Estado acogidas a la Seguridad Social y a un seguro privado (0,01%) (Tabla 3.57.).

Tabla 3.57. Cobertura sanitaria de personas de 65 y más años

	CS1	CS2	CS3	CS4	CS5	CS6	CS7	CS8	Total
CS1	80,68								80,68
CS2	0,02	0,13							0,15
CS3	0,20	0,00	1,07						1,27
CS4	0,31	0,00	0,01	2,40					2,72
CS5	5,51	0,00	0,01	0,01	8,76				14,29
CS6	0,28	0,00	0,00	0,00	0,00	0,48			0,76
CS7	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,07		0,07
CS8	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,06	0,06
Total	87,00	0,13	1,09	2,41	8,76	0,48	0,07	0,06	100,00

CS1: Seguridad Social; CS2: empresas colaboradoras de la Seguridad Social; CS3: mutualidades del Estado acogidas a la Seguridad Social; CS4: mutualidades del Estado acogidas a un seguro privado; CS5: seguro médico privado (individual); CS6: seguro médico privado (empresa); CS7: no tiene seguro médico; CS8: otras situaciones.
Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2006.

De este modo, el gasto sanitario total en términos anuales derivado de la atención a las personas de 65 y más años se ha estimado en 25.696,8 millones de euros. Repartiéndolo de acuerdo con la cobertura sanitaria declarada por los individuos y que ha sido reflejada en la tabla anterior, las tres partidas de gasto más importantes serían: 1) los servicios sanitarios consumidos bajo el sistema de aseguramiento exclusivamente público que ascenderían a 20.732,2 millones de euros; 2) el correspondiente a la cobertura privada sería de 2.374,4 millones de euros; y 3) el correspondiente a los individuos con doble cobertura (seguro público más privado), que sería de 1.495,6 millones de euros (Tabla 3.58.).

Tabla 3.58. Coste anual de los servicios sanitarios en función de la cobertura sanitaria

	65-74	75 y más	Total
Seguridad Social (80,68%)			
No dependiente	8.119.958.750	7.372.435.320	15.492.394.070
Moderado	496.030.458	1.314.651.849	1.810.682.307
Severo	233.219.136	1.294.600.837	1.527.819.973
Grande	290.655.947	1.610.608.376	1.901.264.323
Total	9.139.864.291	11.592.296.382	20.732.160.673
Seguro privado (9,24%)			
No dependiente	929.950.655	844.339.395	1.774.290.050
Moderado	56.808.644	150.562.507	207.371.151
Severo	26.709.777	148.266.135	174.975.912
Grande	33.287.815	184.457.380	217.745.195
Total	1.046.756.891	1.327.625.417	2.374.382.308
Seguridad Social + seguro privado (5,82%)			
No dependiente	585.748.140	531.824.164	1.117.572.304
Moderado	35.782.068	94.834.826	130.616.894
Severo	16.823.691	93.388.409	110.212.100
Grande	20.967.001	116.184.194	137.151.195
Total	659.320.900	836.231.592	1.495.552.492
Mutualidades del Estado (2,40%)			
No dependiente	241.545.624	219.308.933	460.854.557
Moderado	14.755.492	39.107.144	53.862.636
Severo	6.937.604	38.510.684	45.448.288
Grande	8.646.185	47.911.007	56.557.192
Total	271.884.905	344.837.768	616.722.673
Mutualidades del Estado y empresas colaboradoras de la Seguridad Social (1,20%)			
No dependiente	120.772.812	109.654.467	230.427.279
Moderado	7.377.746	19.553.572	26.931.318
Severo	3.468.802	19.255.342	22.724.144
Grande	4.323.093	23.955.504	28.278.597
Total	135.942.454	172.418.885	308.361.339
Doble cobertura pública (0,53%)			
No dependiente	53.341.325	48.430.723	101.772.048
Moderado	3.258.504	8.636.161	11.894.665
Severo	1.532.054	8.504.443	10.036.497
Grande	1.909.366	10.580.348	12.489.714
Total	60.041.250	76.151.674	136.192.924

Tabla 3.58. Coste anual de los servicios sanitarios en función de la cobertura sanitaria (continuación)

	65-74	75 y más	Total
Resto (0,13%)			
No dependiente	13.083.721	11.879.234	24.962.955
Moderado	799.256	2.118.304	2.917.560
Severo	375.787	2.085.995	2.461.782
Grande	468.335	2.595.180	3.063.515
Total	14.727.099	18.678.713	33.405.812
Total			
No dependiente	10.064.401.027	9.137.872.236	19.202.273.263
Moderado	614.812.168	1.629.464.363	2.244.276.531
Severo	289.066.851	1.604.611.845	1.893.678.696
Grande	360.257.742	1.996.291.989	2.356.549.731
Total	11.328.537.788	14.368.240.433	25.696.778.221

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

El gasto sanitario anual por cada 1.000 individuos de 65 y más años asciende a 3.495.911 euros (2.820.501 euros asociado al seguro público, 323.022 euros por los seguros privados y 203.462 euros por la doble cobertura pública más privada). El gasto sanitario por cada 1.000 dependientes severos es ligeramente superior al gasto por cada 1.000 grandes dependientes y, aproximadamente, 3,4 veces el gasto por cada 1.000 no dependientes. Distinguiendo por tramos de edad, el gasto por cada 1.000 personas de 65-74 años es un 77% el gasto por cada 1.000 personas de 75 y más años. No obstante, para los dependientes moderados y los grandes dependientes, el gasto por cada 1.000 individuos de entre 65-74 años es 1,88 veces y 1,44 veces, respectivamente, el gasto por cada 1.000 individuos de 75 y más años con el mismo grado de dependencia.

Comparando estas cifras con las de gastos en servicios sociales, se desprenden dos conclusiones: 1) los gastos sociales derivados de la atención a personas de 65 y más años suponen una tercera parte de los gastos sanitarios (8.508,7 millones de euros frente a 25.696,8 millones de euros); y 2) mientras que en los servicios sociales la parte privada soportaba la mayor cuantía del gasto (5.138,7 euros frente a 3.308,0 millones de euros de gasto público), en el caso de las prestaciones sanitarias ocurre lo contrario, y el mayor peso del gasto corresponde al seguro público (Se-

guridad Social) (20.732,2 millones de euros frente a 2.374,4 millones de euros) (Tabla 3.58.bis).

Tabla 3.58.bis. Coste por cada 1.000 individuos de los servicios sanitarios en función de la cobertura sanitaria en términos anuales			
	65-74	75 y más	Total
Seguridad Social (80,68%)			
No dependiente	2.257.863	2.453.288	2.346.825
Moderado	9.699.431	5.167.221	5.925.752
Severo	7.549.834	7.895.935	7.841.065
Grande	10.515.856	7.286.257	7.645.204
Total	2.466.252	3.180.720	2.820.501
Seguro privado (9,24%)			
No dependiente	258.585	280.967	268.774
Moderado	1.110.842	591.784	678.656
Severo	864.656	904.294	898.010
Grande	1.204.344	834.470	875.579
Total	282.451	364.277	323.022
Seguridad Social + seguro privado (5,82%)			
No dependiente	162.875	176.972	169.293
Moderado	699.686	372.747	427.465
Severo	544.621	569.588	565.630
Grande	758.581	525.608	551.501
Total	177.908	229.447	203.462
Mutualidades del Estado (2,40%)			
No dependiente	67.165	72.978	69.811
Moderado	288.530	153.710	176.274
Severo	224.586	234.882	233.249
Grande	312.817	216.745	227.423
Total	73.364	94.617	83.902
Mutualidad del Estado y empresas colaboradoras de la Seguridad Social (1,20%)			
No dependiente	33.582	36.489	34.906
Moderado	144.265	76.855	88.137
Severo	112.293	117.441	116.625
Grande	156.408	108.373	113.712
Total	36.682	47.309	41.951
Doble cobertura pública (0,53%)			
No dependiente	14.832	16.116	15.417
Moderado	63.717	33.944	38.927
Severo	49.596	51.870	51.509
Grande	69.080	47.865	50.223
Total	16.201	20.895	18.528

Tabla 3.58.bis. Coste por cada 1.000 individuos de los servicios sanitarios en función de la cobertura sanitaria en términos anuales (*continuación*)

	65-74	75 y más	Total
Resto (0,13%)			
No dependiente	3.638	3.953	3.781
Moderado	15.629	8.326	9.548
Severo	12.165	12.723	12.634
Grande	16.944	11.740	12.319
Total	3.974	5.125	4.545
Total			
No dependiente	2.798.541	3.040.763	2.908.806
Moderado	12.022.101	6.404.587	7.344.760
Severo	9.357.752	9.786.731	9.718.722
Grande	13.034.031	9.031.057	9.475.959
Total	3.056.832	3.942.389	3.495.911

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

3.2.4.16. Gasto sanitario y social público (Seguridad Social)

El gasto total público se obtiene sumando el gasto social público y el gasto sanitario público. A partir de la información sobre cobertura sanitaria, se ha estimado que el gasto sanitario público correspondería al gasto soportado por el sistema de aseguramiento público (80,68%) más el 50% del gasto generado por los individuos con doble cobertura sanitaria (Seguridad Social más seguro privado, y que suponen un 5,82% del total). Aunque este reparto del gasto por doble cobertura es aproximado, no se dispone de información que permita imputar una proporción de los recursos utilizados a la parte pública, por un lado, y a la privada, por el otro. Por consiguiente, el gasto sanitario público ascendería al 83,59% del gasto sanitario total (véase la Tabla 3.59.).

En términos anuales, el gasto total público asciende a 25.227,4 millones de euros, de los que 21.919,4 millones corresponderían al gasto sanitario y 3.308,8 millones a gastos sociales. Esto supone que el gasto total público por cada 1.000 personas de 65 y más años sería de 3.432.051 euros. El coste por cada 1.000 dependientes severos es el mayor de todos (11.729.557 euros al año): 4,34 veces el coste por cada 1.000 no dependientes y 1,43 veces el coste por cada 1.000 dependientes moderados. Diferenciando por tipo de gasto, el gasto sanitario por cada 1.000 dependientes severos es 3,34 veces

el gasto sanitario por cada 1.000 no dependientes y el gasto social por cada 1.000 dependientes severos es 15,42 veces el gasto social por cada 1.000 no dependientes (Tablas 3.59. y 3.59.bis).

Distinguiendo por tramos de edad, el gasto total público por cada 1.000 personas de 75 y más años es 1,44 veces el gasto por cada 1.000 personas de 65-74 (1,29 veces en el caso del gasto sanitario y 3,44 veces en el caso del gasto social). Por otra parte, para la

cohorte de 65-74 años, los grandes dependientes ostentan el mayor gasto sanitario, cuando se trata del gasto social también son los dependientes grandes los que ocupan ese lugar (Tabla 3.59.bis).

Si analizamos la evolución del gasto total público, del gasto sanitario público y del gasto social público (en términos anuales y por cada 1.000 habitantes) al aumentar el grado de dependencia se constata que al pasar de “no dependiente” a “dependiente moderado” aumenta el gasto por 1.000 habitantes tanto social como sanitario, sobre todo en la cohorte de 65 y más años (2.021,44%, el social y 329,58%, el sanitario). En cambio, al pasar de “dependiente moderado” a “dependiente severo” aumenta el gasto social (52,28%) y disminuye el sanitario (-22,16%) para la cohorte de 65-74 años, y aumentan am-

Tabla 3.59. Gasto sanitario público más gasto social público de personas de 65 y más años en términos anuales (valoración en 2010)

	65-74	75 y más	Total
Servicios sanitarios públicos			
No dependiente	8.584.934.077	7.794.605.017	16.379.539.094
Moderado	524.434.780	1.389.933.103	1.914.367.883
Severo	246.574.025	1.368.733.904	1.615.307.929
Grande	307.299.855	1.702.837.065	2.010.136.920
Total	9.663.242.737	12.256.109.078	21.919.351.826
Servicios sociales públicos			
No dependiente	388.592.028	1.083.935.196	1.472.527.224
Moderado	117.227.304	478.865.028	596.092.332
Severo	107.826.060	562.352.904	670.178.964
Grande	141.343.668	427.881.708	569.225.376
Total	754.989.060	2.553.034.836	3.308.023.896
Total			
No dependiente	8.973.526.105	8.878.540.213	17.852.066.318
Moderado	641.662.084	1.868.798.131	2.510.460.215
Severo	354.400.085	1.931.086.808	2.285.486.893
Grande	448.643.523	2.130.718.773	2.579.362.296
Total	10.418.231.797	14.809.143.925	25.227.375.722

El coste de los servicios sanitarios públicos se ha obtenido sumando el coste soportado por la Seguridad Social más el 50% del coste de los individuos con doble cobertura (Seguridad Social más seguro privado).

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2006 y la EDAD 2008.

Tabla 3.59.bis. Gasto sanitario público más gasto social público por cada 1.000 habitantes en términos anuales (valoración en 2010)

	65-74	75 y más	Total
Servicios sanitarios públicos			
No dependiente	2.387.156	2.593.771	2.481.212
Moderado	10.254.852	5.463.113	6.265.080
Severo	7.982.162	8.348.082	8.290.070
Grande	11.118.029	7.703.492	8.082.993
Total	2.607.478	3.362.858	2.982.012
Servicios sociales públicos			
No dependiente	108.053	360.696	223.062
Moderado	2.292.275	1.882.172	1.950.809
Severo	3.490.575	3.429.862	3.439.487
Grande	5.113.777	1.935.701	2.288.921
Total	203.722	700.507	450.039
Total			
No dependiente	2.495.209	2.954.466	2.704.274
Moderado	12.547.127	7.345.285	8.215.889
Severo	11.472.737	11.777.943	11.729.557
Grande	16.231.806	9.639.193	10.371.914
Total	2.811.200	4.063.365	3.432.051

Los tipos de gasto (82,23% y 52,81%, respectivamente) para la cohorte de 75 y más años. Al pasar de “dependencia severa” a “gran dependencia”, el comportamiento es justamente divergente en función de la edad: aumentan los gastos en el intervalo 65-74 (46,50% y 39,29%), pero disminuyen para la cohorte de edad más avanzada (-43,56% y -7,72%, respectivamente).

En suma, el paso de “no dependiente” a “dependiente” determina un fuerte aumento de gastos sanitarios y sociales por 1.000 habitantes. Este aumento será tanto más grande cuanto antes se produzca la transición de una situación a otra. De hecho, el gasto total aumenta un 402,85% al pasar de no dependiente a dependiente moderado para la cohorte de 65-74 años, frente a un aumento de 148,62% para la cohorte de 75 y más años. Al aumentar el grado de dependencia, el gasto total (sanitario + social) disminuye en dos circunstancias: al pasar de moderado a severo para la cohorte 65-74 años, y al pasar de severo a grande para la cohorte de 75 y más años. En el primer caso, la reducción del gasto sanitario es mayor que el aumento en el gasto social. En el segundo caso, ambos tipos de gasto disminuyen (Tablas 3.60. y 3.60.bis).

Al repartir el coste total en el porcentaje que supone el gasto sanitario y el gasto social por tramos de edad y grados de dependencia, se aprecia que para una persona no dependiente el gasto sanitario

Tabla 3.60. Gasto público por 1.000 habitantes para la cohorte de 65-74 años. Tasas de crecimiento del gasto social y sanitario entre grados de dependencia

	Sanitario público	Social público	Total público
No dependiente	2.387.156	108.053	2.495.209
De ND a M	329,58%	2.021,44%	402,85%
Moderado	10.254.852	2.292.275	12.547.127
De M a S	-22,16%	52,28%	-8,56%
Severo	7.982.162	3.490.575	11.472.737
De S a G	39,29%	46,50%	41,48%
Grande	11.118.029	5.113.777	16.231.806

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2006 y la EDAD 2008.

En cursiva se muestra la tasa de crecimiento en el gasto (social o sanitario) por 1.000 habitantes al pasar de una categoría de dependencia inferior a otra superior.

Tabla 3.60.bis. Gasto público por 1.000 habitantes para la cohorte de 75 y más años. Tasas de crecimiento del gasto social y sanitario entre grados de dependencia

	Sanitario público	Social público	Total público
No dependiente	2.593.771	360.696	2.954.466
De ND a M	110,62%	421,82%	148,62%
Moderado	5.463.113	1.882.172	7.345.285
De M a S	52,81%	82,23%	60,35%
Severo	8.348.082	3.429.862	11.777.943
De S a G	-7,72%	-43,56%	-18,16%
Grande	7.703.492	1.935.701	9.639.193

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2006 y la EDAD 2008.

En cursiva se muestra la tasa de crecimiento en el gasto (social o sanitario) por mil habitantes al pasar de una categoría de dependencia inferior a otra superior.

tiene un mayor peso en la cohorte de 65-74 años (7,88 puntos superior a la cohorte de 75 y más años) y que conforme aumenta el grado de dependencia disminuye la participación del gasto sanitario en el total (al pasar de no dependiente a gran dependiente la participación del gasto sanitario se reduce 27,17 puntos porcentuales en la cohorte de 65-74 años y 7,87 puntos porcentuales en la cohorte de 75 y más años).

El porcentaje de gasto social aumenta 2,37 veces al pasar de 65-74 años (7,25%) a 75 y más años (17,24%). El hecho de que una persona sea considerada “dependiente” implica un aumento del gasto social de más de 13 puntos porcentuales (tanto si tiene entre 65-74 años como de 75 en adelante). Al pasar de dependiente moderado a dependiente severo aumenta el gasto social en 12,16 puntos porcentuales si el individuo tiene entre 65-74 años, y 3,50 puntos porcentuales si tiene 75 o más años. En cambio, al pasar de dependiente severo a gran dependiente, el comportamiento del gasto social y sanitario es diferente según el intervalo de edad. Cuando el individuo es más “joven” (65-74 años) aumenta ligeramente el gasto social (un punto porcentual), pero cuando tiene 75 o más años, el gasto social disminuye en nueve puntos porcentuales (Tablas 3.61. y 3.62.).

Tabla 3.61. Porcentaje del gasto sanitario público sobre el gasto total público estimado

	65-74	75 y más	Total
Porcentaje del gasto sanitario			
No dependiente	95,67	87,79	91,75
Moderado	81,73	74,38	76,26
Severo	69,58	70,88	70,68
Grande	68,50	79,92	77,93
Total	92,75	82,76	86,89

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2006 y la EDAD 2008.

Tabla 3.62. Porcentaje del gasto en servicios sociales públicos sobre el gasto total público estimado

	65-74	75 y más	Total
Porcentaje del gasto social			
No dependiente	4,33	12,21	8,25
Moderado	18,27	25,62	23,74
Severo	30,42	29,12	29,32
Grande	31,50	20,08	22,07
Total	7,25	17,24	13,11

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2006 y la EDAD 2008.

3.3. CONCLUSIONES

La determinación de hasta qué punto los gastos en servicios sociales y sanitarios evolucionan de la misma manera conforme aumenta la edad y el grado de dependencia constituye un poderoso argumento a la hora de plantearse cómo debe organizarse la prestación de dichos servicios. En este capítulo se ha procedido a estimar el gasto anual en prestaciones sanitarias y sociales en el año 2010 utilizando para ello la EDAD 2008 y la ENS 2006. Ciertamente nos enfrentamos a una serie de limitaciones: 1) La clasificación de las personas de las encuestas empleadas en grados de dependencia basada en las respuestas de los entrevistados sobre sus limitaciones para realizar actividades de la vida diaria, como aproximación al sistema del baremo de valoración de la dependencia. 2) Restricciones en la información disponible como, por ejemplo, en el tipo de medicamentos consumidos por los individuos y en el precio aplicable a cada uno de ellos. 3) El cálculo de determinados copagos, para los que se ha supuesto un porcentaje intermedio del coste soportado por el usuario dentro de los límites legales establecidos. 4) Las limitadas fuentes de costes unitarios empleadas, dada la falta de existencia de indicadores de coste unitario a escala nacional de servicios sanitarios. 5) La utilización de dos encuestas de corte transversal de distinta naturaleza, cuando lo ideal habría sido una encuesta o base de datos longitudinal que integrara información sobre recursos sanitarios y servicios sociales, entre otras. Esto hace que este capítulo deba considerarse como un ejercicio de aproximación a las verdaderas cifras del coste de los recursos de atención sanitaria y atención social (probablemente infraestimado en nuestro análisis).

En todo caso, y subrayando de nuevo que se trata de un ejercicio de estimación, no de contabilización de cifras reales de recursos sanitarios y sociales, dicha aproximación nos ofrece importantes intuiciones a contrastar en futuros estudios.

En relación con los costes de los servicios sociales, el coste privado anual se estima en 5.138,7 euros, lo que es superior al coste soportado por los servicios públicos (3.308 millones de euros). En ambos casos, la partida más costosa corresponde a las residencias (71,72% en el caso de los servicios privados y 61,97% en el caso de los servicios públicos). Si incluimos el copago de los usuarios, el coste total derivado de

los servicios sociales ascendería a 61,99 millones de euros, repartido de la siguiente forma: 61,129% costes privados, incluidos copagos, y 38,88% costes públicos.

Por lo que se refiere a los servicios sanitarios, el coste total estimado para 2010 supondría un gasto de 25.696,8 euros. Si distinguimos en razón de la cobertura sanitaria del beneficiario, la Seguridad Social asumiría el 80,68% de los gastos sanitarios, el seguro privado el 9,24%, la doble cobertura pública-privada el 5,82%, las mutualidades del Estado el 3,60%, la doble cobertura pública el 0,3% y el resto el 0,13%. Por tanto, a diferencia de los servicios sanitarios, en el caso de los servicios sociales, el coste sanitario público es 6,87 veces superior al coste sanitario privado (entendiendo como coste sanitario privado la agregación de los individuos que sólo tienen cobertura privada más el 50% de los costes derivados por los que tienen doble cobertura pública-privada).

Si nos centramos en el gasto público total, el gasto por cada 1.000 personas de 65 y más años en términos anuales asciende a 3.432.051 euros (2.982.012 euros de gastos sanitarios y 450.039 euros de gastos en servicios sociales). El coste por cada 1.000 dependientes severos es el mayor de todos (11.729.557 euros al año): 4,34 veces el coste por cada 1.000 no dependientes y 1,43 veces el coste por cada 1.000 dependientes moderados. Conforme aumenta el grado de dependencia, el gasto en servicios sociales aumenta de manera mucho más rápida: el gasto sanitario por cada 1.000 dependientes severos es 3,34 veces el gasto sanitario por cada 1.000 no dependientes, y el gasto social por cada 1.000 dependientes severos es 15,42 veces el gasto social por cada 1.000 no dependientes. En función de la edad, para la cohorte más joven (65-74 años) los grandes dependientes presentan el mayor gasto (16.231.806 euros al año por cada 1.000 personas grandes dependientes), pero para la cohorte de 75 y más años, son los dependientes severos los que generan el mayor volumen de gasto (11.777.943 euros al año por cada 1.000 personas dependientes severas).

Como se enfatizará más adelante, los esfuerzos en prevención de dependencia deben constituirse en un baluarte primordial de las políticas sanitarias y sociales, puesto que el paso de no dependiente a dependiente moderado representa un aumento en el gasto muy importante (402,85% en la cohorte de 65-74 años y 148,62% en la cohorte de

75 y más). Para ambas cohortes, el gasto que aumenta en mayor medida es el gasto social (2.021,44% y 481,82%, respectivamente). En términos agregados, el hecho de que una persona sea considerada “dependiente” implica un aumento del gasto social de más de 13 puntos porcentuales (tanto si tiene entre 65-74 años como de 75 en adelante). A medida que aumenta el grado de dependencia disminuye la participación del gasto sanitario en el total (de 91,75% para no dependiente a 77,93% para gran dependiente) y también se aprecia una clara disminución en el coste sanitario y social (-7,72% y -43,56%) al pasar de dependiente severo a gran dependiente entre las personas de 75 y más años.

APÉNDICE 3.1. FACTORES DE ELEVACIÓN POBLACIONAL

Tanto la ENS 2006 como la EDAD 2008 suministran una variable conocida como factor de elevación que indica la representatividad de cada una de las unidades encuestadas a nivel poblacional. No obstante, dado que el objetivo del capítulo es obtener estimaciones de los costes sanitarios y sociales es necesario actualizar la estructura de ponderaciones de acuerdo con la evolución demográfica experimentada durante los últimos cuatro años. Como se observa en la Tabla A3.1., el número de personas de 65 y más años ha pasado de 7.484.392 en 2006 a 7.929.269 en 2010.

Tabla A3.1. Peso de las cohortes de 65 y más años respecto al total de la población

	2006		2008		2010	
	N	%	N	%	N	%
65 y más	7.484.392	16,74	7.632.925	16,54	7.929.269	16,89
65-69	1.907.893	4,27	1.848.880	4,01	2.104.923	4,48
70-74	1.978.398	4,43	1.956.942	4,24	1.763.446	3,76
75-79	1.623.278	3,63	1.703.318	3,69	1.757.994	3,74
80-84	1.123.199	2,51	1.185.745	2,57	1.259.308	2,68
85 y más	851.624	1,90	938.040	2,03	1.043.598	2,22
Total	44.708.964		46.157.822		46.951.532	

Fuente: elaboración propia a partir de la revisión del padrón municipal (2006 y 2008).
Avance del padrón a 1 de enero de 2010.

Al comparar el peso de las cohortes mayores de 65 años con el total de la población se aprecia un aumento de los intervalos de 65-69, 75-79, 80-84 y 85 y más, y una disminución del intervalo 70-74. Entre 2006 y 2010 la cohorte que más ha aumentado su peso es la de 85 y más años (de 1,90% a 2,22%), y entre 2008 y 2010 la que más ha crecido es la de 65-69 años (de 4,01% a 4,48%).

Para actualizar los factores de ponderación, se propone multiplicar el factor originario de cada una de las encuestas por el cociente entre el peso que tiene cada año de edad (desde 65 hasta 85 y más) respecto al total de 2010 dividido por el peso que tenía ese mismo año de edad en el año respectivo.

$$\text{ENS 2006} \Rightarrow \text{2010: Factor}_{\text{Edad } i, 2010} = \text{Factor}_{\text{Edad } i, 2006} \frac{\text{Pob}_{\text{Edad } i, 2010} / \text{Pob}_{\text{Total}, 2010}}{\text{Pob}_{\text{Edad } i, 2006} / \text{Pob}_{\text{Total}, 2006}}$$

$$\text{EDAD 2008} \Rightarrow \text{2010: Factor}_{\text{Edad } i, 2010} = \text{Factor}_{\text{Edad } i, 2008} \frac{\text{Pob}_{\text{Edad } i, 2010} / \text{Pob}_{\text{Total}, 2010}}{\text{Pob}_{\text{Edad } i, 2008} / \text{Pob}_{\text{Total}, 2008}}$$

APÉNDICE 3.2. UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS

Tabla A3.2.1. Distribución porcentual del lugar de las consultas de Atención Primaria

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más
No dependiente					
Centro de salud	74,71	71,50	73,30	77,72	73,29
Ambulatorio	15,45	19,17	17,23	13,65	16,27
Servicio de Urgencias Hospitalarias	9,17	8,33	8,86	5,86	1,89
Servicio de Urgencias no Hospitalarias	0,37	0,60	0,03	0,16	0,04
Domicilio	0,30	0,41	0,57	2,61	8,50
Moderado					
Centro de salud	89,00	62,54	69,32	73,04	81,54
Ambulatorio	8,77	27,26	13,78	16,89	5,48
Servicio de Urgencias Hospitalarias	2,24	7,86	8,56	3,82	8,80
Servicio de Urgencias no Hospitalarias	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Domicilio	0,00	2,34	8,33	6,24	0,00
Severo					
Centro de salud	60,66	66,97	53,99	47,97	49,79
Ambulatorio	0,00	1,83	12,88	9,06	14,09
Servicio de Urgencias Hospitalarias	13,17	19,63	16,24	22,71	27,26
Servicio de Urgencias no Hospitalarias	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Domicilio	26,16	11,56	16,90	20,26	8,86

Tabla A3.2.1. Distribución porcentual del lugar de las consultas de Atención Primaria (continuación)

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más
Grande					
Centro de salud	100,00	36,33	66,51	32,76	56,83
Ambulatorio	0,00	21,28	4,69	8,80	5,79
Servicio de Urgencias Hospitalarias	0,00	9,92	13,07	8,44	3,61
Servicio de Urgencias no Hospitalarias	0,00	0,00	0,00	43,28	0,00
Domicilio	0,00	32,46	15,73	0,00	33,77

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2006.

Tabla A3.2.2. Número de días que han acudido a una consulta de Atención Especializada en las últimas cuatro semanas

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más
No dependiente					
Centro de salud	35,79	26,02	28,88	29,82	42,71
Ambulatorio	20,83	24,05	27,96	34,96	27,27
Consulta externa hospitalaria	40,73	48,05	40,13	34,36	18,06
Servicio de Urgencias Hospitalarias	0,96	0,38	0,10	0,41	1,42
Servicio de Urgencias no Hospitalarias	1,68	1,50	2,94	0,45	10,55
Moderado					
Centro de salud	59,85	15,82	22,50	31,36	39,41
Ambulatorio	31,99	22,84	19,06	40,35	32,04
Consulta externa hospitalaria	8,17	38,52	43,94	26,63	20,12
Servicio de Urgencias Hospitalarias	0,00	0,00	8,00	0,00	0,00
Servicio de Urgencias no Hospitalarias	0,00	22,82	6,50	1,66	8,43

Tabla A3.2.2. Número de días que han acudido a una consulta de Atención Especializada en las últimas cuatro semanas (*continuación*)

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más
Severo					
Centro de salud	80,70	18,62	39,76	33,16	12,44
Ambulatorio	0,00	3,16	19,92	0,00	19,15
Consulta externa hospitalaria	19,30	78,23	27,74	66,84	61,02
Servicio de Urgencias Hospitalarias	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Servicio de Urgencias no Hospitalarias	0,00	0,00	12,58	0,00	7,39
Grande					
Centro de salud	8,46	28,96	13,82	5,84	0,73
Ambulatorio	0,00	31,05	24,29	27,97	0,00
Consulta externa hospitalaria	66,33	39,99	51,05	66,20	82,30
Servicio de Urgencias Hospitalarias	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Servicio de Urgencias no Hospitalarias	25,21	0,00	10,84	0,00	16,97

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2006.

Tabla A3.2.3. Individuos que han acudido al dentista durante los últimos tres meses (público y privado)

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Han ido al dentista (total)						
No dependiente	314.712	266.214	193.896	107.124	25.778	907.724
Moderado	0	3.225	2.902	3.570	2.975	12.672
Severo	0	1.314	5.140	2.792	758	10.005
Grande	4.532	147	4.940	4.192	2.839	16.650
Total	319.244	270.900	206.877	117.678	32.351	947.051
Revisión, chequeo						
No dependiente	102.921	87.633	59.966	32.676	5.287	288.483
Moderado	0	0	1.675	2.709	1.242	5.625
Severo	0	0	0	0	171	171
Grande	541	147	0	0	0	688
Total	103.462	87.780	61.641	35.384	6.700	294.968
Limpieza de boca						
No dependiente	78.769	42.116	26.840	23.416	2.736	173.877
Moderado	0	0	0	0	0	0
Severo	0	0	0	0	0	0
Grande	274	0	0	0	0	274
Total	79.043	42.116	26.840	23.416	2.736	174.151
Empastes, endodoncias						
No dependiente	54.111	45.879	30.856	14.913	3.699	149.458
Moderado	0	0	0	110	0	110
Severo	0	0	0	0	0	0
Grande	267	0	0	0	0	267
Total	54.378	45.879	30.856	15.023	3.699	149.835
Extracción de algún diente						
No dependiente	72.730	67.771	40.772	35.608	6.879	223.760
Moderado	0	2.324	534	385	1.288	4.531
Severo	0	1.314	981	2.118	758	5.171
Grande	3.752	147	1.203	1.964	65	7.131
Total	76.482	71.556	43.490	40.075	8.990	240.593
Fundas, puentes, prótesis						
No dependiente	101.358	92.139	76.896	43.036	13.728	327.158
Moderado	0	1.172	692	366	1.242	3.472
Severo	0	0	4.159	675	171	5.005
Grande	0	147	2.677	0	561	3.385
Total	101.358	93.458	84.423	44.077	15.702	339.019

Tabla A3.2.3. Individuos que han acudido al dentista durante los últimos tres meses (público y privado) (continuación)

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Enfermedades de las encías						
No dependiente	11.109	8.458	5.231	4.615	2.467	31.879
Moderado	0	0	0	0	0	0
Severo	0	0	0	0	171	171
Grande	0	0	1.060	0	0	1.060
Total	11.109	8.458	6.291	4.615	2.638	33.111
Ortodoncia						
No dependiente	9.180	5.947	2.940	0	0	18.067
Moderado	0	0	0	0	0	0
Severo	0	0	0	0	0	0
Grande	239	0	0	0	0	239
Total	9.419	5.947	2.940	0	0	18.305
Aplicación de flúor						
No dependiente	1.733	0	0	1.845	0	3.578
Moderado	0	0	0	0	0	0
Severo	0	0	0	0	0	0
Grande	0	0	0	0	0	0
Total	1.733	0	0	1.845	0	3.578
Otro tipo de asistencia						
No dependiente	33.781	19.108	19.050	7.714	2.012	81.666
Moderado	0	0	1.027	0	1.687	2.714
Severo	0	0	0	0	0	0
Grande	0	147	0	2.228	2.213	4.589
Total	33.781	19.256	20.077	9.942	5.913	88.968

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2006.

Tabla A3.2.4. Tasa de prevalencia por cada 1.000 individuos en el mismo grupo de dependencia de los individuos que han acudido al dentista durante los últimos tres meses (público y privado)

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Han ido al dentista (total)						
No dependiente	156	169	124	112	53	138
Moderado	0	116	31	46	36	41
Severo	0	62	128	44	13	51
Grande	321	11	115	62	26	67
Total	155	165	119	101	44	129
Revisión, chequeo						
No dependiente	51	56	38	34	11	44
Moderado	0	0	18	35	15	18
Severo	0	0	0	0	3	1
Grande	38	11	0	0	0	3
Total	50	53	35	30	9	40
Limpieza de boca						
No dependiente	39	27	17	24	6	26
Moderado	0	0	0	0	0	0
Severo	0	0	0	0	0	0
Grande	19	0	0	0	0	1
Total	38	26	15	20	4	24
Empastes, endodoncias						
No dependiente	27	29	20	16	8	23
Moderado	0	0	0	1	0	0
Severo	0	0	0	0	0	0
Grande	19	0	0	0	0	1
Total	26	28	18	13	5	20
Extracción de algún diente						
No dependiente	36	43	26	37	14	34
Moderado	0	83	6	5	16	15
Severo	0	62	24	33	13	27
Grande	266	11	28	29	1	29
Total	37	44	25	34	12	33
Fundas, puentes, prótesis						
No dependiente	50	58	49	45	28	50
Moderado	0	42	7	5	15	11
Severo	0	0	103	11	3	26
Grande	0	11	62	0	5	14
Total	49	57	48	38	21	46

Tabla A3.2.4. Tasa de prevalencia por cada 1.000 individuos en el mismo grupo de dependencia de los individuos que han acudido al dentista durante los últimos tres meses (público y privado) (continuación)

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Enfermedades de las encías						
No dependiente	6	5	3	5	5	5
Moderado	0	0	0	0	0	0
Severo	0	0	0	0	3	1
Grande	0	0	25	0	0	4
Total	5	5	4	4	4	5
Ortodoncia						
No dependiente	5	4	2	0	0	3
Moderado	0	0	0	0	0	0
Severo	0	0	0	0	0	0
Grande	17	0	0	0	0	1
Total	5	4	2	0	0	2
Aplicación de flúor						
No dependiente	1	0	0	2	0	1
Moderado	0	0	0	0	0	0
Severo	0	0	0	0	0	0
Grande	0	0	0	0	0	0
Total	1	0	0	2	0	0
Otro tipo de asistencia						
No dependiente	17	12	12	8	4	12
Moderado	0	0	11	0	21	9
Severo	0	0	0	0	0	0
Grande	0	11	0	33	20	18
Total	16	12	12	9	8	12

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2006.

Tabla A3.2.5. Individuos que han consumido medicamentos recetados
en los últimos 15 días

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Catarro, gripe, garganta, bronquios						
No dependiente	234.688	161.867	184.356	184.356	99.970	865.237
Moderado	2.978	5.609	19.678	19.678	19.050	66.992
Severo	1.097	2.803	10.077	10.077	15.886	39.940
Grande	736	1.343	12.684	12.684	19.021	46.467
Total	239.499	171.622	226.794	226.794	153.927	1.018.636
Dolor						
No dependiente	698.390	564.861	561.666	561.666	346.894	2.733.476
Moderado	15.583	19.166	60.137	60.137	42.050	197.074
Severo	7.090	11.419	32.085	32.085	39.328	122.007
Grande	11.787	8.505	31.536	31.536	38.485	121.849
Total	732.850	603.951	685.424	685.424	466.757	3.174.406
Bajar la fiebre						
No dependiente	47.194	30.522	30.818	30.818	19.990	159.342
Moderado	0	4.755	5.398	5.398	3.113	18.664
Severo	0	0	2.656	2.656	2.081	7.393
Grande	736	2.079	1.565	1.565	3.040	8.985
Total	47.930	37.356	40.437	40.437	28.224	194.384
Vitaminas, reconstituyentes						
No dependiente	136.986	120.542	127.007	127.007	75.621	587.163
Moderado	6.628	5.710	13.589	13.589	4.046	43.561
Severo	875	2.877	1.737	1.737	3.303	10.528
Grande	0	3.430	11.191	11.191	11.774	37.586
Total	144.489	132.559	153.523	153.523	94.745	678.838
Laxantes						
No dependiente	57.205	64.108	86.391	86.391	54.371	348.466
Moderado	1.213	4.054	9.873	9.873	16.481	41.494
Severo	1.438	1.342	9.058	9.058	9.591	30.487
Grande	1.249	1.763	12.461	12.461	14.357	42.291
Total	61.104	71.267	117.783	117.783	94.801	462.738
Antibióticos						
No dependiente	139.738	74.639	81.594	81.594	42.534	420.097
Moderado	1.438	3.962	9.977	9.977	8.761	34.114
Severo	3.206	932	6.318	6.318	12.527	29.301
Grande	3.887	3.533	7.834	7.834	14.334	37.423
Total	148.269	83.066	105.722	105.722	78.156	520.935

Tabla A3.2.5. Individuos que han consumido medicamentos recetados en los últimos 15 días (continuación)

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Tranquilizantes						
No dependiente	381.415	329.344	311.796	311.796	191.695	1.526.045
Moderado	6.900	15.869	30.140	30.140	29.094	112.142
Severo	3.983	4.819	15.102	15.102	30.897	69.902
Grande	8.180	5.925	19.862	19.862	36.362	90.190
Total	400.478	355.956	376.899	376.899	288.048	1.798.280
Alergia						
No dependiente	78.062	55.881	50.133	50.133	22.953	257.163
Moderado	1.230	1.124	1.171	1.171	6.606	11.302
Severo	875	0	2.460	2.460	2.168	7.964
Grande	0	0	3.081	3.081	1.647	7.809
Total	80.166	57.006	56.846	56.846	33.375	284.238
Diarrea						
No dependiente	11.635	11.051	16.421	16.421	2.520	58.048
Moderado	0	905	492	492	0	1.889
Severo	661	0	2.346	2.346	1.569	6.923
Grande	0	0	0	0	0	0
Total	12.296	11.956	19.259	19.259	4.089	66.860
Reuma						
No dependiente	275.959	258.313	251.246	251.246	155.145	1.191.910
Moderado	12.095	8.905	39.053	39.053	18.233	117.339
Severo	2.742	2.358	10.946	10.946	23.425	50.418
Grande	0	2.883	11.508	11.508	18.247	44.145
Total	290.796	272.459	312.754	312.754	215.050	1.403.813
Corazón						
No dependiente	294.212	275.541	322.960	322.960	224.345	1.440.019
Moderado	2.370	4.971	42.527	42.527	28.431	120.825
Severo	6.129	5.012	14.490	14.490	30.296	70.416
Grande	4.656	4.215	17.144	17.144	30.256	73.415
Total	307.368	289.739	397.121	397.121	313.328	1.704.676
Tensión arterial						
No dependiente	864.413	776.459	838.981	838.981	487.422	3.806.256
Moderado	7.635	18.057	50.700	50.700	41.250	168.342
Severo	6.658	10.981	22.578	22.578	39.987	102.782
Grande	7.632	3.851	22.684	22.684	22.572	79.423
Total	886.337	809.349	934.943	934.943	591.231	4.156.803

Tabla A3.2.5. Individuos que han consumido medicamentos recetados
en los últimos 15 días (*continuación*)

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Estómago y alteraciones digestivas						
No dependiente	345.362	259.136	317.901	317.901	159.486	1.399.787
Moderado	8.955	11.186	33.498	33.498	20.962	108.098
Severo	1.891	4.213	17.189	17.189	27.202	67.683
Grande	547	4.434	18.397	18.397	28.155	69.930
Total	356.756	278.968	386.985	386.985	235.805	1.645.498
Antidepresivos						
No dependiente	203.527	147.182	117.576	117.576	73.257	659.119
Moderado	7.993	7.494	15.430	15.430	12.792	59.139
Severo	771	5.060	11.774	11.774	11.885	41.263
Grande	2.575	3.658	10.586	10.586	15.360	42.765
Total	214.866	163.394	155.366	155.366	113.293	802.286
Hormonas para la menopausia						
No dependiente	14.214	3.268	2.474	2.474	1.196	23.625
Moderado	0	2.333	514	514	0	3.362
Severo	429	0	0	0	0	429
Grande	0	0	0	0	0	0
Total	14.643	5.601	2.988	2.988	1.196	27.417
Adelgazar						
No dependiente	6.018	1.054	0	0	1.015	8.087
Moderado	0	0	0	0	0	0
Severo	661	0	0	0	0	661
Grande	0	0	0	0	0	0
Total	6.680	1.054	0	0	1.015	8.749
Bajar el colesterol						
No dependiente	476.167	400.778	322.863	322.863	174.223	1.696.893
Moderado	2.646	4.671	21.820	21.820	9.712	60.669
Severo	7.557	4.867	12.508	12.508	7.337	44.776
Grande	8.128	3.015	9.514	9.514	7.232	37.403
Total	494.499	413.331	366.705	366.705	198.504	1.839.742
Diabetes						
No dependiente	271.291	193.615	225.354	225.354	131.216	1.046.830
Moderado	1.458	7.055	26.756	26.756	11.054	73.079
Severo	3.130	5.039	12.997	12.997	11.001	45.164
Grande	8.937	5.266	16.613	16.613	11.168	58.597
Total	284.816	210.975	281.720	281.720	164.438	1.223.669

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2006.

Tabla A3.2.6. Tasa de prevalencia por cada 1.000 individuos en el mismo grupo de dependencia de los individuos que han consumido medicamentos recetados en los últimos 15 días

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Catarro, gripe, garganta, bronquios						
No dependiente	116	103	118	192	207	131
Moderado	128	201	208	254	232	219
Severo	113	132	250	159	263	205
Grande	52	99	294	188	172	187
Total	116	105	130	194	209	139
Dolor						
No dependiente	346	358	359	586	718	414
Moderado	669	688	634	776	512	645
Severo	732	538	797	507	652	626
Grande	835	629	731	468	348	490
Total	355	368	394	587	634	432
Bajar la fiebre						
No dependiente	23	19	20	32	41	24
Moderado	0	171	57	70	38	61
Severo	0	0	66	42	34	38
Grande	52	154	36	23	28	36
Total	23	23	23	35	38	26
Vitaminas, reconstituyentes						
No dependiente	68	76	81	132	156	89
Moderado	285	205	143	175	49	143
Severo	90	136	43	27	55	54
Grande	0	254	259	166	107	151
Total	70	81	88	132	129	92
Laxantes						
No dependiente	28	41	55	90	113	53
Moderado	52	146	104	127	201	136
Severo	149	63	225	143	159	156
Grande	88	130	289	185	130	170
Total	30	43	68	101	129	63
Antibióticos						
No dependiente	69	47	52	85	88	64
Moderado	62	142	105	129	107	112
Severo	331	44	157	100	208	150
Grande	275	261	182	116	130	150
Total	72	51	61	91	106	71

Tabla A3.2.6. Tasa de prevalencia por cada 1.000 individuos en el mismo grupo de dependencia de los individuos que han consumido medicamentos recetados en los últimos 15 días (continuación)

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Tranquilizantes						
No dependiente	189	209	200	325	397	231
Moderado	296	570	318	389	354	367
Severo	411	227	375	238	512	359
Grande	579	438	460	295	329	363
Total	194	217	217	323	391	245
Alergia						
No dependiente	39	35	32	52	47	39
Moderado	53	40	12	15	80	37
Severo	90	0	61	39	36	41
Grande	0	0	71	46	15	31
Total	39	35	33	49	45	39
Diarrea						
No dependiente	6	7	11	17	5	9
Moderado	0	33	5	6	0	6
Severo	68	0	58	37	26	36
Grande	0	0	0	0	0	0
Total	6	7	11	16	6	9
Reuma						
No dependiente	137	164	161	262	321	181
Moderado	519	320	412	504	222	384
Severo	283	111	272	173	388	259
Grande	0	213	267	171	165	178
Total	141	166	180	268	292	191
Corazón						
No dependiente	146	175	207	337	464	218
Moderado	102	179	449	549	346	395
Severo	633	236	360	229	502	361
Grande	330	312	397	254	274	295
Total	149	177	228	340	426	232
Tensión arterial						
No dependiente	428	492	537	875	1.009	577
Moderado	328	648	535	654	502	551
Severo	688	518	561	356	663	527
Grande	540	285	526	337	204	319
Total	429	493	537	801	803	566

Tabla A3.2.6. Tasa de prevalencia por cada 1.000 individuos en el mismo grupo de dependencia de los individuos que han consumido medicamentos recetados en los últimos 15 días (continuación)

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Estómago y alteraciones digestivas						
No dependiente	171	164	203	331	330	212
Moderado	384	402	353	432	255	354
Severo	195	199	427	271	451	347
Grande	39	328	427	273	255	281
Total	173	170	222	331	320	224
Antidepresivos						
No dependiente	101	93	75	123	152	100
Moderado	343	269	163	199	156	194
Severo	80	239	292	186	197	212
Grande	182	271	245	157	139	172
Total	104	100	89	133	154	109
Hormonas para la menopausia						
No dependiente	7	2	2	3	2	4
Moderado	0	84	5	7	0	11
Severo	44	0	0	0	0	2
Grande	0	0	0	0	0	0
Total	7	3	2	3	2	4
Adelgazar						
No dependiente	3	1	0	0	2	1
Moderado	0	0	0	0	0	0
Severo	68	0	0	0	0	3
Grande	0	0	0	0	0	0
Total	3	1	0	0	1	1
Bajar el colesterol						
No dependiente	236	254	207	337	361	257
Moderado	114	168	230	282	118	199
Severo	781	229	311	197	122	230
Grande	576	223	221	141	65	150
Total	239	252	211	314	270	250
Diabetes						
No dependiente	134	123	144	235	272	159
Moderado	63	253	282	345	135	239
Severo	323	238	323	205	182	232
Grande	633	390	385	247	101	236
Total	138	129	162	241	223	166

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2006.

Tabla A3.2.7. Imputación de importe por dosis diaria definida (DDD) y DDD por envase para los medicamentos que aparecen en la ENS 2006

Medicamento para	Grupos terapéuticos	Importe por DDD	DDD por envase
Catarro, gripe, garganta, bronquios	Sistema respiratorio	0,44	21,60
Dolor	Sistema músculo-esquelético	0,55	18,27
Bajar la fiebre	Antiinfecciosos de uso sistémico	1,54	6,62
Reconstituyentes, vitaminas	Sangre y órganos hematopoyéticos	0,36	23,71
	Sistema nervioso	0,66	13,71
	Sistema músculo-esquelético	0,55	18,27
Laxantes	Aparato digestivo y metabolismo	0,53	23,93
Antibióticos	Antiinfecciosos de uso sistémico	1,54	6,62
Tranquilizantes	Sistema nervioso	0,66	13,71
Alergia	Sistema respiratorio	0,73	30,34
	Dermatológicos	0,44	21,60
Diarrea	Aparato digestivo y metabolismo	0,53	23,93
Reuma	Sistema músculo-esquelético	0,55	18,27
Corazón	Aparato cardiovascular	0,48	32,93
Tensión arterial	Aparato cardiovascular	0,48	32,93
Estómago y alteraciones digestivas	Aparato digestivo y metabolismo	0,53	23,93
Antidepresivos	Sistema nervioso	0,66	13,71
Hormonas para la menopausia	Aparato genitourinario y hormonas sexuales	0,70	24,80
Adelgazar	Aparato digestivo y metabolismo	0,53	23,93
Bajar el colesterol	Sangre y órganos hematopoyéticos	0,36	23,71
Diabetes	Aparato digestivo y metabolismo	0,53	23,93

Fuente: elaboración propia a partir de "Consumo farmacéutico por grupos terapéuticos, edad y sexo. Indicadores" (Instituto de Información Sanitaria, Mayo 2005).

Tabla A3.2.8. Coste en euros de los individuos que han consumido medicamentos recetados en las últimas cuatro semanas

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Catarro, gripe, garganta, bronquios						
No dependiente	1.902.374	1.312.091	1.494.380	1.494.380	810.355	7.013.579
Moderado	24.140	45.464	159.507	159.507	154.418	543.036
Severo	8.889	22.721	81.683	81.683	128.773	323.749
Grande	5.964	10.884	102.812	102.812	154.182	376.656
Total	1.941.368	1.391.160	1.838.382	1.838.382	1.247.728	8.257.020
Dolor						
No dependiente	5.661.125	4.578.740	4.552.840	4.552.840	2.811.911	22.157.455
Moderado	126.315	155.360	487.468	487.468	340.859	1.597.471
Severo	57.473	92.559	260.083	260.083	318.789	988.986
Grande	95.543	68.941	255.630	255.630	311.959	987.704
Total	5.940.456	4.895.600	5.556.022	5.556.022	3.783.517	25.731.616
Bajar la fiebre						
No dependiente	382.551	247.409	249.809	249.809	162.040	1.291.617
Moderado	0	38.546	43.757	43.757	25.233	151.292
Severo	0	0	21.531	21.531	16.867	59.929
Grande	5.964	16.850	12.687	12.687	24.644	72.833
Total	388.515	302.805	327.784	327.784	228.783	1.575.671
Vitaminas, reconstituyentes						
No dependiente	1.110.404	977.111	1.029.511	1.029.511	612.983	4.759.520
Moderado	53.725	46.287	110.148	110.148	32.797	353.105
Severo	7.090	23.322	14.078	14.078	26.773	85.341
Grande	0	27.803	90.712	90.712	95.443	304.669
Total	1.171.219	1.074.522	1.244.449	1.244.449	767.995	5.502.634
Laxantes						
No dependiente	463.699	519.654	700.284	700.284	440.729	2.824.651
Moderado	9.829	32.860	80.033	80.033	133.595	336.351
Severo	11.660	10.879	73.420	73.420	77.747	247.127
Grande	10.121	14.292	101.011	101.011	116.378	342.812
Total	495.309	577.685	954.748	954.748	768.450	3.750.940
Antibióticos						
No dependiente	1.132.710	605.017	661.394	661.394	344.776	3.405.291
Moderado	11.657	32.116	80.869	80.869	71.017	276.527
Severo	25.989	7.553	51.213	51.213	101.546	237.513
Grande	31.507	28.640	63.504	63.504	116.192	303.347
Total	1.201.862	673.326	856.980	856.980	633.530	4.222.678

Tabla A3.2.8. Coste en euros de los individuos que han consumido medicamentos recetados en las últimas cuatro semanas (*continuación*)

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Tranquilizantes						
No dependiente	3.091.734	2.669.651	2.527.405	2.527.405	1.553.869	12.370.063
Moderado	55.930	128.632	244.311	244.311	235.835	909.018
Severo	32.288	39.060	122.412	122.412	250.451	566.624
Grande	66.308	48.025	161.000	161.000	294.747	731.081
Total	3.246.261	2.885.368	3.055.127	3.055.127	2.334.903	14.576.787
Alergia						
No dependiente	632.765	452.972	406.380	406.380	186.058	2.084.555
Moderado	9.968	9.113	9.489	9.489	53.551	91.611
Severo	7.090	0	19.943	19.943	17.577	64.554
Grande	0	0	24.976	24.976	13.349	63.301
Total	649.823	462.085	460.789	460.789	270.536	2.304.021
Diarrea						
No dependiente	94.312	89.578	133.112	133.112	20.424	470.537
Moderado	0	7.339	3.985	3.985	0	15.309
Severo	5.361	0	19.018	19.018	12.717	56.115
Grande	0	0	0	0	0	0
Total	99.673	96.917	156.115	156.115	33.141	541.961
Reuma						
No dependiente	2.236.910	2.093.878	2.036.594	2.036.594	1.257.603	9.661.579
Moderado	98.042	72.180	316.565	316.565	147.794	951.145
Severo	22.228	19.116	88.730	88.730	189.885	408.689
Grande	0	23.369	93.280	93.280	147.909	357.838
Total	2.357.180	2.208.543	2.535.169	2.535.169	1.743.191	11.379.251
Corazón						
No dependiente	2.384.873	2.233.528	2.617.904	2.617.904	1.818.531	11.672.741
Moderado	19.211	40.296	344.718	344.718	230.460	979.403
Severo	49.684	40.623	117.456	117.456	245.574	570.793
Grande	37.742	34.163	138.968	138.968	245.257	595.098
Total	2.491.510	2.348.610	3.219.047	3.219.047	2.539.822	13.818.036
Tensión arterial						
No dependiente	7.006.896	6.293.948	6.800.748	6.800.748	3.951.024	30.853.365
Moderado	61.889	146.372	410.969	410.969	334.373	1.364.572
Severo	53.968	89.015	183.015	183.015	324.134	833.148
Grande	61.861	31.220	183.878	183.878	182.966	643.803
Total	7.184.613	6.560.555	7.578.611	7.578.611	4.792.496	33.694.888

Tabla A3.2.8. Coste en euros de los individuos que han consumido medicamentos recetados en las últimas cuatro semanas (continuación)

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Estómago y alteraciones digestivas						
No dependiente	2.799.494	2.100.544	2.576.896	2.576.896	1.292.788	11.346.618
Moderado	72.592	90.670	271.530	271.530	169.919	876.241
Severo	15.327	34.150	139.333	139.333	220.496	548.638
Grande	4.435	35.940	149.126	149.126	228.220	566.847
Total	2.891.849	2.261.305	3.136.884	3.136.884	1.911.423	13.338.344
Antidepresivos						
No dependiente	1.649.783	1.193.048	953.070	953.070	593.821	5.342.792
Moderado	64.789	60.748	125.077	125.077	103.687	479.377
Severo	6.249	41.016	95.440	95.440	96.336	334.480
Grande	20.877	29.652	85.807	85.807	124.508	346.651
Total	1.741.697	1.324.464	1.259.393	1.259.393	918.352	6.503.300
Hormonas para la menopausia						
No dependiente	115.216	26.490	20.052	20.052	9.697	191.506
Moderado	0	18.914	4.170	4.170	0	27.254
Severo	3.477	0	0	0	0	3.477
Grande	0	0	0	0	0	0
Total	118.693	45.404	24.222	24.222	9.697	222.238
Adelgazar						
No dependiente	48.784	8.542	0	0	8.229	65.555
Moderado	0	0	0	0	0	0
Severo	5.361	0	0	0	0	5.361
Grande	0	0	0	0	0	0
Total	54.145	8.542	0	0	8.229	70.915
Bajar el colesterol						
No dependiente	3.859.795	3.248.689	2.617.113	2.617.113	1.412.243	13.754.953
Moderado	21.449	37.860	176.873	176.873	78.728	491.783
Severo	61.257	39.455	101.386	101.386	59.473	362.956
Grande	65.888	24.439	77.120	77.120	58.621	303.189
Total	4.008.388	3.350.443	2.972.493	2.972.493	1.609.064	14.912.882
Diabetes						
No dependiente	2.199.078	1.569.437	1.826.710	1.826.710	1.063.629	8.485.566
Moderado	11.815	57.184	216.887	216.887	89.601	592.373
Severo	25.374	40.848	105.350	105.350	89.175	366.096
Grande	72.440	42.688	134.665	134.665	90.524	474.982
Total	2.308.707	1.710.157	2.283.612	2.283.612	1.332.929	9.919.018

Tabla A3.2.8. Coste en euros de los individuos que han consumido medicamentos recetados en las últimas cuatro semanas (*continuación*)

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Total						
No dependiente	36.772.506	30.220.325	31.204.201	31.204.201	18.350.710	147.751.942
Moderado	641.350	1.019.941	3.086.357	3.086.357	2.201.867	10.035.871
Severo	398.765	500.318	1.494.092	1.494.092	2.176.312	6.063.577
Grande	478.652	436.907	1.675.176	1.675.176	2.204.898	6.470.809
Total	38.291.273	32.177.491	37.459.825	37.459.825	24.933.786	170.322.199

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2006.

Tabla A3.2.9. Coste por 1.000 habitantes del mismo grupo de dependencia de los individuos que han consumido medicamentos recetados en las últimas cuatro semanas

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Catarro, gripe, garganta, bronquios						
No dependiente	943	831	956	1.558	1.677	1.062
Moderado	1.036	1.633	1.682	2.058	1.881	1.777
Severo	918	1.071	2.029	1.290	2.134	1.662
Grande	422	805	2.384	1.526	1.395	1.515
Total	940	848	1.056	1.575	1.695	1.123
Dolor						
No dependiente	2.805	2.901	2.914	4.746	5.819	3.356
Moderado	5.422	5.580	5.141	6.290	4.151	5.228
Severo	5.937	4.364	6.459	4.106	5.282	5.076
Grande	6.766	5.100	5.927	3.794	2.822	3.972
Total	2.877	2.984	3.192	4.759	5.139	3.501
Bajar la fiebre						
No dependiente	190	157	160	260	335	196
Moderado	0	1.384	461	565	307	495
Severo	0	0	535	340	279	308
Grande	422	1.246	294	188	223	293
Total	188	185	188	281	311	214
Vitaminas, reconstituyentes						
No dependiente	550	619	659	1.073	1.268	721
Moderado	2.306	1.662	1.162	1.421	399	1.156
Severo	732	1.100	350	222	444	438
Grande	0	2.057	2.103	1.346	863	1.225
Total	567	655	715	1.066	1.043	749

Tabla A3.2.9. Coste por 1.000 habitantes del mismo grupo de dependencia de los individuos que han consumido medicamentos recetados en las últimas cuatro semanas (*continuación*)

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Laxantes						
No dependiente	230	329	448	730	912	428
Moderado	422	1.180	844	1.033	1.627	1.101
Severo	1.205	513	1.823	1.159	1.288	1.268
Grande	717	1.057	2.342	1.499	1.053	1.378
Total	240	352	548	818	1.044	510
Antibióticos						
No dependiente	561	383	423	690	713	516
Moderado	500	1.153	853	1.043	865	905
Severo	2.685	356	1.272	809	1.682	1.219
Grande	2.231	2.118	1.472	942	1.051	1.220
Total	582	410	492	734	860	574
Tranquilizantes						
No dependiente	1.532	1.691	1.617	2.635	3.215	1.874
Moderado	2.401	4.620	2.577	3.152	2.872	2.975
Severo	3.335	1.842	3.040	1.933	4.150	2.908
Grande	4.696	3.552	3.733	2.389	2.667	2.940
Total	1.572	1.758	1.755	2.617	3.171	1.983
Alergia						
No dependiente	314	287	260	424	385	316
Moderado	428	327	100	122	652	300
Severo	732	0	495	315	291	331
Grande	0	0	579	371	121	255
Total	315	282	265	395	367	313
Diarrea						
No dependiente	47	57	85	139	42	71
Moderado	0	264	42	51	0	50
Severo	554	0	472	300	211	288
Grande	0	0	0	0	0	0
Total	48	59	90	134	45	74
Reuma						
No dependiente	1.108	1.327	1.303	2.123	2.602	1.464
Moderado	4.209	2.592	3.339	4.085	1.800	3.113
Severo	2.296	901	2.204	1.401	3.146	2.097
Grande	0	1.729	2.163	1.384	1.338	1.439
Total	1.141	1.346	1.456	2.172	2.368	1.548

Tabla A3.2.9. Coste por 1.000 habitantes del mismo grupo de dependencia de los individuos que han consumido medicamentos recetados en las últimas cuatro semanas (*continuación*)

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Corazón						
No dependiente	1.182	1.415	1.675	2.729	3.763	1.768
Moderado	825	1.447	3.636	4.448	2.807	3.205
Severo	5.133	1.915	2.917	1.854	4.069	2.929
Grande	2.673	2.527	3.222	2.062	2.219	2.393
Total	1.206	1.431	1.849	2.757	3.450	1.880
Tensión arterial						
No dependiente	3.472	3.988	4.352	7.090	8.176	4.674
Moderado	2.657	5.257	4.334	5.303	4.072	4.466
Severo	5.575	4.197	4.545	2.890	5.370	4.276
Grande	4.381	2.309	4.263	2.729	1.655	2.589
Total	3.479	3.998	4.353	6.492	6.509	4.584
Estómago y alteraciones digestivas						
No dependiente	1.387	1.331	1.649	2.686	2.675	1.719
Moderado	3.116	3.256	2.864	3.504	2.069	2.868
Severo	1.583	1.610	3.460	2.200	3.653	2.816
Grande	314	2.659	3.457	2.213	2.065	2.279
Total	1.400	1.378	1.802	2.687	2.596	1.815
Antidepresivos						
No dependiente	818	756	610	994	1.229	809
Moderado	2.781	2.182	1.319	1.614	1.263	1.569
Severo	646	1.934	2.370	1.507	1.596	1.717
Grande	1.478	2.193	1.989	1.273	1.126	1.394
Total	843	807	723	1.079	1.247	885
Hormonas para la menopausia						
No dependiente	57	17	13	21	20	29
Moderado	0	679	44	54	0	89
Severo	359	0	0	0	0	18
Grande	0	0	0	0	0	0
Total	57	28	14	21	13	30
Adelgazar						
No dependiente	24	5	0	0	17	10
Moderado	0	0	0	0	0	0
Severo	554	0	0	0	0	28
Grande	0	0	0	0	0	0
Total	26	5	0	0	11	10

Tabla A3.2.9. Coste por 1.000 habitantes del mismo grupo de dependencia de los individuos que han consumido medicamentos recetados en las últimas cuatro semanas (*continuación*)

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Bajar el colesterol						
No dependiente	1.913	2.058	1.675	2.728	2.922	2.084
Moderado	921	1.360	1.865	2.282	959	1.609
Severo	6.328	1.860	2.518	1.601	985	1.863
Grande	4.666	1.808	1.788	1.145	530	1.219
Total	1.941	2.042	1.707	2.546	2.186	2.029
Diabetes						
No dependiente	1.090	994	1.169	1.904	2.201	1.285
Moderado	507	2.054	2.287	2.799	1.091	1.939
Severo	2.621	1.926	2.616	1.663	1.477	1.879
Grande	5.130	3.158	3.122	1.999	819	1.910
Total	1.118	1.042	1.312	1.956	1.810	1.349
Total						
No dependiente	18.033	18.991	19.809	32.270	37.639	22.186
Moderado	27.531	35.245	32.090	39.260	26.510	32.349
Severo	41.194	23.588	36.572	23.250	35.778	30.812
Grande	33.474	31.072	38.544	24.672	19.725	25.727
Total	18.354	19.426	21.330	31.806	33.556	22.957

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2006.

Tabla A3.2.10. Individuos que se realizaron alguna prueba médica durante las últimas cuatro semanas

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Cualquier tipo de prueba						
No dependiente	580.278	436.049	454.273	178.334	91.286	1.740.219
Moderado	5.363	17.917	33.730	27.535	16.579	101.124
Severo	4.762	5.959	24.179	22.771	28.920	86.592
Grande	736	5.910	23.368	25.951	15.553	71.518
Total	591.138	465.835	535.551	254.591	152.338	1.999.453
Radiografía						
No dependiente	142.833	105.838	120.243	31.944	18.468	419.326
Moderado	1.173	6.784	7.228	5.380	5.877	26.442
Severo	435	2.773	7.200	11.568	10.697	32.673
Grande	0	2.133	5.934	4.226	1.739	14.032
Total	144.442	117.528	140.605	53.118	36.782	492.474
TAC						
No dependiente	18.237	29.095	18.148	3.601	3.501	72.581
Moderado	0	0	1.249	2.762	469	4.480
Severo	2.338	0	1.384	1.098	0	4.820
Grande	0	238	4.301	0	864	5.403
Total	20.574	29.333	25.082	7.460	4.834	87.284
Ecografía						
No dependiente	56.811	33.186	38.767	9.658	7.685	146.107
Moderado	1.053	510	576	2.666	0	4.805
Severo	435	0	4.337	0	647	5.419
Grande	0	238	0	0	629	867
Total	58.299	33.934	43.680	12.324	8.961	157.198
Resonancia magnética						
No dependiente	18.153	17.512	3.532	3.750	0	42.947
Moderado	0	853	73	0	0	926
Severo	777	0	2.043	0	1.920	4.740
Grande	0	148	816	1.577	0	2.540
Total	18.930	18.513	6.464	5.327	1.920	51.153
Análisis						
No dependiente	344.244	250.419	273.583	129.381	61.632	1.059.258
Moderado	3.136	9.770	24.604	16.728	10.233	64.470
Severo	777	3.187	9.215	10.104	15.656	38.939
Grande	736	3.152	12.318	20.149	12.321	48.676
Total	348.893	266.527	319.720	176.362	99.842	1.211.344

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2006.

Tabla A3.2.11. Tasa de prevalencia por cada 1.000 individuos en el mismo grupo de dependencia de los individuos que se realizaron alguna prueba médica durante las últimas cuatro semanas

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Media
Cualquier tipo de prueba						
No dependiente	288	276	291	186	189	264
Moderado	230	643	356	355	202	331
Severo	492	281	601	360	479	444
Grande	52	437	542	385	141	288
Total	286	284	308	218	207	272
Radiografía						
No dependiente	71	67	77	33	38	64
Moderado	50	244	76	69	72	87
Severo	45	131	179	183	177	168
Grande	0	158	138	63	16	56
Total	70	72	81	45	50	67
TAC						
No dependiente	9	18	12	4	7	11
Moderado	0	0	13	36	6	15
Severo	241	0	34	17	0	25
Grande	0	18	100	0	8	22
Total	10	18	14	6	7	12
Ecografía						
No dependiente	28	21	25	10	16	22
Moderado	45	18	6	34	0	16
Severo	45	0	108	0	11	28
Grande	0	18	0	0	6	3
Total	28	21	25	11	12	21
Resonancia magnética						
No dependiente	9	11	2	4	0	7
Moderado	0	31	1	0	0	3
Severo	80	0	51	0	32	24
Grande	0	11	19	23	0	10
Total	9	11	4	5	3	7
Análisis						
No dependiente	171	159	175	135	128	160
Moderado	135	351	259	216	125	211
Severo	80	150	229	160	259	200
Grande	52	233	286	299	111	196
Total	169	162	184	151	136	165

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2006.

Tabla A3.2.12. Coste en euros de los individuos que se realizaron alguna prueba médica durante las últimas cuatro semanas

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Cualquier prueba						
No dependiente	30.615.954	26.918.337	21.564.684	8.561.951	4.224.944	91.885.870
Moderado	220.251	832.749	1.507.381	1.628.127	648.790	4.837.297
Severo	871.654	186.253	1.770.176	911.975	1.490.531	5.230.589
Grande	29.844	290.293	1.908.578	1.391.401	784.572	4.404.688
Total	31.737.703	28.227.632	26.750.819	12.493.454	7.148.836	106.358.444
Radiografía						
No dependiente	2.936.649	2.176.026	2.472.192	656.769	379.709	8.621.346
Moderado	24.122	139.477	148.608	110.617	120.833	543.657
Severo	8.949	57.006	148.039	237.842	219.932	671.767
Grande	0	43.858	122.001	86.879	35.758	288.496
Total	2.969.720	2.416.367	2.890.840	1.092.107	756.231	10.125.265
TAC						
No dependiente	4.388.487	7.001.315	4.367.172	866.425	842.477	17.465.877
Moderado	0	0	300.509	664.542	112.927	1.077.979
Severo	562.535	0	333.136	264.302	0	1.159.974
Grande	0	57.344	1.034.929	0	207.911	1.300.184
Total	4.951.023	7.058.659	6.035.746	1.795.270	1.163.315	21.004.013
Ecografía						
No dependiente	3.718.257	2.172.007	2.537.309	632.128	502.974	9.562.676
Moderado	68.917	33.377	37.727	174.493	0	314.515
Severo	28.487	0	283.827	0	42.368	354.681
Grande	0	15.596	0	0	41.147	56.743
Total	3.815.661	2.220.981	2.858.862	806.621	586.489	10.288.615
Resonancia magnética						
No dependiente	5.610.021	5.412.013	1.091.470	1.158.945	0	13.272.448
Moderado	0	263.636	22.594	0	0	286.229
Severo	240.163	0	631.425	0	593.211	1.464.798
Grande	0	45.633	252.047	487.289	0	784.969
Total	5.850.184	5.721.281	1.997.536	1.646.233	593.211	15.808.445
Análisis						
No dependiente	13.962.539	10.156.976	11.096.540	5.247.684	2.499.783	42.963.523
Moderado	127.211	396.259	997.944	678.474	415.030	2.614.917
Severo	31.520	129.247	373.750	409.831	635.021	1.579.369
Grande	29.844	127.862	499.601	817.234	499.756	1.974.296
Total	14.151.114	10.810.344	12.967.835	7.153.223	4.049.590	49.132.106


Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2006.

Tabla A3.2.13. Coste por 1.000 habitantes del mismo grupo de dependencia de los individuos que se realizaron alguna prueba médica durante las últimas cuatro semanas

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Cualquier prueba						
No dependiente	15.171	17.055	13.800	8.926	8.743	13.919
Moderado	9.455	29.907	15.898	21.008	7.902	15.831
Severo	90.045	8.781	43.963	14.399	24.695	26.844
Grande	2.113	21.473	44.249	20.649	7.098	17.712
Total	15.368	17.203	15.366	10.701	9.710	14.470
Radiografía						
No dependiente	1.455	1.379	1.582	685	786	1.306
Moderado	1.036	5.009	1.567	1.427	1.472	1.779
Severo	924	2.688	3.677	3.755	3.644	3.448
Grande	0	3.244	2.829	1.289	324	1.160
Total	1.438	1.473	1.661	935	1.027	1.377
TAC						
No dependiente	2.175	4.436	2.795	903	1.743	2.646
Moderado	0	0	3.169	8.575	1.375	3.528
Severo	58.112	0	8.274	4.173	0	5.953
Grande	0	4.242	23.994	0	1.881	5.228
Total	2.397	4.302	3.467	1.538	1.580	2.857
Ecografía						
No dependiente	1.843	1.376	1.624	659	1.041	1.449
Moderado	2.958	1.199	398	2.252	0	1.029
Severo	2.943	0	7.049	0	702	1.820
Grande	0	1.154	0	0	372	228
Total	1.848	1.354	1.642	691	797	1.400
Resonancia magnética						
No dependiente	2.780	3.429	698	1.208	0	2.011
Moderado	0	9.468	238	0	0	937
Severo	24.810	0	15.682	0	9.828	7.518
Grande	0	3.375	5.844	7.232	0	3.156
Total	2.833	3.487	1.147	1.410	806	2.151
Análisis						
No dependiente	6.919	6.435	7.101	5.471	5.173	6.508
Moderado	5.461	14.231	10.525	8.755	5.055	8.558
Severo	3.256	6.094	9.282	6.471	10.521	8.106
Grande	2.113	9.458	11.583	12.128	4.521	7.939
Total	6.852	6.588	7.449	6.127	5.500	6.684

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2006.

4



Un ejercicio sobre
el impacto de programas
de prevención sobre
los costes sanitarios
y la dependencia

4.1. INTRODUCCIÓN

La atención sanitaria a personas dependientes comprende tanto la medicina asistencial como la medicina preventiva. La primera tiene como finalidad proporcionar tratamientos para paliar los efectos derivados de las afecciones que se padecen. En cambio, la segunda pretende retrasar en la medida de lo posible la incidencia de todas las enfermedades que se puedan prevenir. Los problemas de salud de las personas mayores consumen una importante cantidad de recursos asistenciales. Si una parte de dichos problemas fuera prevenible con un esfuerzo moderado, sería prioritario identificar e implementar iniciativas que fueran efectivas tendentes a retrasar la dependencia o recuperar las situaciones que sean reversibles.

En España, el Programa de Actividades de Prevención y Promoción de la Salud (PAPPS) fue creado en el año 1988 por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria con los siguientes objetivos: prevenir enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades infecciosas, trastornos de salud mental, enfermedades prevalentes en ancianos, y ofrecer recomendaciones sobre estilos de vida saludables. En el año 2003 este programa había logrado implantarse en 17 comunidades autónomas y 695 centros de salud.

Desde el año 2006, las distintas comunidades autónomas, en colaboración con la Fundación La Caixa y la Fundación MAPFRE, comenzaron a impartir unos talleres de prevención de la dependencia, dirigidos a retrasar los efectos provocados por el envejecimiento y favorecer la construcción de redes sociales. Estos cursos tienen lugar en centros de mayores y se imparten a grupos reducidos de personas de edad avanzada (unas 16 personas por grupo) con una duración de entre una hora y media y dos horas, dos veces por semana, hasta completar un máximo de 20 horas. Además, se ofrece un servicio de transporte adaptado gratuito para todas las personas con problemas de movilidad. Una vez finalizado el curso, quienes lo deseen pueden recibir un DVD en el que se encuentran explicados todos los ejercicios para que los puedan realizar de forma autónoma. También se llevan a cabo sesiones de seguimiento durante los tres meses posteriores a la finalización del curso para reforzar y personalizar algunos de los aspectos impartidos.

La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia recoge en su artículo 21 la prestación para "Prevención de situaciones de dependencia", que tiene como objetivo re-

trasar el inicio o agravamiento de las enfermedades o discapacidades, así como sus efectos secundarios, mediante una implementación coordinada de los servicios sociales y sanitarios de programas de rehabilitación y prevención de riesgos. Desde la implantación de la Ley, el recurso a esta medida ha sido muy escaso, posiblemente debido a la falta de concreción acerca de qué se entiende por “prevención de situaciones de dependencia”. Estos programas de prevención deberían ser una combinación de: 1) programas de prevención de caídas; 2) detección precoz de alteraciones visuales y auditivas; 3) prevención del uso inadecuado de la medicación; 4) prevención de la malnutrición en los ancianos, 5) detección de pérdidas de memoria o alteraciones del comportamiento, entre otras medidas.

Gran parte de la literatura que ha estudiado por qué se producen los accidentes y cuáles son sus consecuencias se ha centrado en la población de edad avanzada, y ha concluido que las caídas constituyen la principal causa de muerte entre las personas mayores en muchos países del mundo (Cesari *et al.*, 2002). En los Estados Unidos se ha constatado que cada año una de cada tres personas mayores de 65 años sufre una caída (Sattin *et al.*, 1990; Tinetti *et al.*, 1988). De las personas supervivientes, entre el 20% y el 30% sufren lesiones que reducen su movilidad y limitan su autonomía. Estos accidentes también aumentan el riesgo de muerte prematura (Alexander *et al.*, 1992), y al menos dos tercios de las personas mayores que sufren una caída por primera vez experimentan otra durante los seis meses posteriores (Perry, 1982).

Algunos estudios basados en encuestas representativas a nivel poblacional concluyen que un 42% de las caídas conllevan un ingreso hospitalario con una duración media de 11,6 días, y que aproximadamente el 50% de las caídas que ocurren en el hogar y que requieren atención médica posteriormente precisan del servicio de hospitalización domiciliaria (Sattin *et al.*, 1990). Por tanto, además de los costes sociales generados (medidos en términos de mayor discapacidad), los costes sanitarios derivados del tratamiento de las heridas y lesiones también son sustanciales (Englander *et al.*, 1996).

Entre los factores de riesgo que propician las caídas, menos de un 10% son causadas por factores extrínsecos (ser atropellado por un automóvil) o derivadas de una pérdida de conciencia (Speechley y Tinetti, 1990). En-

tre los factores más importantes pueden destacarse cuatro grupos: los relacionados con el estado de salud, con el entorno, con los hábitos del individuo y con los recursos disponibles. Dentro del primer grupo, las discapacidades visuales (Lord *et al.*, 2002), la administración inadecuada de la medicación (Joo *et al.*, 2002), las dificultades para mantener el equilibrio al caminar (Honeycutt y Ramsey, 2002; Patla *et al.*, 1992), tener un índice de masa corporal por debajo o por encima del indicado acompañado de polineuropatías graves (Richardson, 2002; Richter *et al.*, 2002) son factores que aumentan el riesgo de caídas entre las personas mayores. En el segundo grupo, diversos factores del entorno como unas superficies deslizantes o desiguales, una iluminación deficiente, un mobiliario poco estable, alfombras sueltas u otra serie de obstáculos aumentan el riesgo de caídas y lesiones (Speechley y Tinetti, 1990; Richter *et al.*, 2002). Entre las conductas individuales, se ha demostrado que el sedentarismo, el abuso del alcohol (Tinetti *et al.*, 1988), determinadas vivencias ocurridas recientemente (Peterson *et al.*, 2000), así como comportamientos de vagabundeo, agitación o deambulación que caracterizan procesos de deterioro cognitivo o demencia (Van Doorn *et al.*, 2003) suelen aumentar la propensión a sufrir caídas. Por último, la falta de servicios comunitarios o de profesionales formados que sepan transmitir cuáles son las estrategias de prevención de situaciones de dependencia también puede influir en el porcentaje de accidentes (Hughes, 2002; Stoddart *et al.*, 2002).

Por otra parte, los accidentes no sólo conllevan consecuencias físicas, sino también psicológicas, ya que producen una merma en la confianza del individuo y un mayor miedo a sufrir nuevos percances (Mossey, 1985). Esta disminución de la autoconfianza puede coartar al individuo a la hora de realizar actividades de la vida diaria que hasta el momento desempeñaba con total independencia (Speechley y Tinetti, 1990).

Debido a que las caídas empobrecen la calidad de vida y conllevan mayores costes sanitarios y mayores tasas de institucionalización de forma permanente (Fox *et al.*, 1996), el desarrollo de programas de prevención de caídas y su implementación práctica deben constituir uno de los brazos de las políticas públicas sociosanitarias (Cornillon *et al.*, 2002). Estas estrategias de prevención deben actuar sobre factores de riesgo susceptibles de ser reducidos, tales como programas de actividad física para aumentar la fuerza muscular (Gillespie *et al.*, 2001), mejorar el equilibrio y

la coordinación (Cornillon *et al.*, 2002), aumentar la supervisión para minimizar los efectos secundarios de determinados fármacos (Ray y Griffen, 1990), así como reducir las barreras arquitectónicas (Tideikssar, 1986).

Algunos estudios (AGS *et al.*, 2001; Gillespie *et al.*, 2004; Moreland *et al.*, 2003; Skelton y Todd, 2004; Tinetti, 2003) han seguido dos enfoques diferentes a la hora de proponer estrategias de prevención. El primero de ellos consistía en identificar a los individuos que estaban expuestos a un mayor riesgo e incluirlos dentro de un programa específico de prevención de caídas. La ventaja de esta estrategia es que conlleva una atención personalizada a cada individuo, con la elaboración de un programa de atención y de consejos específicamente adecuado a los riesgos de cada uno. Su principal desventaja es que resulta bastante exigente en cuanto a los recursos necesarios para implementarlo. El segundo enfoque es menos selectivo que el primero. Implica educar a las personas mayores sobre la forma de evitar riesgos en el hogar, promover la actividad física y la toma de conciencia de cuáles son los factores de riesgo que propician las caídas. Aunque este enfoque, si resulta efectivo, supone dar cobertura a un mayor número de personas, no asegura que los riesgos específicos de determinados grupos de individuos sean abordados de la manera más adecuada.

La Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD 2008) proporciona información actual y retrospectiva sobre el estado de salud del individuo, así como sobre si ha sufrido algún tipo de accidente durante el último año y si ha recibido cursos de prevención de riesgos o adiestramiento en actividades de la vida diaria.

Con esta información se propone realizar un estudio en tres fases: 1) analizar cuáles son las características (discapacidades, enfermedades crónicas, edad) de los individuos que han sufrido accidentes para determinar cuáles pueden ser los rasgos identificativos de las personas más propensas a sufrir este tipo de percances; 2) determinar si el hecho de recibir algún tipo de curso de prevención reduce la posibilidad de sufrir accidentes y si, en caso de sufrirlos, las consecuencias sobre el estado de salud son menos adversas; y 3) evaluar qué costes conllevaría la generalización de los programas de prevención de dependencia, observando como contrapartida cuáles son los costes derivados de la asistencia sanitaria a personas que han sufrido un accidente y cuáles son los costes en términos

de prestaciones por dependencia, si como consecuencia de dicho accidente el individuo requiere la ayuda de otra persona para realizar ciertas actividades de la vida diaria.

4.2. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS ACCIDENTES A LA LUZ DE LA ENCUESTA DE DISCAPACIDAD

La Tabla 4.1. muestra la distribución por edades en función de la incidencia de los accidentes y los cursos de prevención. Se estima que, en el año 2008, 3.787.447 personas padecían alguna discapacidad en España. De ellas, el 88,06% no había sufrido ningún accidente en el año previo, mientras que el 11,94% había sufrido al menos uno durante dicho periodo. Por otra parte, sólo el 1,67% de la población con discapacidades había recibido algún curso de formación sobre prevención de situaciones de dependencia. Entre los individuos que habían sufrido accidentes, pero no habían recibido formación, el 68,41% tenía 60 y más años. En cambio, entre los que habiendo sufrido accidentes habían recibido formación, el 47,89% tenía entre 30 y 49 años.

En la Tabla 4.2. se muestra cuáles eran las discapacidades padecidas hace al menos un año en función de si, a lo largo del 2008, el individuo había sufrido algún accidente o había recibido algún curso de prevención. Las discapacidades para “ocuparse de las tareas de la casa”, “organizar, hacer y trasladar las compras”, “levantar o transportar objetos con manos y brazos” y “desplazarse utilizando medios de transporte” aparecen como predominantes para los cuatro grupos estudiados. En el caso de las personas que habían sufrido accidentes y habían realizado cursos de prevención, la segunda discapacidad más importante era “realizar los cuidados básicos del cuerpo” y en el caso de los que no habían sufrido accidentes, pero sí habían recibido cursos de prevención, destacaban las discapacidades para “andar o moverse fuera de su vivienda” y “preparar las comidas”.

A continuación se propone estudiar cómo han evolucionado dichas discapacidades a lo largo del año 2008. Para ello se ha seguido un procedimiento en dos pasos. Primero se ha aplicado el baremo de valoración a partir de la información referida sobre las discapacidades declaradas por los individuos, con independencia de cuál fuera su edad de inicio. A continuación, se han calculado los totales para cada discapacidad y grupo y se ha obtenido la variación porcentual respecto al año anterior.

Tabla 4.1. Clasificación por edades en función de haber sufrido o no accidentes y haber recibido o no cursos de prevención

Edades	Accidentes = 0 Prevención = 0	Accidentes = 0 Prevención = 1	Accidentes = 1 Prevención = 0	Accidentes = 1 Prevención = 1
6-9	26.495 <i>0,81</i>	1.348 <i>2,55</i>	1.713 <i>0,39</i>	416 <i>3,94</i>
10-14	36.216 <i>1,10</i>	1.869 <i>3,54</i>	1.639 <i>0,37</i>	127 <i>1,21</i>
15-19	32.053 <i>0,98</i>	2.345 <i>4,44</i>	3.847 <i>0,87</i>	392 <i>3,70</i>
20-24	38.632 <i>1,18</i>	3.021 <i>5,72</i>	3.237 <i>0,73</i>	0 <i>0,00</i>
25-29	54.879 <i>1,67</i>	2.804 <i>5,31</i>	5.627 <i>1,27</i>	0 <i>0,00</i>
30-34	93.842 <i>2,86</i>	2.609 <i>4,94</i>	7.946 <i>1,80</i>	974 <i>9,21</i>
35-39	104.119 <i>3,17</i>	3.818 <i>7,23</i>	15.722 <i>3,56</i>	1.619 <i>15,31</i>
40-44	140.015 <i>4,27</i>	4.072 <i>7,71</i>	16.148 <i>3,66</i>	954 <i>9,02</i>
45-49	167.255 <i>5,10</i>	3.216 <i>6,09</i>	28.324 <i>6,42</i>	1.518 <i>14,35</i>
50-54	176.984 <i>5,39</i>	4.282 <i>8,11</i>	24.242 <i>5,49</i>	224 <i>2,11</i>
55-59	222.699 <i>6,78</i>	3.107 <i>5,88</i>	31.032 <i>7,03</i>	943 <i>8,91</i>
60-64	254.677 <i>7,76</i>	3.710 <i>7,03</i>	29.585 <i>6,70</i>	65 <i>0,62</i>
65-69	259.108 <i>7,89</i>	3.266 <i>6,19</i>	29.326 <i>6,64</i>	1.053 <i>9,96</i>
70-74	357.900 <i>10,90</i>	1.902 <i>3,60</i>	44.009 <i>9,97</i>	929 <i>8,78</i>
75-79	433.107 <i>13,19</i>	5.433 <i>10,29</i>	64.696 <i>14,65</i>	592 <i>5,59</i>
80-84	417.582 <i>12,72</i>	2.968 <i>5,62</i>	61.558 <i>13,94</i>	451 <i>4,26</i>
≥85	467.035 <i>14,23</i>	3.021 <i>5,72</i>	72.831 <i>16,50</i>	320 <i>3,03</i>
Totales	3.282.597 100,00	52.790 100,00	441.483 100,00	10.577 100,00

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

Tabla 4.2. Distribución porcentual de las discapacidades padecidas hace al menos un año atendiendo a si se habían sufrido o no accidentes y si se había recibido o no prevención (“Tiene dificultad importante para...”)

	Accidentes = 0		Accidentes = 1		Accidentes = 0		Accidentes = 1	
	Prevención = 0	Prevención = 1	Prevención = 0	Prevención = 1	Prevención = 0	Prevención = 1	Prevención = 0	Prevención = 1
Ciego o sólo distingue luz-oscuridad	1,43	0,26	1,86	0,00				
Ver la cara a alguien al otro lado de la calle	16,30	11,63	16,38	6,25				
Otra dificultad importante de la visión	8,72	8,36	9,41	3,63				
Es sordo	1,57	1,04	1,33	0,95				
Oír una alarma, sirena, sonidos fuertes	10,24	4,52	8,66	1,99				
Oír una conversación	24,81	9,31	22,85	11,01				
Hablar de manera comprensible	9,62	29,52	8,67	24,51				
Comprender el significado de lo que dicen los demás	8,53	21,80	8,37	22,54				
Comprender o expresarse mediante lenguaje escrito	10,78	32,11	10,32	28,12				
Comprender o expresarse mediante gestos/signos	5,98	15,44	5,84	19,84				
Mantener un diálogo, intercambiar ideas	9,56	30,32	8,96	27,89				
Utilizar el teléfono	12,33	27,78	11,46	16,61				
Prestar atención con la mirada o con el oído	6,47	19,00	7,25	17,28				
Aprender, leer, escribir, contar	10,09	30,71	10,46	22,01				
Llevar a cabo tareas sencillas	7,40	17,19	7,93	10,50				
Llevar a cabo tareas complejas	12,10	30,31	13,07	25,67				
Cambiar de postura	23,99	24,04	33,71	32,07				
Mantener el cuerpo en la misma posición	26,12	23,31	34,01	28,64				

Tabla 4.2. Distribución porcentual de las discapacidades padecidas hace al menos un año atendiendo a si se habían sufrido o no accidentes y si se había recibido o no prevención ("Tiene dificultad importante para...") (continuación)

	Accidentes = 0		Accidentes = 1		Accidentes = 1	
	Prevención = 0	Prevención = 1	Prevención = 0	Prevención = 1	Prevención = 0	Prevención = 1
Andar o moverse dentro de su vivienda	20,57	18,85	29,06	16,06		
Andar o moverse fuera de su vivienda	38,24	44,69	48,75	39,40		
Desplazarse utilizando medios de transporte	36,12	43,65	46,52	50,64		
Conducir vehículos sin ayudas	10,34	25,41	12,23	24,43		
Levantar o transportar objetos con manos y brazos	31,93	34,86	41,94	38,13		
Manipular o mover objetos con manos y brazos	22,86	27,14	30,60	37,25		
Manipular objetos pequeños con manos y dedos	17,41	25,70	24,46	22,71		
Lavarse o secarse las diferentes partes del cuerpo	28,15	39,25	38,02	30,42		
Realizar los cuidados básicos del cuerpo	27,36	40,54	35,82	41,85		
Actividades relacionadas con la micción	15,99	24,50	22,11	26,04		
Actividades relacionadas con la defecación	10,93	20,52	13,02	8,82		
Actividades relacionadas con el cuidado menstrual	0,70	5,38	0,80	4,90		
Vestirse o desvestirse	22,40	38,40	29,80	37,37		
Comer y beber	8,34	15,95	10,32	16,00		
Cumplir las prescripciones médicas	19,24	38,28	23,49	26,18		
Evitar situaciones de peligro	15,18	31,02	17,79	23,90		
Organizar, hacer y trasladar las compras	42,85	54,90	55,02	40,56		
Preparar comidas	26,46	45,76	34,29	31,82		

Tabla 4.2. Distribución porcentual de las discapacidades padecidas hace al menos un año atendiendo a si se habían sufrido o no accidentes y si se había recibido o no prevención ("Tiene dificultad importante para...") (continuación)

	Accidentes = 0		Accidentes = 1		Accidentes = 1	
	Prevención = 0	Prevención = 1	Prevención = 0	Prevención = 1	Prevención = 0	Prevención = 1
Ocuparse de las tareas de la casa	38,11	55,66	49,55	39,77		
Mostrar afecto a otras personas	5,87	15,91	5,34	18,46		
Relacionarse con extraños	9,77	24,63	8,26	16,96		
Crear y mantener relaciones laborales	7,81	25,78	6,81	11,38		
Crear y mantener relaciones con amigos/vecinos	8,14	25,20	6,92	7,15		
Crear y mantener relaciones familiares	8,33	31,91	6,81	21,71		
Crear y mantener relaciones sentimentales	9,80	35,29	8,84	30,49		
Total	3.282.597	52.790	441.483	10.577		

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

Para los individuos que habían sufrido accidentes, las discapacidades que más habían aumentado eran “evitar situaciones de peligro” y “manipular objetos con manos y brazos” en caso de que no hubiesen recibido cursos de formación, y “crear y mantener relaciones con amigos y vecinos” y “actividades relacionadas con la defecación” si habían sufrido un accidente a pesar de haber recibido formación. En el caso de los individuos que no habían sufrido accidentes, las tasas de variación de todas las discapacidades eran sustancialmente inferiores (Tabla 4.3.).

En la Figura 4.1. se muestra la frecuencia de recepción de cursos de prevención atendiendo al grado y nivel de dependencia que tenía el individuo en el año previo. Para ello se ha utilizado la información sobre la edad de inicio de cada una de las discapacidades y se ha calculado cuáles de ellas estaban presentes al menos un año antes de la fecha de realización de la encuesta.

Con excepción de los individuos calificados como “no dependientes” en todos los demás casos, el porcentaje que había recibido cursos de prevención es superior. Las mayores diferencias se aprecian para los dependientes moderados de nivel 2 y los dependientes severos de nivel 2.

En relación con el lugar de ocurrencia de los accidentes, si se compara la frecuencia de cada una de las localizaciones de las que se ofrece información en la EDAD (2008) distinguiendo si el individuo había recibido o no cursos de prevención, se observa que, cuando no se había recibido formación, había una mayor incidencia de los accidentes en la calle (no accidentes de tráfico), pero cuando se había recibido formación, había una incidencia superior de accidentes en el hogar (Figura 4.2.).

La Figura 4.3. muestra cuáles son las tasas de prevalencia por sexo de los individuos que habían sufrido un accidente durante el último año, pero no habían recibido ningún tipo de formación sobre prevención de riesgos. Se aprecia que a partir de los 45-59 años la tasa de prevalencia de las mujeres es muy superior a la de los hombres, alcanzándose una diferencia máxima de 37 puntos para el intervalo de 80-89 años.

Tabla 4.3. Tasas de variación de las discapacidades durante el último año atendiendo a si se había sufrido un accidente y se habían recibido o no cursos de prevención

	Accidentes = 0 Prevención = 0	Accidentes = 0 Prevención = 1	Accidentes = 1 Prevención = 0	Accidentes = 1 Prevención = 1
Ciego o sólo distingue luz-oscuridad	4,61	0,00	9,64	-
Ver la cara a alguien al otro lado de la calle	7,06	3,13	13,53	13,33
Otra dificultad importante de la visión	7,58	1,00	7,47	0,00
Es sordo	2,73	0,00	1,68	0,00
Oír una alarma, sirena, sonidos fuertes	5,52	0,00	5,43	0,00
Oír una conversación	5,89	2,61	6,05	19,52
Hablar de manera comprensible	10,00	9,34	13,16	11,25
Comprender el significado de lo que dicen los demás	10,12	4,66	10,71	0,00
Comprender o expresarse mediante lenguaje escrito	8,66	9,59	11,42	9,81
Comprender o expresarse mediante gestos/signos	10,08	3,48	11,50	0,00
Mantener un diálogo, intercambiar ideas	9,38	10,42	14,85	0,00
Utilizar el teléfono	9,52	14,70	15,21	0,00
Prestar atención con la mirada o con el oído	12,57	2,09	11,35	4,82
Aprender, leer, escribir, contar	9,63	6,43	12,71	0,00
Llevar a cabo tareas sencillas	10,46	11,55	16,09	37,93
Llevar a cabo tareas complejas	10,95	12,10	14,57	18,77
Cambiar de postura	10,39	16,97	15,75	29,93
Mantener el cuerpo en la misma posición	9,55	16,23	13,96	20,98

Tabla 4.3. Tasas de variación de las discapacidades durante el último año atendiendo a si se había sufrido un accidente y se habían recibido o no cursos de prevención (continuación)

	Accidentes = 0		Accidentes = 1		Accidentes = 1	
	Prevención = 0	Prevención = 1	Prevención = 0	Prevención = 1	Prevención = 0	Prevención = 1
Andar o moverse dentro de su vivienda	11,40	15,21	15,96	42,59		
Andar o moverse fuera de su vivienda	10,57	14,26	15,87	24,36		
Desplazarse utilizando medios de transporte	10,71	15,26	15,24	23,58		
Conducir vehículos sin ayudas	9,03	10,90	11,36	35,40		
Levantar o transportar objetos con manos y brazos	10,23	11,49	15,47	25,17		
Manipular o mover objetos con manos y brazos	9,92	18,69	16,66	24,33		
Manipular objetos pequeños con manos y dedos	10,58	14,87	15,59	39,91		
Lavarse o secarse las diferentes partes del cuerpo	12,35	15,52	17,81	22,49		
Realizar los cuidados básicos del cuerpo	11,72	15,19	15,40	16,34		
Actividades relacionadas con la micción	14,53	16,47	18,29	44,89		
Actividades relacionadas con la defecación	15,49	13,22	22,17	26,30		
Actividades relacionadas con el cuidado menstrual	6,63	7,38	5,46	81,31		
Vestirse o desvestirse	12,00	14,47	18,00	18,30		
Comer y beber	14,68	13,69	19,11	56,66		
Cumplir las prescripciones médicas	13,37	11,84	19,35	19,91		
Evitar situaciones de peligro	11,98	17,75	17,38	18,33		
Organizar, hacer y trasladar las compras	10,78	13,01	15,53	34,58		
Preparar comidas	11,90	13,82	16,19	28,47		

Tabla 4.3. Tasas de variación de las discapacidades durante el último año atendiendo a si se había sufrido un accidente y se habían recibido o no cursos de prevención (continuación)

	Accidentes = 0 Prevención = 0	Accidentes = 0 Prevención = 1	Accidentes = 1 Prevención = 0	Accidentes = 1 Prevención = 1
Ocuparse de las tareas de la casa	10,31	12,71	14,71	33,91
Mostrar afecto a otras personas	12,54	10,16	16,08	0,00
Relacionarse con extraños	10,21	16,58	16,95	2,33
Crear y mantener relaciones laborales	11,04	13,33	17,55	3,47
Crear y mantener relaciones con amigos/vecinos	11,26	8,30	19,65	5,53
Crear y mantener relaciones familiares	9,53	3,42	15,63	1,82
Crear y mantener relaciones sentimentales	10,29	3,81	16,09	3,40
Total	3.282.597	52.790	441.483	10.577

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

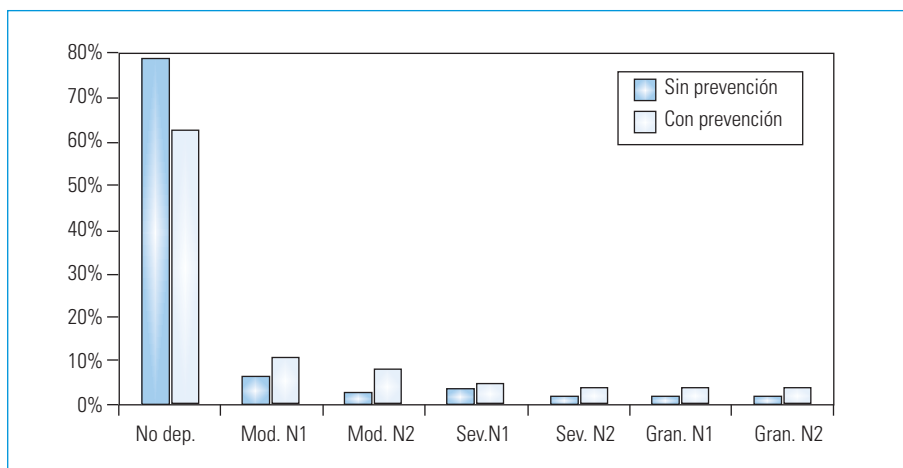


FIGURA 4.1. Recepción de cursos de prevención atendiendo al estado de dependencia en el año previo. Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

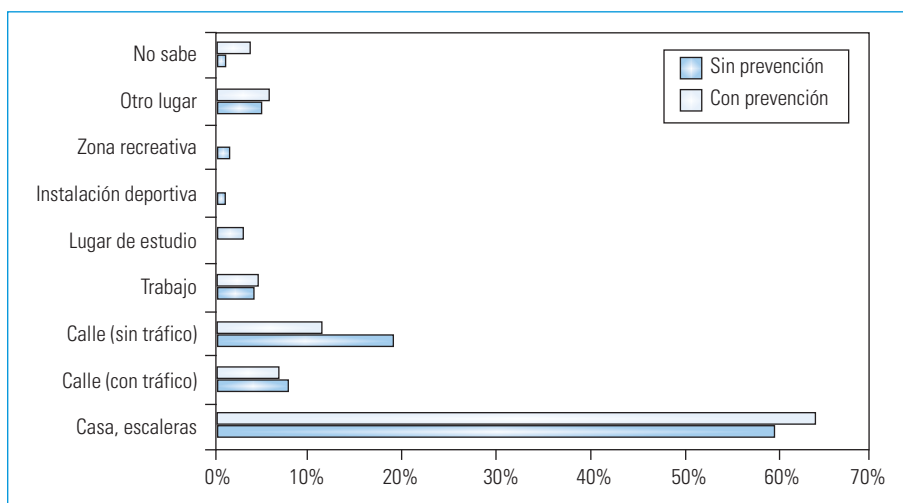


FIGURA 4.2. Lugar de ocurrencia de los accidentes atendiendo a si el individuo había recibido o no cursos de prevención. Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008. En el caso de accidentes en la casa, las escaleras o el portal no se proporciona información sobre el lugar exacto (cocina, cuartos de baño...).

A continuación se ha analizado la variación en el grado de dependencia en dos momentos del tiempo (en el año previo o años anteriores y en el momento de realizarse la encuesta) atendiendo a si se había sufrido o no un accidente y si se había recibido o no formación para prevenir situaciones de dependencia. Los individuos que

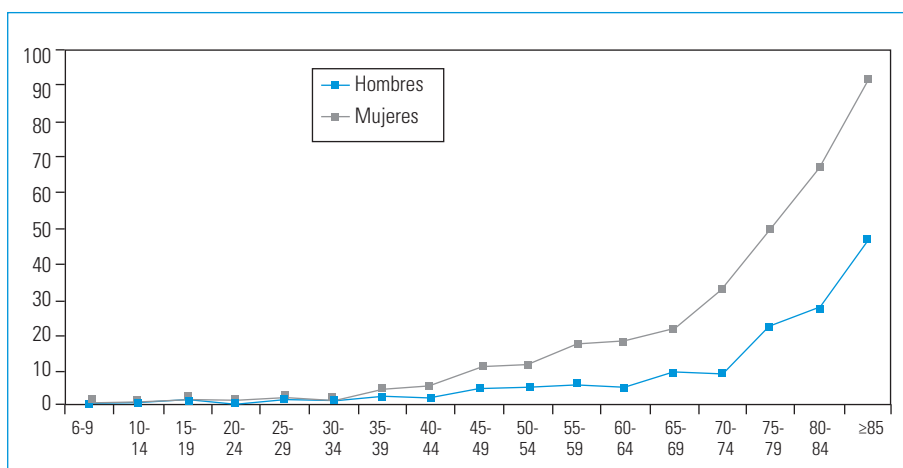


FIGURA 4.3. Tasas de prevalencia por 1.000 habitantes. Personas que habían sufrido accidentes, pero no habían recibido prevención.

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

no habían sufrido accidentes y no habían recibido cursos de prevención presentaban el mayor porcentaje que puede ser considerado como dependiente, hace más de un año o en la actualidad (76,61%), respecto a las otras situaciones (52,60%, 62,10%, 53,11%). Comparando los porcentajes de las diagonales principales correspondientes a los dos grupos que no habían sufrido accidentes, se aprecia una mayor concentración de dependientes moderados (16,16% frente a 8,41%) y de grandes dependientes (7,76% frente a 3,55%) respecto a los que no habían recibido formación. Por otra parte, comparando los dos grupos que habían sufrido accidentes, se observa que para los que habían recibido cursos de prevención no hay ningún individuo que fuera considerado como dependiente moderado en el año previo o años anteriores y haya evolucionado hacia grados de dependencia superiores. En cambio, entre los que no habían recibido prevención, 6.876 individuos antes eran considerados como dependientes moderados de nivel 1 y ahora había aumentado el grado de severidad. Por otra parte, entre los que no habían recibido formación, hay 3.850 individuos que antes eran grandes dependientes de nivel 1 y ahora han pasado a serlo de nivel 2. En cambio, entre los que sí habían recibido formación, ninguno de los grandes dependientes de nivel 1 había aumentado su grado de dependencia (Tablas 4.4.-4.7.).

Tabla 4.4. Clasificación por grados de dependencia de personas que no habían sufrido un accidente ni habían recibido un curso de prevención en el último año (accidentes = 0; prevención = 0)

Estado actual	Estado de dependencia en el año previo						
	No dep.	M1	M2	S1	S2	G1	G2
No dep.	2.514.771 <i>76,61</i>						
M1	28.627 <i>0,87</i>	181.709 <i>5,54</i>					
M2	13.662 <i>0,42</i>	3.744 <i>0,11</i>	94.058 <i>2,87</i>				
S1	15.859 <i>0,48</i>	1.504 <i>0,05</i>	2.221 <i>0,07</i>	104.629 <i>3,19</i>			
S2	6.838 <i>0,21</i>	268 <i>0,01</i>	359 <i>0,01</i>	1.764 <i>0,05</i>	56.661 <i>1,73</i>		
G1	37.728 <i>1,15</i>	8.651 <i>0,26</i>	4.847 <i>0,15</i>	8.355 <i>0,25</i>	5.700 <i>0,17</i>	63.188 <i>1,92</i>	
G2	27.223 <i>0,83</i>	7.946 <i>0,24</i>	6.870 <i>0,21</i>	10.256 <i>0,31</i>	5.947 <i>0,18</i>	15.673 <i>0,48</i>	53.538 <i>1,63</i>

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

No dep.: no alcanza la puntuación mínima para ser considerado como dependiente.

M1: dependencia moderada, nivel 2; M2: dependencia moderada, nivel 2.

S1: dependencia severa, nivel 1; S2: dependencia severa, nivel 2.

G1: gran dependencia, nivel 1; G2: gran dependencia, nivel 2.

4.3. UN MODELO EMPÍRICO DE ANÁLISIS DE PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

El objetivo principal es determinar si el hecho de recibir cursos de prevención en actividades de la vida diaria disminuye el riesgo de accidentes y si, en caso de sufrirlos, el impacto sobre el estado de salud es menor. Dicho impacto se medirá como la variación en la puntuación obtenida a través del baremo de valoración de la dependencia al comparar el estado anterior y posterior al accidente. Como en la información contenida en la EDAD (2008) se indica si el individuo ha sufrido algún accidente durante el último año, y como se conoce la edad de inicio de todas las discapacidades declaradas por el entrevistado, se comparará el resultado del baremo de valoración hace más

Tabla 4.5. Clasificación por grados de dependencia de personas que no habían sufrido un accidente y sí habían recibido un curso de prevención en el último año (accidentes = 0; prevención = 1)

Estado actual	Estado de dependencia en el año previo						
	No dep.	M1	M2	S1	S2	G1	G2
No dep.	27.766 <i>52,60</i>						
M1	675 <i>1,28</i>	5.167 <i>9,79</i>					
M2	517 <i>0,98</i>	0 <i>0,00</i>	3.362 <i>6,37</i>				
S1	428 <i>0,81</i>	210 <i>0,40</i>	0 <i>0,00</i>	1.787 <i>3,39</i>			
S2	399 <i>0,76</i>	0 <i>0,00</i>	0 <i>0,00</i>	0 <i>0,00</i>	1.246 <i>2,36</i>		
G1	2.764 <i>5,24</i>	690 <i>1,31</i>	339 <i>0,64</i>	243 <i>0,46</i>	845 <i>1,60</i>	2.505 <i>4,75</i>	
G2	424 <i>0,80</i>	64 <i>0,12</i>	1.129 <i>2,14</i>	347 <i>0,66</i>	212 <i>0,40</i>	84 <i>0,16</i>	1.587 <i>3,01</i>

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

de un año como la puntuación obtenida en el momento de realizarse la encuesta.

El fundamento de comparar a los individuos que han padecido algún accidente en el último año con los que no han sufrido ninguno, y los individuos que han recibido cursos de prevención de la dependencia con los que no los han recibido, se debe a que en este proceso de decisión puede subyacer un problema de selectividad si la ocurrencia de accidentes no sigue un proceso aleatorio, o si el conjunto de individuos a los que se les ha dado formación no constituye una muestra aleatoria. En cualquiera de estas dos circunstancias, si el problema de selectividad no se tiene en cuenta, las estimaciones obtenidas serán inconsistentes (Heckman, 1979). Hasta el momento, no existe constancia de la aplicación de un modelo de doble selección como el propuesto por Tunali (1986) para la

Tabla 4.6. Clasificación por grados de dependencia de personas que habían sufrido un accidente y no habían recibido un curso de prevención en el último año (accidentes = 1; prevención = 0)

Estado actual	Estado de dependencia en el año previo						
	No dep.	M1	M2	S1	S2	G1	G2
No dep.	274.142 <i>62,10</i>						
M1	9.244 <i>2,09</i>	40.394 <i>9,15</i>					
M2	1.587 <i>0,36</i>	1.332 <i>0,30</i>	18.591 <i>4,21</i>				
S1	5.186 <i>1,17</i>	665 <i>0,15</i>	1.403 <i>0,32</i>	24.641 <i>5,58</i>			
S2	1.485 <i>0,34</i>	175 <i>0,04</i>	288 <i>0,07</i>	970 <i>0,22</i>	10.906 <i>2,47</i>		
G1	5.736 <i>1,30</i>	1.585 <i>0,36</i>	476 <i>0,11</i>	1.480 <i>0,34</i>	643 <i>0,15</i>	12.665 <i>2,87</i>	
G2	5.548 <i>1,26</i>	3.119 <i>0,71</i>	1.478 <i>0,33</i>	4.081 <i>0,92</i>	1.100 <i>0,25</i>	3.850 <i>0,87</i>	8.711 <i>1,97</i>

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

modelización del proceso subyacente de prevención de accidentes y la ocurrencia de los mismos y sus implicaciones sobre el estado de dependencia del individuo¹.

Por consiguiente, consideramos dos reglas de decisión que pueden representarse en un marco bivalente estándar (Heckman, 1979; Maddala, 1983), tal y como se muestra en la página siguiente.

¹ Advertencia: si el modelo empírico le parece demasiado complejo al lector o no es de su interés profundizar en la metodología, sino conocer los resultados del análisis, se puede obviar la lectura de las siguientes páginas y retomar el hilo del análisis a partir de los resultados expuestos en la "Tabla 4.9. Efectos marginales para las probabilidades de sufrir un accidente y no haber realizado un curso de prevención (accidente = 1; prevención = 0) y sufrir un accidente y no haber realizado un curso de prevención (accidente = 1; prevención = 1)".

Tabla 4.7. Clasificación por grados de dependencia de personas que habían sufrido un accidente y habían recibido un curso de prevención en el último año (accidentes = 1; prevención = 1)

Estado actual	Estado de dependencia en el año previo						
	No dep.	M1	M2	S1	S2	G1	G2
No dep.	5.618 53,11						
M1	0 0,00	1.012 9,57					
M2	0 0,00	0 0,00	353 3,34				
S1	214 2,02	0 0,00	0 0,00	797 7,53			
S2	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	306 2,89		
G1	860 8,13	0 0,00	0 0,00	187 1,77	182 1,72	356 3,37	
G2	415 3,92	0 0,00	171 1,61	0 0,00	53 0,50	0 0,00	55 0,52

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

Situación de la persona con discapacidad

$$Individuo_i = \begin{cases} PR_i = 1 & \begin{cases} AC_i = 1 \\ AC_i = 0 \end{cases} \\ PR_i = 0 & \begin{cases} AC_i = 1 \\ AC_i = 0 \end{cases} \end{cases}$$

donde las variables PR_i y AC_i toman el valor 1 cuando la persona que padece la discapacidad ha recibido algún curso de asesoramiento en actividades de la vida diaria durante el último año, o cuando ha sufrido un accidente durante el último año, respectivamente, y toma el valor 0 en caso contrario. Estas decisiones pueden expresarse como:

$$PR_i^* = X_i \beta_1 + u_{1i} \quad (1)$$

$$AC_i^* = Z_i \beta_2 + u_{2i} \quad (2)$$

donde la variable PR_i^* mide la generosidad de los servicios de prevención de la dependencia como la diferencia entre la cantidad de servicios ofrecidos y las limitaciones para acceder a uno de ellos (número de cursos, número de plazas, lugar de realización). El individuo con discapacidad recibe un curso de prevención cuando la variable latente de recepción se encuentra por encima de un determinado umbral ($PR_i^* > 0$). La variable AC_i^* mide la diferencia entre el riesgo en función del grado de dependencia y el riesgo objetivo de sufrir un percance. El individuo declara que ha sufrido un accidente cuando el riesgo de sufrir dicha contingencia sobrepasa un cierto umbral de seguridad ($AC_i^* > 0$).

En la ecuaciones (1) y (2), los vectores X_i y Z_i representan el conjunto de características observables que afectan a la recepción de cursos de prevención de la dependencia y a la ocurrencia de accidentes, respectivamente, donde β_1 y β_2 son los correspondientes coeficientes, y u_{1i} y u_{2i} son los términos de error, que suponemos están distribuidos de acuerdo a una normal bivalente con $E[u_{1i}] = E[u_{2i}] = 0$, $Var[u_{1i}] = Var[u_{2i}] = 1$, $Cov[u_{1i}, u_{2i}] = \rho$.

Las variables dependientes (PR_i^* , AC_i^*) son latentes e inobservables. Sólo observamos una variable binaria que toma el valor 1 si el individuo ha recibido cursos de prevención [$PR_i = 1(PR_i^*)$], y otra variable binaria que toma el valor 1 si el individuo ha sufrido un accidente durante el último año [$AC_i = 1(AC_i^*)$]. La función de verosimilitud del probit bivalente se expresa como (Greene, 2007):

$$\ln L = \sum_{i=1}^N \ln \Phi_2(q_{1i}(X_i' \beta), q_{2i}(Z_i' \gamma); \rho^*) \quad (3)$$

$$q_{1i} = \begin{cases} 1 & \text{si } PR_i \neq 0 \\ -1 & \text{otherwise} \end{cases}; \quad q_{2i} = \begin{cases} 1 & \text{si } AC_i \neq 0 \\ -1 & \text{otherwise} \end{cases}; \quad \rho^* = q_{1i} q_{2i} \rho$$

En relación con la puntuación obtenida en el baremo de valoración de la dependencia:

$$\ln BD_i = W_i' \gamma + \varepsilon_i \quad (4)$$

donde $\ln BD_i$ representa el logaritmo de la puntuación obtenida por el individuo de acuerdo con la escala de valoración de la dependencia en el momento de realizarse la encuesta (2008), W es un vector de variables explicativas del estado de dependencia del individuo, ε_i es un término de error que se distribuye normalmente con $E[\varepsilon_i] = 0$ u $Var[\varepsilon_i] = \sigma^2$.

Para ilustrar este problema de doble selección, puede resultar útil comparar la puntuación del baremo de valoración de dependencia de los individuos con y sin curso de prevención ($PR = 1$ y $PR = 0$). En la submuestra que no ha sufrido accidentes, la puntuación obtenida por los que han realizado un curso de prevención ($PR = 1$) es un 93,42% superior, y cuando el individuo ha sufrido un accidente, los que han realizado un curso de prevención ($PR = 1$) alcanzan una puntuación un 30,85% superior. ¿Está indicando esta diferencia una mayor preocupación por evitar percances entre los que tienen un peor estado de salud?

Antes de contestar a esta pregunta, es necesario contrastar otras dos posibles explicaciones. En primer lugar, las personas que han sufrido accidentes pueden tener una mayor puntuación en el baremo de valoración porque son un grupo autoseleccionado con respecto a las características observables. Si este fuera el caso, la cuestión de esta puntuación extra se resolvería simplemente estimando una ecuación para la puntuación obtenida controlando las variables relevantes en cada grupo. En segundo lugar, si los individuos que han sufrido accidentes son un grupo autoseleccionado con respecto a características inobservables (por ejemplo, falta de adecuación de la ayuda recibida a la tipología de las discapacidades padecidas), entonces la estimación por mínimos cuadrados proporcionará resultados no concordantes.

La Tabla 4.8. detalla los posibles resultados del proceso de selección, donde S_j representa el conjunto de individuos que pertenecen a la j -ésima muestra ($j = 1, 2, 3, 4$). S_1 corresponde al estado en el que el individuo no recibe cursos de prevención y no sufre accidentes; S_2 denota el estado en el que el individuo no recibe cursos de prevención, pero sí que sufre accidentes; S_3 es la situación en la

Tabla 4.8. Posibles resultados del proceso de selección

		Accidentes (AC_i)	
		0	1
Prevención (PR_i)	0	S_1	S_2
	1	S_3	S_4

que recibe cursos de prevención, pero no sufre accidentes y S_4 denota la situación en la que el individuo recibe cursos de prevención y sí que sufre algún accidente.

Las probabilidades correspondientes a cada submuestra son:

$$\begin{aligned} S_1 &= \Pr [AC_i = 0, PR_i = 0] = \Pr [AC_i^* \leq 0, PR_i^* \leq 0] = \\ &= \Pr [u_{1i} \leq -X_i'\beta_1, u_{2i} \leq -Z_i'\beta_2] = \Phi_2 (-\Pi_1, -\Pi_2; \rho) \end{aligned} \quad (5)$$

$$\begin{aligned} S_2 &= \Pr [AC_i = 0, PR_i = 1] = \Pr [AC_i^* \leq 0, PR_i^* > 0] = \\ &= \Pr [u_{1i} \leq -X_i'\beta_1, u_{2i} > -Z_i'\beta_2] = \Phi_2 (-\Pi_1, -\Pi_2; -\rho) \end{aligned} \quad (6)$$

$$\begin{aligned} S_3 &= \Pr [AC_i = 1, PR_i = 0] = \Pr [AC_i^* > 0, PR_i^* \leq 0] = \\ &= \Pr [u_{1i} > -X_i'\beta_1, u_{2i} \leq -Z_i'\beta_2] = \Phi_2 (\Pi_1, -\Pi_2; -\rho) \end{aligned} \quad (7)$$

$$\begin{aligned} S_4 &= \Pr [AC_i = 1, PR_i = 1] = \Pr [AC_i^* > 0, PR_i^* > 0] = \\ &= \Pr [u_{1i} > -X_i'\beta_1, u_{2i} > -Z_i'\beta_2] = \Phi_2 (\Pi_1, \Pi_2; \rho) \end{aligned} \quad (8)$$

donde $\Pi_1 = X_i'\beta_1$, $\Pi_2 = Z_i'\beta_2$ y Φ_2 es la función de distribución normal estándar. Estas probabilidades determinarán la estructura de las ecuaciones de puntuación obtenida en el baremo de valoración de dependencia. En particular, consideramos una especificación flexible para el logaritmo de la puntuación obtenida para cada una de las submuestras, permitiendo variación en los coeficientes de los regresores y en los términos de selección:

$$\ln BD_{1i} = W_i'\gamma_1 + \delta_{11}\lambda_{11i} + \delta_{12}\lambda_{12i} + \varepsilon_{1i} \quad (9)$$

$$\ln BD_{2i} = W_i'\gamma_2 + \delta_{21}\lambda_{21i} + \delta_{22}\lambda_{22i} + \varepsilon_{2i} \quad (10)$$

$$\ln BD_{3i} = W_i'\gamma_3 + \delta_{31}\lambda_{31i} + \delta_{32}\lambda_{32i} + \varepsilon_{3i} \quad (11)$$

$$\ln BD_{4i} = W_i'\gamma_4 + \delta_{41}\lambda_{41i} + \delta_{42}\lambda_{42i} + \varepsilon_{4i} \quad (12)$$

donde δ_{11} a δ_{42} son los coeficientes asociados con las variables de selección λ_{11i} a λ_{42i} , que se definen como:

$$\lambda_{11} = -\frac{\phi(\Pi_1)\Phi(\Pi_2^*)}{S_1}; \lambda_{12} = -\frac{\phi(\Pi_2)\Phi(-\Pi_1^*)}{S_1}$$

$$\lambda_{21} = -\frac{\phi(\Pi_1)\Phi(\Pi_2^*)}{S_2}; \lambda_{22} = \frac{\phi(\Pi_2)\Phi(-\Pi_1^*)}{S_2}$$

$$\lambda_{31} = \frac{\phi(\Pi_1)\Phi(-\Pi_2^*)}{S_3}; \lambda_{32} = -\frac{\phi(\Pi_2)\Phi(-\Pi_1^*)}{S_3}$$

$$\lambda_{41} = \frac{\phi(\Pi_1)\Phi(\Pi_2^*)}{S_4}; \lambda_{42} = \frac{\phi(\Pi_2)\Phi(\Pi_1^*)}{S_4}$$

$$\Pi_1^* = \frac{\Pi_1 - \rho\Pi_2}{\sqrt{1 - \rho^2}}; \quad \Pi_2^* = \frac{\Pi_2 - \rho\Pi_1}{\sqrt{1 - \rho^2}}$$

donde $\phi(\cdot)$ corresponde a la función de densidad normal univariante y $\Phi(\cdot)$ es la función de distribución normal estándar.

Respecto a la estimación del probit bivalente, se ha restringido la muestra a los individuos de 20 años en adelante, puesto que en el caso de los menores la influencia de la recepción de cursos de prevención de dependencia ha sido canalizada a través de sus padres. En la ecuación de accidentes se han incluido como variables explicativas el sexo, la edad (en intervalos quinquenales), padecer una enfermedad crónica (en la encuesta se recoge información sobre 30 posibles patologías crónicas), situación de dependencia hace más de un año (no era considerado como dependiente, moderado, severo o grande) y el índice de masa corporal a través de tres variables binarias (menor de 18 para situaciones de infrapeso, entre 25 y 30 para situaciones de sobrepeso y superior a 30 para situaciones de obesidad).

En la ecuación de los cursos de prevención de la dependencia se han incluido las mismas variables anteriores, con la excepción de las referidas al índice de masa corporal, y, además, si se pertenece a alguna organización no gubernamental (ONG) vinculada a personas que padecen una determinada dolencia o discapacidad y cuál es su nivel de estudios. No

se incluye en la especificación del modelo información sobre si se vive solo o acompañado y si se reciben cuidados formales o informales, puesto que estas variables son potencialmente endógenas, ya que no se sabe si el individuo ha cambiado de lugar de residencia o ha empezado a recibir atención como consecuencia de un accidente.

En la estimación del probit bivalente se obtiene que el coeficiente de correlación (0,2539) es positivo y significativo ($\chi^2(1) = 11,7579$, p-value = 0,0006) indicando que los individuos con una propensión a sufrir accidentes mayor que la explicada por sus características observables también tienen mayor probabilidad de haber recibido cursos de prevención de dependencia.

En la Tabla 4.9. se ha calculado la media y mediana del efecto marginal de cada variable explicativa para las probabilidades de padecer un accidente y no realizar un curso de prevención (accidente = 1 y prevención = 0) y de padecer un accidente y realizar un curso de prevención (accidente = 1 y prevención = 1). Por ejemplo, para calcular el efecto de sufrir párkinson sobre la probabilidad de padecer un accidente y no realizar un curso de prevención (accidente = 1 y prevención = 0), se define el efecto promedio:

$$E [(AC_i = 1 \ \& \ PR_i = 0)_{Parkinson = 1} - (AC_i = 1 \ \& \ PR_i = 0)_{Parkinson = 0}] = \\ = \Phi_2 (X_i\hat{\beta}, Z_i\hat{\gamma}; \hat{\rho})_{Parkinson = 1} - \Phi_2 (X_i\hat{\beta}, Z_i\hat{\gamma}; \hat{\rho})_{Parkinson = 0} \quad (13)$$

donde $(AC_i = 1 \ \& \ PR_i = 1)_{Parkinson = 1}$ indica la probabilidad de ocurrencia del suceso si el individuo sufre párkinson y $(AC_i = 1 \ \& \ PR_i = 1)_{Parkinson = 0}$ indica la probabilidad de ocurrencia si no sufre esta enfermedad. El efecto promedio se ha estimado a través de la media y la mediana muestral como la diferencia $\Phi_2 (X_i\hat{\beta}, Z_i\hat{\gamma}; \hat{\rho})_{Parkinson = 1} - \Phi_2 (X_i\hat{\beta}, Z_i\hat{\gamma}; \hat{\rho})_{Parkinson = 0}$ a través de la muestra.

Las personas que presentan un mayor riesgo de sufrir accidentes cuando no se han recibido cursos de prevención son las que padecen artritis/artrrosis, depresión, cataratas, artritis reumatoide e infarto de miocardio (cardiopatía isquémica). El hecho de recibir cursos de prevención de depen-

Tabla 4.9. Efectos marginales para las probabilidades de sufrir un accidente y no haber realizado un curso de prevención (accidente = 1 y prevención = 0) y sufrir un accidente y no haber realizado un curso de prevención (accidente = 1 y prevención = 1)

	Accidentes = 1 Prevención = 0		Accidentes = 1 Prevención = 1	
	Media	Mediana	Media	Mediana
Lesión medular	14,7379	15,0800	-7,7746	-7,5496
Párkinson	14,9386	15,1672	-11,6062	-11,4725
Esclerosis lateral	11,9473	12,8582	-5,5194	-5,4648
Esclerosis múltiple	12,8599	13,5969	-5,8675	-5,7126
Agnesia/amputaciones	13,2399	13,9394	-1,5221	-1,4291
Laringectomías	12,0367	12,9351	-1,5394	-1,4889
Artritis/artrosis	60,8200	63,6484	-42,6100	-42,7344
Artritis reumatoide	33,0828	30,4202	-32,6387	-32,5759
Distrofia muscular	20,7886	20,1891	-20,9870	-20,5377
Espina bífida/hidrocefalia	11,2275	12,2785	-3,5963	-3,5537
Infarto de miocardio/cardiopatía isquémica	24,0498	22,9307	-7,6040	-7,3097
Accidentes cerebrovasculares	21,8472	21,0365	-25,2259	-24,8806
Síndrome de Down	10,8973	12,0070	-1,5448	-1,5101
Autismo y otros trastornos asociados al autismo	10,7673	11,9254	-2,2649	-2,2639
Parálisis cerebral	12,1468	12,9999	-8,7379	-8,6152
Daño cerebral adquirido	16,1603	16,2535	-20,9239	-20,5556
Demencia tipo alzheimer	16,2500	16,3731	-6,3428	-6,2138
Otras demencias	16,9016	16,9638	-7,1680	-6,9980
Esquizofrenia	12,3107	13,1680	-11,5221	-11,4177
Depresión	47,5748	42,7893	-46,2855	-46,0860
Trastorno bipolar	12,3807	13,2354	-9,2200	-9,1182
Retinosis pigmentaria	12,0709	13,0004	-2,7935	-2,7126
Miopía magna	14,3804	14,8173	-4,2074	-4,0749
Degeneración macular senil	14,0174	14,5086	-1,5164	-1,4296
Retinopatía diabética	15,1490	15,4064	-4,5698	-4,4411
Glaucoma	16,0261	16,2058	-4,4473	-4,3092

Tabla 4.9. Efectos marginales para las probabilidades de sufrir un accidente y no haber realizado un curso de prevención (accidente = 1 y prevención = 0) y sufrir un accidente y no haber realizado un curso de prevención (accidente = 1 y prevención = 1) (continuación)

	Accidentes = 1 Prevención = 0		Accidentes = 1 Prevención = 1	
	Media	Mediana	Media	Mediana
Cataratas	39,3871	35,8437	-20,4761	-20,4519
VIH/sida	10,9264	12,0614	-1,5549	-1,5505
Enfermedades raras	14,1630	14,6736	-7,5450	-7,3015
Insuficiencia renal	17,3703	17,2680	-5,4678	-5,2554
Edad				
20-24	11,3464	12,3842	-1,5286	-1,4217
25-29	11,8702	12,8489	-1,5275	-1,4346
30-34	12,3758	13,2242	-10,6946	-10,5829
35-39	14,0201	14,5746	-16,7643	-16,4103
40-44	14,1629	14,6332	-16,4478	-16,2255
45-49	16,5859	16,7668	-15,7355	-15,4412
50-54	17,6492	17,8214	-13,5019	-13,2926
55-59	20,7344	20,7538	-10,2965	-10,1171
60-64	24,2341	24,2291	-12,0450	-11,8735
65-69	29,7123	29,6994	-11,3656	-11,1750
70-74	30,8907	30,3244	-10,2624	-10,0946
75-79	32,4621	31,2882	-6,8674	-6,5282
80-84	36,8203	35,7824	-5,6762	-5,4729
≥85	39,0624	37,7143	-4,3653	-4,2214
Grado de dependencia antes				
No dependiente	0,7938	0,8642	-0,8154	-1,2203
Moderado	9,3790	8,1048	-1,1785	-1,2772
Severo	14,6066	13,4935	-3,1724	-3,7747
Grande	53,8656	48,9463	-14,4574	-17,0146
Hombre	-22,4183	-21,6413	-7,5233	-8,8266
Nivel de estudios				
Sin estudios	12,337	11,232	-9,161	-9,152
Primarios	9,669	4,282	-11,962	-11,241
Secundarios	5,129	4,911	-16,786	-17,809
Superiores	3,455	3,626	-24,001	-26,831

dencia disminuye la probabilidad de accidente para todas las patologías consideradas, pero fundamentalmente depresión, artritis/artrosis, artritis

reumatoide, accidentes cerebrovasculares y distrofia muscular. En relación con la edad, la probabilidad de sufrir un accidente es tres veces y media superior en la cohorte de 85 y más años respecto al intervalo de 20-24 años. El efecto de los cursos de prevención describe una pauta en forma de U invertida, y su efecto protector es menos acusado frente a los accidentes entre los intervalos más jóvenes y los de mayor edad.

Respecto al grado de dependencia detectado en el año previo al menos, la probabilidad de sufrir un accidente cuando no se ha recibido prevención aumenta exponencialmente con el grado de dependencia (un 9% para los dependientes moderados frente a un 53% para los grandes dependientes). Sin embargo, el hecho de haber recibido cursos de prevención ejerce un efecto más poderoso entre los grandes dependientes (disminuye un 17% la probabilidad de accidente).

La variable nivel de estudios revela que los individuos con estudios secundarios y superiores tienen menor probabilidad de sufrir accidentes, pero además que, condicionado a haber recibido cursos de prevención, la probabilidad disminuye en mayor grado a medida que aumenta el nivel de estudios.

Una vez calculados los términos de selección a partir del probit bivariante se estima por mínimos cuadrados la ecuación para la puntuación actual según el baremo de valoración de la dependencia (en logaritmos). Se introducen como variables explicativas el sexo, la edad y el estado de dependencia previo. Los términos λ_{12} y λ_{32} (positivo y negativo, respectivamente) indican que los individuos que no han sufrido accidentes y no han realizado cursos de prevención (accidentes [AC] = 0 y prevención [PR] = 0) tienen menor puntuación de dependencia que los que han sufrido accidentes y no han realizado cursos de prevención (AC = 1 y PR = 0). El término λ_{11} es positivo reflejando que los que no han sufrido accidentes y no han realizado cursos de prevención (AC = 0 y PR = 0) tienen menor puntuación de dependencia que los que no han sufrido accidentes pero sí han realizado cursos de prevención (AC = 0 y PR = 1). Por último, el término λ_{31} es significativo y negativo, y denota que los individuos que han sufrido accidentes pero no han realizado cursos de prevención (AC = 1 y PR = 0) alcanzan una puntuación de dependencia superior que los individuos que han sufrido accidentes y habían realizado cursos de prevención (AC = 1 y PR = 1).

Por consiguiente, comparando situaciones en las que no ha habido accidente ($AC = 0$), los individuos que han realizado cursos de prevención ($PR = 1$) obtienen mayor puntuación en el baremo de dependencia. Comparando situaciones de personas que no han llevado a cabo cursos de prevención ($PR = 0$), los individuos que han sufrido accidentes ($AC = 1$) alcanzan una puntuación superior en el baremo de dependencia. Por último, si comparamos a los individuos que han sufrido accidente ($AC = 1$), los que sí realizaron cursos de prevención ($PR = 1$) tienen menor puntuación de dependencia.

Estos resultados revelan dos hechos: 1) la eficiencia de los talleres de prevención de la dependencia, puesto que condicionado a haber sufrido un accidente en el último año, el estado de dependencia es más “leve” entre los que han recibido formación; 2) la correcta asignación de los talleres de dependencia, puesto que condicionado a no haber sufrido un accidente, es más probable que los individuos con mayor grado de dependencia hayan recibido este tipo de formación.

El hecho de haber recibido cursos de prevención disminuye el aumento en la escala de valoración de la dependencia y, por el contrario, se acelera cuando se ha producido un accidente. Por ejemplo, en el caso de un individuo que podría ser considerado como gran dependiente hace un año, si no ha sufrido un accidente y no había realizado curso de prevención alguno ($AC = 0$ y $PR = 0$), experimentará un aumento de 5,27 puntos, frente a un incremento de 2,84 puntos si ha recibido formación. En cambio, cuando se ha producido un accidente, los incrementos son mayores (6,27 cuando $PR = 1$ y 7,89 cuando $PR = 0$). En función de la edad, para los mayores de 84 años el incremento en la dependencia es mayor que para los otros intervalos de edad. Cuando no se ha sufrido un accidente y no se ha realizado curso de prevención alguno ($AC = 0$ y $PR = 0$) aumenta 1,51 puntos frente a 3,70 puntos cuando sí se ha padecido un accidente y no se había realizado curso de prevención alguno ($AC = 1$ y $PR = 0$), pero sólo 1,72 cuando sí se había padecido un accidente y se había realizado algún curso de prevención ($AC = 1$ y $PR = 1$) (Tabla 4.10.).

4.4. ANÁLISIS COMPARATIVO DE COSTES DE LAS POLÍTICAS DE PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA

En esta sección se propone determinar hasta qué punto la difusión de los talleres y cursos de prevención de la dependencia supone no sólo una

Tabla 4.10. Resultados de la regresión por mínimos cuadrados de la puntuación obtenida de acuerdo con el baremo de valoración de la dependencia (en logaritmos). Se reportan las exponenciales de los coeficientes

	Accidentes = 0 Prevención = 0		Accidentes = 0 Prevención = 1		Accidentes = 1 Prevención = 0		Accidentes = 1 Prevención = 1	
	Exp (coef)	t	Exp (coef)	t	Exp (coef)	t	Exp (coef)	t
Hombre	1,16	6,65	1,97	1,63	1,35	5,40	1,30	1,52
Edad								
25-29	0,90	-0,91	-	0,16	1,00	-0,01	1,06	
30-24	0,79	-2,20	0,43	0,95	0,74	-0,91	1,43	-0,84
35-39	0,73	-3,00	0,66	1,18	0,81	-0,69	1,51	-0,35
40-44	0,85	-1,65	0,49	0,37	0,97	-0,10	1,14	-0,68
45-49	0,76	-2,74	2,77	1,01	0,99	-0,04	1,52	1,00
50-54	0,81	-2,10	1,70	-0,28	0,85	-0,54	0,91	0,45
55-59	0,84	-1,73	1,14	0,06	3,51	0,43	1,03	0,14
60-64	0,88	-1,33	-	-0,19	1,08	0,27	0,94	
65-69	1,06	0,57	1,38	-0,73	1,47	0,78	0,76	0,34
70-74	1,06	0,58	1,04	0,95	1,85	1,34	1,52	0,05
75-79	1,14	1,31	1,13	0,73	2,33	1,27	1,27	0,13
80-84	1,29	2,53	1,68	1,04	2,94	1,96	1,52	0,53
≥85	1,51	4,03	-	1,17	3,70	2,38	1,72	
Dependencia hace un año	1,00		1,00		1,00		1,00	
Moderado	3,07	42,22	2,58	5,90	3,52	18,01	3,46	1,80
Severo	4,87	52,21	3,49	7,63	5,82	23,02	4,26	2,50
Grande	5,27	53,56	2,84	6,91	7,89	22,62	6,27	1,33
Términos de selección								
λ_{11}	-0,2968	-2,68						
λ_{12}	-1,3535	-3,54						
λ_{21}			0,3812	0,52				
λ_{22}			-0,0020	-0,22				
λ_{31}					-0,2121	-1,98		
λ_{32}					-1,9426	-2,69		
λ_{41}							-0,0624	-0,07
λ_{42}							-0,4634	-0,63
Constante	2,003	19,42	2,326	7,51	2,246	6,41	3,498	1,26
R²	0,4781		0,4511		0,5042		0,5774	

Variables omitidas: mujer, edad 20-24, antes no considerado como dependiente.

mejora en la calidad de vida de los mayores, sino también un ahorro de costes en prestaciones de dependencia. Para ello se toma como referencia a la población de 60 y más años, puesto que del total de los 441.483 individuos que durante el año previo sufrieron un accidente, pero que sin embargo no habían recibido ningún tipo de curso de prevención, el 68,41% (302.005 individuos) tenían 60 o más años.

Para cada uno de estos mayores calculamos cuál era su estado de dependencia hace un año y cuál su estado de dependencia en el momento de realizarse la encuesta. Para ello utilizamos información sobre la edad de inicio de las deficiencias, de manera que para computar el estado de dependencia hace un año se aplica el baremo de valoración de la dependencia sobre las discapacidades que tuvieron su origen cuando el individuo era al menos un año más joven. Para el cálculo de la dependencia actual, partimos de la puntuación obtenida en el apartado anterior y añadimos las discapacidades que han acaecido durante el año previo. Relacionando ambos estados de dependencia se obtiene la Tabla 4.11.

Tabla 4.11. Comparación de los grados de dependencia para los individuos de 60 y más años que han sufrido algún accidente durante el año previo, pero que no han recibido cursos de prevención

Estado actual	Estado de dependencia hace un año						
	No dep.	M1	M2	S1	S2	G1	G2
No dep.	165.388	0	0	0	0	0	0
M1	8.278	29.913	0	0	0	0	0
M2	1.587	1.332	14.129	0	0	0	0
S1	4.602	665	1.184	19.816	0	0	0
S2	1.032	175	288	970	9.402	0	0
G1	4.396	1.121	232	1.207	643	10.585	0
G2	4.747	2.897	1.165	3.420	1.100	3.698	8.035

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD (2008).

No dep.: no alcanza la puntuación mínima para ser considerado como dependiente.

M1: dependencia moderada, nivel 2; M2: dependencia moderada, nivel 2.

S1: dependencia severa, nivel 1; S2: dependencia severa, nivel 2.

G1: gran dependencia, nivel 1; G2: gran dependencia, nivel 2.

Las observaciones que se encuentran en la diagonal principal corresponden a los individuos cuyo estado de dependencia no se ha visto alterado de manera significativa durante el último año. Las observaciones que se encuentran por debajo de la diagonal principal corresponden a individuos cuyo estado de salud ha empeorado y su calificación de dependencia se ha hecho más severa. Ante esta situación consideramos dos escenarios: 1) cuál sería el coste derivado de proporcionar talleres de prevención de la dependencia a todos estos mayores; y 2) cuál es el aumento de los costes derivado del aumento en la dependencia.

4.4.1. Escenario A: con políticas de prevención

Bajo este escenario, todos los individuos (302.005) deberían recibir cursos de prevención de la dependencia. Atendiendo a la información localizada en numerosas páginas de información general, estos talleres suelen tener una duración de 20 horas y admiten alrededor de 16 alumnos por curso como máximo.

Tal y como se muestra en las Tablas 4.12. y 4.13., estos parámetros suponen un total de 18.875 grupos y 377.506 horas de formación. A continuación suponemos que en cada grupo debería haber como profesionales responsables un fisioterapeuta, un terapeuta ocupacional y un psicólogo². Para determinar el salario de los profesionales encargados de impartir estos cursos se ha utilizado la “Revisión salarial para el año 2009 y 2010 del convenio colectivo para las

Tabla 4.12. Parámetros de la estimación del coste de los talleres de prevención de riesgos

N.º mayores de 60 y más años	302.005
N.º máximo de personas por curso	16
N.º de horas por curso	20
Salario anual 2010 (tabla salarial A)	
Fisioterapeuta	23.003,65
Terapeuta ocupacional	23.003,65
Psicólogo	25.559,71
Salario anual (tabla salarial B)	
Fisioterapeuta	21.701,56
Terapeuta ocupacional	21.701,56
Psicólogo	24.112,94
Salario medio 2010	
Psicólogo	24.836,33
Fisioterapeuta	22.352,61
Terapeuta ocupacional	22.352,61
Coste medio de un equipo por año	69.541,55

Fuente: elaboración propia.

² Puesto que en algunos talleres se indica que la admisión a los mismos estará sujeta a la evaluación previa por parte de un psicólogo.

Tabla 4.13. Coste de los talleres de prevención de riesgos

N.º de grupos (n.º de mayores/16)	18.875,31
N.º total de horas (n.º de grupos x 20)	377.506,25
N.º de equipos	393
Coste total (x 69.541,55 euros/año)	27.329.829,15

empresas que tengan adjudicada mediante contrato con alguna Administración Pública la gestión de residencias de tercera edad, centros de día y residencias materno-infantiles, y el servi-

cio de ayuda a domicilio de titularidad pública de la Comunidad Valenciana³, en el que se establece que el salario anual de un fisioterapeuta o terapeuta ocupacional de grupo B será de 21.701,56 euros/año, y para el psicólogo de 24.112,94 euros/año. En caso de pertenecer al grupo A, los salarios anuales son de 23.003,65 euros/año y 25.559,71 euros/año, respectivamente. Haciendo una media de ambos se obtiene que el salario medio de un equipo de prevención de dependencia ascenderá a 69.541,55 euros/año.

Si suponemos que de la jornada laboral cada equipo destinase 20 horas a impartir talleres de prevención de la dependencia, se deduce que serían necesarios 393 equipos que se dedicaran a impartir estos talleres a lo largo de todo el año. Multiplicando el coste de cada equipo por el número de los mismos, se obtiene un coste total de 27 millones de euros.

4.4.2. Escenario B: sin políticas de prevención

En este escenario es preciso tener en cuenta dos tipos de costes: los costes de asistencia sanitaria y los costes derivados de las prestaciones por dependencia.

4.4.2.1. Estimación de los costes sanitarios

En el caso de la asistencia sanitaria resulta imposible, a partir de la información contenida en la encuesta, saber si el individuo acudió a un servicio de urgencias, cuáles fueron las pruebas diagnósticas a las que fue sometido, si requirió ingreso hospitalario, cuál fue la duración del mismo y cuáles fueron los medicamentos que se le prescribieron. Para intentar soslayar este problema, se ha realizado una revisión bibliográfica de trabajos que han estudiado las consecuencias de los accidentes en personas mayores en términos de lesiones, fracturas, visitas a urgencias e in-

³ Código de convenio: 8000305. Publicación: DOCV 6006-05/05/2009.

gresos hospitalarios. La información que se presenta en la Tabla 4.14. resume el porcentaje de incidencias para cada muestra estudiada. Aunque los porcentajes son variables, se aprecia que los efectos más frecuentes corresponden a las lesiones superficiales, seguidos por las visitas a urgencias o centros de salud.

Tabla 4.14. Revisión bibliográfica de las consecuencias de caídas en mayores de 64 años (por orden cronológico)

	Ingreso hospitalario	Lesión superficial
García <i>et al.</i> (1994)	-	29,5%
Méndez <i>et al.</i> (1997)	19%	61,1%
Bueno <i>et al.</i> (1999)	-	36,1%
Pujiula <i>et al.</i> (2003)	5-7,3%	-
Séculi <i>et al.</i> (2004)	3%	62,9%
Moreno-Martínez <i>et al.</i> (2005)	9,7%	-
Varas-Fabra <i>et al.</i> (2006)	-	56,5%

Fuente: elaboración propia a partir de revisión bibliográfica.

Para estimar el coste de la prestación sanitaria en cada uno de estos casos (Tabla 4.15.) se ha recurrido al informe “Los costes de hospitalización en el Sistema Nacional de Salud”, que proporciona información sobre el consumo de recursos según la complejidad de los pacientes atendidos. De este documento se han seleccionado dos procedimientos: “Fractura, esguince, desgarro o luxación de antebrazo, mano, pie (más de 17 años), sin complicaciones” y “Procedimiento de cadera y fémur, excepto articulación mayor (más de 17 años), sin complicaciones”.

Tabla 4.15. Costes de procesos asociados a caídas o accidentes

	Coste medio (€) 2008	Coste medio (€) 2010
Fractura, esguince, desgarro o luxación de antebrazo, mano, pie (más de 17 años), sin complicaciones	1.474,19	1.545,98
Procedimiento de cadera y fémur, excepto articulación mayor (más de 17 años), sin complicaciones	7.476,92	7.509,01

Fuente: “Los costes de hospitalización en el Sistema Nacional de Salud” (2005). Ministerio de Sanidad.

El primero de ellos aparece calificado como proceso que se resuelve con menor uso de tecnología, menos días de hospitalización, o incluso potencialmente en régimen ambulatorio, y que se resuelve sin mediar procedimiento quirúrgico. En cambio, el segundo aparece reseñado dentro de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes del Sistema Nacional de Salud, con un coste medio de 7.476,92 euros, aunque la implantación de prótesis de cadera puede llegar a tener un coste de 10.721,08 euros.

Como los costes citados están referidos al año 2008, para tener una idea de cuáles serían los costes en el presente año, puesto que el cómputo de las prestaciones por dependencia se realizará utilizando las cuantías aprobadas para el año 2010, se ha utilizado el índice de precios de “servicios médicos y paramédicos no hospitalarios” para el primero de los procedimientos (107,037 en 2008 y 112,253 en 2010) y el índice de precios de “servicios hospitalarios” para el segundo procedimiento (105,490 en 2008 y 107,942 en 2010) (Tabla 4.16.).

Tabla 4.16. Índices de precios. Medias anuales

	2008	2010	Tasa de crecimiento
Servicios médicos y paramédicos no hospitalarios	107,037	112,253	4,87%
Servicios hospitalarios	105,490	107,942	0,43%

Fuente: índices de precios al consumo (INE).

De esta forma, el coste medio estimado actualizado a 2010 sería de 1.545,98 euros y 7.509,01 euros, respectivamente. A continuación, se calcularían los costes a nivel poblacional, como el producto de tres factores: el coste medio por servicio, el porcentaje de incidencia calculado para cada uno de los siete estudios considerados y el número de mayores que han sufrido accidentes (302.005):

Coste total de una lesión superficial: $1.545,98 \times \text{porcentaje de incidencia} \times \text{n.º de mayores con accidente}$

Coste total de ingreso hospitalario: $7.509,01 \times \text{porcentaje de incidencia} \times \text{n.º de mayores con accidente}$

Atendiendo a las tasas de incidencia para ingresos hospitalarios y lesiones superficiales obtenidas en los trabajos de Méndez *et al.* (1997) y Séculi *et al.* (2004), el coste derivado de la atención sanitaria a mayores que han sufrido accidentes oscilaría entre 361 y 715 millones de euros (Tabla 4.17.).

Tabla 4.17. Costes sanitarios de los individuos que han sufrido un accidente y no habían recibido prevención

	Ingreso hospitalario	Lesión superficial	Total
García <i>et al.</i> (1994)	-	137.733.638,52	137.733.638
Méndez <i>et al.</i> (1997)	430.415.079,76	285.272.044,53	715.687.124
Bueno <i>et al.</i> (1999)	-	168.548.622,05	168.548.622
Pujiula <i>et al.</i> (2003)	113.387.928,25	-	113.387.928
	165.546.375,25	-	165.546.375
Séculi <i>et al.</i> (2004)	68.032.756,95	293.676.130,95	361.708.887
Moreno-Martínez <i>et al.</i> (2005)	219.972.580,81	-	219.972.580
Varas-Fabra <i>et al.</i> (2006)	-	263.794.934,79	263.794.934

Fuente: elaboración propia a partir de revisión bibliográfica.

4.4.2.2. Estimación de los costes de dependencia

A continuación calculamos cuál es el coste derivado de las transiciones entre grados y niveles de dependencia para los mayores que han sufrido algún accidente. Consideramos tres posibles alternativas de cuidados: atención a domicilio, prestación para cuidados en el entorno familiar y prestación vinculada al servicio (por si no existiera un proveedor público disponible).

Mayores que eran considerados como "no dependientes" en el año previo

En el año previo a la realización de la EDAD 2008, había 147.777 mayores que no eran considerados dependientes y que ahora han pasado a dependientes severos o grandes dependientes. No tenemos en cuenta los 9.865 mayores que han pasado a ser dependientes moderados, puesto que hasta el año 2011 no recibirán cobertura por parte del sistema.

En el caso de que estos mayores recibieran atención a domicilio (de 30 a 40 horas/mes para los severos de nivel 1; de 40 a 55 para los severos de ni-

vel 2; de 55 a 70 para los grandes de nivel 1; de 70 a 90 para los grandes dependientes de nivel 2), se les ha aplicado el punto medio del tramo de cuidados correspondientes (35, 47,5, 62,5, 80 horas/mes, respectivamente). Se ha multiplicado el número de mayores en cada grado y nivel por el número de horas mensuales que debería recibir y por el coste público por hora⁴, obteniéndose un coste total de 131 millones de euros. A continuación, a modo ilustrativo, se muestran las tablas de resultados de las personas mayores “no dependientes” en el año previo (Tabla 4.18.). En el resto de categorías, para facilitar el hilo discursivo se comentan directamente los resultados y se remite al lector interesado en las cifras al Apéndice del capítulo.

Tabla 4.18. Coste de atención a domicilio de mayores que hace un año no eran dependientes

	Personas	Horas/mes	Horas/año	Coste por hora	Coste año
De ND a S1	4.602	35	1.932.840	12,71	24.566.396
De ND a S2	1.032	47,5	588.240	12,71	7.476.530
De ND a G1	4.396	62,5	3.297.000	12,71	41.904.870
De ND a G2	4.747	80	4.557.120	12,71	57.920.995
	14.777				131.868.792

En el caso de las prestaciones para cuidados en el entorno familiar o vinculadas al servicio, se multiplica el número de personas en cada grado y nivel de dependencia por el coste mensual de la prestación. Se obtiene un coste anual de 72 millones de euros para la prestación a cuidadores y de 108 millones de euros para la vinculada al servicio (Tabla 4.19.).

Mayores que hace un año eran dependientes moderados de nivel 1

Se procede igual que en el apartado anterior, calculando el coste de la atención a domicilio, la prestación para cuidados en el entorno familiar y vinculada al servicio correspondiente a los individuos que antes eran moderados de nivel 1 (y a los que todavía no les corresponde prestación) y ahora han evolucionado a severos o grandes dependientes. No se tie-

⁴ Precio público medio para España en el año 2008 de acuerdo con “Las personas mayores en España, 2008”.

Tabla 4.19. Coste de prestación para cuidados en el entorno familiar y vinculada al servicio de mayores que no eran dependientes hace un año

	Personas	Prestación para cuidados en el entorno familiar (€/mes)	Coste/año	Prestación vinculada al servicio (€/mes)	Coste/año
De ND a S1	4.602	300,90	16.616.902	401,20	22.155.868
De ND a S2	1.032	335,25	4.151.736	462,20	5.723.884
De ND a G1	4.396	416,98	21.996.529	625,47	32.994.793
De ND a G2	4.747	520,69	29.660.585	833,96	47.505.697
Total	14.777		72.425.752		108.380.242

nen en consideración los 1.332 mayores que antes han pasado de moderados de nivel 1 a moderados de nivel 2.

El coste estimado anual de la atención a domicilio sería de 50 millones de euros, el de la prestación para cuidadores informales de 26 millones y el de la prestación vinculada al servicio de 41 millones de euros.

Mayores que hace un año eran dependientes moderados de nivel 2

El coste de las prestaciones estimadas para los mayores que antes eran moderados de nivel 2 y han evolucionado a dependientes severos o grandes es de 24 millones de euros para la atención a domicilio, 13 millones para la prestación de cuidadores y 20 millones de euros para la vinculada al servicio.

Mayores que hace un año eran dependientes severos de nivel 1

En este caso hay que tener en cuenta que los individuos ya calificados como dependientes severos de nivel 1 ya deberían estar recibiendo una prestación: entre 30 y 40 horas mensuales de atención a domicilio, o 300,9 euros/mes en concepto de prestación para cuidados en el entorno familiar o 401,2 euros/mes de prestación vinculada al servicio. Por consiguiente, hay que calcular la variación en el coste de las prestaciones.

Mayores que hace un año eran dependientes severos de nivel 2

Se supone que los individuos que antes eran dependientes severos de nivel 2 estaban recibiendo entre 40 y 55 horas mensuales de aten-

ción a domicilio, o una prestación para cuidadores de 335,25 euros/mes o vinculada al servicio de 462,2 euros/mes. Por tanto, hay que calcular la variación en el coste al ascender a grandes dependientes.

Mayores que hace un año eran grandes dependientes de nivel 1

Procediendo de la misma forma que antes, se estima que el incremento en el coste de la atención a domicilio es de 9 millones de euros, el de la prestación para cuidados en el entorno familiar de 4 millones y el de la prestación vinculada al servicio de 9 millones de euros.

En la Tabla 4.20. se resumen los costes anteriores. Se aprecia que la prestación más costosa es la de atención a domicilio, con 254 millones de euros; en segundo lugar, la prestación vinculada al servicio, con 207 millones, y en tercer lugar la prestación para cuidados en el entorno familiar, con 131 millones de euros.

Tabla 4.20. Costes de atención a la dependencia

	Atención a domicilio	Prestación para cuidados en el entorno familiar	Prestación vinculada al servicio
Antes era ND	131.868.792	72.425.751	108.380.244
Antes era M1	50.851.693	26.815.689	41.577.803
Antes era M2	24.830.671	13.872.891	20.695.737
Antes era S1	30.384.194	11.161.544	21.718.387
Antes era S2	6.923.645	3.078.436	6.167.441
Antes era G1	9.870.331	4.602.234	9.251.952
Total	254.729.326	131.956.545	207.791.564

Sumando los costes sanitarios máximo y mínimo (B.1) y los costes de dependencia (B.2) se obtiene el coste total (Tabla 4.21.).

El coste total de asistencia sanitaria y prestaciones por dependencia en términos anuales asciende a entre 493 millones de euros y 970 millones de euros. Si comparamos estas cifras con la estimación de los gastos que supondría la provisión de talleres de dependencia (escenario A), las cifras serían las que se recogen en la Tabla 4.22.

Tabla 4.21. Estimación de los costes sanitarios y de dependencia

		Coste sanitario	Coste de dependencia	Coste total
Atención a domicilio	Coste sanitario bajo	361.708.887	254.729.328	616.438.216
	Coste sanitario alto	715.687.124	254.729.328	970.416.453
Prestación para cuidados en el entorno familiar	Coste sanitario bajo	361.708.887	131.956.548	493.665.436
	Coste sanitario alto	715.687.124	131.956.548	847.643.672
Prestación vinculada al servicio	Coste sanitario bajo	361.708.887	207.791.567	569.500.455
	Coste sanitario alto	715.687.124	207.791.567	923.478.692

Tabla 4.22. Comparación de los costes sanitarios y de dependencia con los costes de los talleres de prevención de dependencia

		Coste sanitario y de dependencia	Coste de los talleres de dependencia	Diferencia
Atención a domicilio	Coste sanitario bajo	616.438.216	27.350.150	589.088.065
	Coste sanitario alto	970.416.453	27.350.150	943.066.302
Prestación para cuidados en el entorno familiar	Coste sanitario bajo	493.665.436	27.350.150	466.315.285
	Coste sanitario alto	847.643.672	27.350.150	820.293.521
Prestación vinculada al servicio	Coste sanitario bajo	569.500.455	27.350.150	542.150.304
	Coste sanitario alto	923.478.692	27.350.150	896.128.541

Dados unos costes anuales de talleres de prevención de dependencia de 27 millones de euros, el ahorro respecto a la suma de costes sanitarios y de dependencia oscilaría entre 466 y 943 millones de euros.

Es cierto que en todo este ejercicio de estimación se ha supuesto que los cursos de prevención se aplicaban sobre los 302.005 mayores de 60 años que no habían recibido formación, pero que, sin embargo, habían sufrido accidentes. Esto supondría poder discriminar de alguna forma a los individuos que se encuentran en mayor riesgo de sufrir un accidente. Pero, ¿qué pasaría si se intentara dar cobertura a toda la población mayor de 60 años? Con este propósito se ha calculado cuál sería el coste de proporcionar talleres de prevención a todos los mayores de 60 años, tanto si han sufrido accidentes como si no, utilizando los mismos parámetros fijados en el escenario A (Tabla 4.23.).

Tabla 4.23. Estimación de los costes de provisión de talleres para mayores a toda la población ≥ 60 años

	Accidentes = 0 Prevención = 0	Accidentes = 0 Prevención = 1	Accidentes = 1 Prevención = 0	Accidentes = 1 Prevención = 1
Población ≥ 60 años	136.838	1.269	18.875	213
Número de cursos (máx. 16 personas)	2.736.761	25.375	377.506	4.262
N.º de equipos (1 equipo = 20 horas/semana)	2.851	26	393	4
Coste de un equipo (al año)	69.551	69.551	69.551	69.551
Coste anual	198.277.058	1.838.391	27.350.150	308.811
Coste total	227.774.410			

1 equipo = 20 horas/semana para talleres = 80 horas/mes = 960 horas/año.

Por consiguiente, incluso en el caso de proporcionar cobertura a todas las personas de 60 y más años, el ahorro en costes sanitarios y de dependencia sigue siendo muy considerable (entre 265 y 695 millones de euros) (Tabla 4.24.).

Tabla 4.24. Comparación de los costes sanitarios y de dependencia con los costes de los talleres de prevención de dependencia (a toda la población ≥ 60 años)

		Coste sanitario y de dependencia	Coste de los talleres de dependencia	Diferencia
Atención a domicilio	Coste sanitario bajo	616.438.216	227.774.412	388.663.804
	Coste sanitario alto	970.416.453	227.774.412	742.642.041
Prestación para cuidados en el entorno familiar	Coste sanitario bajo	493.665.436	227.774.412	265.891.024
	Coste sanitario alto	847.643.672	227.774.412	619.869.260
Prestación vinculada al servicio	Coste sanitario bajo	569.500.455	227.774.412	341.726.043
	Coste sanitario alto	923.478.692	227.774.412	695.704.280

4.5. CONCLUSIONES

A pesar de las limitaciones del presente estudio, puesto que sólo aborda el tema de la prevención de riesgos desde una perspectiva parcial, las caídas entre las personas mayores y las consecuencias adversas derivadas de las mismas, eludiendo otros percances que pueden sufrir las personas mayores (intoxicaciones alimentarias, por productos químicos o medicamentos, deshidratación, desvanecimientos o vértigos, quemaduras), y de las limitaciones de los datos manejados para el análisis, el ejercicio realizado pone de relieve los potenciales beneficios sobre la salud y sobre el ahorro de recursos que pueden suponer los programas preventivos tendentes a evitar un empeoramiento de la salud y un aumento del riesgo de padecer problemas de dependencia. Así, este ejemplo pone de manifiesto que los esfuerzos sistemáticos para implementar estrategias de evaluación de riesgos e intervención pueden ser inversiones rentables, que proporcionan importantes beneficios tanto en la dimensión económica como en la social.

En el futuro sería interesante proceder a la identificación de los perfiles de personas mayores en mayor riesgo de sufrir accidentes, y la evalua-

ción de programas de distinta naturaleza para identificar los de mayor eficiencia (balance entre coste y resultado) supondría actuaciones que aumentarían la rentabilidad social de las prácticas formativas de carácter preventivo.

La prevención de la dependencia debe configurarse como una obligación imperiosa dentro del diseño de los programas de salud pública. Es cierto que esto implica realizar una considerable inversión en formación de personal cualificado que identifique las estrategias de intervención que pueden calificarse de “mejores prácticas” a la hora de prevenir riesgos, y que a su vez difunda esta información a través de programas de educación sanitaria, talleres grupales, asesoramiento personal y también prevención de riesgos “a medida” de las necesidades del receptor. Pero como contraprestación se pueden identificar importantes beneficios. Por una parte, pueden permitir un aumento del número de ciudadanos mayores que se sientan lo suficientemente seguros y saludables como para seguir desarrollando de manera independiente su vida cotidiana. Y, por otra, este énfasis en promover comportamientos responsables con la propia salud y la construcción de entornos seguros podría incluso propiciar un aumento del umbral individual de sufrir heridas o accidentes (reducción de la fragilidad), de lo cual se derivaría una reducción de la morbilidad y del gasto sanitario y social.

APÉNDICE

Coste de atención a domicilio de mayores que hace un año eran dependientes moderados de nivel 1

	Personas	Horas/mes	Horas/año	Coste/hora	Coste/año
De M1 a S1	665	35	279.300	12,71	3.549.903
De M1 a S2	175	47,5	99.750	12,71	1.267.822
De M1 a G1	1.121	62,5	840.750	12,71	10.685.932
De M1 a G2	2.897	80	2.781.120	12,71	35.348.035
	4.858				50.851.693

Coste de prestación para cuidados en el entorno familiar y vinculada al servicio de mayores que hace un año eran dependientes moderados de nivel 1

	Personas	Prestación para cuidados en el entorno familiar (€/mes)	Coste/año	Prestación vinculada al servicio (€/mes)	Coste/año
De M1 a S1	4.602	300,90	2.401.182	401,20	3.201.576
De M1 a S2	1.032	335,25	704.025	462,20	970.620
De M1 a G1	4.396	416,98	5.609.214	625,47	8.413.822
De M1 a G2	4.747	520,69	18.101.267	833,96	28.991.785
	14.777		26.815.689		41.577.803

Coste de atención a domicilio de mayores que hace un año eran dependientes moderados de nivel 2

	Personas	Horas/mes	Horas/año	Coste/hora	Coste/año
De M2 a S1	1.184	35	497.435	12,71	6.322.403
De M2 a S2	288	47,50	164.188	12,71	2.086.835
De M2 a G1	232	62,50	173.820	12,71	2.209.252
De M2 a G2	1.165	80	1.118.188	12,71	14.212.179
	2.869				24.830.671

Coste de prestación para cuidados en el entorno familiar y vinculada al servicio de mayores que hace un año eran dependientes moderados de nivel 2

	Personas	Prestación para cuidados en el entorno familiar (€/mes)	Coste/año	Prestación vinculada al servicio (€/mes)	Coste/año
De M2 a S1	4.602	300,90	4.276.523	401,20	5.702.030
De M2 a S2	1.032	335,25	1.158.825	462,20	1.597.640
De M2 a G1	4.396	416,98	1.159.671	625,47	1.739.507
De M2 a G2	4.747	520,69	7.277.871	833,96	11.656.559
	14.777		13.872.891		20.695.737

Coste de atención a domicilio de mayores que hace un año eran dependientes severos de nivel 1

	Personas	Horas/mes	Horas/año	Coste/hora	Coste/año
De S1 a S2	970	47,50	553.071	12,71	7.029.533
De S1 a G1	1.207	62,50	905.077	12,71	11.503.533
De S1 a G2	3.420	80	3.283.190	12,71	41.729.356
	5.597				60.262.423
Previamente se estaba gastando			= 35 x 5.597 x 12		29.878.228
Incremento en el coste					30.384.194

Coste de prestación para cuidados en el entorno familiar y vinculada al servicio de mayores que hace un año eran dependientes severos de nivel 1

	Personas	Prestación para cuidados en el entorno familiar (€/mes)	Coste/año	Prestación vinculada al servicio (€/mes)	Coste/año
De S1 a S2	1.032	335,25	3.903.517	462,20	5.381.673
De S1 a G1	4.396	416,98	6.038.386	625,47	9.057.579
De S1 a G2	4.747	520,69	21.369.058	833,96	34.225.623
	5.597		31.310.962		48.664.876
Previamente		= 5.597 x 300,9 x 12	20.149.417	= 5.597 x 401,2 x 12	26.946.488
Diferencia			11.161.544		21.718.387

Coste de atención a domicilio de mayores que hace un año eran dependientes severos de nivel 2					
	Personas	Horas/mes	Horas/año	Coste/hora	Coste/año
De S2 a G1	643	62,50	482.250	12,71	6.129.397
De S2 a G2	1.100	80	1.056.000	12,71	13.421.760
	1.743		0		19.551.157
Previamente se estaba gastando			= 47,5 x 1.743 x 12		12.627.512
Incremento en el coste					6.923.645


Coste de prestación para cuidados en el entorno familiar y vinculada al servicio de mayores que hace un año eran dependientes severos de nivel 2					
	Personas	Prestación para cuidados en el entorno familiar (£/mes)	Coste/año	Prestación vinculada al servicio (£/mes)	Coste/año
De S2 a G1	643	416,98	3.217.417	625,47	4.826.126
De S2 a G2	1.100	520,69	6.873.108	833,96	11.008.272
	1.743		10.090.525		15.834.398
Previamente		= 1.743 x 335,35 x 12	7.012.089	= 1.743 x 462,2 x 12	9.666.956
Diferencia			3.078.436		6.167.441

Coste de atención a domicilio de mayores que hace un año eran grandes dependientes de nivel 1					
	Personas	Horas/mes	Horas/año	Coste/hora	Coste/año
De G1 a G2	3.698	80	3.550.080	12,71	45.121.516
	3.698				45.121.516
Previamente se estaba gastando			= 62,5 x 3.698 x 12		35.251.185
Incremento en el coste					9.870.331

Coste de prestación para cuidados en el entorno familiar y vinculada al servicio de mayores que hace un año eran grandes dependientes de nivel 1

	Personas	Prestación para cuidados en el entorno familiar (€/mes)	Coste/año	Prestación vinculada al servicio (€/mes)	Coste/año
De G1 a G2	3.698	520,69	23.106.139	520,69	23.106.139
	3.698		23.106.139		23.106.139
Previamente		= 3.698 x 416,98 x 12	18.503.904	= 3.698 x 625,47 x 12	27.755.856
Diferencia			4.602.234		9.251.952

5



**Demandas satisfechas
y no satisfechas
de prestaciones sanitarias,
sociales y técnicas**

5.1. INTRODUCCIÓN

En este capítulo se propone analizar las características de las demandas de prestaciones sanitarias, sociales y técnicas (Tabla 5.1.) atendiendo a la edad, lugar de residencia y grado de dependencia, así como profundizar en el problema de las demandas no satisfechas, es decir, aquellas situaciones en las que se solicita una prestación pero no se recibe.

Tabla 5.1. Descripción de las prestaciones consideradas

Prestaciones sanitarias	Cuidados médicos y/o de enfermería Pruebas diagnósticas Rehabilitación médico-funcional Rehabilitación ortoprotésica Atención psicológica y de salud mental Asistencia sanitaria prestada por personal hospitalario Transporte sanitario
Prestaciones sociales	Teleasistencia Atención a domicilio Ayuda social a domicilio Centro de día Servicio de respiro
Prestaciones técnicas	Ayudas técnicas

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

Para ello se utilizará la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD 2008), puesto que cuenta con amplia y detallada información tanto sobre las discapacidades y enfermedades diagnosticadas a los individuos, como sobre las demandas de servicios sanitarios, sociales y técnicos. Al igual que en el capítulo dedicado a la estimación del gasto sanitario y social según el grado de dependencia, se ha aplicado el baremo de valoración a las preguntas de la EDAD 2008 para clasificar a la población que padece alguna discapacidad en no dependientes, dependientes moderados, dependientes severos y grandes dependientes. Asimismo, se han actualizado los pesos muestrales de acuerdo con el avance del padrón de habitantes para 2010 con el fin de obtener cifras de demandas de prestaciones para el año 2010.

El capítulo está estructurado en seis secciones. En las secciones 2, 3 y 4 se analizan las características de las demandas totales, satisfechas y no satisfechas, correspondientes a las prestaciones sanitarias, sociales y técnicas, respectivamente. En la sección 5 se realiza un estudio de las demandas simultáneas de prestaciones sanitarias y sociales, tanto en términos de demandas totales como no satisfechas. Finalmente, en la sección 6 se analiza la incidencia de cualquier tipo de demanda no satisfecha, diferenciando distintos grupos poblacionales: por una parte, los individuos que no presentan ninguna necesidad no satisfecha; por otra, los que han solicitado un servicio y no lo han recibido (sanitario, social o técnico), han solicitado dos servicios y no han recibido alguno de ellos (sanitario y social, sanitario y técnico, social y técnico) o han solicitado tres servicios (sanitario y social y técnico) y alguno/s no ha/n sido recibido/s.

5.2. PRESTACIONES SANITARIAS

5.2.1. Grado de dependencia

En términos absolutos, la prestación más demandada es la “atención sanitaria prestada por personal hospitalario” (891.884 personas, 230 demandas por cada 1.000 personas con alguna discapacidad) seguida por los “cuidados médicos y/o de enfermería” (373.210 personas, 96 demandas por cada 1.000 personas con alguna discapacidad).

En relación con el grado de dependencia, los grandes dependientes demandan más prestaciones de “atención psicológica y de salud mental” y de “transporte sanitario” que el resto de grupos, pero no siempre la demanda aumenta con el grado de dependencia. En el caso de “cuidados médicos y/o de enfermería” y la “rehabilitación médico-funcional”, los dependientes severos presentan la mayor tasa de prevalencia, y en el caso de las “pruebas diagnósticas”, la mayor tasa de prevalencia corresponde a los moderados (88 demandas por cada 1.000 habitantes dependientes moderados frente a 56 demandas por cada 1.000 habitantes grandes dependientes) (Tabla 5.2.).

5.2.2. Demandas sanitarias no satisfechas

La “rehabilitación médico-funcional” y la “rehabilitación ortoprotésica” presentan el mayor número de demandas no satisfechas por cada 1.000 demandas totales (satisfechas más no satisfechas) (289) seguidos por la “atención psicológica y de salud mental” con 211 demandas no satisfechas por

Tabla 5.2. Demandas sanitarias totales por cada 1.000 habitantes en función del grado de dependencia

	Demanda total DT = DS + DNS	Población	DT por cada 1.000 habitantes
Cuidados médicos/de enfermería			
No dependiente	262.747	2.881.768	91
Moderado	43.804	413.078	106
Severo	29.928	249.014	120
Grande	36.732	331.209	111
Total	373.210	3.875.069	96
Pruebas diagnósticas			
No dependiente	241.950	2.881.768	84
Moderado	36.171	413.078	88
Severo	14.529	249.014	58
Grande	18.647	331.209	56
Total	311.298	3.875.069	80
Rehabilitación médico-funcional			
No dependiente	56.384	2.881.768	20
Moderado	9.236	413.078	22
Severo	5.762	249.014	23
Grande	6.039	331.209	18
Total	77.421	3.875.069	20
Rehabilitación ortoprotésica			
No dependiente	15.850	2.881.768	6
Moderado	2.738	413.078	7
Severo	1.604	249.014	6
Grande	1.363	331.209	4
Total	21.554	3.875.069	6
Atención psicológica-salud mental			
No dependiente	62.399	2.881.768	22
Moderado	9.838	413.078	24
Severo	5.291	249.014	21
Grande	14.010	331.209	42
Total	91.539	3.875.069	24
Atención sanitaria por personal hospitalario			
No dependiente	635.372	2.881.768	220
Moderado	109.599	413.078	265
Severo	65.064	249.014	261
Grande	81.848	331.209	247
Total	891.884	3.875.069	230
Transporte sanitario			
No dependiente	158.119	2.881.768	55
Moderado	63.732	413.078	154
Severo	52.561	249.014	211
Grande	76.927	331.209	232
Total	351.338	3.875.069	91

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

cada 1.000 demandas. Atendiendo a los grados de dependencia, se puede señalar que las personas no dependientes presentan el mayor número de demandas no satisfechas por cada 1.000 demandas en el caso de “rehabilitación ortoprotésica”, “atención sanitaria prestada por personal hospitalario” y “transporte sanitario”. Por su parte, los dependientes moderados ocupan los primeros puestos de demandas no satisfechas en “cuidados médicos y/o de enfermería”, “pruebas diagnósticas”, “rehabilitación médico-funcional”, “atención psicológica y de salud mental”. Asimismo, se debe reseñar que los grandes dependientes alcanzan la segunda mayor tasa de prevalencia de necesidades no satisfechas en “rehabilitación médico-funcional”, “atención psicológica y de salud mental” y “transporte sanitario” (Tabla 5.3.).

5.2.3. Motivos de las demandas no satisfechas

Para cada prestación y cada grado de dependencia se ha considerado igual a 100 el número de personas que han demandado dicha prestación y no la han recibido, y se ha calculado el porcentaje correspondiente a cada una de las causas indicadas en la encuesta: “lista de espera”, “no disponibilidad en el entorno”, “no poder pagarlo”, “no cumplir algún requisito” u “otros motivos”. Se aprecian diferentes patrones de comportamiento. En primer lugar, para “cuidados médicos y/o de enfermería” y “pruebas diagnósticas”, las demandas no satisfechas de no dependientes, dependientes moderados y dependientes severos se deben a “listas de espera”, y la de grandes dependientes a “otros motivos”. En segundo lugar, las demandas no satisfechas de “atención psicológica y de salud mental” se deben en primer lugar a “otros motivos” y, en segundo lugar, a “listas de espera” (para no dependientes y dependientes severos) y a “no poder pagarlo” (para no dependientes y dependientes moderados). En tercero, la primera causa de las necesidades no satisfechas de “atención sanitaria prestada por personal hospitalario” son las “listas de espera” para todos los grupos excepto los dependientes moderados, y para estos, la causa principal es la “no disponibilidad en el entorno”. En el caso de la “rehabilitación médico-funcional” y el “transporte sanitario”, la razón prioritaria de las necesidades no satisfechas son “otros motivos”, aunque para los no dependientes, dependientes moderados y grandes dependientes también son importantes las “listas de espera” y “no poder pagarlo”. Finalmente, en la “rehabilitación ortoprotésica” la situación es muy diversa y cada grupo de dependencia presenta una causa diferente: “lista

Tabla 5.3. Demandas sanitarias no satisfechas por cada 1.000 demandas totales en función del grado de dependencia

	Demandas no satisfechas (DNS)	Demandas satisfechas (DS)	Demanda total (DT = DS + DNS)	DNS por cada 1.000 DT
Cuidados médicos/de enfermería				
No dependiente	10.792	251.955	262.747	41
Moderado	2.360	41.443	43.804	54
Severo	617	29.310	29.928	21
Grande	1.191	35.541	36.732	32
Total	14.960	358.250	373.210	40
Pruebas diagnósticas				
No dependiente	13.618	228.332	241.950	56
Moderado	2.606	33.565	36.171	72
Severo	507	14.022	14.529	35
Grande	650	17.998	18.647	35
Total	17.382	293.917	311.298	56
Rehabilitación médico-funcional				
No dependiente	15.929	40.455	56.384	283
Moderado	3.463	5.773	9.236	375
Severo	1.236	4.526	5.762	215
Grande	1.775	4.265	6.039	294
Total	22.403	55.018	77.421	289
Rehabilitación ortoprotésica				
No dependiente	5.070	10.779	15.850	320
Moderado	356	2.382	2.738	130
Severo	483	1.121	1.604	301
Grande	323	1.040	1.363	237
Total	6.232	15.322	21.554	289
Atención psicológica-salud mental				
No dependiente	10.744	51.655	62.399	172
Moderado	3.369	6.470	9.838	342
Severo	866	4.425	5.291	164
Grande	4.303	9.707	14.010	307
Total	19.282	72.257	91.539	211
Atención sanitaria por personal hospitalario				
No dependiente	14.678	620.694	635.372	23
Moderado	1.489	108.110	109.599	14
Severo	1.441	63.623	65.064	22
Grande	788	81.060	81.848	10
Total	18.397	873.487	891.884	21

Tabla 5.3. Demandas sanitarias no satisfechas por cada 1.000 demandas totales en función del grado de dependencia (continuación)

	Demandas no satisfechas (DNS)	Demandas satisfechas (DS)	Demanda total (DT = DS + DNS)	DNS por cada 1.000 DT
Transporte sanitario				
No dependiente	8.091	150.028	158.119	51
Moderado	2.541	61.190	63.732	40
Severo	1.632	50.929	52.561	31
Grande	3.727	73.200	76.927	48
Total	15.991	335.347	351.338	46

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

de espera” para no dependientes, “no poder pagarlo” para dependientes moderados, “no disponible” para dependientes severos y “otros motivos” para grandes dependientes (Tabla 5.4.).

5.2.4. Demandas no satisfechas y tamaño del municipio

El tamaño del municipio en el que reside la persona con limitaciones en la autonomía puede estar asociado a la inexistencia de un servicio en su entorno o a retrasos ligados a la gestión de las listas de espera. Por esta razón se propone relacionar el número de demandas no satisfechas con el tamaño del municipio, y compararlo con la situación alternativa, es decir, cuando dichas peticiones sí han sido resueltas satisfactoriamente.

Cuando la demanda no satisfecha se debe a no disponibilidad en el entorno, se aprecia que para “pruebas diagnósticas” hay mayor número de demandas no satisfechas en municipios de 20.000 a 50.000 habitantes (28,58% frente a 13,32% si se compara con los individuos que sí han recibido la atención solicitada). En el caso de la “rehabilitación ortoprotésica” y la “asistencia sanitaria prestada por personal hospitalario” hay mayor número de demandas no satisfechas en municipios de menos de 10.000 habitantes (48,62% frente a 16,26%, en el primer caso, y 73,74% frente a 23,19% en el segundo) y para “atención psicológica y de salud mental” la mayor divergencia entre demandas satisfechas y no satisfechas se encuentra en los municipios de 20.000-50.000 y de 10.000-20.000 habitantes (48,20% frente a 16,66% y 36,94% frente a 10,22%) (Tabla 5.5.).

Tabla 5.4. Motivos de las necesidades no satisfechas en función del grado de dependencia

	Lista de espera	No disponible en el entorno	No puede pagarlo	No cumple algún requisito	Otros motivos
Cuidados médicos/de enfermería					
No dependiente	44,13	20,68	6,49	3,35	25,36
Moderado	42,72	21,36	0,00	0,00	35,91
Severo	82,75	17,25	0,00	0,00	0,00
Grande	1,64	0,00	26,49	0,00	71,87
Pruebas diagnósticas					
No dependiente	64,56	8,84	6,32	2,96	17,33
Moderado	70,55	3,59	0,00	0,00	25,86
Severo	49,75	24,70	0,00	0,00	25,55
Grande	37,39	0,00	6,99	10,90	44,72
Rehabilitación médico-funcional					
No dependiente	28,90	7,34	23,44	4,66	35,65
Moderado	11,48	7,16	30,36	14,23	36,78
Severo	0,00	9,07	13,76	0,00	77,18
Grande	22,01	11,58	21,88	4,97	39,56
Rehabilitación ortoprotésica					
No dependiente	40,55	8,11	16,06	1,98	33,29
Moderado	13,27	0,00	37,06	36,48	13,19
Severo	0,00	42,82	24,85	0,00	32,33
Grande	11,53	24,66	7,60	20,28	35,92
Atención psicológica-salud mental					
No dependiente	27,43	9,38	22,81	4,92	35,47
Moderado	20,18	8,51	20,83	2,78	47,70
Severo	28,21	10,55	0,00	0,00	61,25
Grande	13,14	17,85	20,24	7,31	41,46
Atención sanitaria por personal hospitalario					
No dependiente	53,50	25,85	5,79	4,97	9,89
Moderado	33,51	38,55	8,82	8,55	10,57
Severo	58,11	0,00	41,89	0,00	0,00
Grande	68,71	19,09	12,20	0,00	0,00
Transporte sanitario					
No dependiente	6,35	12,41	19,53	11,68	50,03
Moderado	6,87	20,60	6,66	19,38	46,48
Severo	0,00	9,34	28,22	11,56	50,88
Grande	25,25	11,22	26,62	9,03	27,87

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

5.2.5. Demandas no satisfechas y recursos económicos insuficientes

La EDAD 2008 proporciona información sobre seis fuentes regulares de ingresos relacionadas con la discapacidad del individuo: pensiones contributivas de incapacidad, pensiones no contributivas de incapacidad, asignaciones económicas por hijo a cargo, otros subsidios (por minusvalía recogidos en la Ley de Integración Social de los Minusválidos [LISMI]), prestaciones asistenciales, prestaciones económicas por dependencia, programa de ayudas de las comunidades autónomas), seguros de vida e invalidez, otros ingresos regulares por discapacidad. Utilizando esta información se han comparado las fuentes de ingresos de las personas con demandas sanitarias no satisfechas por insuficiencia de recursos económicos con las fuentes de ingresos de las personas sin demandas no satisfechas. Entre las personas sin necesidades no satisfechas, la fuente principal de ingresos siempre son las pensiones contributivas de incapacidad. En cambio, entre las personas con necesidades no cubiertas por no poder pagar la prestación requerida aumenta la importancia de las pensiones no contributivas de incapacidad (rehabilitación médico-funcional, atención psicológica y de salud mental) y otros subsidios (rehabilitación ortoprotésica, atención psicológica y de salud mental) (Tabla 5.6.).

Además, para las personas que han declarado que el motivo por el cual no han podido recibir la prestación sanitaria deseada ha sido el hecho de no poder pagarla se ha procedido a comparar el importe de las prestaciones económicas recibidas (en términos netos y anuales) por motivo de discapacidad con el importe de dichas prestaciones para el conjunto de individuos cuyas demandas sanitarias sí han sido cubiertas. Se ha utilizado la información sobre prestaciones económicas por motivos de discapacidad por ser ésta la única información cuantitativa sobre los ingresos del individuo, ya que la otra variable disponible se refiere a los ingresos de todos los miembros del hogar. De este modo, se observa que los ingresos, en caso de no haber podido recibir la prestación sanitaria, se encuentran por debajo de los 3.000 euros o entre 3.000 y 6.000 euros anuales. Por ejemplo, el 100% de los individuos que no han podido recibir cuidados médicos y/o de enfermería por no poder pagarlos tienen ingresos inferiores a 3.000 euros al año. En cambio, para los individuos cuyas necesidades sanitarias sí han sido cubiertas se observa una mayor dispersión de los ingresos: aunque la moda se encuentra en el intervalo de 3.000 a 6.000 euros, en torno a un 20% de la población tiene ingresos superiores a dichas cifras (Tabla 5.7.).

Tabla 5.5. Relación entre necesidades sanitarias no satisfechas debido a no disponibilidad y tamaño del municipio de residencia

	Cuidados médicos/ de enfermería	Pruebas diagnósticas	Rehabilitación médico- funcional	Rehabilitación ortoprotésica	Atención en salud mental	Atención sanitaria por personal hospitalario	Transporte sanitario
Necesidades no satisfechas por no disponibilidad							
Capital de provincia y municipios de más de 100.000 habitantes	58,21	40,61	53,14	19,95	0,00	3,57	41,18
De 50.000 a 100.000 habitantes	10,75	0,00	13,45	0,00	9,48	4,96	11,19
De 20.000 a menos de 50.000 habitantes	5,15	28,58	0,00	26,59	48,20	11,50	28,27
De 10.000 a menos de 20.000 habitantes	22,94	2,91	14,83	4,84	36,94	6,22	8,37
Menos de 10.000 habitantes	2,94	27,90	18,58	48,62	5,37	73,74	11,00
No hay necesidades no satisfechas							
Capital de provincia y municipios de más de 100.000 habitantes	44,66	45,78	50,08	43,96	47,8	44,51	43,39
De 50.000 a 100.000 habitantes	8,36	9,22	9,16	9,88	11,84	8,68	8,79
De 20.000 a menos de 50.000 habitantes	13,71	13,32	14,44	17,02	16,66	13,59	12,92
De 10.000 a menos de 20.000 habitantes	10,32	10,23	9,58	12,87	10,22	10,03	11,92
Menos de 10.000 habitantes	22,95	21,45	16,74	16,26	13,47	23,19	22,98

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

Tabla 5.6. Distribución de las ayudas por discapacidad atendiendo a si hay o no demandas sociales no satisfechas por motivos económicos (porcentaje)

	Ayuda 1	Ayuda 2	Ayuda 3	Ayuda 4	Ayuda 5	Ayuda 6
Necesidades no satisfechas por motivos económicos						
Cuidados médicos y/o de enfermería	0,00	0,00	0,00	100,00	0,00	0,00
Pruebas diagnósticas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Rehabilitación médico-funcional	55,05	44,95	0,00	0,00	0,00	0,00
Rehabilitación ortoprotésica	31,25	24,25	0,00	24,92	0,00	0,00
Atención psicológica y de salud mental	10,54	46,09	13,74	29,63	0,00	0,00
Atención sanitaria (personal hospitalario)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Transporte sanitario	29,54	33,62	0,00	0,00	0,00	36,84
No hay necesidades no satisfechas						
Cuidados médicos y/o de enfermería	50,08	24,01	8,15	10,81	2,17	4,16
Pruebas diagnósticas	51,20	24,37	10,09	9,87	3,78	3,14
Rehabilitación médico-funcional	48,17	18,45	18,36	4,63	4,55	3,00
Rehabilitación ortoprotésica	39,73	23,96	15,49	11,15	2,33	3,77
Atención psicológica y de salud mental	43,09	26,83	17,58	9,22	1,48	4,30
Atención sanitaria (personal hospitalario)	52,59	23,69	7,85	10,79	1,63	4,76
Transporte sanitario	43,33	23,60	11,05	14,26	2,18	5,45

Ayuda 1: pensiones contributivas por incapacidad; Ayuda 2: pensiones no contributivas por incapacidad; Ayuda 3: asignaciones económicas por hijo a cargo con discapacidad; Ayuda 4: otros subsidios (prestaciones LISMI, prestaciones asistenciales, prestaciones económicas por dependencia, programas de ayudas de comunidades autónomas); Ayuda 5: seguros de vida e invalidez; Ayuda 6: otros ingresos regulares por discapacidad.

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

Tabla 5.7. Importe neto de las prestaciones económicas recibidas por discapacidad en el caso de demandas sanitarias no satisfechas por motivos económicos (en términos anuales)

	Hasta 3.000 €	De 3.001 a 6.000 €	De 6.001 a 9.000 €	De 9.001 a 12.000 €	Más de 12.000 €
Necesidades no satisfechas por motivos económicos					
Cuidados médicos y/o de enfermería	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Pruebas diagnósticas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Rehabilitación médico-funcional	0,00	75,31	15,32	0,00	9,37
Rehabilitación ortoprotésica	30,99	51,00	0,00	0,00	18,01
Atención psicológica y de salud mental	40,41	59,59	0,00	0,00	0,00
Atención sanitaria (personal hospitalario)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Transporte sanitario	0,00	100,00	0,00	0,00	0,00
No hay necesidades no satisfechas					
Cuidados médicos y/o de enfermería	19,95	44,89	15,32	7,74	12,11
Pruebas diagnósticas	19,83	42,13	16,17	8,05	13,82
Rehabilitación médico-funcional	23,97	43,44	9,39	6,79	16,41
Rehabilitación ortoprotésica	28,73	33,97	9,21	16,20	11,89
Atención psicológica y de salud mental	22,54	47,17	10,47	9,45	10,37
Atención sanitaria (personal hospitalario)	18,17	49,72	14,66	6,79	10,66
Transporte sanitario	28,10	40,80	11,55	12,10	7,44

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

5.3. PRESTACIONES SOCIALES

5.3.1. Grado de dependencia

En términos agregados, las prestaciones sociales con mayor número de demandas por cada 1.000 habitantes son “ayuda social a domicilio” (36) y “atención a domicilio” (25). Distinguiendo por grados de dependencia, las personas no dependientes presentan las menores demandas totales por cada 1.000 habitantes para todas las prestaciones. Analizando por tipo de servicio, la demanda total para “teleasistencia” disminuye a medida que aumenta el grado de dependencia (de 24,89 por cada 1.000 dependientes moderados a 11 por cada 1.000 grandes dependientes). Para los “centros de día” y “servicios de respiro”, la mayor demanda corresponde a los grandes dependientes (64 y 47, respectivamente, por cada 1.000 grandes dependientes). En cambio, para la “atención a domicilio” y la “ayuda social a domicilio”, la mayor demanda total recae sobre los dependientes severos (79 y 81, respectivamente, por cada 1.000 dependientes severos) (Tabla 5.8.).

5.3.2. Demandas sociales no satisfechas

Sobre las prestaciones de “ayuda social a domicilio” y “servicios de respiro” recae el mayor número de demandas no satisfechas por cada 1.000 demandas totales (321,09 y 310,10, respectivamente). Distinguiendo por grados de dependencia, resulta especialmente preocupante que los grandes dependientes ocupen el primer puesto en demandas no satisfechas para las prestaciones de “teleasistencia” y “servicios de respiro” (334 y 398, respectivamente, por cada 1.000 grandes dependientes). Asimismo, las personas dependientes en grados moderado y severo presentan el mayor número de demandas no satisfechas para “ayuda social a domicilio” y “centro de día”. En el primer caso, 413 y 192 demandas no satisfechas por cada 1.000 dependientes moderados, y en el segundo, 404 y 192 demandas no satisfechas por cada 1.000 dependientes severos (Tabla 5.9.).

5.3.3. Demandas no satisfechas y motivos de las demandas no satisfechas

Cuando el entrevistado responde que no ha recibido el servicio solicitado, se le pregunta cuáles han sido los motivos. En el menú de respuestas se registran cinco: “lista de espera”, “no disponibilidad en el entorno”, “no poder pagarlo”, “no cumplir con alguno de los requisitos” y “otros

Tabla 5.8. Demandas sociales totales por cada 1.000 habitantes en función del grado de dependencia

	Demanda total (DT = DS + DNS)	Población	DT por cada 1.000 habitantes
Teleasistencia			
No dependiente	28.134	2.881.768	10
Moderado	10.281	413.078	25
Severo	4.965	249.014	20
Grande	3.701	331.209	11
Total	47.081	3.875.069	12
Atención a domicilio			
No dependiente	37.596	2.881.768	13
Moderado	19.934	413.078	48
Severo	19.772	249.014	79
Grande	17.803	331.209	54
Total	95.105	3.875.069	25
Ayuda social a domicilio			
No dependiente	72.849	2.881.768	25
Moderado	22.525	413.078	55
Severo	20.094	249.014	81
Grande	22.381	331.209	68
Total	137.849	3.875.069	36
Centro de día			
No dependiente	30.256	2.881.768	10
Moderado	11.296	413.078	27
Severo	11.336	249.014	46
Grande	21.262	331.209	64
Total	74.150	3.875.069	19
Servicios de respiro			
No dependiente	24.361	2.881.768	8
Moderado	6.048	413.078	15
Severo	5.112	249.014	21
Grande	15.602	331.209	47
Total	51.123	3.875.069	13

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

motivos". Se observa que para las cinco prestaciones sociales consideradas, la razón "otros motivos" recibe siempre un porcentaje significativo de respuestas a la hora de explicar por qué no se ha recibido la prestación solicitada, sin poder concretar nada más acerca de cuáles son las causas de esta negativa.

Tabla 5.9. Demandas sociales no satisfechas por cada 1.000 demandas totales en función del grado de dependencia

	Demandas no satisfechas (DNS)	Demandas satisfechas (DS)	Demanda total (DT = DS + DNS)	DNS por cada 1.000 DT
Teleasistencia				
No dependiente	4.394	23.741	28.134	156
Moderado	922	9.358	10.281	90
Severo	837	4.128	4.965	169
Grande	1.236	2.465	3.701	334
Total	7.389	39.693	47.082	157
Atención a domicilio				
No dependiente	6.306	31.290	37.596	168
Moderado	2.606	17.328	19.934	131
Severo	960	18.812	19.772	49
Grande	1.614	16.189	17.803	91
Total	11.486	83.619	95.105	121
Ayuda social a domicilio				
No dependiente	23.597	49.252	72.849	324
Moderado	9.302	13.222	22.525	413
Severo	8.127	11.967	20.094	404
Grande	3.236	19.145	22.381	145
Total	44.262	93.587	137.849	321
Centro de día				
No dependiente	5.734	24.521	30.256	190
Moderado	2.173	9.123	11.296	192
Severo	2.176	9.160	11.336	192
Grande	2.032	19.231	21.262	96
Total	12.115	62.035	74.150	163
Servicios de respiro				
No dependiente	6.939	17.422	24.361	285
Moderado	1.272	4.776	6.048	210
Severo	1.437	3.675	5.112	281
Grande	6.205	9.397	15.602	398
Total	15.853	35.270	51.123	310

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

Analizando por separado cada una de las prestaciones, en el caso de la “ayuda social a domicilio”, un 24,14% de los dependientes severos y un 37,46% de los grandes dependientes que la solicitaron, pero no la recibieron, han ale-

gado que el motivo fue que se encontraban en “lista de espera”. Esta misma circunstancia se observa para la prestación de “centro de día”, ya que un 37,62% de los dependientes severos y un 35,55% de los grandes dependientes que la solicitaron y no la recibieron han declarado estar en “lista de espera”. También para los “centros de día” se constata que un 25,25% de las necesidades no satisfechas de grandes dependientes se deben a que no existe este servicio en el entorno en el que viven. Por último, es destacable que un 67,99% de las demandas no satisfechas relativas a “servicios de respiro” por parte de dependientes severos se deben a que “no pueden pagarlo” (Tabla 5.10.).

Tabla 5.10. Motivos de las necesidades no satisfechas según el grado de dependencia

	Lista de espera	No disponible en el entorno	No puede pagarlo	No cumple algún requisito	Otros motivos
Teleasistencia					
No dependiente	13,17	1,80	9,82	6,98	68,22
Moderado	11,32	4,86	8,58	19,45	55,79
Severo	7,15	4,18	17,82	23,30	47,55
Grande	18,25	9,90	15,30	11,53	45,02
Atención a domicilio					
No dependiente	19,83	5,77	17,42	11,64	45,35
Moderado	24,09	4,69	22,17	23,52	25,53
Severo	16,33	18,34	9,89	4,72	50,73
Grande	28,05	4,41	14,13	10,43	42,98
Ayuda social a domicilio					
No dependiente	20,22	5,34	22,55	15,88	36,00
Moderado	9,76	2,79	32,23	14,47	40,74
Severo	24,14	8,91	14,54	12,84	39,56
Grande	37,46	7,28	14,49	9,55	31,23
Centro de día					
No dependiente	24,37	26,36	20,06	0,00	29,21
Moderado	58,07	14,86	0,00	4,26	22,82
Severo	37,62	9,34	0,00	14,18	38,85
Grande	35,55	25,25	14,57	4,14	20,48
Servicios de respiro					
No dependiente	25,66	4,86	33,82	0,00	35,66
Moderado	0,00	53,21	20,46	8,64	17,69
Severo	0,00	0,00	67,99	0,00	32,01
Grande	22,21	16,45	19,01	3,27	39,05

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

5.3.4. Demandas no satisfechas y tamaño del municipio

Cuando la causa de la demanda no satisfecha es que el individuo se encuentra en lista de espera, en el caso del servicio de “teleasistencia” hay una mayor concentración de demandas no satisfechas provenientes de municipios de 10.000-20.000 habitantes y de menos de 10.000 habitantes (24,36% frente a 7,81% y 21,73% frente a 13,42%). Esto último también sucede para los “centros de día”. Para “servicios de respiro” el 27,01% de las demandas en lista de espera han sido realizadas por solicitantes que viven en municipios de 10.000-20.000 habitantes (frente al 7,16% cuando las demandas han sido recibidas) (Tabla 5.11.).

Para todas las prestaciones se aprecia que el porcentaje de necesidad no satisfecha debida a no disponibilidad en el entorno es mucho mayor en los municipios de menos de 10.000 habitantes. Por ejemplo, para los “servicios de respiro”, el 73,72% de las demandas no satisfechas ha sido solicitado por residentes en municipios pequeños, frente al 21,29% en el caso de que sí hayan recibido este servicio. Por su parte, para la “atención a domicilio” también hay una elevada concentración en municipios de 10.000 a 20.000 habitantes (34,89% frente a 9,4%) (Tabla 5.12.).

5.3.5. Demandas no satisfechas y recursos económicos insuficientes

Al igual que en el caso de las prestaciones sociales, se han comparado los ingresos en concepto de prestaciones económicas por discapacidad de los individuos que no han podido recibir el servicio por no poder pagarlo con los ingresos de los que lo solicitaron y lo han recibido. Así, se observa que un 100% de las personas que solicitaron una plaza en un centro de día o un servicio de respiro y no pudieron pagarlo tienen ingresos inferiores a 3.000 euros y lo mismo ocurre con un 80% de las personas que solicitaron el servicio de teleasistencia. En cambio, entre las personas que sí han podido recibir sus prestaciones sociales el porcentaje con ingresos inferiores a 3.000 euros al año es considerablemente menor (Tabla 5.13.).

Al igual que en las prestaciones sanitarias se ha comparado cuáles son las fuentes principales de ingresos entre el grupo con insuficientes recursos económicos para recibir prestaciones sociales y el grupo con necesidades sociales satisfechas. Para el servicio de “teleasistencia” y “servicios de respiro” el peso de las pensiones no contributivas de incapacidad es

Tabla 5. 11. Relación entre necesidades sociales no satisfechas debidas a listas de espera y tamaño del municipio de residencia

	Teleasistencia	Atención a domicilio	Ayuda social a domicilio	Centro de día	Servicios de respiro
Necesidades no satisfechas por lista de espera					
Capital de provincia y municipios de más de 100.000 habitantes	58,12	51,34	32,42	31,62	48,51
De 50.000 a 100.000 habitantes	17,52	0,00	13,45	14,06	2,21
De 20.000 a menos de 50.000 habitantes	0,00	18,54	19,60	14,51	19,74
De 10.000 a menos de 20.000 habitantes	24,36	8,05	8,48	12,19	27,01
Menos de 10.000 habitantes	21,73	22,07	26,05	27,62	2,53
No hay necesidades no satisfechas					
Capital de provincia y municipios de más de 100.000 habitantes	51,74	48,56	37,65	50,43	50,42
De 50.000 a 100.000 habitantes	13,8	7,86	6,99	9,15	7,27
De 20.000 a menos de 50.000 habitantes	13,23	10,15	10,72	14,12	13,86
De 10.000 a menos de 20.000 habitantes	7,81	9,4	11,09	10,8	7,16
Menos de 10.000 habitantes	13,42	24,02	33,55	15,5	21,29

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

Tabla 5. 12. Relación entre necesidades sociales no satisfechas debidas a no disponibilidad y tamaño del municipio de residencia

	Teleasistencia	Atención a domicilio	Ayuda social a domicilio	Centro de día	Servicios de respiro
Necesidades no satisfechas por no disponibilidad					
Capital de provincia y municipios de más de 100.000 habitantes	16,98	5,85	25,64	46,77	5,68
De 50.000 a 100.000 habitantes	14,88	0,00	5,55	3,72	0,00
De 20.000 a menos de 50.000 habitantes	24,29	9,01	24,14	15,67	20,60
De 10.000 a menos de 20.000 habitantes	10,10	34,89	0,00	0,00	0,00
Menos de 10.000 habitantes	33,75	50,25	44,67	33,83	73,72
No hay necesidades no satisfechas					
Capital de provincia y municipios de más de 100.000 habitantes	51,74	48,56	37,65	50,43	50,42
De 50.000 a 100.000 habitantes	13,8	7,86	6,99	9,15	7,27
De 20.000 a menos de 50.000 habitantes	13,23	10,15	10,72	14,12	13,86
De 10.000 a menos de 20.000 habitantes	7,81	9,4	11,09	10,8	7,16
Menos de 10.000 habitantes	13,42	24,02	33,55	15,5	21,29

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

Tabla 5.13. Importe neto de las prestaciones económicas recibidas por discapacidad en el caso de demandas sociales no satisfechas por motivos económicos (en términos anuales)

	Hasta 3.000 €	De 3.001 a 6.000 €	De 6.001 a 9.000 €	De 9.001 a 12.000 €	Más de 12.000 €
Necesidades no satisfechas por motivos económicos					
Teleasistencia	80,11	19,89	0,00	0,00	0,00
Atención a domicilio	41,19	36,77	0,00	22,03	0,00
Ayuda a domicilio de carácter social	56,98	27,41	14,25	0,00	0,00
Centros de día	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Servicios de respiro	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00
No hay necesidades no satisfechas					
Teleasistencia	29,98	41,68	10,52	8,41	9,41
Atención a domicilio	38,09	37,82	9,56	6,64	7,89
Ayuda a domicilio de carácter social	15,48	52,08	16,53	12,42	3,49
Centros de día	14,99	67,67	14,14	0,00	3,20
Servicios de respiro	40,00	46,43	7,59	0,00	5,97

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

muy superior entre los individuos con insuficientes recursos económicos (80,11% frente a 19,73% y 64,74% frente a 26,30%). En el caso de la “atención a domicilio” y la “ayuda a domicilio de carácter social” se observa un mayor peso de las pensiones contributivas de incapacidad y de los otros subsidios en el grupo que no tiene necesidades no satisfechas. Finalmente, para los “centros de día” la situación es menos clara, puesto que el 100% de los individuos que no han podido pagar dicha prestación reciben una pensión contributiva de incapacidad, mientras que en el otro grupo está más repartido entre prestaciones contributivas, no contributivas y otros subsidios (Tabla 5.14.).

5.4. PRESTACIONES TÉCNICAS

5.4.1. Grado de dependencia

De las 3.875.069 personas con alguna discapacidad estimadas (año 2010), 2.000.372 habrían demandado algún tipo de ayuda técnica (EDAD 2008). De esta demanda total, el 44,31% habrían recibido la ayuda técnica demandada, y estarían satisfechos con ella; el 27,46% habrían recibido algu-

Tabla 5.14. Distribución de las ayudas por discapacidad atendiendo a si hay o no demandas sociales no satisfechas por motivos económicos (porcentaje)

	Ayuda 1	Ayuda 2	Ayuda 3	Ayuda 4	Ayuda 5	Ayuda 6
Necesidades no satisfechas por motivos económicos						
Teleasistencia	0,00	80,11	0,00	19,89	0,00	0,00
Atención a domicilio	33,28	13,68	0,00	0,00	0,00	27,31
Ayuda a domicilio de carácter social	27,76	33,47	22,00	4,99	0,00	11,78
Centros de día	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Servicios de respiro	35,26	64,74	0,00	0,00	0,00	0,00
No hay necesidades no satisfechas						
Teleasistencia	55,28	19,73	0,00	16,09	2,79	8,45
Atención a domicilio	42,37	24,13	16,24	16,60	4,27	9,77
Ayuda a domicilio de carácter social	41,45	30,79	10,81	20,57	1,73	1,22
Centros de día	26,79	36,19	16,65	13,54	0,00	11,75
Servicios de respiro	13,85	26,30	23,28	34,30	0,00	1,13

Ayuda 1: pensiones contributivas por incapacidad; Ayuda 2: pensiones no contributivas por incapacidad; Ayuda 3: asignaciones económicas por hijo a cargo con discapacidad; Ayuda 4: otros subsidios (prestaciones LISMI, prestaciones asistenciales, prestaciones económicas por dependencia, programas de ayudas de comunidades autónomas); Ayuda 5: seguros de vida e invalidez; Ayuda 6: otros ingresos regulares por discapacidad.

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

na técnica, pero no toda la demandada; y el 28,23% no habrían recibido ayuda alguna. Considerando el grado de dependencia de los demandantes, 743 de cada 1.000 grandes dependientes han requerido algún tipo de ayuda técnica, frente a 441 por cada 1.000 individuos no dependientes. No obstante, el máximo de demanda se alcanza entre los dependientes severos, con 789 demandas por cada 1.000 individuos. En relación con las necesidades no satisfechas de ayuda técnica, 43 de cada 1.000 grandes dependientes reciben alguna, pero no todas las ayudas técnicas demandadas. En el caso de que se haya demandado una ayuda técnica y no se haya recibido nada en absoluto, el máximo se encuentra entre los no dependientes (341 demandas no satisfechas por cada 1.000 individuos), seguido por los grandes dependientes (204 demandas no satisfechas por cada 1.000). En términos de necesidades no satisfechas totales, el mínimo se encuentra entre los dependientes severos (198 por cada 1.000) y el máximo entre los no dependientes (362 por cada 1.000) (Tabla 5.15.).

Tabla 5.15. Tasa de prevalencia de necesidades técnicas no satisfechas según el grado de dependencia

	Demanda total (satisfecha + no satisfecha)			Demanda no satisfecha por cada 1.000 demandas				
	Población con alguna discapacidad	Recibe y satisfecho	Recibe, pero no suficiente	No recibe y desearía recibir	Demanda total por 1.000 habitantes con discapacidad	Recibe, pero no suficiente	No recibe y desearía recibir	Total
No dependiente	2.881.768	568.075	269.070	433.501	441	21	341	362
Dependiente moderado	413.078	138.766	99.037	49.441	695	34	172	207
Dependiente severo	249.014	90.483	74.461	31.462	789	38	160	198
Gran dependiente	331.209	89.239	106.636	50.199	743	43	204	247
Total	3.875.069	886.564	549.204	564.604	516	27	282	310

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

5.4.2. Edad

Para cada intervalo de edad se ha calculado el número de demandas (totales o no satisfechas) por cada 1.000 habitantes y se ha representado gráficamente (Figura 5.1.). El número de demandas totales de ayudas técnicas (satisfechas más no satisfechas) aumenta paulatinamente de 377 por cada 1.000 personas (con alguna discapacidad) con edades comprendidas entre 40 y 44 años hasta 661 por cada 1.000 personas de 85 y más años. Las causas de las demandas no satisfechas (“recibir, pero no lo suficiente” y “no recibir nada”) muestran tendencias opuestas. Entre los 20-24 años y los 55-59 años, son superiores las demandas no satisfechas debido a que se ha demandado una ayuda técnica, pero no se recibe ayuda alguna. A partir de los 65-69 años comienza a crecer el número de demandas no satisfechas debido a que se recibe alguna ayuda técnica, pero no todas las que el individuo desearía. En conjunto, el número de demandas no satisfechas de ayudas técnicas muestra una tendencia decreciente: de 716 por cada 1.000 personas de 30-34 años hasta 488 por cada 1.000 personas de 85 y más años.

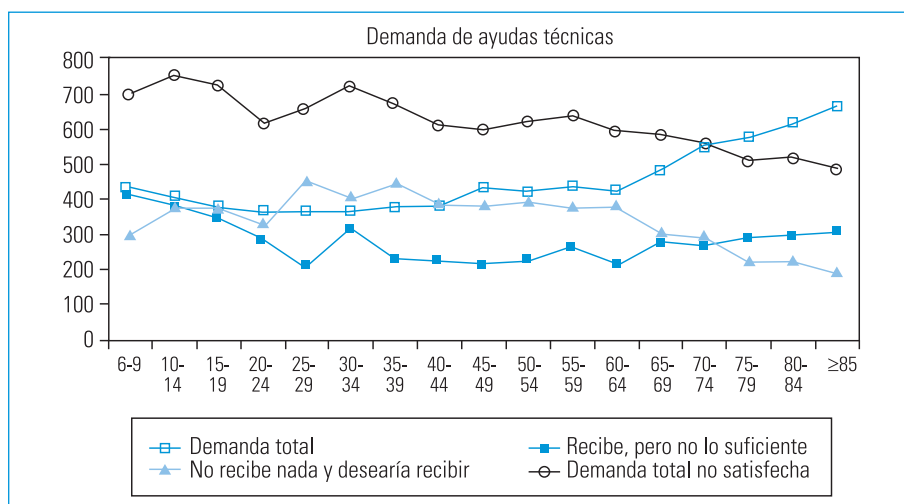


FIGURA 5.1. Demanda satisfecha y no satisfecha de ayudas técnicas atendiendo a la edad (tasa de prevalencia por 1.000 habitantes).

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

5.4.3. Tamaño del municipio de residencia

La demanda de ayudas técnicas por cada 1.000 habitantes aumenta ligeramente a medida que se reduce el tamaño del municipio de residencia

(desde 498 por cada 1.000 habitantes en capitales de provincia o municipios de más de 100.000 habitantes hasta 554 por cada 1.000 habitantes en municipios de menos de 10.000 habitantes). La tasa de prevalencia de los que “reciben, pero no en cantidad suficiente” es mayor en los extremos considerados: capitales de provincia y municipios de más de 100.000 habitantes (279 por cada 1.000 demandas) y en los municipios de menos de 10.000 habitantes (277 de cada 1.000 demandas). La tasa de prevalencia de los que “no reciben y desearían recibir” es mayor en los municipios de entre 20.000 y 50.000 habitantes (295 de cada 1.000 demandas). En conjunto, la tasa de prevalencia de todas las demandas técnicas no satisfechas es mayor en las capitales de provincia, municipios de más de 100.000 habitantes y municipios de entre 20.000 y 50.000 habitantes (566 de cada 1.000 demandas), y menor en los municipios de entre 10.000 y 20.000 habitantes (532 de cada 1.000 demandas) (Tabla 5.16.).

5.5. RELACIÓN ENTRE DEMANDAS SANITARIAS Y DEMANDAS SOCIALES

5.5.1. Edad

Para cada grado de dependencia y cada intervalo de edad se ha calculado el número de demandas totales (sanitarias o sociales) por cada 1.000 individuos con el mismo grado de dependencia y el número de demandas (sanitarias o sociales) no satisfechas por cada 1.000 demandas totales de individuos con el mismo grado de dependencia, apreciándose los siguientes resultados. Para la **población no dependiente**, pero con alguna discapacidad, el número de demandas totales (sanitarias o sociales) es inferior a 100 por cada 1.000 individuos con el mismo grado de dependencia. El número de demandas sanitarias no satisfechas también oscila entre unos valores muy bajos para todos los intervalos de edad considerados, pero en cambio el número de demandas sociales no satisfechas por cada 1.000 demandas totales muestra dos puntos máximos claramente diferenciados: 366 demandas sociales no satisfechas por cada 1.000 demandas de individuos de 35-39 años y 479 demandas sociales no satisfechas por cada 1.000 demandas de individuos de 55-59 años (Figura 5.2.).

Para los **dependientes moderados**, las demandas sanitarias no satisfechas están próximas a 200 para edades inferiores a 15-19 años, próximas a 150 entre los 25-29 y 50-54 años, y decrecen a partir de los 60-64 años. Las demandas sociales totales aumentan en el intervalo 20-

Tabla 5. 16. Tasa de prevalencia de necesidades técnicas no satisfechas en función del tamaño del municipio de residencia

	Demanda total (satisfecha + no satisfecha)			Demanda no satisfecha por cada 1.000 demandas				
	Población con alguna discapacidad	Recibe y satisfecho	Recibe, pero no suficiente	No recibe y deseaba recibir	Demanda total por 1.000 habitantes con discapacidad	Recibe, pero no suficiente	No recibe y deseaba recibir	Total
Capital de provincia y municipios de más de 100.000 habitantes	1.645.036	354.852	228.436	235.199	498	279	287	566
De 50.000 a 100.000 habitantes	334.389	78.405	45.564	46.147	509	268	271	539
De 20.000 a menos de 50.000 habitantes	521.682	116.011	72.713	78.823	513	272	295	566
De 10.000 a menos de 20.000 habitantes	404.869	97.236	53.947	56.494	513	260	272	532
Menos de 10.000 habitantes	969.091	240.059	148.544	147.940	554	277	276	553

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

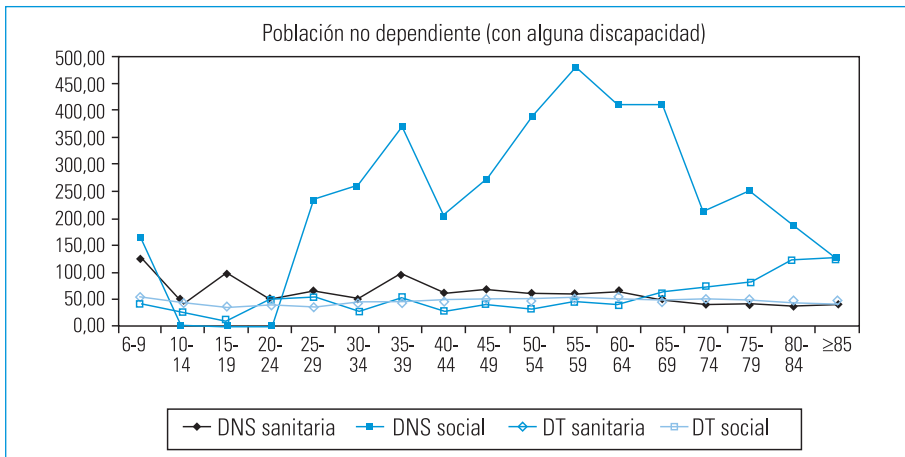


FIGURA 5.2. Demandas sanitarias y sociales totales y demandas sanitarias y sociales no satisfechas en población no dependiente.

24 a 30-34 años hasta 350 por cada 1.000 habitantes, y luego disminuyen de manera considerable hasta valores próximos a 100. A partir de los 60-64 años se vuelve a observar un repunte de las demandas sociales totales, en torno a 200 por cada 1.000 habitantes. En cuanto a las demandas sociales no satisfechas, aumentan significativamente hasta 400 por cada 1.000 demandas totales en los intervalos 35-39 a 40-44 años y de 55-59 a 70-74 años (Figura 5.3.).

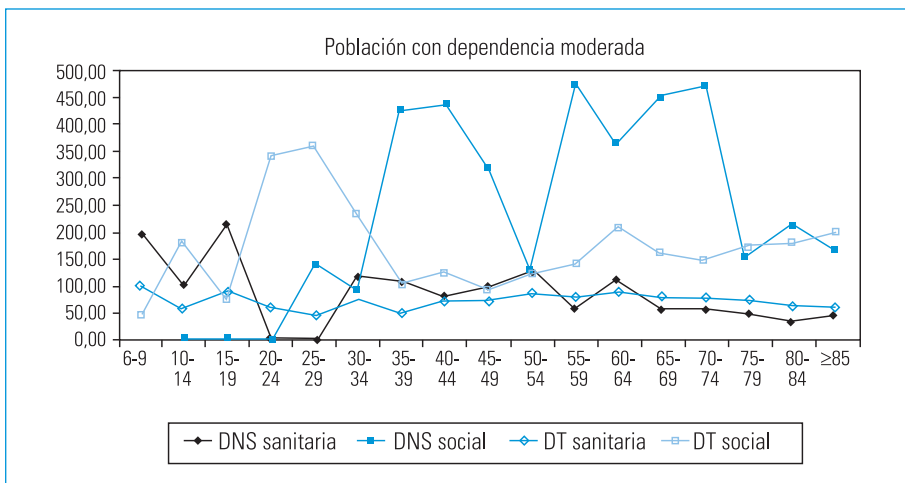


FIGURA 5.3. Demandas sanitarias y sociales totales y demandas sanitarias y sociales no satisfechas en población con dependencia moderada.

Para los **dependientes severos**, las demandas sanitarias, totales y no satisfechas, se mantienen en valores inferiores a 100 por cada 1.000 individuos o por cada 1.000 demandas, respectivamente. En cambio, las demandas sociales por cada 1.000 habitantes alcanzan el valor de 300 entre los 20-24 y 35-39 años, y aumentan de 200 a 300 a partir de los 60-64 años. Las demandas sociales no satisfechas alcanzan el valor de 600 entre los individuos de 25-29 años, y llegan a valores próximos a 500 para edades comprendidas entre 55-59 y 65-69 años (Figura 5.4.).

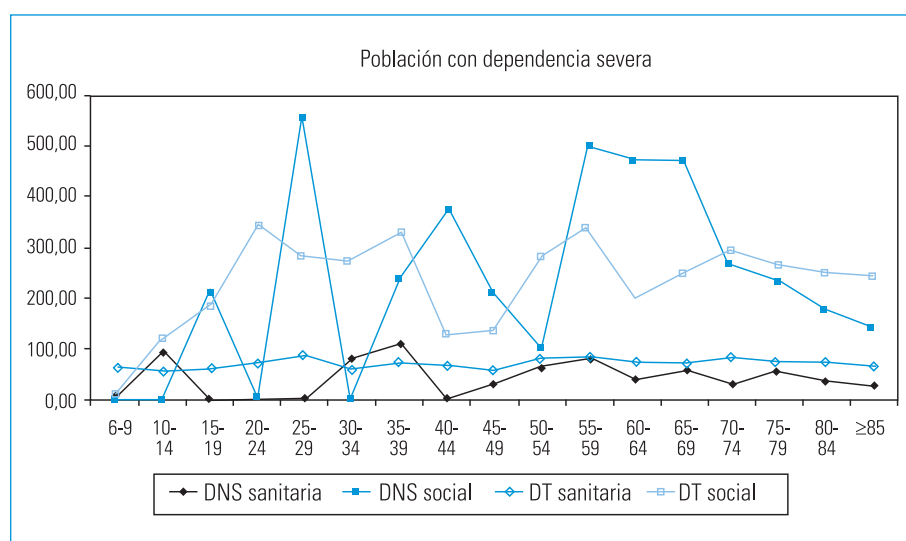


FIGURA 5.4. Demandas sanitarias y sociales totales y demandas sanitarias y sociales no satisfechas en población con dependencia severa.

Para los **grandes dependientes**, las demandas sanitarias no satisfechas alcanzan la cifra de 150 a los 35-39 y 55-59 años, y disminuyen paulatinamente de los 60 años en adelante. Las demandas sociales totales llegan a 350 por cada individuo de 25-29 años y se mantienen en valores superiores a 250 a partir de los 40-44 años. Las demandas sociales no satisfechas tienen un máximo de 500 por cada 1.000 demandas de individuos de 15-19 años y otro de 350 por cada 1.000 individuos de 55-59 años. En cambio, son muy reducidas a los 45-49 y los 70-74 años, aunque crecen hasta 200 a partir de dicha edad (Figura 5.5.).

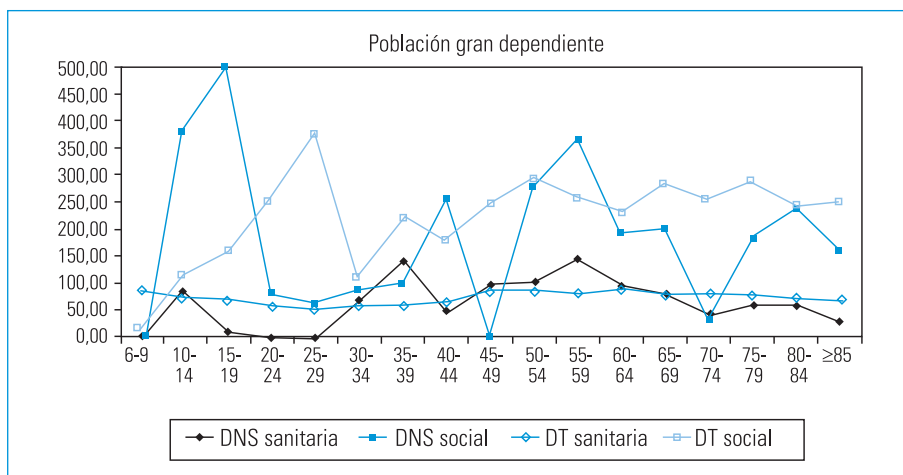


FIGURA 5.5. Demandas sanitarias y sociales totales y demandas sanitarias y sociales no satisfechas en población gran dependiente.

5.5.2. Número de demandas no satisfechas

Para cada grado de dependencia se ha considerado el número de personas con demandas no satisfechas igual a 100 y se ha calculado el porcentaje de individuos que tiene un número determinado de demandas no satisfechas. Así, el porcentaje de individuos con sólo una demanda sanitaria no satisfecha es superior al porcentaje de individuos con sólo una demanda social no satisfecha. El porcentaje de grandes dependientes con dos demandas sociales no satisfechas es casi el triple que el porcentaje de grandes dependientes con dos demandas sanitarias no satisfechas. Y en el caso de los dependientes severos, el porcentaje con dos demandas sociales no satisfechas es 17 puntos porcentuales superior al porcentaje con dos demandas sanitarias no satisfechas. El porcentaje de dependientes moderados, severos o grandes con tres demandas sociales no satisfechas es 7,57, 3,82 y 4,78 puntos porcentuales superior al porcentaje de dependientes moderados, severos o grandes con tres demandas sanitarias no satisfechas (Figuras 5.6. y 5.7.).

5.5.3. Correlaciones entre demandas sanitarias y sociales satisfechas

Se han calculado para las siete prestaciones sanitarias y las cinco prestaciones sociales las correlaciones entre las demandas satisfechas de dichas prestaciones diferenciando por grados de dependencia: para las personas **no dependientes** no hay correlaciones significativas entre demandas sa-

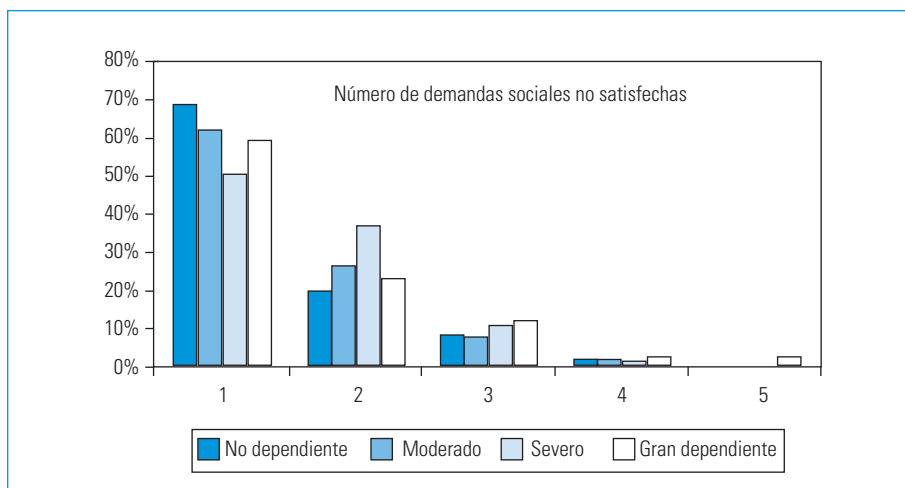


FIGURA 5.6. Número de demandas sociales no satisfechas en función del grado de dependencia.
Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

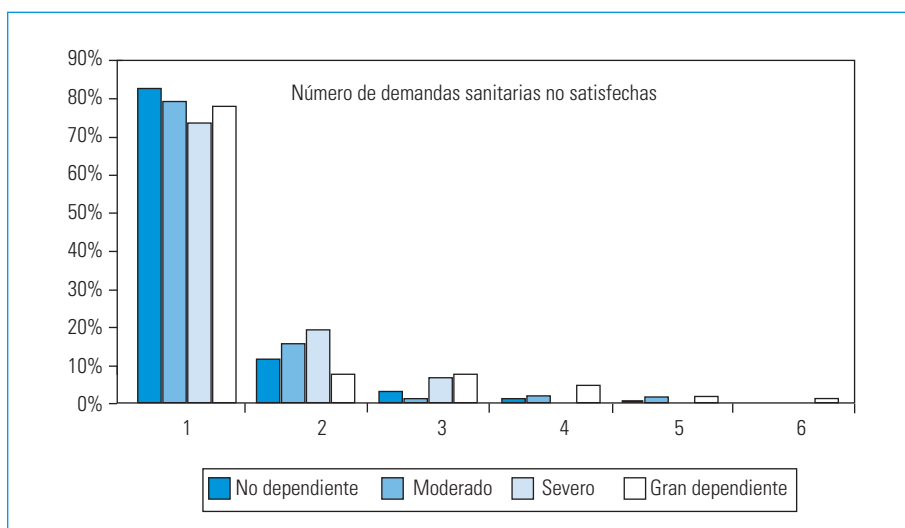


FIGURA 5.7. Número de demandas sanitarias no satisfechas en función del grado de dependencia.
Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

tisfechas sanitarias y sociales. Las correlaciones más altas se producen entre “cuidados médicos y/o de enfermería” con “pruebas diagnósticas” y “atención sanitaria prestada por personal hospitalario”, y entre “atención sanitaria prestada por personal hospitalario” y “transporte sanitario” (Tabla 5.17.).

Tabla 5.17. Correlaciones entre demandas satisfechas de servicios sanitarios (SA) y servicios sociales (SO).
No dependientes con alguna discapacidad

	SA1	SA2	SA3	SA4	SA5	SA6	SA7	SO1	SO2	SO3	SO4	SO5
SA1	1											
SA2	0,3658*	1										
SA3	0,0888*	0,0934*	1									
SA4	0,0363*	0,0317*	0,1027*	1								
SA5	0,0932*	0,0793*	0,0856*	0,0272*	1							
SA6	0,2348*	0,1617*	0,0743*	0,0268*	0,0561*	1						
SA7	0,1078*	0,0936*	0,0684*	0,0418*	0,0393*	0,2560*	1					
SO1	0,0602*	0,0313*	0,0067	-0,0007	0,0092	0,0350*	0,0660*	1				
SO2	0,0694*	0,0432*	0,0134	0,014	-0,0013	0,0433*	0,0811*	0,1335*	1			
SO3	0,0405*	0,0069	0,0118	0,0078	0,0133	0,0181	0,0727*	0,1399*	0,1075*	1		
SO4	0,0241	0,0188	0,0361*	0,0023	0,0553*	0,0252	0,0668*	0,0316*	-0,0023	0,0271*	1	
SO5	0,0438*	0,0326*	0,0301*	-0,0059	0,0336*	0,0519*	0,0587*	0,0074	0,0225	-0,0098	0,0306*	1

SA1: cuidados médicos y/o de enfermería; SA2: pruebas diagnósticas; SA3: rehabilitación médico-funcional; SA4: rehabilitación ortoprotrésica; SA5: atención psicológica y de salud mental; SA6: atención sanitaria por personal hospitalario; SA7: transporte sanitario; SO1: teleasistencia; SO2: atención a domicilio; SO3: ayuda a domicilio de carácter social; SO4: centro de día; SO5: servicios de respiro.

* Nivel de significación al 5% ajustado por Bonferroni.

Para las personas incluidas en la categoría de **dependientes moderados**, las siguientes combinaciones de prestaciones sanitarias y sociales que resultan demandadas y recibidas con mayor probabilidad son las siguientes: “cuidados médicos y/o de enfermería” con “teleasistencia” y “atención a domicilio”, “rehabilitación ortoprotésica” con “centro de día”, “asistencia sanitaria prestada por personal hospitalario” con “teleasistencia” y “transporte sanitario” con dos prestaciones sociales (“atención a domicilio” y “servicios de respiro”) (Tabla 5.18.).

Para las personas incluidas en la categoría de **dependientes severos**, las correlaciones entre demandas satisfechas de prestaciones sanitarias y sociales que son significativas son las correspondientes a “cuidados médicos y/o de enfermería” con “atención a domicilio”, “rehabilitación médico funcional” con “ayuda a domicilio de carácter social”, “atención psicológica y de salud mental” con “centro de día” y “transporte sanitario” con todas las prestaciones sociales excepto “teleasistencia” (Tabla 5.19.).

Para las personas pertenecientes a la categoría de **grandes dependientes**, se observa una asociación significativa y positiva entre recibir “cuidados médicos y/o de enfermería” con “teleasistencia” y “atención a domicilio”, entre “pruebas diagnósticas” y “atención a domicilio”, entre “atención psicológica y de salud mental” y “servicios de respiro”, y entre “transporte sanitario” y cuatro prestaciones sociales (“teleasistencia”, “atención a domicilio”, “ayuda a domicilio de carácter social” y “servicios de respiro”) (Tabla 5.20.).

Para los **tres grados de dependencia** hay correlación significativa entre cuidados médicos y de enfermería con atención a domicilio, y para los dependientes severos y grandes dependientes hay correlación significativa entre transporte sanitario y casi todas las prestaciones sociales.

5.5.4. Correlaciones entre demandas sanitarias y sociales no satisfechas

Para las siete prestaciones sanitarias y las cinco prestaciones sociales se han calculado las correlaciones entre las demandas no satisfechas de dichas prestaciones diferenciando por grados de dependencia.

Tabla 5.18. Correlaciones entre demandas satisfechas de servicios sanitarios (SA) y servicios sociales (SO).
Dependientes moderados

	SA1	SA2	SA3	SA4	SA5	SA6	SA7	SO1	SO2	SO3	SO4	SO5
SA1	1											
SA2	0,3953*	1										
SA3	0,0648	0,0970*	1									
SA4	0,0321	0,0518	0,1391*	1								
SA5	0,0962*	0,0903*	0,1422*	0,0255	1							
SA6	0,2107*	0,1671*	0,067	0,0333	0,0406	1						
SA7	0,1178*	0,1228*	0,0378	-0,0091	0,0665	0,3133*	1					
SO1	0,0686*	0,0434	-0,0099	0,0518	0,0382	0,0755*	0,0974*	1				
SO2	0,1026*	0,0468	0,0661	0,0519	0,0273	0,0404	0,1298*	0,2070*	1			
SO3	0,0494	0,0242	0,0056	0,0423	-0,0225	0,0109	0,0215	0,1357*	0,1562*	1		
SO4	-0,0027	-0,0129	0,0481	0,0993*	0,0256	-0,0259	0,0542	0,0292	0,0408	0,0366	1	
SO5	0,0414	0,023	0,0146	0,0231	-0,0204	0,0653	0,1006*	0,0459	0,0628	0,0562	0,0375	1

SA1: cuidados médicos y/o de enfermería; SA2: pruebas diagnósticas; SA3: rehabilitación médico-funcional; SA4: rehabilitación ortoprotésica; SA5: atención psicológica y de salud mental; SA6: atención sanitaria por personal hospitalario; SA7: transporte sanitario; SO1: teleasistencia; SO2: atención a domicilio; SO3: ayuda a domicilio de carácter social; SO4: centro de día; SO5: servicios de respiro.

* Nivel de significación al 5% ajustado por Bonferroni.

Tabla 5.19. Correlaciones entre demandas satisfechas de servicios sanitarios (SA) y servicios sociales (SO).
Dependientes severos

	SA1	SA2	SA3	SA4	SA5	SA6	SA7	SO1	SO2	SO3	SO4	SO5
SA1	1											
SA2	0,3222*	1										
SA3	0,081	0,0526	1									
SA4	0,0249	0,0873*	0,1278*	1								
SA5	0,0736	0,0826	0,1110*	0,1461*	1							
SA6	0,2100*	0,1931*	0,0609	0,0093	0,0287	1						
SA7	0,1240*	0,1552*	0,1345*	0,0731	0,0257	0,3496*	1					
SO1	0,046	0,039	0,0456	0,062	-0,0267	0,0225	0,062	1				
SO2	0,0963*	0,0838	0,0278	0,0036	0,0492	0,0436	0,1075*	0,1256*	1			
SO3	0,0448	-0,0362	0,0894*	-0,0015	-0,0252	0,0189	0,0900*	0,0861	0,0996*	1		
SO4	0,002	-0,0086	0,0059	-0,0214	0,1161*	0,0336	0,0936*	0,0484	0,0314	0,039	1	
SO5	0,0149	0,0502	0,0454	0,0343	0,0419	0,0782	0,1751*	-0,0181	0,0575	0,0207	0,1011*	1

SA1: cuidados médicos y/o de enfermería; SA2: pruebas diagnósticas; SA3: rehabilitación médico-funcional; SA4: rehabilitación ortoprotésica; SA5: atención psicológica y de salud mental; SA6: atención sanitaria por personal hospitalario; SA7: transporte sanitario; SO1: teleasistencia; SO2: atención a domicilio; SO3: ayuda a domicilio de carácter social; SO4: centro de día; SO5: servicios de respiro.

* Nivel de significación al 5% ajustado por Bonferroni.

Tabla 5.20. Correlaciones entre demandas satisfechas de servicios sanitarios (SA) y servicios sociales (SO).
Grandes dependientes

	SA1	SA2	SA3	SA4	SA5	SA6	SA7	SO1	SO2	SO3	SO4	SO5
SA1	1											
SA2	0,3588*	1										
SA3	0,0795*	0,1298*	1									
SA4	0,054	0,0861*	0,1402*	1								
SA5	0,1049*	0,0893*	0,1623*	0,0692	1							
SA6	0,1608*	0,1653*	0,0849*	0,0153	0,017	1						
SA7	0,1519*	0,1668*	0,1231*	0,0512	0,0349	0,3797*	1					
SO1	0,0793*	0,0379	0,0525	-0,0158	0,0445	0,0246	0,0974*	1				
SO2	0,1269*	0,0792*	0,074	0,0187	-0,0136	0,0601	0,1005*	0,0986*	1			
SO3	0,0648	-0,0269	0,0454	0,0079	-0,0461	0,0393	0,0923*	0,1000*	0,1603*	1		
SO4	-0,0183	-0,016	0,0884*	-0,0095	0,0380	0,0035	0,0752	0,0112	-0,0084	0,0743	1	
SO5	0,0133	0,0483	0,0613	0,0089	0,0918*	0,042	0,0864*	0,0896*	0,0572	0,0332	0,1274*	1

SA1: cuidados médicos y/o de enfermería; SA2: pruebas diagnósticas; SA3: rehabilitación médico-funcional; SA4: rehabilitación ortoprotésica; SA5: atención psicológica y de salud mental; SA6: atención sanitaria por personal hospitalario; SA7: transporte sanitario; SO1: teleasistencia; SO2: atención a domicilio; SO3: ayuda a domicilio de carácter social; SO4: centro de día; SO5: servicios de respiro.

* Nivel de significación al 5% ajustado por Bonferroni.

Para las **personas no dependientes** (con alguna discapacidad) las correlaciones más fuertes se producen entre unas prestaciones sanitarias con otras (“cuidados médicos y/o de enfermería” con “pruebas diagnósticas”, “cuidados médicos y/o de enfermería” con “atención sanitaria prestada por personal hospitalario”, “rehabilitación médico-funcional” con “rehabilitación ortoprotésica”) y entre prestaciones sociales (“teleasistencia” con “atención a domicilio”, “teleasistencia” con “ayuda social a domicilio”, “atención a domicilio” con “ayuda social a domicilio”, “atención a domicilio” con “centro de día”, “ayuda social a domicilio” con “centro de día”, “centro de día” con “servicios de respiro”) (Tabla 5.21.).

Para **las personas en situación de dependencia moderada**, además de las correlaciones que se han mencionado para los no dependientes, aparecen como significativas algunas correlaciones entre demandas sanitarias no satisfechas y demandas sociales no satisfechas: “rehabilitación ortoprotésica” con “centro de día”, “servicios de respiro” con cuatro prestaciones sociales (“teleasistencia”, “atención a domicilio”, “ayuda social a domicilio” y “centro de día”), “transporte sanitario” con dos prestaciones sociales (“atención a domicilio” y “servicios de respiro”) (Tabla 5.22.).

Para las **personas en situación de dependencia severa**, las correlaciones más significativas entre demandas no satisfechas sanitarias y sociales son las que se producen entre “ayuda a domicilio de carácter social” con tres prestaciones sanitarias (“rehabilitación médico-funcional”, “rehabilitación ortoprotésica”, “atención psicológica y de salud mental”), entre “servicios de respiro” y las tres prestaciones sanitarias que se acaban de citar, entre “atención psicológica y de salud mental” con “atención a domicilio”, y finalmente entre “transporte sanitario” y cuatro prestaciones sociales (“teleasistencia”, “ayuda a domicilio de carácter social”, “centro de día” y “servicios de respiro”) (Tabla 5.23.).

Para las **personas en situación de gran dependencia**, todas las demandas sanitarias no satisfechas se correlacionan con todas las demandas sociales no satisfechas (excepto “cuidados médicos y/o de enfermería” que no está correlacionada con “centro de día” y “servicios de respiro”) (Tabla 5.24.).

Tabla 5.2.1. Correlaciones entre demandas no satisfechas de servicios sanitarios (SA) y servicios sociales (SO).
No dependientes con alguna discapacidad

	SA1	SA2	SA3	SA4	SA5	SA6	SA7	SO1	SO2	SO3	SO4	SO5
SA1	1											
SA2	0,2008*	1										
SA3	0,0941*	0,1007*	1									
SA4	0,0469*	0,1012*	0,1853*	1								
SA5	0,0457*	0,0510*	0,0819*	0,0518*	1							
SA6	0,1831*	0,1178*	0,0487*	0,0331*	0,0913*	1						
SA7	0,0262*	0,009	0,0738*	0,0850*	0,0457*	0,0127	1					
SO1	-0,004	0,0222	0,0471*	0,0624*	0,0941*	-0,0037	0,0554*	1				
SO2	0,0259	0,0312*	0,1028*	0,0420*	0,0866*	0,0061	0,1055*	0,2811*	1			
SO3	0,0356*	0,0379*	0,0955*	0,0697*	0,1053*	0,0027	0,1283*	0,2262*	0,5055*	1		
SO4	0,0356*	0,0138	0,0969*	0,0541*	0,1237*	0,0181	0,1237*	0,1474*	0,1726*	0,1672*	1	
SO5	0,0559*	0,0844*	0,1497*	0,0551*	0,0186	0,0823*	0,0746*	0,0738*	0,1219*	0,1265*	0,1624*	1

SA1: cuidados médicos y/o de enfermería; SA2: pruebas diagnósticas; SA3: rehabilitación médico-funcional; SA4: rehabilitación ortoprotésica; SA5: atención psicológica y de salud mental; SA6: atención sanitaria por personal hospitalario; SA7: transporte sanitario; SO1: teleasistencia; SO2: atención a domicilio; SO3: ayuda a domicilio de carácter social; SO4: centro de día; SO5: servicios de respiro.

* Nivel de significación al 5% ajustado por Bonferroni.

Tabla 5.22. Correlaciones entre demandas no satisfechas de servicios sanitarios (SA) y servicios sociales (SO).
Dependientes moderados

	SA1	SA2	SA3	SA4	SA5	SA6	SA7	SO1	SO2	SO3	SO4	SO5
SA1	1											
SA2	0,1292*	1										
SA3	0,1579*	0,1425*	1									
SA4	0,0695*	-0,006	0,1805*	1								
SA5	0,1430*	0,0831*	0,2418*	0,2944*	1							
SA6	0,0654	-0,0063	0,0522	-0,0039	0,0654	1						
SA7	0,0954*	0,0385	0,2055*	0,2254*	0,0954*	0,1403*	1					
SO1	0,0349	-0,0102	0,1729*	0,1913*	0,2120*	0,0559	0,1271*	1				
SO2	0,0632	0,0557	0,1412*	0,0478	0,1748*	0,1496*	0,1799*	0,3138*	1			
SO3	0,0154	0,0115	0,2045*	0,1225*	0,1929*	0,0318	0,1076*	0,3735*	0,3954*	1		
SO4	0,1183*	0,0498	0,0959*	0,2742*	0,1807*	-0,0046	0,0576	0,2666*	0,1292*	0,2085*	1	
SO5	-0,0052	-0,0057	0,0599	0,1148*	0,0743*	-0,0036	0,2396*	0,1337*	0,1689*	0,0844*	0,0943*	1

SA1: cuidados médicos y/o de enfermería; SA2: pruebas diagnósticas; SA3: rehabilitación médico-funcional; SA4: rehabilitación ortoprotésica; SA5: atención psicológica y de salud mental; SA6: atención sanitaria por personal hospitalario; SA7: transporte sanitario; SO1: teleasistencia; SO2: atención a domicilio; SO3: ayuda a domicilio de carácter social; SO4: centro de día; SO5: servicios de respiro.

* Nivel de significación al 5% ajustado por Bonferroni.

Tabla 5.23. Correlaciones entre demandas no satisfechas de servicios sanitarios (SA) y servicios sociales (SO).
Dependientes severos

	SA1	SA2	SA3	SA4	SA5	SA6	SA7	SO1	SO2	SO3	SO4	SO5
SA1	1											
SA2	0,1507*	1										
SA3	-0,007	-0,0065	1									
SA4	-0,0035	-0,0032	0,2463*	1								
SA5	-0,0043	-0,004	0,1991*	0,2016*	1							
SA6	0,1214*	0,1319*	0,076	-0,004	-0,0049	1						
SA7	-0,0058	-0,0054	0,2954*	0,2986*	0,2422*	-0,0066	1					
SO1	-0,0075	-0,0069	0,1675*	-0,0056	-0,0069	0,0708	0,1341*	1				
SO2	-0,0088	-0,0082	0,0880*	0,0943*	0,1568*	-0,0001	0,05	0,1771*	1			
SO3	-0,0133	-0,0124	0,3562*	0,1944*	0,2662*	0,0304	0,2305*	0,3983*	0,4964*	1		
SO4	-0,0063	0,1081*	0,0604	-0,0048	0,1081*	0,0859	0,2449*	0,1219*	0,3250*	0,3611*	1	
SO5	0,1389*	-0,0043	0,2786*	0,1862*	0,1507*	0,1214*	0,3381*	0,2620*	0,1440*	0,2962*	0,2047*	1

SA1: cuidados médicos y/o de enfermería; SA2: pruebas diagnósticas; SA3: rehabilitación médico-funcional; SA4: rehabilitación ortoprotésica; SA5: atención psicológica y de salud mental; SA6: atención sanitaria por personal hospitalario; SA7: transporte sanitario; SO1: teleasistencia; SO2: atención a domicilio; SO3: ayuda a domicilio de carácter social; SO4: centro de día; SO5: servicios de respiro.

* Nivel de significación al 5% ajustado por Bonferroni.

Tabla 5.24. Correlaciones entre demandas no satisfechas de servicios sanitarios (SA) y servicios sociales (SO).
Grandes dependientes

	SA1	SA2	SA3	SA4	SA5	SA6	SA7	SO1	SO2	SO3	SO4	SO5
SA1	1											
SA2	0,1773*	1										
SA3	0,1133*	0,3567*	1									
SA4	-0,0056	0,1773*	0,4784*	1								
SA5	0,1606*	0,3868*	0,2875*	0,1606*	1							
SA6	-0,0041	0,2431*	0,2407*	0,1195*	0,1463*	1						
SA7	-0,0075	0,1963*	0,2600*	0,4002*	0,1138*	0,1782*	1					
SO1	0,2456*	0,2456*	0,2411*	0,1822*	0,2615*	0,1655*	0,0834*	1				
SO2	0,1576*	0,2689*	0,2452*	0,1576*	0,1570*	0,2188*	0,1529*	0,5268*	1			
SO3	0,1270*	0,2653*	0,1978*	0,1731*	0,1813*	0,1787*	0,1219*	0,3354*	0,5703*	1		
SO4	0,0498	0,2256*	0,1427*	0,1670*	0,2032*	0,1520*	0,1188*	0,2718*	0,3063*	0,5436*	1	
SO5	-0,0098	0,1471*	0,2288*	0,0948*	0,2428*	0,2049*	0,1811*	0,1671*	0,2382*	0,4285*	0,4873*	1

SA1: cuidados médicos y/o de enfermería; SA2: pruebas diagnósticas; SA3: rehabilitación médico-funcional; SA4: rehabilitación ortoprotésica; SA5: atención psicológica y de salud mental; SA6: atención sanitaria por personal hospitalario; SA7: transporte sanitario; SO1: teleasistencia; SO2: atención a domicilio; SO3: ayuda a domicilio de carácter social; SO4: centro de día; SO5: servicios de respiro.

* Nivel de significación al 5% ajustado por Bonferroni.

5.6. DEMANDAS SANITARIAS, SOCIALES Y TÉCNICAS NO SATISFECHAS

5.6.1. Edad

Para cada intervalo de edad y por cada 1.000 individuos con alguna discapacidad se ha calculado la tasa de prevalencia de las diferentes combinaciones de demandas sanitarias, sociales y técnicas no satisfechas. De este modo, el máximo de “ninguna necesidad no satisfecha” corresponde a las edades 20-24 (760 por cada 1.000 habitantes) y 40-44 años (745 por cada 1.000 habitantes), mientras que el mínimo se halla en el intervalo 6-9 años (647 por cada 1.000 habitantes), 80-84 (655 por cada 1.000 habitantes) y 85 y más años (656 por cada 1.000 habitantes). El número de individuos por cada 1.000 habitantes que sólo tienen una necesidad técnica no satisfecha oscila entre 305 (de 85 años en adelante) y 218 (40-44 años). Diez de cada 1.000 niños con edades comprendidas entre 10-14 años tienen una necesidad sanitaria no satisfecha y doce de cada 1.000 jóvenes de entre 25-29 años tiene una necesidad social no satisfecha. En el caso de padecer conjuntamente dos necesidades no satisfechas, seis de cada 1.000 adultos de 35-39 años tiene una necesidad técnica y otra sanitaria no satisfecha. Por otra parte, entre cuatro y cinco de cada 1.000 personas de entre 65-69, 80-84 y 85 y más años tiene a la vez una necesidad técnica y social no satisfecha. Por último, entre uno y dos de cada 1.000 personas de 70-74, 80-84 y 85 y más años presenta las tres necesidades no satisfechas de forma simultánea (Tabla 5.25.).

5.6.2. Grado de dependencia

Para cada grado de dependencia se ha calculado el número de personas que padecen cada combinación de demandas no satisfechas (sanitarias, sociales y técnicas) por cada 1.000 individuos en su misma situación de dependencia. Sólo 499 de cada 1.000 grandes dependientes declaran que no tienen ninguna necesidad no satisfecha, frente a 544 de cada 1.000 dependientes severos y 603 de cada 1.000 dependientes moderados. El número de demandas técnicas no satisfechas aumenta de 229 por cada 1.000 no dependientes a 436 por cada 1.000 grandes dependientes. Respecto a los que sólo tienen una demanda social no satisfecha, once de cada 1.000 dependientes severos y siete de cada 1.000 dependientes grandes se encuentran en esta situación. En el caso de demandas no satisfechas técnica más social o técnica más sanitaria más social, las tasas de prevalencias de los dependientes seve-

Tabla 5.25. Tasa de prevalencia de las distintas necesidades no satisfechas en función de la edad (por cada 1.000 habitantes con alguna discapacidad y la misma edad)

	Sólo una NNS			Dos NNS			Las tres NNS	
	Ninguna NNS	Técnica	Sanitaria	Social	Técnica y sanitaria	Técnica y social		Sanitaria y social
6-9	647	287	5	0	9	0	0	0
10-14	676	290	10	0	7	0	0	0
15-19	709	245	3	6	0	0	0	0
20-24	760	221	0	0	0	0	0	0
25-29	739	227	0	12	0	2	3	0
30-34	720	248	0	0	2	0	0	0
35-39	709	230	1	1	6	4	1	1
40-44	745	218	4	2	2	0	1	0
45-49	716	240	6	0	2	2	0	0
50-54	706	248	0	2	0	0	1	0
55-59	691	254	3	1	2	3	0	1
60-64	715	231	3	1	1	1	0	2
65-69	687	259	2	6	2	4	0	1
70-74	669	289	1	3	0	1	1	1
75-79	684	270	0	3	0	5	0	2
80-84	655	301	2	5	0	4	0	1
≥85	656	305	0	4	0	5	0	1

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

ros son ligeramente superiores a las de los grandes dependientes: ocho de cada 1.000 frente a seis de cada 1.000 en el primer caso, cuatro de cada 1.000 frente a tres de cada 1.000 en el segundo (Tabla 5.26.).

5.6.3. Tamaño del municipio

Se ha calculado para cada combinación de necesidades no satisfechas (sanitarias, sociales y/o técnicas) el número de individuos que las padecen por cada 1.000 habitantes que viven en un municipio de su mismo tamaño. Los residentes en municipios de menos de 10.000 habitantes presentan la menor tasa de prevalencia respecto a no sufrir ninguna de las tres necesidades no satisfechas consideradas. En este mismo sentido, 284 de cada 1.000 residentes en municipios de menos de 10.000 habitantes tienen una necesidad técnica no satisfecha. En cambio, en el apartado “presentar sólo una necesidad social no satisfecha”, sólo uno de cada 1.000 residentes en municipios de menos de 10.000 habitantes se encuentra en esta situación, frente a tres o cuatro por cada 1.000 residentes en municipios de mayor tamaño. Respecto a las personas que presentan simultáneamente dos necesidades no satisfechas: entre dos y tres de cada 1.000 en municipios de menos de 50.000 habitantes presenta una necesidad técnica no satisfecha y una necesidad sanitaria no satisfecha, mientras que no hay nadie en dicha situación en municipios de más de 50.000 habitantes. Por último, cinco de cada 1.000 demandantes residentes en municipios de entre 50.000 y 100.000 tienen una necesidad no satisfecha técnica y otra social, y tres de cada 1.000 demandantes residentes en municipios de menos de 10.000 habitantes, en capitales de provincia o en municipios de más de 100.000 habitantes, tienen una necesidad social y otra técnica no satisfecha (Tabla 5.27.)

Tabla 5.26. Tasa de prevalencia de las distintas necesidades no satisfechas atendiendo al grado de dependencia (por cada 1.000 habitantes con dicho grado de dependencia)

	Sólo una NNS				Dos NNS			Las tres NNS
	Ninguna NNS	Técnica	Sanitaria	Social	Técnica y sanitaria	Técnica y social	Sanitaria y social	
No dependiente	732	229	2	1	1	2	0	0
Dependiente moderado	603	331	1	6	1	4	2	1
Dependiente severo	544	388	0	11	1	8	1	4
Gran dependiente	499	436	1	7	1	6	1	3
Total	686	268	2	3	1	3	0	1

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

Tabla 5.27. Tasa de prevalencia de las distintas necesidades no satisfechas en función del tamaño del municipio del municipio de residencia (por cada 1.000 habitantes con alguna discapacidad que residen en un municipio de dicho tamaño)

	Sólo una NNS			Dos NNS			Las tres NNS	
	Ninguna NNS	Técnica	Sanitaria y Social	Técnica y sanitaria	Técnica y social	Sanitaria y social		
Capital de provincia y municipios de más de 100.000 habitantes	689	265	2	4	0	3	0	1
De 50.000 a 100.000	701	257	3	3	0	5	0	2
De 20.000 a menos de 50.000	686	265	1	3	2	2	1	0
De 10.000 a menos de 20.000	698	256	2	4	3	1	0	1
Menos de 10.000 habitantes	672	284	1	1	2	3	0	1

Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008.

5.7. CONCLUSIONES

En este capítulo, se ha explorado el tema de las necesidades satisfechas y no satisfechas de prestaciones sanitarias, sociales y técnicas con el propósito de determinar: 1) cómo influye el grado de dependencia en las demandas de los tres tipos de prestaciones consideradas; 2) si la aparición de necesidades no satisfechas es más acuciante para algún tipo de prestación; y 3) si a su vez se observan correlaciones significativas entre prestaciones de diferentes ámbitos, ya que, en caso afirmativo, una mejor coordinación entre el sistema sanitario y social y/o una ampliación de las tasas de cobertura de los servicios sanitarios/sociales podría facilitar la toma de decisiones sobre qué conjunto de prestaciones es más susceptible de ser ofrecido a cada tipo de paciente (según su grado de dependencia).

En el caso de los servicios sanitarios, el número de demandas por cada 1.000 individuos únicamente aumenta con el grado de dependencia para la “atención psicológica y de salud mental” y el “transporte sanitario”. En cambio, en el caso de los servicios sociales, las personas no dependientes presentan las menores tasas de prevalencia por cada 1.000 habitantes, mientras que las mayores demandas de “centro de día” y “servicios de respiro” corresponden a las personas grandes dependientes, y las mayores demandas de “atención a domicilio” y “ayuda social a domicilio” corresponden a las personas en situación de dependencia severa.

En relación con las necesidades no satisfechas, los no dependientes y dependientes moderados presentan las mayores tasas de prevalencia de no satisfacción en relación con los servicios sanitarios. Por el contrario, los grandes dependientes ocupan el primer puesto en demandas no satisfechas para “teleasistencia” y “servicios de respiro”, y los dependientes severos para “centro de día” y “atención a domicilio”.


El lugar de residencia desempeña un papel importante a la hora de explicar la causa de las necesidades no satisfechas, puesto que para la “rehabilitación ortoprotésica”, la “asistencia sanitaria prestada por personal hospitalario”, la “atención a domicilio”, la “ayuda social a domicilio”, los “centros de día” y los “servicios de respiro” hay un aumento significativo de las necesidades no satisfechas entre los residentes en municipios de menos de 10.000 habitantes. También se ha observado una mayor pre-

ponderancia de las pensiones contributivas como fuente principal de ingresos entre los que alegan insuficiencia de recursos económicos como motivo para no recibir dichas prestaciones.

Respecto a la frecuencia de aparición de necesidades no satisfechas, se ha constatado que sólo una de cada dos personas en grado de gran dependencia (499 de cada 1.000) declara que no tiene ninguna necesidad no satisfecha, frente a 544 por cada 1.000 personas dependientes en grado severo, 603 por cada 1.000 personas dependientes en grado moderado y 732 por cada 1.000 personas no dependientes. El porcentaje con sólo una demanda sanitaria no satisfecha es superior al porcentaje de individuos con sólo una demanda social no satisfecha. No obstante, si distinguimos por grados de dependencia, el porcentaje de grandes dependientes con dos demandas sociales no satisfechas es casi tres veces superior al porcentaje de grandes dependientes con dos demandas sanitarias no satisfechas, y para cualquier grado de dependencia, el porcentaje con tres necesidades sociales no satisfechas es superior al porcentaje con tres necesidades sanitarias no satisfechas.

Las correlaciones entre demandas satisfechas indican que para los tres grados de dependencia hay una correlación positiva y significativa entre “cuidados médicos y de enfermería” con “teleasistencia”, y para los dependientes moderados y grandes entre “cuidados médicos y de enfermería” con “ayuda a domicilio”. Necesidades no satisfechas revelan que para los dependientes moderados, severos y grandes existe una correlación significativa: 1) de “rehabilitación médico-funcional” respecto a “teleasistencia”, “atención a domicilio” y “ayuda a domicilio de carácter social”; 2) de “rehabilitación ortoprotésica” respecto a “ayuda a domicilio de carácter social” y “servicios de respiro”; y 3) de “atención psicológica y de salud mental” respecto a “atención a domicilio”, “ayuda a domicilio de carácter social”, “centro de día” y “servicios de respiro”.

6



Situación de la coordinación sociosanitaria en España

6.1. INTRODUCCIÓN

La patología crónica requiere cuidados continuados y continuidad en los cuidados. La dependencia necesita un sistema social que aporte ayudas para superar y complementar las discapacidades. La interrelación entre patología crónica y situaciones de dependencia exige reformular los sistemas social y sanitario hacia un nuevo sistema de atención integral sociosanitario, entendido como algo diferente a la suma de las tradicionales asistencia sanitaria y social, sin que ello suponga la pérdida de la identidad propia de cada cual.

La enfermedad crónica es la causa más frecuente de dependencia y discapacidad, por lo que precisa una atención integral que conjugue tanto la atención sanitaria como la social.

Se estima que en España más de 20.000 personas por millón de habitantes sufre dependencia y enfermedad crónica. Sus necesidades son intensas, complejas y evolucionan en el tiempo. El resultado de su atención depende de la correcta complementariedad de ambos sectores.

Dos definiciones de partida marcan el punto de análisis:

- El concepto de **atención sociosanitaria** está asociado a la prestación de cuidados continuados o de larga duración dirigidos a personas que presenten simultáneamente situaciones de dependencia y patologías crónicas que precisan cuidados personales y sanitarios al mismo tiempo.
- Entendemos por **espacio sociosanitario** el constituido por las necesidades simultáneas y continuadas de prestaciones sociales y sanitarias destinadas a personas con enfermedades crónicas y discapacidades físicas, psiquiátricas, sensoriales o intelectuales que conllevan distintos grados de dependencia.

Por tanto, este término no hace referencia a las circunstancias de atención sanitaria de “marcado carácter social”, como por ejemplo la violencia de género o la atención sanitaria a población inmigrante. Estas situaciones requieren del sistema atención simultánea pero puntual de los sectores sanitario y social.

Una de las situaciones paradigmáticas de atención sociosanitaria es la que combina enfermedad crónica, tratamiento de larga duración y

grado de dependencia. Algunos documentos (Herrera E, 2004, Herrera E, 2005)^{1, 2} han concretado este espacio desde diferentes puntos de vista: según la tipología de los usuarios, según el tipo de recursos en los que se dispensan los servicios y según los perfiles de intensidad de los cuidados.

Dada la complejidad de las necesidades de este colectivo, corren el riesgo de recibir un tratamiento insuficiente motivado por tres factores principales: 1) nuestros sistemas no se diseñaron para ser sinérgicos, por lo que a la ineficiencia de base debemos sumar la falta de mecanismos de coordinación; 2) el Sistema Nacional de Salud (SNS) ha desarrollado su red asistencial para atender adecuadamente la patología aguda pero no la enfermedad crónica; 3) el sistema de atención a la dependencia se ha visto obligado a desarrollar, dentro de sus propios recursos, sistemas de acusada naturaleza sanitaria por la evolución de las necesidades de las personas que atienden. Como consecuencia de ello, hay una serie de servicios que dispensan competencias del sistema sanitario pero que están gestionadas fuera de él y con recursos limitados.

Cuando se ofrece una atención insuficiente a los “pacientes sociosanitarios”, la situación se vuelve contra los propios sistemas. La incapacidad para dar soluciones concretas hace que las personas “hiperdemanden” servicios sanitarios y sociales, en una situación en la que éstos son incapaces de ofrecer una respuesta adecuada, lo que inevitablemente acaba generando un gasto innecesario para ambos sistemas (Boletín interprovincial 61)³.

¹ Otros textos legales.

² Texto de proposición parlamentaria. 25 de enero de 1990. Serie D, número 13.

³ Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. (BOE, número 128 de mayo de 2003) Disponible en http://www.mspes.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/transparencia/LEY_COHESION_Y_CALIDAD.pdf, consultado en septiembre de 2010.

- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (BOE número 299 de 15/12/2006).
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización (Boletín Oficial del Estado, número 222, de 16 de septiembre de 2006).
- Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia (BOE, 96, 21 de abril de 2007: 17646-17685).
- Real Decreto 542/2009, de 7 de abril, por el que se reestructuran los departamentos ministeriales (BOE número 85 de 7/4/2009).

La atención sociosanitaria es un método asistencial que no supone la creación de una red asistencial nueva o específica. Se trata de una atención en red que favorece un nuevo estilo de intervención asistencial basada en la coordinación sociosanitaria y en la multidisciplinariedad de los profesionales y los conocimientos. La idea básica es que la coordinación sociosanitaria es un modelo integrado de atención o espacio compartido por profesionales sociales y sanitarios (Rodríguez Cabrero G, Monserrat Codorniu J, 2002).

La actual crisis económica supone una oportunidad para plantear los cambios y reestructuraciones necesarios que hagan ambos sistemas compatibles, funcionales y eficientes. Perfectamente complementarios en la atención de las necesidades y en la organización de sus recursos. Este abordaje requerirá virar y reformar nuestras organizaciones hacia una visión y misión conjuntas. Hablar de modelos cooperativos sigue siendo un objetivo difícil de alcanzar. Para presentar un modelo coherente, se requerirá que los sectores sanitario y social evalúen conjuntamente las necesidades sanitarias y sociales de sus ciudadanos y definan las competencias que cada cual debe asumir (Herrera E, 2006, en el Plan Marco de Atención Sociosanitaria de Extremadura 2005-2010). Otras cuestiones que deberán dilucidarse son: equivalencias territoriales entre sanidad y bienestar social, conexión de los sistemas de información, diseño de procesos intersectoriales de atención, desarrollo de medidas de evaluación integradas, etc.

¿Hasta qué punto se están abordando estas cuestiones a nivel nacional? Los propios cambios estructurales de la Administración Central permiten vislumbrar una tendencia positiva, aunque no disponemos de resultados tangibles. En cualquier caso, no constituye una fórmula extendida ni una misión prioritaria.

-
- Decreto 139/2008, de 09-09-2008 (LCLM 2008, 331), por el que se establece la estructura orgánica y competencias de la Consejería de Salud y Bienestar Social.
 - Decreto Foral 284/2000, por el que se crea la figura de coordinador del Plan Foral de Atención Sociosanitaria.
 - Ordre de 29 de maig de 1986, de creació del Programa "Vida als Anys" d'atenció socio-sanitària a la gent gran amb llarga malaltia.
 - Decreto 7/2006, de 10 de enero, por el que se crean las estructuras de coordinación de la Atención Sociosanitaria y el Servicio Público de Atención Sociosanitarias.

Las fórmulas y los modelos existentes deberían especificar y aclarar la financiación, organización, gestión y distribución de los recursos que desde cada sector están destinados a la atención de las personas en situación de enfermedad crónica y dependencia de manera conjunta. Sin ello, la gestión complementaria de los sistemas sanitario y social para la atención de circunstancias complejas seguiría sin concretarse. Precisamente este grado de concreción no abunda.

En España, la situación estructural y la tendencia generalizada expresan un deseo de convergencia hacia la coordinación de ambos sistemas. Esto se debe a que así lo estipulan los marcos legislativos en la materia. Más allá de eso, existen numerosas experiencias aisladas que ofrecen resultados esperanzadores pero que distan de convertirse en los primeros brotes de un cambio real.

Para poder hacer efectiva la coordinación sociosanitaria deberán existir documentos técnicos de consenso, se han de elaborar normas reguladoras y estructuras de gobierno que la favorezcan, así como programas asistenciales y recursos que ofrezcan la provisión de servicios que desde ambos sectores se demandan. Esto lleva a plantearse qué normas y medidas estructurales señalan como objetivo la coordinación de ambos sectores y en qué contenidos y programas encontramos orientación hacia una visión complementaria.

Para poder determinar adecuadamente la situación nacional, es necesario un profundo trabajo de campo a lo largo de todo el territorio nacional ya que, a pesar de los intensos esfuerzos realizados en la redacción del presente documento, y salvo excepciones muy puntuales, no es posible identificar literatura que aclare ni las estructuras, ni los planes, ni los programas, y mucho menos el resultado de su evaluación, en las diferentes comunidades autónomas (CC. AA.).

6.2. ESTRATEGIAS Y MEDIDAS PARA CONSTRUIR Y CONSOLIDAR LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA

La coordinación sociosanitaria y la creación de un espacio específico identificable implican un proceso largo y tortuoso porque suponen un cambio cultural, una modificación de actitudes y una apuesta por la complementariedad y la integración.

La construcción de la coordinación sociosanitaria exige poner en marcha iniciativas que han resultado eficaces en otros modelos e implementar acciones para reforzar y mejorar las iniciativas actuales.

Estas iniciativas, en opinión de expertos defendidas en reuniones científicas y según la literatura disponible (publicaciones no indexadas y libros recopilatorios como el libro “Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco” pasan por:

- Delimitar claramente las competencias entre sanidad y el sector social responsable de atender la dependencia y establecer explícitamente la necesidad de coordinar cualquier acción relativa a esta área. Esto dará lugar a los adecuados modelos de financiación, organización y gestión de recursos, servicios, centros y recursos humanos.
- Analizar conjuntamente los problemas comunes y, establecidos los criterios marco, diseñar un plan de acción coordinado de ambos sectores para la resolución complementaria de la atención sociosanitaria. Este plan de acción, estratégico y operativo, se ha mostrado eficaz en los casos en los que las soluciones se han diseñado de manera conjunta y cuya implementación y reordenación de recursos se ha realizado sinérgicamente. La hoja de ruta debe ser organizada con miras a medio-largo plazo, lo cual suele ser una dificultad por los tiempos que marcan los procesos electorales.
- Diseñar procesos asistenciales desde la perspectiva intersectorial con la participación de la parte social y sanitaria frente a cada problema.
- Establecer claramente, al menos, las equivalencias territoriales entre ambos sectores. Llegar a la coincidencia de los mapas es un objetivo deseable pero no exento de dificultades.
- Conectar los sistemas de información social y sanitaria.
- Establecer mecanismos de evaluación encaminados a evaluar los resultados de la atención integral.

Desde un nivel más operativo, habría que profundizar en la equiparación de los conceptos sanitario y social de responsabilidad y atención poblacional. El sistema sanitario es responsable de la salud de la población, no sólo del tratamiento de su enfermedad. De igual manera, el sector social de atención a la dependencia debe ser responsable de la autonomía personal de la población en su conjunto y no sólo de la dependencia. Sólo esta visión llevará al desarrollo del nuevo sistema de cuidados eficiente.

De lo contrario, el Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (SAAD) se verá abocado a un mayor aumento progresivo del gasto, como ocurrió en el sector sanitario. Asimismo, la dotación de recursos deberá ser revisada, dado que sin estructura no puede haber resultados. Esta asignación no tendría por qué ser siempre *ex novo*. La reorganización de los recursos actuales podría aportar en gran medida las soluciones necesarias. El sistema sanitario debe establecer de manera definitiva recursos y soluciones para aumentar la oferta de servicios y recursos de cuidados de larga duración. El aprovechamiento sinérgico de una parte de los recursos sociales ya existentes puede ser una alternativa eficiente. El aumento de recursos de larga duración está en las agendas de multitud de sistemas evolucionados, no como objetivos de crecimiento sino de reordenación y eficiencia de los servicios existentes (*Department of Health*, 2010). Esto debe ir de la mano de la reorganización de la red de recursos humanos de ambos sistemas, del desarrollo de equipos multidisciplinares y del establecimiento de mecanismos de coordinación realmente operativos que permitan a diferentes niveles (asistenciales, gerenciales, financieros y políticos) hacer realidad el abordaje conjunto (social y sanitario) del sistema a construir y organizar.

En este sentido, la coordinación entre los servicios sociales y sanitarios requiere el diseño y la aplicación de instrumentos comunes que faciliten las intervenciones y, en lo posible, eviten solapamientos entre los servicios, desfases temporales en la secuencia de las intervenciones y duplicaciones innecesarias de los esfuerzos (Ararteko, 2007). Esto exige valorar la importancia del coordinador del plan de atención como interlocutor del sistema ante el usuario y su entorno familiar. Así se evitaría el uso descoordinado de un número importante de servicios y las dificultades de seguimiento de los servicios efectivos. También exige hacer factible que cada sector pueda prestar sus servicios con normalidad disponiendo de los recursos pertenecientes al otro sector. Cuando el sistema sanitario se hace responsable de garantizar adecuadamente los servicios sanitarios dentro de los recursos sociales, mejora la calidad de la atención y la eficacia, y disminuyen (en contra de lo que se pudiera pensar) los costes sanitarios. Un ejemplo de este tipo es la experiencia en la atención farmacéutica y la distribución de medicamentos a las residencias de ancianos, que ha dado lugar a una reducción en el gasto farmacéutico. Esta íntima interacción debería aplicarse a todos los servicios que, dispensados en

recursos sociales, podrían evitar un hiperconsumo inadecuado en recursos sanitarios.

Avanzar en este camino supone crear dotaciones económicas específicas y permitir un uso flexible de las mismas. La garantía de una atención personalizada, adaptada a las necesidades individuales y ajustada al principio de continuidad en la atención, requiere de dotaciones económicas específicas destinadas a las propias funciones de coordinación. Por otra parte, y sin perjuicio de lo anterior, debe hacerse un uso racional de los medios ya disponibles e intensificar los esfuerzos orientados a una mejor coordinación con dichos medios para maximizar la eficiencia de los sistemas (Ararteko, 2007).

Un elemento que no se debe olvidar es la necesidad de reforzar e incidir de manera decidida en el fomento de la colaboración público-privada. Aunque en el marco actual existe colaboración público-privada, esta es insuficiente y difiere según cada comunidad autónoma. No debemos olvidar que el SAAD es una red de utilización pública que debe integrar recursos de distinta titularidad. Así lo refiere el artículo 6.2 de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia cuando indica: “El Sistema se configura como una red de utilización pública que integra, de forma coordinada, centros y servicios, públicos y privados”. Por tanto, una mayor colaboración entre agentes a nivel meso o micro y en servicios no básicos es una acción fácil y rápida, y podría ser un buen complemento al servicio básico. Esto implica necesariamente homogeneizar reglamentaciones y métodos de colaboración en las CC. AA. (Tortosa Chulia MA, 2009). Las experiencias en las que ha existido colaboración de la iniciativa privada lucrativa han revelado que una aportación complementaria de recursos financieros y organizativos podría cubrir las enormes lagunas que presenta la actual red y frente a las que el esfuerzo aislado de la iniciativa pública resulta insuficiente. En este sentido, el voluntariado, las organizaciones no gubernamentales y los recursos informales procedentes de la iniciativa social constituyen un capital disponible de gran virtualidad. Hacen falta, por eso, estímulos y mecanismos legislativos que los potencien.

Los sistemas de información integrados serán una pieza básica en la gestión de los servicios sociales y sanitarios. Parece, por tanto, necesario

crear una tarjeta sanitaria y social única, o que la sanitaria y la social compartan el mismo código de identificación. Al mismo tiempo, y siempre que se establezcan los mecanismos de garantías suficientes, se debería permitir a los profesionales que prestan atención sanitaria en los recursos sociales su acceso a los sistemas de información sanitaria. El desarrollo de los sistemas de información social no debería hacerse de espaldas a los sistemas sanitarios que se han implementado. Hasta llegar a la integración de máximos existen alternativas intermedias progresivas dirigidas al mismo fin en caso de que no se puedan acometer cambios no previstos.

Una adecuada información permitirá identificar de forma correcta las necesidades específicas de los diferentes grupos y subgrupos de pacientes para ofrecerles unos cuidados estandarizados y adaptados a su perfil de necesidad. En el caso de los enfermos crónicos pluripatológicos, las medidas pasan por:

- Establecer fórmulas que permitan una identificación eficaz y objetiva de esta población. De este modo podremos mejorar su calidad de vida.
- Generar algoritmos óptimos que garanticen la atención integral de estos pacientes.

La adopción de un nuevo modelo de atención crónica es uno de los pilares fundamentales de la construcción del espacio sociosanitario. En este marco, la colaboración de asociaciones de pacientes crónicos no debe ser considerada un asunto menor, ya que son un medio para potenciar el papel de los pacientes y cuidadores como agentes de cambio (Jadad AR, Cabrera A, Martos F, Smith R, 2010).

Asimismo, la revisión y construcción de los procesos asistenciales por parte de expertos de los sectores sanitario y social debe proponer un modelo de atención que responda a las necesidades sociosanitarias de manera global y que sea capaz de establecer, en función de la evolución del caso, los diferentes ámbitos y niveles de intervención de cada sector.

También resultará clave priorizar, como elementos indispensables, programas de promoción de hábitos de vida saludables y de promoción de la autonomía personal. Es necesario reforzar el carácter preventivo de las intervenciones, incidir en acciones que contribuyan al mantenimiento de

la salud y a la prevención de la enfermedad y la dependencia. Ambos conceptos deberían evolucionar de la mano.

Ante la escasez de programas concretos realmente funcionantes por parte de ambos sectores, el diseño conjunto redundaría en mayor salud y autonomía personal. Hemos de evitar el efecto perverso de construir sistemas que, aunque defiendan estos conceptos, los dejen de lado a la hora de poner en marcha soluciones. Parece, por tanto, necesario priorizar las fórmulas de atención en el contexto comunitario y reforzar las fórmulas de apoyo a la red sociofamiliar de atención, mejorar la cobertura y la intensidad de los servicios de atención domiciliaria, así como desarrollar fórmulas intermedias de cuidado como elementos clave tanto para la prevención de los ingresos como para posibilitar el retorno al domicilio tras una estancia en el hospital. Además de reforzar la intervención de servicios cuya finalidad principal sea aliviar la carga de quien asume la función de cuidadora o cuidador principal, buscando fórmulas que sean compatibles con el desarrollo de su propia vida personal y profesional (Ararteko, 2007).

Por último, no debemos dejar de mencionar, la importancia del desarrollo, difusión y uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) como mecanismo de optimización de los servicios sociosanitarios (e-salud o e-dependencia). El uso de las TIC puede fomentar la atención en el domicilio mediante la actuación conjunta de la telemedicina y la teleasistencia.

Para conocer mejor la situación de nuestro entorno, para importar experiencias exitosas de otros países o para poder exportar las experiencias y aprendizajes propios de éxito, resulta fundamental la evaluación continua de las iniciativas de coordinación/integración sociosanitaria implementadas. Esta evaluación no debe olvidar aspectos tales como los recursos empleados y los resultados conseguidos. Esta evaluación no se establece como una opción, sino como elemento cultural inequívocamente unido a los propios procesos de coordinación/integración sociosanitaria.

Se trata pues de ofrecer un modelo de atención integral a las personas dependientes, en el ámbito de su área sociosanitaria, mediante el desarrollo de un sistema progresivo de cuidados comunitarios que favorezcan la

permanencia de estas personas en su entorno habitual, evite la innecesaria institucionalización y hospitalización de las mismas y facilite el alta hospitalaria, una vez superado el proceso agudo de su enfermedad, garantizándoles la continuidad en el plan de cuidados prescrito (Imsero. II Congreso Estatal de Personas Mayores, 2001).

6.3. REALIDAD ACTUAL DE LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA EN ESPAÑA

6.3.1. Evolución de conceptos, principios y marcos normativos

En 1993 se publicó el Plan Gerontológico Nacional, que abordaba el envejecimiento de la población española y las nuevas necesidades de servicios. En este plan, se establecían objetivos orientados a la provisión de servicios sanitarios y sociales para promover un envejecimiento saludable y prestar la atención necesaria a los mayores con discapacidades que requirieran servicios de larga duración. El Plan Gerontológico Nacional sirvió de inspiración para la elaboración de diversos planes en las CC. AA. (Plan Gerontológico Nacional, 1993).

Desde entonces, se han hecho diversos e importantes intentos por encontrar una fórmula adecuada para lograrlo. Estos intentos han partido tanto de la Administración General del Estado como de prácticamente todas las CC. AA.

En 1991, la Comisión de Análisis y Evaluación del SNS (Comisión "Abril"), señalaba la carencia de dotación específica para la atención de pacientes ancianos, crónicos, convalecientes y los que requieren cuidados paliativos, situación que produce notables disfunciones en el sistema sanitario y supone un problema social en progresión. Esta comisión estimó necesario el fomento de procedimientos diversos, con dotaciones específicas, a fin de dar solución a uno de los mayores problemas de la asistencia sanitaria española, y suprimir esta actual disfunción en la gestión de recursos asistenciales. De otro lado, se defendía la conveniente separación de responsabilidades sanitarias y sociales reafirmando la necesaria complementariedad de ambos sistemas, coordinando sus dispositivos.

En 2002, el Imsero realizó un informe que pretendía servir de guía tanto a las CC. AA. como al Ministerio de Sanidad en la elaboración de sus planes y estrategias de política sociosanitaria. Los elementos de consen-

so que se definían en este documento de propuesta son (Rodríguez Cabrero G y Monserrat Codorniu J, 2002; Martínez-Aguayo C y Gogorcena Aoiz MA, 1994):

- Viabilidad: existencia de una red de recursos de cantidad y calidad, plantillas suficientes en el sector público y privado.
- Aceptabilidad: de los modelos por las personas dependientes y/o sus cuidadores; el diseño de cualquier dispositivo concreto *ad hoc* tiene que ser planificado con el usuario/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.
- 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.
- Global: afecta a todos y cada uno de los ámbitos de actuación en los que estén implicados los recursos destinados a prestar esta atención.
- Integral: considerando el abordaje de los cuidados de las personas dependientes tanto desde los aspectos físicos y psíquicos como sociales y económicos que inciden de una u otra forma en la pérdida de autonomía de la persona, precisando del apoyo institucional, personal (familiar, voluntariado o profesional) o económico. Dentro de este abordaje integral debe incluirse la atención al cuidador principal de la persona dependiente.
- Multidisciplinar: implicando en los cuidados a los diferentes profesionales que a lo largo del curso de la enfermedad intervienen en cualquiera de sus procesos diagnósticos, preventivos, de valoración de la dependencia, hasta los que planifican el tratamiento, valoran los resultados y rehabilitan al ciudadano en su entorno de la forma más eficaz posible para la mejora de su salud.
- Acorde con el modelo asistencial sanitario y social del entorno de la persona dependiente.
- Equitativo en el desarrollo territorial de los recursos.
- Accesible a todos los ciudadanos de acuerdo con el grado de dependencia de cada persona. El modelo que se plantea tiene la capacidad de adaptarse individualmente.
- Flexible: para la atención apropiada en el momento oportuno.

En el ámbito del desarrollo normativo de la Administración General del Estado, las prestaciones de la atención sociosanitaria se describieron en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que en su artículo 14 define la prestación como el conjunto de cuidados destinados a los enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social. A su vez, especifica que en el ámbito sanitario, la atención sociosanitaria se llevará a cabo en los niveles de atención que cada comunidad autónoma determine y en cualquier caso comprenderá:

- Los cuidados sanitarios de larga duración.
- La atención sanitaria a la convalecencia.
- La rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

La continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las administraciones públicas correspondientes.

La atención de las necesidades que derivan de las situaciones de dependencia es definida en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. La ley establece una serie de mecanismos de cooperación entre la Administración General del Estado y las CC. AA., entre los que destaca la creación del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. En su seno deben desarrollarse, a través del acuerdo entre las administraciones, las funciones de acordar un marco de cooperación interadministrativa, la intensidad de los servicios del catálogo, las condiciones y cuantía de las prestaciones económicas, los criterios de participación de los beneficiarios en el coste de los servicios o el baremo para el reconocimiento de la situación de dependencia, aspectos que deben permitir el posterior despliegue del sistema a través de los correspondientes convenios con las CC. AA. Se trata, pues, de desarrollar, a partir del marco competencial, un modelo innovador, integrado, basado en la cooperación interadministrativa y en el respeto a las competencias (Ley 39/2006, capítulo I del título I, artículos 9, 11 y 12).

Lo más destacable de esta ley es el reconocimiento de un derecho del ciudadano ligado a la situación de dependencia. Su esencia es el poder que la norma jurídica otorga a todo individuo para reclamar mediante la acción el incumplimiento de una obligación (Jiménez-Lara A, Zabarte Martínez de Aguirre MA, 2008). Este hecho, así como la aparición del concepto de equidad, la equipara en sus funciones a un sistema de protección análogo al sanitario. Otra de las circunstancias que equiparan el SAAD al SNS es que éste se define a sí mismo como una ley de servicios, y no tanto de prestaciones económicas, circunstancia que también permite, pero “con carácter excepcional”.

La cartera de servicios de atención sociosanitaria no queda definida en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización. Por eso, queda vigente la disposición adicional cuarta del Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del SNS, según la cual la atención a los problemas o situaciones sociales o asistenciales no sanitarios que concurren en las situaciones de enfermedad o pérdida de la salud tendrán la consideración de atenciones sociales, garantizándose en todo caso la continuidad del servicio a través de la adecuada coordinación por las administraciones públicas correspondientes a los servicios sanitarios y sociales.

En 2005, un grupo de expertos elaboró un documento de consenso de recomendaciones básicas para poder hacer efectivo el desarrollo de la prestación sociosanitaria dentro del SNS (Peñalver-Castellano R, 2005). Las principales recomendaciones eran:

- La puesta en marcha de estas medidas exige el mayor consenso político y técnico con las CC. AA. y con las corporaciones locales. Por eso, es urgente impulsar el debate y la negociación entre la Administración Central, las CC. AA. y las corporaciones locales.
- Es necesario consensuar los términos que configuran el quehacer sociosanitario sobre la base de los diversos trabajos y elaboraciones desarrollados desde 1993 que pueden contribuir a acelerar los debates, y posteriormente acordar un catálogo de prestaciones o cartera de servicios común en cuanto al concepto y a la terminología (acuerdo básico terminológico).
- El SNS deberá aportar los recursos disponibles para hacer posible el desarrollo de estas prestaciones, aunque mejorar y ampliar la atención

sociosanitaria y, en general, la atención a la dependencia, va a requerir una mayor financiación presupuestaria, aproximándonos a los niveles de gasto en sanidad y servicios sociales de la mayoría de los estados de la Unión Europea. No sólo es cuestión de disponer de mayores recursos económicos, sino de una más eficiente gestión, optimizando lo ya existente.

- El sistema debe organizarse y precisa de un modelo integral y participativo de todas las administraciones para dar respuesta a una mejor y más precisa atención del ciudadano; todo el diseño y su ejecución deben ir orientados a las necesidades del usuario y no a las necesidades de la organización.
- Los conceptos administrativos y organizativos tienen que estar perfectamente definidos y difundidos para evitar retrasos y molestias al ciudadano, duplicidades en la gestión y una distribución adecuada de los recursos, por lo que la fórmula de la ventanilla única se muestra como un instrumento a considerar.
- Se debe actuar sobre los aspectos preventivos y rehabilitadores de la dependencia. El concepto “prevenir” debe estar por encima del de “curar”.
- El abordaje de las actuaciones debe tener un carácter interdisciplinar y, sobre todo, a través de suficientes equipos altamente profesionalizados que faciliten la toma de decisiones, la gestión de casos y, en consecuencia, que mejoren de forma ostensible los cuidados a quien los necesite.
- Destacan como ejemplos operativos los aspectos positivos de modelos existentes, como la enfermera comunitaria, la continuidad de los cuidados, la atención domiciliaria, la gestión de casos, etc., cuyo papel debe consolidarse en nuestros modelos asistenciales, y de la misma forma asumir las experiencias de la Atención Especializada, tanto sanitaria como social.
- El diseño e implementación de herramientas de valoración, sencillas y validadas, que hagan posible la agilización de las prestaciones, el equilibrio y la equidad en la respuesta a las necesidades, para lo que resulta imprescindible la adecuada dotación de suficientes equipos en el conjunto del Estado.
- Se debe avanzar de forma inmediata en proyectos demostrativos, implementándose las experiencias de probada eficacia que permitan a las diferentes CC. AA. proveer de los recursos necesarios para las actuaciones en el desarrollo de la atención sociosanitaria en el SNS.

De manera destacable, el libro “Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco” dedica su capítulo VI a la atención sanitaria de las personas con dependencia, y el VII a la coordinación sociosanitaria en sí. El capítulo VI se centra en revisar todos los medios y recursos que el sistema sanitario pone a disposición de las personas con dependencia. Destacan en especial dos cuestiones relacionadas con la actuación conjunta de los sistemas sanitario y social: de un lado, la necesidad de aportar la valoración sanitaria a las personas dependientes y, de otro, el necesario refuerzo de toda una serie de recursos de larga estancia, actualmente no desarrollados.

En este sentido, prioriza la necesidad de reforzar y desarrollar: la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad; los cuidados de larga duración; la convalecencia y rehabilitación (a realizar en domicilio, hospital de día y centros de internamiento de media y larga estancia); los programas de apoyo sanitario a los centros sociales y residenciales; la calidad en el acceso a las prestaciones y el desarrollo de herramientas comunes en los sistemas de información. También destaca que la extensión de la cartera de servicios del sistema sanitario de esta tipología de servicios debería ser posible gracias a la financiación prevista para el sistema nacional de la dependencia (sin conocer a fondo el origen de esta afirmación, parece poner de manifiesto, de nuevo, la falta de confianza del propio sistema sanitario en que con el desarrollo de estas medidas se estarían solucionando muchas de sus fuentes de ineficiencia).

En el capítulo VII se revisan el concepto, los modelos y la documentación relevante a escala nacional e internacional, así como la situación del momento, respecto a la coordinación sociosanitaria. Aparte de ser probablemente el único repositorio de planes y programas regionales al efecto, reafirma y aclara dos cuestiones muy interesantes:

- Que la coordinación sociosanitaria es realmente un “modelo de intervención”, destinado por tanto a optimizar los recursos de ambos sistemas, que mejora su comunicación y permite una acción conjunta.
- Que la red de recursos sociosanitarios la conforman recursos del SNS y del Sistema de Servicios Sociales destinados a prestar la atención sociosanitaria de las personas con dependencia que requieren una estrategia para la adecuada reorientación de los servicios (exponiendo que es algo más que la simple suma de los mismos).

6.3.2. Iniciativas a nivel central

6.3.2.1. Creación de un ente estatal integrado: Ministerio de Sanidad y Política Social

En 2009, el Real Decreto 542/2009 crea el nuevo Ministerio de Sanidad y Política Social que asume las competencias del extinto Ministerio de Sanidad y Consumo y de la extinta Secretaría de Estado de Política Social, Familia y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad (Figura 6.1.).

Esta integración pretende reforzar el papel del Ministerio de Sanidad y Política Social como instrumento de cohesión del SNS, así como la necesidad de ejercer el liderazgo del sistema en el fomento del uso de nuevas tecnologías y la mejora de la calidad de la asistencia que se presta a los ciudadanos, mejorar el desarrollo de las políticas sociales que corresponden a este departamento, en especial en materia de desarrollo de la aplicación de la Ley de Dependencia.

Actualmente, el Ministerio de Sanidad y Política Social tiene como prioridad de acción la integración de las nuevas tecnologías en los procesos asistenciales y la creación de un espacio común sociosanitario que se adapte a la realidad demográfica española. En este sentido, la I Conferencia Interterritorial de Consejeros de Sanidad y de Política Social, celebrada en febrero de 2010, tuvo como objetivo hacer una primera reflexión y establecer los canales de coordinación necesarios entre las dos partes. De ella surgió la necesidad de elaborar un “libro blanco” para la coordinación del sistema sanitario y del sistema de dependencia, que sería realizado por una comisión institucional con representantes de todas las autonomías, y recogería las líneas estratégicas necesarias para establecer una coordinación eficaz, así como las buenas prácticas y las experiencias que se están llevando a cabo en las CC. AA., y que servirían como modelo para su generalización. Para esto, se pretende aprovechar iniciativas que ya están en marcha y que se están desarrollando con éxito. Aunque se esperaba que el libro blanco estuviera finalizado en enero de 2011 (Imsero, actualidad febrero de 2010), en el momento de escribir estas líneas no se conoce su fecha prevista de publicación.

6.3.2.2. Las estrategias del SNS desde la perspectiva de la coordinación sociosanitaria

Tras la formulación de la Ley 39/2006 se han venido formulando diversas estrategias en las que también se menciona la importancia de la

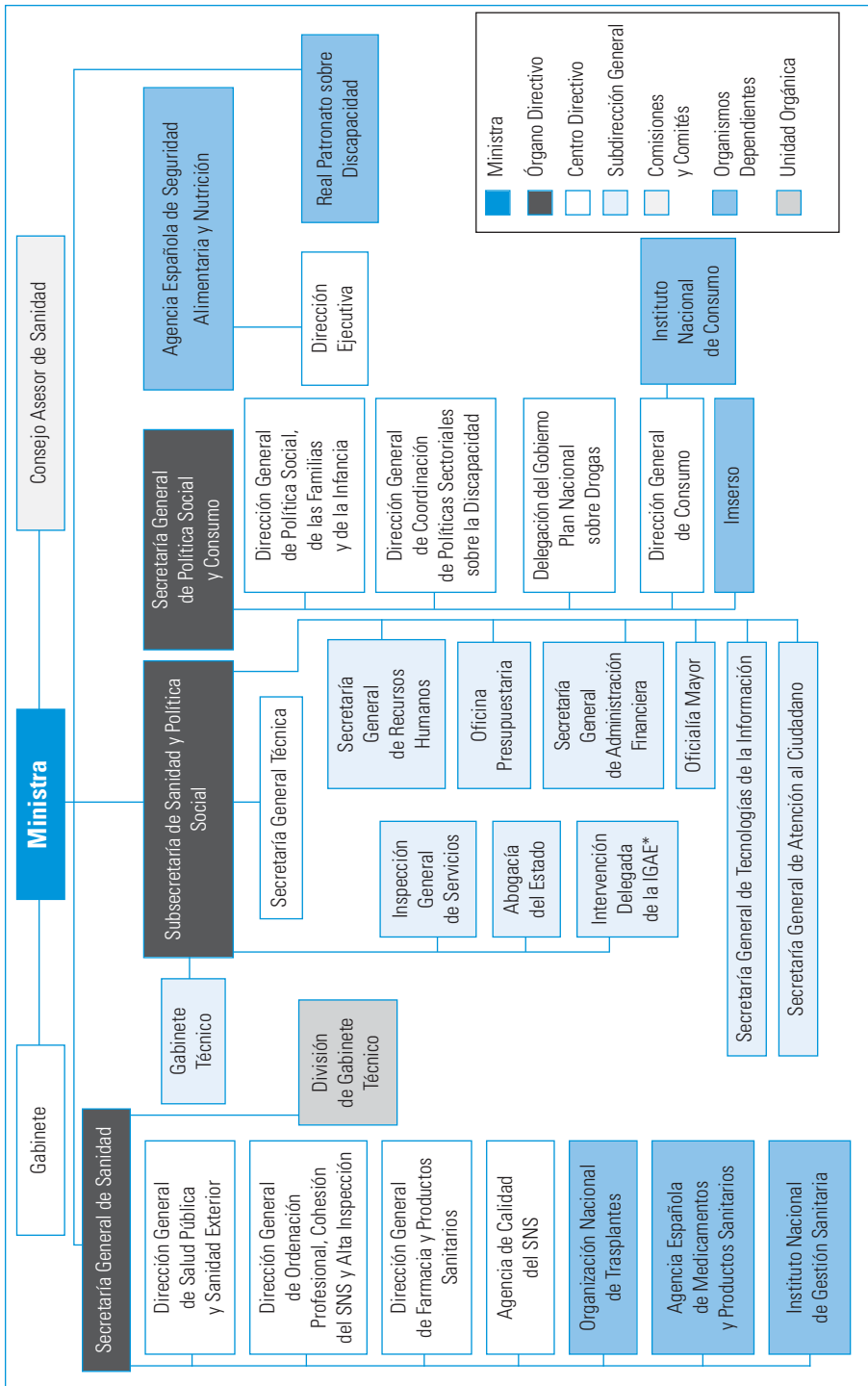


FIGURA 6.1. Estructura básica del Ministerio de Sanidad y Política Social.

* Intervención General de la Administración del Estado.

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social (disponible en <http://www.msp.es/organizacion/ministerio/organizacion/home.htm>).

coordinación sociosanitaria; algunas de éstas se elaboraron como respuesta a enfermedades que pueden generar situaciones de gran dependencia (EPOC, ictus, enfermedad mental).

Estrategia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Resalta que en las diversas CC. AA. apenas existen iniciativas de coordinación sociosanitaria. Por esta razón, entre las recomendaciones, la estrategia insiste en promover la accesibilidad mediante el diseño de circuitos de coordinación y atención entre el sistema sanitario y social (servicios sociales, residencias, etc.) para proporcionar una adecuada atención a pacientes que por su situación social precisan de atención integral, procurar favorecer la asistencia global en un solo acto clínico y, en los casos en los que sea posible, ampliar la asistencia mediante aplicaciones telemáticas o consulta telefónica (Estrategia EPOC del SNS, 2009).

Estrategia de ictus. Señala la importancia de la asistencia conjunta sanitaria y social en las distintas fases tras un ictus. En este sentido, los recursos hospitalarios son los principales a considerar en la fase aguda; en el proceso de rehabilitación y reinserción ha de ganar protagonismo la asistencia social.

Además del propio paciente y su familia, en la rehabilitación participa un equipo multidisciplinario que puede estar integrado por médicos especialistas en rehabilitación, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas, neuropsicólogos, personal de enfermería y trabajadores sociales. El paciente y la familia recibirán en el hospital la adecuada formación e información para llevar a cabo los cuidados necesarios en el domicilio, y se insta a las CC. AA. a establecer un sistema de coordinación entre las distintas instituciones con competencias y recursos sociales y sanitarios para organizar las prestaciones de apoyo a las personas con discapacidad residual tras el ictus y a sus cuidadores (Estrategia ictus del SNS, 2009).

Estrategia de cuidados paliativos (CP). Respecto a la organización y coordinación, la estrategia resalta la necesidad de que todos los profesionales sanitarios contribuyan a garantizar el derecho al alivio del sufrimiento al gran número de pacientes que atraviesan fases avanzadas y terminales de múltiples enfermedades, y que presentan una elevada necesidad y demanda de atención.

La cartera de servicios incluye, tanto a nivel de Atención Primaria como de Atención Especializada, la identificación, valoración integral, tratamiento, información y conexión con estructuras de apoyo en caso necesario. También considera como punto crítico el desarrollo y la calidad de los servicios con que se aborda la atención domiciliaria de estas personas que son a veces limitados e insuficientes. Algunos factores que explican esta situación pueden ser, entre otros: deficiencias en la formación de los profesionales, problemas organizativos y diferentes grados de motivación hacia la atención domiciliaria entre los profesionales (Estrategia CP del SNS, 2007).

Estrategia de Salud Mental. Resalta que, pese a que en más de la mitad de las CC. AA. existen comisiones interinstitucionales de coordinación y también entre dispositivos a nivel de área, estas no funcionan o funcionan insuficientemente. Como destaca la estrategia: “La principal dificultad en la formulación de políticas sociosanitarias (o de garantizar la continuidad de los cuidados) se encuentra en la existencia de dos administraciones con objetivos, prioridades, niveles de desarrollo y descentralización diferentes, que necesitan entenderse (hablar el mismo lenguaje) para establecer objetivos comunes” (Estrategia de Salud Mental del SNS, 2007).

Entre los puntos críticos señala:

- El escaso desarrollo de la cultura de coordinación y cooperación en los servicios de salud mental y entre éstos y los restantes sectores institucionales.
- La dificultad de la inserción de la salud mental en el organigrama de las consejerías de salud y en el desarrollo de unidades técnicas de salud mental.
- La insuficiente operatividad de los canales formales de comunicación entre las instituciones, entre los dispositivos y entre los profesionales.
- La no generalización del uso de formas de organización asistencial para asegurar la continuidad de los cuidados en la atención a los trastornos mentales graves, como el tratamiento asertivo comunitario.
- El escaso desarrollo de mecanismos de participación y de cooperación de los pacientes y familiares en la definición de necesidades, en la participación directa en la provisión y evaluación de servicios.

Aunque la elaboración de las estrategias supone un avance en la identificación de las necesidades de los pacientes con patologías limitantes o discapacitantes, en general, estas están basadas en recomendaciones. No siempre se invitó al conjunto de la parte social a participar en su diseño, por lo que, de un lado, se echan en falta matices importantes desde la vertiente social para la correcta atención integral de la problemática y, de otro lado, algunas de las medidas aprobadas no son competencia del sistema sanitario (que es el que asume dichas obligaciones, al no ser documentos estratégicos asumidos conjuntamente por el sector social). En las Tablas 6.1.-6.4. se resumen las principales recomendaciones de ámbito social recogidas en las diferentes estrategias. En las columnas adjuntas, se destacan otros objetivos sociales que no fueron resaltados en las estrategias, y que son consideradas por diferentes organismos sociales como de gran relevancia a la hora de prestar una atención integral a los pacientes y sus familias.

6.3.3. Iniciativas a nivel autonómico

6.3.3.1. Creación de entes autonómicos y de redes de servicios integrados

En la actualidad, dos CC. AA. han renovado el concepto de la unificación organizativa de la atención sanitaria y la atención a la dependencia bajo un mismo paraguas político: Castilla-La Mancha y Extremadura. No obstante, este tipo de organización fue previamente experimentado en otras regiones, que han vuelto a la separación de las consejerías correspondientes a cada sector.

La Consejería de Salud y Bienestar Social de Castilla-La Mancha

El Decreto 139/2008, de 9 de septiembre, crea la Consejería de Salud y Bienestar Social. Esta nueva estructura nace con la vocación de aumentar la eficacia y facilitar la coordinación y la optimización de los recursos públicos en beneficio de los ciudadanos.

La Consejería de Salud y Bienestar Social es el órgano de la Administración Regional de Castilla-La Mancha al que corresponde el ejercicio de la autoridad sanitaria y la dirección y coordinación de las funciones, actividades y recursos del sistema sanitario de Castilla-La Mancha, así como el desarrollo y la ejecución de las políticas de consumo y drogodependencias. Asimismo, le compete promover, proyectar y ejecutar la

Tabla 6.1. Propuestas operativas desde las estrategias del SNS. Puentes entre la atención sanitaria y la atención a la dependencia

Estrategia SNS 2009. Recomendaciones	Otros objetivos sociales que se deben tener en cuenta	Fuente de los objetivos que se deben tener en cuenta
<p>EPOC</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar la estructura familiar del paciente grave, con especial énfasis en la persona cuidadora principal. se hará más hincapié en el caso de cónyuges de edad avanzada y personas con escaso apoyo social. • Diseñar circuitos de coordinación y atención entre el sistema sanitario y el social (servicios sociales, residencias...) para proporcionar una adecuada atención a pacientes que por su situación social precisan de atención sociosanitaria. • Fomentar el papel de las asociaciones de pacientes informando de su existencia. • Implantar progresivamente un sistema de acceso específico para pacientes y familiares para recibir apoyo psicológico y sociofamiliar especializado y adaptado a sus necesidades. • Establecer programas de apoyo al cuidador/a que proporcionen información sobre servicios, recursos y materiales para el cuidado. • Investigar sobre modelos innovadores de cuidados y resultados en calidad de vida, dependencia, seguridad, accesibilidad y aspectos emocionales y sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Equiparar las oportunidades de integración social, garantizando la plena participación y dignidad de los pacientes con EPOC, prestando servicios de apoyo adecuados a las situaciones de dependencia funcional. • Garantizar la información y el acceso de los pacientes a los recursos sociales disponibles. • Incrementar la independencia y readaptación laboral de los pacientes con EPOC. • Potenciar la independencia personal para el pleno desarrollo en las actividades físicas y sociales diarias (asegurar una vida social satisfactoria, rol social). • Fomentar medidas que garanticen la participación en actividades sociales y físicas (mejorar la capacidad para trabajar). • Fomentar medidas que garanticen que los pacientes puedan llevar una vida normal, accediendo a los mismos lugares, ámbitos, bienes y servicios que están a disposición de cualquier otra persona. • Prestar apoyo psicosocial al paciente/familia cuando el estado de salud del paciente genere un cambio importante en el desarrollo de su vida. • Evitar la gran tensión y riesgo de exclusión social que pueden sufrir los cuidadores de estos pacientes a través de actividades sociales, de ocio y esparcimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • FENAEER (Federación de Asociaciones de Pacientes y Familiares con Enfermedades Respiratorias). • SEPAR (Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica) • <i>Quality of Life with COLD.</i> • <i>Global Initiative for COLD 2009.</i>

Fuente: elaboración propia a partir de la estrategia EPOC del SNS.

Tabla 6.2. Propuestas operativas desde las estrategias del SNS. Puentes entre la atención sanitaria y la atención a la dependencia

Estrategia SNS 2009. Recomendaciones	Otros objetivos sociales que se deben tener en cuenta	Fuente de los objetivos que se deben tener en cuenta
<p>Ictus</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Proporcionar información sobre servicios, recursos y materiales para el cuidado y facilitar y agilizar los trámites burocráticos. ● Incluir un sistema de ayudas o préstamos de ayudas técnicas compensadoras de déficit y discapacidad, así como adaptaciones en el domicilio. ● Formar a los cuidadores, a través de las asociaciones de pacientes y cuidadores, para la mejor atención de ellos mismos y del paciente. ● Establecer y difundir un mapa de recursos de asociaciones de pacientes como recurso para los profesionales sanitarios, los pacientes y sus familiares. ● Los pacientes sin apoyo familiar, y/o para descanso del cuidador, dispondrán de centros adecuados para la prestación de los cuidados necesarios, accesibles a la población de referencia, y de la información sobre los recursos y sus criterios de acceso. ● Fórmulas que faciliten a los cuidadores los trámites administrativos como la obtención de sus propias recetas o las del paciente y otras gestiones. ● Implementar consultas telefónicas para la solución rápida de dudas sobre el cuidado. ● Folletos de información concisa y básica a los cuidadores para gestionar los problemas y situaciones más frecuentes y previsibles. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Garantizar a los pacientes una vida independiente y participativa en la comunidad. ● Equiparar las oportunidades de integración social, garantizando la plena participación y dignidad de los pacientes con ictus, prestando servicios de apoyo adecuados a las situaciones de dependencia funcional. ● Mejorar la calidad de vida de los pacientes con ictus y sus familiares mediante grupos de autoayuda, adaptaciones a su medio, actividades lúdicas, formativas, deportivas, etc., adecuadas a sendos intereses y posibilidades que favorezcan la integración. ● Los recursos sociales deben fomentar y acercar la familia al equipo médico para que se fijen objetivos desarrollados por consenso entre el paciente, la familia y el equipo sanitario sobre el programa rehabilitador a seguir. ● Crear programas socioeducativos para pacientes y cuidadores que les ayuden a comprender las consecuencias de la enfermedad. ● Divulgar a través de los medios de comunicación todo lo que haga referencia a esta enfermedad para dar a conocer la situación de las personas afectadas y de sus familias (sensibilización social). ● Impulsar la creación de espacios (grupos de apoyo) para los familiares, donde se les ayude a afrontar situaciones cotidianas, a desarrollar habilidades para cuidar sin dejar de cuidarse y a elaborar el deterioro, la relación y el trato con el familiar con ictus. ● Implementar talleres para familiares, con carácter psicoeducativo en los que se facilite un entrenamiento adecuado a los cuidadores. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Federación Española de Ictus.

Tabla 6.2. Propuestas operativas desde las estrategias del SNS. Puentes entre la atención sanitaria y la atención a la dependencia (continuación)

Estrategia SNS 2009. Recomendaciones	Otros objetivos sociales que se deben tener en cuenta	Fuente de los objetivos que se deben tener en cuenta
<p>Ictus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programas de préstamo de material ortopédico recuperable como sillas de ruedas, andadores y otros materiales de atención al paciente a domicilio. • Los profesionales de Trabajo Social establecerán las acciones que sean necesarias para la adopción de los servicios sociales y familiares que se requieran. • Impulsar el establecimiento de sistemas para dar respuesta a situaciones urgentes de necesidad de atención social (claudicación o ausencia del cuidador, etc.). • Establecer una red de centros sociosanitarios de referencia en las CC. AA. • Crear programas dirigidos a la promoción del bienestar de los cuidadores: grupos de apoyo, socioterapéuticos, educación para la salud. • Las CC. AA. y el Ministerio de Sanidad y Consumo pondrán en marcha medidas que potencien la creación de redes acreditadas de centros de investigación y grupos de excelencia en ictus. 	<ul style="list-style-type: none"> • Es importante que se tenga en cuenta la opinión y las observaciones de los cuidadores, ya que pueden aportar mucha información al pasar prácticamente 24 horas con el afectado. • Publicar y divulgar guías de recursos dirigidas a familiares y afectados. • Procurar relaciones de colaboración y comunicación con entidades, instituciones y administraciones. 	

Fuente: elaboración propia a partir de la estrategia Ictus del SNS.

Tabla 6.3. Propuestas operativas desde las estrategias del SNS. Puentes entre la atención sanitaria y la atención a la dependencia

Estrategia SNS 2009. Recomendaciones	Otros objetivos sociales que se deben tener en cuenta	Fuente de los objetivos que se deben tener en cuenta
<p>Cuidados paliativos (CP)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Implantar un protocolo de identificación de riesgo de claudicación familiar. ● Tras el fallecimiento del paciente, se valorará la necesidad de apoyo psicosocial en el proceso de duelo. ● Existirán protocolos de valoración, detección de problemas, intervención y derivación en distintos niveles de complejidad para la adecuada atención a los aspectos psicosociales del paciente y de la familia. ● Los profesionales dispondrán de información actualizada sobre los recursos de apoyo y/o supervisión. ● Los pacientes sin apoyo familiar y/o para descanso del cuidador dispondrán de centros con capacidad para prestar cuidados paliativos, accesibles a la población de referencia, y de la información sobre los recursos y sus criterios de acceso. ● Estarán establecidos los criterios de derivación a los centros de apoyo que contemplen los aspectos emocionales, sociales y familiares relacionados con el cambio de ubicación. ● Impulsar el desarrollo de programas de voluntariado para acompañamiento a pacientes y familias. ● Existirán protocolos de actuación que especifiquen la adecuada selección, formación, entrenamiento, supervisión, reconocimiento y evaluación del voluntariado. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Evitar el aislamiento del cuidador haciendo uso de recursos socioculturales (ocio, actividades sociales, continuar con su vida habitual, reconocer valores y creencias). ● El CP debe ofrecerse teniendo en cuenta el contexto social, y estar basado en el entendimiento del lugar donde se relaciona el paciente con su entorno familiar y social. ● El CP debe orientarse a las expectativas sociales y las necesidades del paciente y la familia. ● Impulsar la creación de espacios (grupos de apoyo) para los familiares, donde se les ayude a afrontar situaciones cotidianas, a desarrollar habilidades para cuidar sin dejar de cuidarse y a elaborar el deterioro, la relación y el trato con el familiar. ● Implementar talleres para familiares, con carácter psicoeducativo en los que se facilite un entrenamiento adecuado a los cuidadores. ● El personal sanitario debe asegurar que el paciente y la familia tengan oportunidades para el crecimiento personal y social, que disfruten de momentos de alegría y de satisfacción (encuentros con pares, momentos de interacción con la familia, etc.). ● Cooperación-coordinación en materia social entre los diferentes entes y organismos (Sanidad y Consumo, Bienestar Social, etc.) para ofrecer programas (rehabilitación, apoyo) que tengan como fin el beneficio del paciente y de sus familias. 	<ul style="list-style-type: none"> ● <i>Canadian Hospice Palliative Care Association.</i> ● <i>World Health Organization.</i> ● <i>The End of Life Strategy (NHS).</i> ● Programa Marco CP Extremadura.

Tabla 6.3. Propuestas operativas desde las estrategias del SNS. Puentes entre la atención sanitaria y la atención a la dependencia (continuación)

Estrategia SNS 2009. Recomendaciones	Otros objetivos sociales que se deben tener en cuenta	Fuente de los objetivos que se deben tener en cuenta
<p>Cuidados paliativos (CP)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Fórmulas que faciliten a los cuidadores los trámites administrativos como la obtención de sus propias recetas o las del paciente y otras gestiones. ● Impulsar el establecimiento de sistemas para dar respuesta a situaciones urgentes de necesidad de atención social (claudicación o ausencia del cuidador, etc.). ● Crear programas dirigidos a la promoción del bienestar de los cuidadores: grupos de apoyo, socioterapéuticos, educación para la salud. ● Favorecer el debate y la participación ciudadana en los CP en los órganos que para ello se designen. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Combinar la estrategia individual y comunitaria como medidas psicoeducativas y, de esta forma, proporcionar confianza e independencia en el seno familiar para el cuidado del familiar enfermo. ● Identificar, potenciar y apoyar todas aquellas medidas sociales que faciliten la autonomía y el cuidado del paciente por parte de la familia: gastos de desplazamientos, incapacidad e incorporación laboral, farmacia gratuita, propuestas de apoyo económico por cuidado de familiares en situación terminal, etc. ● Tener en cuenta los valores y las creencias de los pacientes a la hora de realizar las acciones de sensibilización e información. 	

Fuente: elaboración propia a partir de la estrategia CP del SNS.

Tabla 6.4. Propuestas operativas desde las estrategias del SNS. Puentes entre la atención sanitaria y la atención a la dependencia

Estrategia SNS 2009. Recomendaciones	Otros objetivos sociales que se deben tener en cuenta	Fuente de los objetivos que se deben tener en cuenta
<p>Salud Mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erradicar el estigma y la discriminación asociados a las personas con trastornos mentales. • Aumentar el porcentaje de familias de pacientes con trastornos mentales graves que reciben un programa de intervención familiar específico con el fin de mejorar su capacidad de afrontar las crisis y prevenir las recaídas. • Desarrollar una estrategia de información en cada comunidad autónoma dirigida a las personas con trastornos mentales y a sus familiares sobre derechos y obligaciones, recursos y servicios que pueden utilizar, y los procedimientos administrativos para cursar sugerencias y reclamaciones. • Implantar mecanismos y vías para la participación de las personas con trastornos mentales y sus familiares en todos los ámbitos de la salud mental en cada comunidad autónoma, incluyendo la planificación y la evaluación de los servicios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar el grado de conocimiento e información sobre la salud mental de las personas con trastorno mental, de su entorno cercano y de la sociedad. • Mejorar la calidad de vida de las personas con trastornos mentales, así como la de sus cuidadores. • Adecuar la oferta de servicios a las necesidades de la población de manera efectiva y eficiente. • El apoyo social es fundamental como amortiguador de los efectos que produce la enfermedad mental en personas vulnerables (previniendo descompensaciones) y actúa positivamente en la evolución de la enfermedad y en la calidad de vida de los pacientes y sus familias. • Las asociaciones de familiares y usuarios son las que tienen un conocimiento más completo de la realidad del enfermo mental; por eso, se promoverá su participación en grupos de mejora de procesos asistenciales relacionados con los trastornos mentales, y en la elaboración de un plan de comunicación y sensibilización de la población. Se potenciarán, además, las asociaciones independientes de pacientes y el voluntariado social. • Divulgar los hábitos de vida saludables y los factores de protección de la salud mental en la población general, grupos específicos y entornos vulnerables. • Prevenir la aparición de problemas de salud mental en cuidadores de personas con enfermedades crónicas y alta dependencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (2003-2007). • Plan Integral de Salud Mental 2007-2012.

Fuente: elaboración propia a partir de la estrategia en Salud Mental del SNS.

política regional en materia de bienestar social, programar, desarrollar y ejecutar los planes de apoyo a las personas con discapacidad, mayores, infancia, menores y familia en el marco de las competencias asumidas por este órgano, así como definir y ejecutar las actuaciones en materia de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

Entre sus competencias, se encuentran también la de fomentar, elaborar y desarrollar planes y actuaciones para la erradicación de la exclusión social y la gestión de los programas en materia de Cooperación Internacional para el Desarrollo, y cuantas otras competencias que le estén atribuidas en el marco de la constitución y del Estatuto de Autonomía de Castilla-La Mancha.

La Consejería de Sanidad y Dependencia de Extremadura

Extremadura es otra de las CC. AA. que ha integrado los servicios sanitarios y sociales. Mediante Decreto del Presidente 17/2007, de 30 de junio, se crea la Consejería de Sanidad y Dependencia (Figura 6.2.) que ejerce las competencias de la anterior Consejería de Sanidad y Consumo, excepto consumo, así como las competencias en materia de dependencia que tenía atribuidas la anterior Consejería de Bienestar Social.

Posteriormente, mediante la Ley 1/2008, de 22 de mayo, de creación de Entidades Públicas de la Junta de Extremadura, se ha dispuesto la Creación del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD), como ente público adscrito a dicha consejería que goza de autonomía para el ejercicio de cuantas actuaciones requiera el desarrollo de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre; culminando con ello la reestructuración administrativa requerida para la plena implantación de esta norma en la región.

Con la integración en la Consejería de Sanidad y Dependencia de los organismos responsables de gestionar la atención sanitaria y la atención a la dependencia, el Servicio Extremeño de Salud y el SEPAD, respectivamente, la Junta de Extremadura constituye un verdadero sistema integral de cuidados continuados, organizado sobre la gestión de dos servicios autónomos complementarios y coordinados.

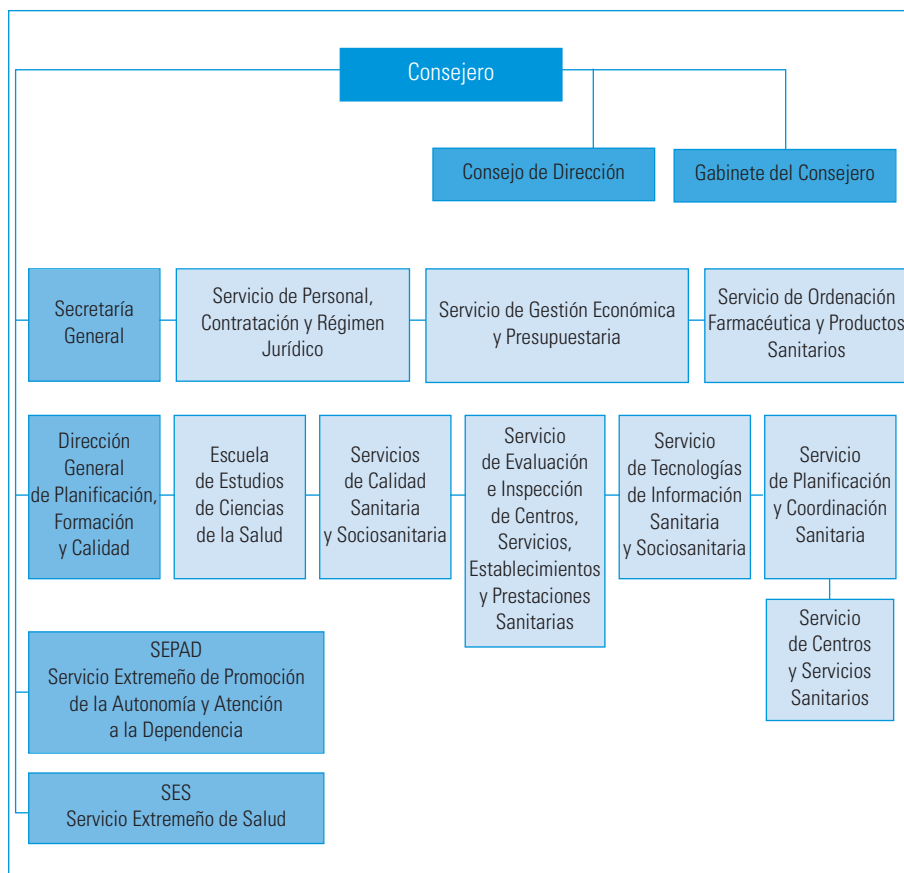


FIGURA 6.2. Estructura de la Consejería de Sanidad y Dependencia de Extremadura.
Fuente: Consejería de Sanidad y Dependencia de Extremadura (disponible en <http://sede.juntaex.es/web/portal/organigrama-diagrama-detalle/1676/listado>).

Este nuevo modelo, que conjuga atención social y sanitaria, tiene como principios básicos garantizar la universalidad en el acceso a los recursos y dispositivos existentes, en condiciones de igualdad efectiva y de no discriminación, y la potenciación de los programas de promoción de la autonomía personal. Todo ello con el objetivo de evitar la aparición o el agravamiento de las situaciones de dependencia; la priorización de la atención comunitaria frente a la atención residencial; la calidad, sostenibilidad y accesibilidad de los servicios de atención a las personas con discapacidad y en situación de dependencia y la atención de forma integral e integrada a las personas con discapacidad o en situación de dependencia, sea por causas físicas, sensoriales, psíquicas o mentales. Asimismo,

mo, el SEPAD velará especialmente por la mejora de la situación de los familiares y sus cuidadores (DOE 210, 30 de octubre de 2008, p29185).

En la Tabla 6.5. se puede repasar la estructura actual de las Consejerías de Bienestar Social y de Sanidad de las diferentes CC. AA. No obstante, es de especial relevancia la creación de organismos responsables de garantizar y gestionar la atención a la dependencia. Para ello, en algunas ocasiones se crean direcciones generales dentro de cada estructura, otras veces entes públicos autónomos y otras agencias. De la evolución y el comportamiento futuro de estas estructuras y, en especial, de su evolución en los modelos de gestión hacia sistemas de provisión de servicios, dependerá la construcción real del sistema, y de la necesaria coordinación sociosanitaria con el sector sanitario. Actualmente, las diferencias en las bases para la gestión de recursos y servicios hacen difícil la coordinación operativa real entre ambos sistemas. A menudo, la falta de acercamiento en los sistemas de gestión puede ser la causa de que los intentos previos de unificar ambas partes no hayan obtenido los resultados deseados.

6.3.3.2. Experiencias de coordinación sociosanitaria de las CC. AA.

En algunas regiones se han desarrollado en los últimos años algunas experiencias de coordinación sociosanitaria. CC. AA. como Castilla y León (II Plan Sociosanitario de Castilla y León), Cataluña (Programa Vida als Anys, desarrollado en Cataluña desde 1986), Extremadura (Plan Marco de Atención Sociosanitaria de Extremadura [2005-2010]) y Comunidad Foral de Navarra (Plan Foral de Atención Sociosanitaria de Navarra) cuentan con programas sociosanitarios bien definidos (Tabla 6.6.).

A escala autonómica, los compromisos de las administraciones estatal y autonómicas para conseguir la coordinación sociosanitaria son claros pero su desarrollo no es sincrónico, lo cual no facilita una igualdad de atención al ciudadano (Observatorio Estatal de la Discapacidad 2009).

Castilla y León: II Plan Sociosanitario

En 2003, Castilla y León aprobó mediante el Decreto 59/2003 el II Plan Sociosanitario de Castilla y León. A diferencia del primero, dirigido esencialmente a la ampliación de la cobertura de los servicios y la creación de nuevos recursos, se centró en la consolidación de un modelo sinérgico

Tabla 6.5. Estructuración de la consejería y organismo de gestión de la dependencia en las diferentes CC. AA. (septiembre de 2010)

Comunidad autónoma	Situación de las Consejerías de Bienestar Social	Situación de las Consejerías de Sanidad	Organismo de Gestión de la Dependencia
Andalucía	Consejería de Igualdad y Bienestar Social	Consejería de Salud	Secretaría General para la Atención a la Dependencia
Aragón	Consejería de Servicios Sociales y Familia	Departamento de Salud y Consumo	Dirección General de Atención a la Dependencia
Asturias	Consejería de Bienestar Social y Vivienda	Consejería de Salud y Servicios Sanitarios	Dirección General de Mayores y Discapacidad
Baleares	Consejería de Asuntos Sociales, Promoción e Inmigración	Conselleria de Salut i Consum	Dirección General de Atención a la Dependencia
Canarias	Consejería de Bienestar Social, Juventud y Vivienda	Consejería de Sanidad	Dirección General de Bienestar Social
Cantabria	Consejería de Empleo y Bienestar Social	Consejería de Sanidad	Dirección General de Servicios Sociales (ICASS- Instituto Cantabro de Servicios Sociales)
Castilla y León	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades	Consejería de Sanidad	Dirección General de Política Social y Atención a la Dependencia
Castilla-La Mancha	Consejería de Salud y Bienestar Social		Dirección General de Atención a Personas Mayores con Discapacidad y Personas en Situación de Dependencia
Cataluña	Departament d'Acció Social y Ciutadania	Departament de Salut	Institut Català d'Assistència i Serveis Socials (ICASS) Subdirecció General de Programació i Avaluació
Ceuta Extremadura	Consejería de Asuntos Sociales Consejería de Sanidad y Dependencia	Consejería de Sanidad y Consumo	Imseriso (Dirección Territorial del Imseriso) Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD)

Tabla 6.5. Estructuración de la consejería y organismo de gestión de la dependencia en las diferentes CC. AA. (septiembre de 2010) (continuación)

Comunidad autónoma	Situación de las Consejerías de Bienestar Social	Situación de las Consejerías de Sanidad	Organismo de Gestión de la Dependencia
Galicia	Consellería de Trabajo e Benestar	Consellería de Sanidade	Dirección General de Dependencia y Autonomía Personal
Comunidad de Madrid	Consejería de Familia y Asuntos Sociales	Consejería de Sanidad	Dirección General de Coordinación de la Dependencia
Mejilla	Consejería de Bienestar Social y Sanidad (las competencias propias son atribuidas según la legislación sectorial aplicable, o bien, atribuidas por la Administración General del Estado a través de leyes de transferencias o delegación)		Imserso (Dirección Territorial del Imserso)
Región de Murcia	Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración	Consejería de Sanidad y Consumo	Oficina para la Dependencia
Comunidad Foral de Navarra	Consejería de Asuntos Sociales, Familia, Juventud y Deporte	Departamento de Salud	Agencia Navarra para la Dependencia (ANDEP)
País Vasco	Consejería de Empleo y Asuntos Sociales	Departamento de Sanidad y Consumo	Dirección de Servicios Sociales
La Rioja	Consejería de Servicios Sociales	Consejería de Salud	Dirección General de Atención a la Dependencia y Prestaciones Sociales
Comunidad Valenciana	Consejería de Bienestar Social	Consellería de Sanitat	Secretaría Autonómica de Autonomía Personal y Dependencia

Fuente: elaboración propia.

Tabla 6.6. Experiencias de coordinación sociosanitaria de las CC. AA.

Comunidad autónoma	Plan/Programa
Andalucía	Plan de Atención a Personas Mayores 1999
Canarias	Programa Sectorial de Atención Sociosanitaria 2002
Cantabria	Plan de Acción Sociosanitaria de las Personas Mayores de Cantabria 1999-2005
Castilla y León	I Plan de Atención Sociosanitario de Castilla y León. Decreto 16/1998 II Plan Sociosanitario de Castilla y León. Aprobado por Decreto 59/2003, de 23 de enero
Castilla-La Mancha	Plan de Atención a las Personas Mayores 1998 Plan de Salud y Bienestar Social 2011-2020
Cataluña	Plan Director Sociosanitario. Programa Vida als Anys. Aprobado por Decreto 242/1999, de 31 de agosto Plan de Atención Sociosanitario 2000 Plan Director Sociosanitario 2006
Extremadura	Plan Marco de Atención Sociosanitaria de Extremadura 2005-2010
Galicia	Programa Sociosanitario de Galicia o Programa PASOS. Decreto 48/1998 Ley 13/2008, de 3 de diciembre, de Servicios Sociales de Galicia que define la estructura básica de los servicios sociales
Comunidad de Madrid	Plan Mayores 1998
Comunidad Foral de Navarra	Plan Foral de Atención Sociosanitaria. Aprobado por acuerdo del Gobierno de Navarra de fecha 27 de junio de 2000
País Vasco	Plan Estratégico de Atención Sociosanitaria
Comunidad Valenciana	Programa PALET 1995 de Atención Sociosanitaria a Pacientes Ancianos con Enfermedades de Larga Evolución y Pacientes en Situación Terminal Ley de Ordenación Sanitaria 2003

Fuente: informe "Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco" (Imsero, 2005); Benítez Bermejo E, Poveda Puente R, Bollaín Pastor C, *et al.* 2009.

para los servicios sociales y la sanidad mediante una adecuada planificación y coordinación de ambos sistemas. Este modelo configura el espacio sociosanitario como un macrosistema que englobe a ambos.

Castilla y León concibe la atención sociosanitaria como la integración de las prestaciones asistenciales de dos redes autónomas que coordinan sus cuidados al ciudadano mediante procesos de atención realizados conjuntamente por gestores y profesionales de las diferentes administraciones competentes. Para ello, existen unas estructuras establecidas de forma normativa. La "planificación sociosanitaria" y la "coordinación

sociosanitaria” aparecen, así, como instrumentos para conseguir que la atención sea integral en los supuestos en los que se requiere la prestación simultánea o sucesiva de servicios formalmente configurados como de carácter sanitario y de carácter social.

Las estructuras de coordinación sociosanitaria se crearon mediante un decreto en el año 2000. Se definieron estructuras técnicas y directivas de ámbito provincial y regional que analizaron necesidades y recursos y elaboraron algunas propuestas. La participación de técnicos y gestores de salud y de servicios sociales, que orientó una parte importante de las estrategias del II Plan Sociosanitario, hizo patente la necesidad de coordinación en la base. Así, se materializó a través de un decreto, que modifica al anterior, la creación de los equipos de coordinación básica (ECB). Un ECB es un pequeño grupo de profesionales de intervención directa que trabajan en equipos de Atención Primaria (EAP), centros de acción social (CEAS) y, en su caso, equipos de distrito (salud mental, protección a la infancia), y que tienen un ámbito geográfico común definido a partir de las zonas básicas de salud y de las zonas básicas de acción social.

La tarea esencial de un ECB es la gestión compartida de casos de personas y familias que necesitan la prestación simultánea o sucesiva de servicios sociales y sanitarios, es decir, que el ECB trabaja para resolver problemas complejos en los que confluyen, en la misma persona o familia, la enfermedad y la dependencia junto con dificultades para la convivencia y la integración social. Los ECB se constituyen porque responden a una necesidad: la de las personas que precisan apoyos sanitarios y sociales para vivir con dignidad. Se constituyen por mandato legal formando parte de las estructuras de coordinación sociosanitaria.

Castilla-La Mancha: Plan de Salud y Bienestar Social

La coordinación de los servicios sociales y los sanitarios se va a concretar en el Plan de Salud y Bienestar Social 2011-2020, que contempla varias líneas que buscan impulsar las tecnologías de la información y las comunicaciones con la consulta en línea y la teleasistencia (la extensión de la receta electrónica y la implantación de la historia clínica y social digitalizada), y aplicar programas de gestión de las discapacidades y las enfermedades crónicas que incluyen la creación de escuelas de formación de pacientes, familiares y cuidadores. Además, se completará la red de servicios con cen-

tros como el Instituto de Enfermedades Neurológicas de Guadalajara y el de Imagen Radiológica; el Centro de Autismo; el nuevo Centro de Alto Rendimiento Deportivo para personas con discapacidad y los nuevos hospitales de Toledo, Cuenca, Guadalajara y Albacete. Del mismo modo, se desarrollará la Red de Atención a la Salud Mental y la Estrategia Regional de Enfermedades Raras, y se dará un impulso a la Estrategia de Nutrición y Actividad Física en las escuelas y a la promoción de la lactancia materna.

De acuerdo con los principios, valores y el marco de referencia elaborado para la formulación del Plan de Salud y Bienestar 2011-2020 se proponen los siguientes ejes estratégicos:

- Autonomía, inclusión social y salud en todas las etapas de la vida: comprender escenarios sociales actuales y hacer prospectiva de políticas sociales para poder intervenir en crear escenarios y bancos de salud y bienestar social.
- Cuidar a las personas en situación de dependencia: prevención de las situaciones de dependencia a lo largo de toda la vida y promoción de la autonomía personal desde los ámbitos social y sanitario en todas las etapas del ciclo vital, garantizar la atención integral e integrada de todas las personas en situación de dependencia a través de la continuidad de los cuidados.
- Red integrada de cuidados y servicios centrada en las personas, en la continuidad de los cuidados y en la innovación: desarrollar una atención sanitaria y social integral e integrada mejorando progresivamente la accesibilidad geográfica y funcional, su eficacia y su capacidad de respuesta global y problemas concretos ofreciendo, al mismo tiempo, estrategias innovadoras para la atención a las personas, la mejora del desarrollo profesional, la calidad y seguridad en las prácticas profesionales.
- Participación social deliberativa: la participación social deliberativa deber ser entendida como la implicación activa de los agentes sociales (ciudadanos, profesionales, representantes políticos) en la toma de decisiones sociales y sanitarias. La participación se ha de contemplar como un derecho de los ciudadanos; en salud resulta fundamental a la hora de lograr los apoyos y las alianzas necesarios para responder de manera eficaz a los retos de los determinantes de salud y avanzar en la responsabilización de los individuos y las comunidades en el logro de los objetivos en salud y bienestar.

- Investigación, ciencia y tecnologías aplicadas al mantenimiento de la autonomía, la salud y el bienestar: este eje plantea tres áreas de desarrollo estratégico importantes, como la investigación y los avances científicos y tecnológicos al servicio de los ciudadanos, todo orientado al mantenimiento del bienestar de los colectivos más vulnerables.
- En este eje del plan se propone recoger iniciativas de telemedicina, de e-dependencia, generación de aplicaciones de telemedicina y cuidados de salud, programas de seguimiento de personas con problemas crónicos de salud que requieren monitorización en el domicilio, etc.
- Evaluación del plan: impacto de las políticas e intervenciones en la promoción de la autonomía, la inclusión social y el bienestar: programa de seguimiento y evaluación de los objetivos e intervenciones que se propongan en el plan, y evaluar el impacto de las políticas e intervenciones en la promoción de la autonomía, la salud y en la cohesión social, a través del estudio de instrumentos como legislación, inversiones, dotación y distribución de recursos materiales y humanos.

Cataluña: Programa sociosanitario Vida als Anys

El Programa Vida als Anys (1986) es la primera iniciativa sociosanitaria que tiene lugar en España como respuesta a las necesidades de enfermos crónicos, geriátricos y de cuidados paliativos que en aquel momento no cubría la oferta de servicios existente.

Vida als Anys creó un modelo que contemplaba el tratamiento de las necesidades de este tipo de usuarios de forma integral, tanto desde el punto de vista médico (múltiples patologías), como psicológico y social.

Como define el artículo 2 de la Orden, de 29 de mayo de 1986, el programa tenía como finalidad planificar y coordinar las actuaciones del departamento relativas a la atención de las personas que necesiten tratamiento médico prolongado integrado con la prestación de servicios sociales específicos de la vejez de acuerdo con los siguientes criterios:

- Proporcionar a las personas mayores de 65 años que lo necesiten una atención global e integrada que tenga en cuenta los aspectos sanitarios, sociales y familiares.
- Articulación de los medios asistenciales para que la atención se lleve a cabo en un entorno lo más cerca posible de su familia, comunidad o ambiente propio.

- Promoción de acciones preventivas de las enfermedades crónicas y evitar la cronificación del paciente.
- Racionalización y optimización de los recursos sanitarios y sociales destinados a estos fines.
- Potenciación de medidas alternativas al internamiento de las personas mayores, como la atención domiciliaria y la asistencia ambulatoria.
- Creación de centros residenciales sociosanitarios para las personas mayores que no gozan de autonomía para realizar por sí mismas las actividades cotidianas y necesitan asistencia sanitaria continuada que incorporen servicios de alojamiento, manutención, terapia ocupacional, apoyo personal y asistencia sanitaria no propia de patologías agudas, así como de rehabilitación.

El programa se estructuraba mediante los siguientes órganos (artículo 3, Orden de 29 de mayo de 1986): un Comité Directivo, que presidirá el consejero de Sanidad y Seguridad Social o persona en quien delegue, y que estará compuesto por vocales, cada uno de ellos representante de los siguientes órganos:

- Secretaría General.
- Dirección General de Servicios Sociales.
- Dirección General de Ordenación y Planificación Sanitaria.
- Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales.
- Instituto Catalán de la Salud.
- Instituto de Estudios de la Salud.

Con la implantación del programa Vida als Anys se inició la creación en Cataluña de una red de centros y servicios sociosanitarios, que se consolida en la Ley 15/1990, de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria de Cataluña y culmina con la aprobación del Decreto 242/1999, de 31 de agosto, por el que se crea la red de centros, servicios y establecimientos sociosanitarios de utilización pública de Cataluña.

Este programa se apoyaba en una red de recursos de tipo sanitario como son los Programas de Atención a Domicilio (PADES), las Unidades Funcionales Interdisciplinarias Sociosanitarias (UFISS), los hospitales de día de carácter sociosanitario y los hospitales y servicios de larga estancia y de convalecencia.

El módulo sanitario, destinado a cubrir la atención sanitaria de las personas usuarias (costes del personal sanitario, los tratamientos que se definan y los productos sanitarios y farmacéuticos), estaba financiado íntegramente por el Servicio Catalán de Salud. En cambio, el coste del módulo social, destinado a cubrir el alojamiento y la manutención sustitutivos del hogar, así como el personal de apoyo para las actividades de la vida diaria (AVD), se financiaba a partir de los tres primeros meses de utilización de los servicios mediante una fórmula de copago entre el Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales y las personas usuarias, similar al que se emplea en la red de servicios sociales.

Para garantizar una distribución equitativa de los recursos, se definieron las áreas de influencia sociosanitaria, que venían fijadas por los flujos de pacientes en un territorio determinado. Cataluña quedaba dividida, con estos criterios de planificación, en 37 áreas, cuatro de las cuales corresponden a la sectorización de la ciudad de Barcelona. La distribución de los recursos en estas áreas se realiza siguiendo el criterio de mayor polivalencia en áreas de mayor población y viceversa (Salva A, 2003).

Extremadura: Plan Marco 2005-2010

El Plan Marco de Atención Sociosanitaria de Extremadura 2005-2010 aborda la planificación del espacio sociosanitario tanto desde una perspectiva conceptual como práctica, establece las necesidades de la población en cuanto a servicios sociosanitarios y analiza la oferta actual de servicios desde ambos sistemas para determinar la demanda insatisfecha.

El modelo extremeño configura el espacio sociosanitario como la intersección entre el sistema sanitario y el social, que se debe regir por los siguientes objetivos generales:

- Alcanzar un sistema integral de atención que demuestre el mismo énfasis en la prevención, en los cuidados y en la rehabilitación que en la asistencia curativa.
- Desarrollar servicios prestados con la mayor cualificación técnica y calidez humana, acordes con el desarrollo tecnológico actual, y recursos que observen al mismo tiempo medidas de comodidad.
- Fomentar un modelo de atención comunitario que potencie la permanencia en el domicilio y en el ambiente social del ciudadano, evitando en lo posible el hospitalocentrismo y la institucionalización.

- Primar la evaluación integral de las necesidades del paciente: patología, grado de dependencia física, psíquica e intelectual y red social de apoyo. Desarrollar un sistema de información común que evalúe el resultado del proceso de atención sociosanitaria.
- Conseguir la continuidad asistencial en el proceso de atención, la estructuración en función de grados de complejidad, y la delimitación de competencias coordinadas entre niveles y sectores como base de la atención integral.
- Organizar un sistema que evolucione gracias a la implicación y aportaciones de directivos, profesionales, ciudadanos, pacientes y familiares y asociaciones de usuarios.
- Atender de manera integral a la persona en todos sus aspectos, para ello debe ofrecerse un abordaje interdisciplinar o multidisciplinar (según el caso) con una organización funcional intersectorial coordinada.
- Potenciar la funcionalidad y efectividad de los servicios frente a la rigidez de las estructuras en la organización de recursos.
- Diversificar la oferta de servicios de acuerdo con las necesidades de la población, desarrollando recursos polivalentes y flexibles que se adapten a las necesidades cambiantes de las personas atendidas facilitando la simultaneidad en la prestación de servicios y el flujo de pacientes entre recursos.
- Temporalizar un crecimiento armónico de la oferta de servicios en sus diferentes áreas de acción, adaptativo y priorizado en función de las necesidades.
- Organizar un sistema sostenible organizativa y económicamente hablando, valorando la eficiencia, el rendimiento de sus recursos y el resultado integrado de la atención.

Galicia: Programa Sociosanitario de Galicia

El Programa Sociosanitario de Galicia, o Programa PASOS, se empezó a implantar en 1998 y dependía de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. El programa se concibió para orientar los servicios bajo la lógica de la integración. Se basaba en una metodología fundamentada en la valoración de la persona dependiente dentro de un plan de cuidados individualizados que se centraba en potenciar y dinamizar la atención sociosanitaria desarrollando recursos no institucionales (Conrad Ensenyat i Sacristán, 2003).

Estas eran las principales características del programa (Conrad Ensenyat i Sacristán, 2003):

- Definición sociosanitaria: coordinación sociosanitaria; continuo asistencial.
- Criterios del modelo: integral, multidisciplinar y sinérgico.
- Población objetivo: toda la población dependiente (mayores, enfermos mentales, discapacitados y enfermos terminales).
- Población mayor dependiente: 17% (82.966), de los que el 7% son graves (34.000).
- Identificación/valoración de necesidades: equipos de valoración multidisciplinarios.
- Recursos:
 - Unidades de Internamiento. Larga estancia, larga estancia psicogerítrica.
 - Asistencia Domiciliaria Sanitaria y Social (PADSS).
- Financiación: módulos de financiación con copago de acuerdo con los recursos.

Sin embargo, el libro “Atención a las personas en situación de dependencia. Libro Blanco” señala que hasta la separación de las Consejerías de Sanidad y Servicios Sociales, Galicia planteaba la atención sociosanitaria desde un enfoque de integración.

Actualmente, las competencias de atención sociosanitaria se ubican en la Consellería de Traballo e Benestar, Dirección Xeral do Maior e de Persoas con Discapacidades, Subdirección Xeral de Atención a Persoas Maiores, la cual ha de trabajar en coordinación con el SERGAS.

Destaca que no existe una red de centros sociosanitarios como tal, ni tampoco una coordinación entre prestadores. En la Ley de Ordenación Sanitaria de Galicia (LOSGA) se señala que la continuidad del servicio se garantizará por ambos sistemas mediante la adecuada coordinación entre las distintas administraciones públicas. Posteriormente, la Ley 13/2008, de 3 de diciembre (artículos 8, 9), de Servicios Sociales de Galicia, define la estructura básica de los servicios sociales: servicios sociales comunitarios y especializados.

Los servicios sociales comunitarios se configuran como servicios de carácter integrador, y se constituyen en la principal instancia del sistema para el desarrollo de intervenciones de carácter preventivo, de atención

integral a personas y familias y de incorporación social y laboral. Los servicios sociales comunitarios específicos desarrollarán programas y gestionarán centros orientados a colectivos con problemáticas identificadas y singulares, procurando su normalización y reincorporación social o como espacio de tránsito a un servicio especializado.

Se crea la Agencia Gallega de Servicios Sociales como organismo coordinador encargado de velar por la plena efectividad en la prestación de los servicios sociales, conseguir un aprovechamiento óptimo y la racionalización en el empleo de los recursos dedicados a los servicios sociales.

Las principales funciones de la Agencia Gallega de Servicios Sociales son (artículo 12):

- Conseguir un aprovechamiento óptimo y la racionalización en el empleo de los recursos dedicados a los servicios sociales, asegurando el mayor grado de eficacia y eficiencia en la gestión y prestación de los mismos.
- Velar por la plena efectividad del principio de responsabilidad pública en la prestación de los servicios sociales.
- Gestionar equipamientos, prestaciones económicas, programas y servicios sociales de competencia autonómica.
- Coordinar el ejercicio de las actuaciones públicas y privadas en materia de servicios sociales, promoviendo el establecimiento de convenios, conciertos o cualesquiera otras fórmulas de coordinación o cooperación que permitan una utilización óptima y racional de los recursos.

En la actualidad, las competencias relacionadas con la atención sociosanitaria en Galicia corresponden a dos consellerías de la Xunta: Consellería de Tráballo e Benestar y Consellería de Sanidade, cada una de las cuales tiene sus competencias definidas por decreto.

La estructura orgánica de la Consellería de Sanidade está definida por el Decreto 310/2009, de 28 de mayo, y la estructura orgánica de los servicios centrales del Servizo Galego de Saúde por el Decreto 311/2009, de 28 de mayo. Así, se crea la Subdirección General de Gestión Sociosanitaria y Saúde Mental, dependiente de la Dirección de Asistencia Sanitaria. Entre sus funciones se encuentran el análisis de los recursos sociosanitarios existentes y su reordenación, el desarrollo de programas y

protocolos de derivación entre las diferentes unidades asistenciales, y la coordinación de las prestaciones sociosanitarias dependientes de otras instituciones y administraciones. Así mismo, la subdirección de Farmacia, integrada también en la Dirección de Asistencia Sanitaria, está implicada en la gestión, coordinación y evaluación de la prestación farmacéutica en centros de asistencia social.

La estructura orgánica de la Consellería de Traballo e Benestar está establecida por el Decreto 335/2009, de 11 de junio. Las unidades con las que la colaboración desde la Consellería de Sanidade y Servizo Galego de Saúde, en el ámbito sociosanitario, es más estrecha son la Dirección Xeral da Dependencia e Autonomía Persoal y la Secretaría Xeral de Familia e Benestar.

El marco legal que regula la actividad sociosanitaria en la comunidad gallega está recogido en la siguiente normativa:

- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.
- Lei de Saúde de Galicia 8/2008.
- Ley de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Galicia 13/2008.
- Orden conjunta de la Consellería de Sanidade y Consellería de Traballo e Benestar, de 7 de agosto de 2009, de Creación del Comité de Planificación Sociosanitaria de Galicia.
- Decreto 168/2010, de 7 de octubre, por el que se regula la estructura organizativa de gestión integrada del Servicio Gallego de Salud.

En cuanto al marco estratégico, las actuaciones de la Consellería de Sanidade en el ámbito sociosanitario se enmarcan dentro de la “Estratexia SERGAS 2014. A sanidade pública ao servizo do paciente”, en la que se hace mención expresa a la atención sociosanitaria en los siguientes objetivos:

- Objetivo 1.3.: atención a colectivos específicos con necesidades diferenciadas.
- Objetivo 1.4.: integración de la atención sociosanitaria.
- Objetivo 2.4.: atención domiciliaria y atención a domicilio.

Actividades realizadas:

- Diseño e implantación de circuitos sociosanitarios para la atención al enfermo crónico.
- Diseño e implantación de la atención sociosanitaria en salud mental y adicciones.
- Colaboración con la Consellería de Trabajo e Benestar en la elaboración del Plan Social de Galicia que incluye:
 - Plan de acción Integral para las Personas con Discapacidad de Galicia, 2010-2013, que incluye tanto la prevención como la asistencia sociosanitaria y la rehabilitación.
 - Plan Gallego de las Personas Mayores 2010-2013. Horizonte 2015.
 - Plan de Atención a Menores de Tres Años.
- Implantación de circuitos interinstitucionales para la optimización de recursos, para la integración de pacientes de perfil social que están institucionalizados en recursos de rehabilitación psiquiátrica.
- Realización conjunta de convenios de colaboración de ambas consellerías con instituciones y asociaciones.
- Elaboración del mapa de recursos sociosanitarios en Galicia.
- Elaboración del Plan Marco de Atención Sociosanitaria en Galicia, actualmente en fase final.
- Incorporación social y reinserción de pacientes con trastornos adictivos estabilizados, mediante orden de subvenciones para la realización de programas que faciliten la normalización en su vida diaria.
- Realización de programas de rehabilitación dirigidos a pacientes con adicción al alcoholismo, enfermedades raras, daño cerebral adquirido, trastorno mental grave con problemática adictiva asociada y autismo, financiados mediante orden de subvenciones.
- Prestación farmacéutica en residencias de mayores y sociosanitarias, realizada con el apoyo de la farmacia hospitalaria, y con la colaboración de los farmacéuticos de Atención Primaria.

Comunidad Foral de Navarra: Plan Foral de Atención Sociosanitaria

Los sistemas de salud y de servicios sociales constituyen dos estructuras orgánicas independientes, con dos organismos autónomos: el Servicio Navarro de Salud (Osasunbidea), adscrito al Departamento de Salud, y el Instituto Navarro de Bienestar Social, adscrito al Departamento de Bien-

estar Social. El Decreto Foral 284/2000 crea la figura de coordinador del Plan Foral de Atención Sociosanitaria, dependiente funcionalmente del Departamento de Salud.

El Plan Foral de Atención Sociosanitaria pretende establecer un modelo de atención integral y global para las personas con necesidades mixtas sociales y sanitarias que tenga en cuenta las diferentes necesidades de atención de las personas y de sus familias, interdisciplinar y rehabilitador activo para disminuir el impacto físico de la enfermedad o la discapacidad y mantener los mejores niveles de calidad de vida.

El Plan Foral de Atención Sociosanitaria propone la gestión de caso como la manera más adecuada de resolver los problemas de coordinación existentes entre los servicios sociales y los servicios de salud. Esto implica el cambio desde una organización orientada a los recursos o servicios, a una organización orientada al caso y al proceso.

País Vasco: Plan Estratégico de Atención Sociosanitaria

En el País Vasco, se ha creado el Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria como el órgano superior de coordinación de los sistemas sanitario y social. Las funciones del consejo consisten en elaborar el Plan Estratégico de Atención Sociosanitaria, garantizar la prestación de servicios, delimitar competencias, promover programas comunes y coordinar mecanismos de evaluación. La misión del modelo es prestar la atención que necesitan las personas que, debido a sus graves problemas de salud, a sus limitaciones funcionales o a su situación de exclusión social o de riesgo de estarlo, requieren una atención sanitaria y social simultánea, coordinada y estable.

El modelo vasco defiende la no existencia de un espacio sociosanitario específico, sino sólo dos espacios, el social y el sanitario, con un fuerte solapamiento entre ellos.

Otra de las características del modelo es que define la participación de los usuarios en la financiación del coste social del servicio recibido, asegurando que nadie quedará excluido de recibir las prestaciones que necesita por carecer de recursos económicos (Presentación del Plan Estratégico para el Desarrollo de la Atención Sociosanitaria del País Vasco 2005).

6.3.3.3. Ejemplos de buenas prácticas de coordinación sociosanitaria en las CC. AA.

En algunas regiones se han desarrollado buenas prácticas que están ofreciendo resultados reales. A través de ellos, se puede reflexionar sobre las alternativas para reorientar el futuro de nuestros sistemas y consolidar la coordinación sociosanitaria. Sin embargo, no existe un documento que recoja esas buenas prácticas que se están llevando a cabo en todas las CC. AA. Por tanto, es necesario un estudio para conocer dichas experiencias. En este sentido, la promesa de un libro blanco de la coordinación sociosanitaria en España, planteado por el Ministerio de Sanidad y Política Social y el conjunto de las CC. AA., plantea desarrollarse estudiando ejemplos de buenas prácticas. Puede ser una buena oportunidad para sacar a la luz este tipo de iniciativas.

Sin un análisis cualitativo de campo extenso no es posible desarrollar una descripción equilibrada de toda la geografía nacional. A continuación, se exponen tres ejemplos de buenas prácticas extraídos del desarrollo del Plan Marco de Atención Sociosanitaria de Extremadura. Ni son las únicas tres experiencias que ha desarrollado, ni es ésta la única región con buenas prácticas. Se citan a modo de ejemplo, por abordar claramente tres de los conceptos aludidos como herramientas útiles para construir un sistema coordinado de atención sociosanitaria: la estructuración de comisiones sociosanitarias, la existencia de programas diseñados conjuntamente por ambos sectores, como el Plan Integral de Atención Sociosanitaria al Deterioro Cognitivo en Extremadura (PIDEX) y la creación de programas que pasan del mero consejo a la implementación de servicios, dentro del ámbito social, que han demostrado sus resultados promoviendo la salud y la autonomía personal.

Comisión Sociosanitaria Comunitaria

Se constituye por decreto como el primer nivel de la coordinación sociosanitaria. Es la responsable de garantizar la coordinación de los servicios sanitarios y sociales en el entorno inmediato del ciudadano (definido por su lugar de residencia). La Comisión Sociosanitaria Comunitaria tiene la siguiente composición mínima: 1) un representante del equipo de Atención Primaria de salud; y 2) un trabajador social del servicio social de base. Su función es la de facilitar la confluencia y comunicación entre el sistema social y el sanitario para que los recursos y prestaciones organi-

zados y ofrecidos desde cada uno de ellos promuevan una atención integral a las personas y familias y quede garantizada la continuidad de los cuidados prescritos en el medio comunitario.

Plan Integral de Atención Sociosanitaria al Deterioro Cognitivo en Extremadura (PIDEX)

El PIDEX ordena todo lo referente al deterioro cognitivo en Extremadura, y trata de forma integrada y coordinada la demencia. Se apoya sobre cuatro grandes pilares: 1) una exposición exacta, completa y actual del panorama de la demencia con datos epidemiológicos, de diagnóstico, definiciones, atención y recursos, que permiten aproximarse de forma certera a la problemática de la demencia; 2) desarrollo de un modelo de funcionamiento, para abordar la demencia en Extremadura, que describe los protocolos de actuación que desde el campo de la salud y desde los servicios sociales se han de poner en marcha para que la coordinación sociosanitaria sea una realidad tangible y no un anhelo; 3) elaboración de guías de buenas prácticas, como la Guía de Práctica Clínica y la Guía de Atención Social; 4) creación y optimización de recursos, tanto humanos como materiales y de servicios, necesarios para atender la demencia.

Respecto a los planes existentes en otras CC. AA., el PIDEX recoge como novedad la inclusión del profesional de Psicología con formación específica en Neuropsicología dentro de los Equipos de Atención Especializada del Servicio Extremeño de Salud (SES) (equipos de demencia), y la implantación de la terapia ocupacional como tratamiento no farmacológico pautado por los equipos de demencia, dependientes de Bienestar Social.

Otra novedad de este plan es la de estructurar la intervención social, lo que permitirá guiar de forma individualizada la atención más adecuada a cada situación personal, en cuanto al grado de dependencia o deterioro que presente, así como la creación de las unidades de atención especializada a demencias, lugares ubicados en residencias para personas dependientes, donde la demencia se atienda de forma específica y con el personal adecuado.

Programa “El ejercicio te cuida”

El programa “El ejercicio te cuida” se lleva a cabo de forma coordinada entre las Consejerías de Sanidad y Dependencia y Jóvenes y Deporte de

la Junta de Extremadura a través de la Universidad de Extremadura. Consiste básicamente en potenciar la práctica del ejercicio físico en personas mayores de 60 años con la finalidad de mejorar su calidad de vida y de prevenir situaciones de dependencia.

El objetivo fundamental del programa es innovar para mejorar la calidad de vida de los mayores con alteraciones metabólicas o ansiedad/depresión de forma continuada y eficiente. Trata de preservar su autonomía personal, ofreciendo en los municipios de Extremadura un programa físico especializado, medido y evaluado coordinando la Atención Primaria, la atención al bienestar social y el plan de dinamización deportiva. La evaluación de resultados se realiza en términos de mejora de la salud y la calidad de vida.

La ejecución de dicho programa se canaliza inicialmente a través de los equipos de Atención Primaria del sistema sanitario público en Extremadura, los cuales derivan a las personas que consideren necesario al dinamizador salud-deportivo designado para cada una de las zonas sociosanitarias de Extremadura. Esta figura se encargará de atenderles, asesorarles y de emitir un informe de valoración; si lo considera pertinente, los incorporará a un grupo con la finalidad de practicar ejercicios adecuados para su bienestar y asesorarles en salud y nutrición.

6.4. DIFICULTADES ACTUALES PARA LA CONSOLIDACIÓN DE LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA

El desarrollo de la atención sociosanitaria en España tiene un doble origen, central y autonómico, lo cual ha dado lugar a una variedad y riqueza de programas asistenciales que, pese a sus aspectos positivos, supone la falta de una entidad de coordinación única o autoridad gestora de la asistencia sociosanitaria. La competencia exclusiva en servicios sociales de las CC. AA. y la transferencia de la gestión sanitaria a las mismas, unido a las distintas tradiciones culturales y prácticas profesionales, hace que hablar de atención y coordinación sociosanitaria sea un problema complejo (Rodríguez Cabrero G, Monserrat Codorniu J, 2002).

Hasta el momento, el grado de coordinación entre los servicios sanitarios y sociales ha sido bajo y complicado. La experiencia concreta de España pone de manifiesto la dificultad existente en la articulación integrada de

esta atención mixta, debido a las acusadas diferencias existentes entre el sistema de salud y el de servicios sociales (Benítez Bermejo E, Poveda Puente R, Bollaín Pastor C, *et al.*, 2009). Lo anterior se refleja, entre otros aspectos, en que en la mayoría de los gobiernos autonómicos las competencias de ambos sistemas recaen en consejerías separadas y el rol de la administración local en el campo de lo social tampoco se encuentra integrado (Jiménez-Lara A, Zabarte Martínez de Aguirre MA, 2008).

En España, todavía no existe un modelo de atención sociosanitaria satisfactorio que garantice de forma efectiva y generalizada la continuidad de los cuidados, no existe un modelo uniforme de prestación ni de coordinación de servicios sanitarios y sociales, y tampoco verdaderos sistemas de provisión integrada de estos servicios (Casado-Marín, 2006).

En concreto, las principales dificultades para la consolidación de la coordinación sociosanitaria que diferentes autores han destacado son:

- La diferenciación entre sistema sanitario y social. Aunque ambos sistemas comparten el carácter público y los principios de universalidad e igualdad de acceso a estos servicios, la red de servicios sociales, por el contrario, es bastante menos extensa, sus prestaciones no están garantizadas al ser en su mayoría discrecionales, y se financia en parte con el pago de los propios usuarios (Gil V, Barrubés J, Álvarez JC, Portella E, 2010; Jiménez-Lara A, Zabarte Martínez de Aguirre MA, 2008).
- La falta de equiparación del concepto sanitario de responsabilidad y atención poblacional al sistema social, que con la incorporación progresiva de las cohortes de dependientes afronta el desarrollo de la cartera de servicios de promoción de la autonomía personal como una meta imposible en tiempos de crisis económica. Si el sistema social desarrolla finalmente el concepto de promoción de la autonomía personal y de atención a la dependencia con visión poblacional y distribución equitativa, trasladará a los territorios la responsabilidad de la gestión de la salud global de sus ciudadanos. Esto contribuirá además a “aligerar” el sistema de valoración de la dependencia, que se está convirtiendo en una tramitación administrativa especialmente hipertrofiada y poco operativa para una provisión de servicios ágil.
- Las divergencias en cuanto a competencias en la regulación de políticas y en la prestación de servicios en estas áreas según el ámbito estatal, autonómico y local y las fragmentaciones existentes a escala depar-

tamental (por implicación de diferentes órganos de gobierno en las disciplinas de salud y servicios sociales) (Gil V, Barrubés J, Álvarez JC, Portella E, 2010). En este caso, las dificultades se centran en la existencia de dos redes de servicios paralelas, con recursos diferentes y con una agenda de prioridades diversa: en España sólo dos CC. AA. (Castilla-La Mancha y Extremadura) tienen integrados los servicios sanitarios y sociales.

- La desigualdad en la distribución de los recursos públicos entre el ámbito sanitario y social (normalmente resulta más beneficiado el primero). En este sentido, destaca el déficit en el campo social y, especialmente, en lo que se refiere a las necesidades de atención a las personas mayores vinculadas a la atención sociosanitaria. España ha realizado un importante esfuerzo durante las últimas décadas aumentando de manera significativa su gasto social. No obstante, sigue mostrando una notable distancia con respecto a los niveles de gasto en protección social por habitante de la media europea. El gasto agregado en protección social apenas ha variado a lo largo de los últimos años: entre 2000 y 2007 el gasto en protección social se mantiene prácticamente en los mismos niveles, y representa el 25% del PIB regional, a cinco puntos porcentuales de la media europea. El gasto social destinado a los programas de vejez en España (6% del PIB) es inferior a la media europea (10%), de manera que es uno de los países que menos invierten en este ámbito (Llopis E, 2010) (Figura 6.3.). A escala autonómica, las diferencias también son evidentes: Extremadura (16%) y Castilla-La Mancha (13%) son las comunidades que más gasto destinan a las políticas sociales. En el extremo opuesto, la Comunidad de Madrid (6%) y las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla (4%) son las que menos gasto destinan.
- La falta de desarrollo de la cartera de servicios de atención sociosanitaria desde la visión sanitaria. La ausencia de una diferenciación específica puede ocasionar que el desarrollo de los servicios que comprende no se priorice de la manera adecuada. En pocos casos se detalla la composición de los servicios que tienen o pueden prestar estos recursos y, cuando se hace, los paquetes de servicios son bastante estandarizados y con escaso margen de adaptación a las necesidades individuales del usuario (Antares Consulting, 2010).
- La escasez de recursos: ¿Cómo derivar a la persona dependiente hacia los recursos sociales y sanitarios que necesita si no los hay? ¿Cómo garantizar la continuidad en el plan de cuidados prescrito si es-

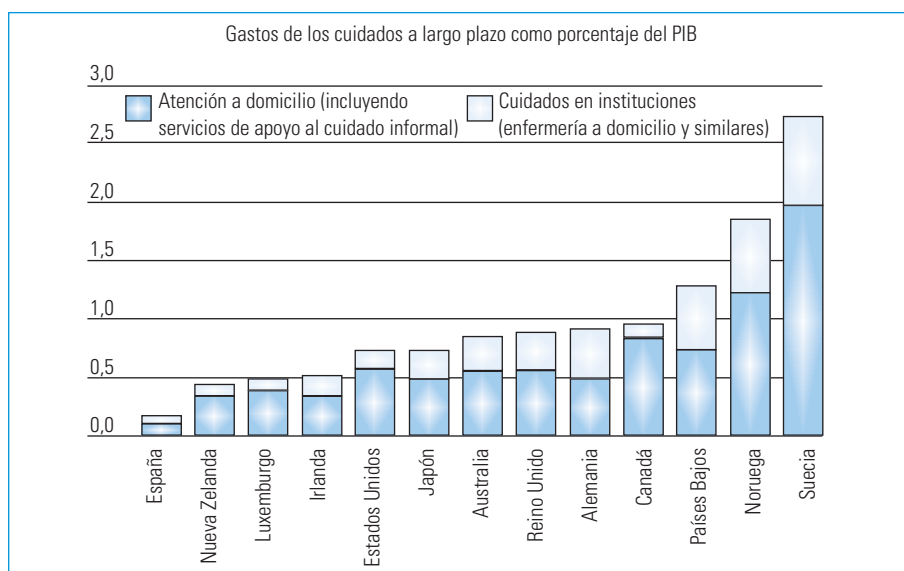


FIGURA 6.3. Gasto de la atención a domicilio como proporción del PIB en países de la OCDE, 2004.

Fuente: *OECD long-term for older people* (Gil V, Barrubés J, Álvarez JC, Portello E, 2010).

tos no se encuentran en el medio comunitario? (Imsero. II Congreso Estatal de Personas Mayores 2001). El desarrollo de recursos plantea dificultades con la situación actual, no sólo debidas a la crisis económica:

- Desde la parte social, el gran peso que tienen las prestaciones económicas en el sistema de la dependencia es un obstáculo frente al desarrollo de los servicios necesarios. A pesar de que la Ley 39/2006 define el sistema de atención a la dependencia como una ley de servicios, diversos estudios señalan que más del 50% de las prestaciones reconocidas en la implantación del SAAD se refieren a prestaciones económicas ligadas al entorno (figura que se refiere a cuidados familiares). Esto ha ido en el menoscabo del desarrollo de nuevos servicios de atención a la dependencia, disminuyendo las expectativas de equiparación al sistema sanitario. Además, la planificación de recursos de atención a dependencia debería reorientarse hacia un modelo de equidad territorial en las CC. AA.
- Desde la parte sanitaria, la dificultad se centra en la resistencia al cambio de paradigma de un sistema de agudos al desarrollo de servicios de larga estancia.

- Las dificultades para integrar la información social y sanitaria. La gran proporción de recursos concertados que prestan atención a la dependencia constituye una barrera a la hora de integrar la información (creación de una tarjeta sanitaria y social única). Por eso, serán necesarios sistemas de seguridad y, por supuesto, *cloud-services* con permisos restringidos que lo hagan posible.
- Como se ha apuntado anteriormente, otro problema de especial importancia es el modo en el que se ha articulado la provisión de servicios a la dependencia según un procedimiento administrativo. El esfuerzo desarrollado por las CC. AA. para cumplimentar el procedimiento de base que justifica que una persona tiene derecho a ser atendido en su dependencia no es compatible con un sistema de servicios. La valoración de la dependencia de una persona no puede convertirse en un sistema de reconocimiento de pensiones si queremos que la atención sea rápida y eficaz. No podremos coordinar la atención a escala comunitaria de los sistemas sanitario y social, confrontando la actividad de un médico de familia de Atención Primaria con una espera de meses hasta ser valorado en el grado y nivel de dependencia. Se está perdiendo la oportunidad de vertebrar el sistema de los servicios sociales de base, tal como preveía la ley de servicios sociales.
- La existencia de grandes diferencias en aspectos como la cultura profesional, la rotación, el nivel salarial, los enfoques de atención, los procedimientos de prestación de servicios, etc. Todo ello dificulta la integración de servicios desde ambos orígenes. Además, la elevada competencia y especialización profesional que caracteriza a los dos ámbitos, añadido a la problemática del recelo profesional y de la derivación asistencial, han supuesto una barrera adicional a esta coordinación (Gil V, Barrubés J, Álvarez JC, Portella E, 2010). El hecho que, con carácter general, frena este proceso de reorganizar la red de recursos humanos de ambos sistemas es el aumento salarial al que habría que hacer frente para equiparar a los profesionales de los servicios sociales a los del sistema sanitario.
- Falta de correspondencia entre las prestaciones sociosanitarias actuales y las necesidades de los colectivos específicos. En líneas generales, la concepción del ámbito sociosanitario está condicionada por su propio origen y por el colectivo mayoritario al que atiende (personas mayores). Su diseño y reglamentación están pensados básicamente para hacer frente a episodios o periodos limitados y ce-

rrados. No están diseñados para responder a situaciones abiertas y largas, como es el caso de las personas jóvenes o adultas con un proyecto de vida que requiere prestaciones muy diversas y flexibles que se ajusten a sus necesidades (Foro de Vida Independiente 2004; Aguilar M, Andreu L, Bernabeu M, 2005).

- Por otra parte, aún predomina la gestión tradicional del paciente crónico, mientras los nuevos modelos de gestión en España son experiencias locales con carácter casi experimental (Antares Consulting, 2010).

En definitiva, actualmente las grandes dificultades para la consolidación de la coordinación sociosanitaria en España (Tabla 6.7.) tienen que ver con la ausencia de un modelo de prestación de servicios de calidad orientado a las necesidades de las personas; la rigidez de la red de servicios; el desarrollo muy limitado de las herramientas de gestión de la demanda; la ausencia de un modelo de integración de los cuidados; la dificultad para orientar los flujos de financiación, y la separación de las redes sanitaria y social (Antares Consulting, 2010).

Tal como se concluye en el informe del Defensor del Pueblo (2001) sobre atención sociosanitaria en España: “La atención sociosanitaria requiere, para lograr efectividad, solucionar una serie de problemas u obstáculos: en primer lugar, las diferencias estructurales entre el sistema sanitario y los servicios sociales en lo que se refiere a la fuerza del derecho de acceso, a los recursos disponibles y a la imagen social”. De manera más concreta, se trata de potenciar los servicios sociales y de reforzar determinados servicios sanitarios dentro de un continuo asistencial. Los servicios sociales, hoy por hoy, son un sistema subsidiario del papel asistencial de la familia, lo que sucede en mucha menor medida en el sistema sanitario.

En segundo lugar, se trata de superar los recelos que emergen de culturas profesionales diferentes. Estos dos obstáculos, en un contexto de ausencia de una política integral, generan los efectos de expulsión o derivación entre sistemas que terminan aumentando la carga de trabajo de las familias cuidadoras. Se hace necesario, por tanto, crear un espacio común profesional y asistencial, con protocolos comunes para hacer frente a las nuevas necesidades de la dependencia, así como ir consolidando un estilo de trabajo asistencial interdisciplinar desarrollado de manera experimental durante los últimos años de esta década.

Tabla 6.7. Principales barreras para la coordinación/integración sociosanitaria en España

Las diferencias entre el sistema sanitario y social; ambos comparten el carácter público y los principios de universalidad e igualdad de acceso a estos servicios. La red de servicios sociales, por el contrario, es bastante menos extensa, sus prestaciones no están garantizadas al ser en su mayoría discrecionales, y se financia en parte con el pago de los propios usuarios.

La falta de equiparación del concepto sanitario de responsabilidad y atención poblacional al sistema social.

Las divergencias a nivel de competencias en la regulación de políticas y en la prestación de servicios en estas áreas según el ámbito estatal, autonómico y local.

La existencia de dos redes de servicios paralelas y con recursos diferentes, con una agenda de prioridades diversa, dificulta la coordinación sociosanitaria: en España, sólo dos CC. AA. (Castilla-La Mancha y Extremadura) tienen integrados los servicios sanitarios y sociales.

La desigualdad en la distribución de los recursos públicos entre el ámbito sanitario y social. La ausencia de mecanismos de financiación compartida acaba por crear incentivos perversos.

La falta de desarrollo de la cartera de servicios de atención sociosanitaria: en pocos casos se llega a detallar cuál es la composición de servicios que tienen o pueden prestar estos recursos, los paquetes de servicios son bastante estandarizados y con escaso margen de adaptación a las necesidades individuales del usuario.

La escasez de recursos.

Dificultades para integrar la información social y sanitaria debido a las diferencias características de los servicios que prestan la atención en el ámbito social y sanitario. En el ámbito social predominan los recursos concertados.

Basar el actual sistema de servicios a la dependencia en el procedimiento administrativo.

La existencia de grandes diferencias en aspectos como la cultura profesional, la rotación, el nivel salarial, los enfoques de atención, los procedimientos de prestación de servicios, etc., lo que dificulta la integración de servicios desde ambos orígenes.

Falta de correspondencia entre las prestaciones sociosanitarias actuales y las necesidades de los colectivos específicos.

Gestión tradicional del paciente crónico: los nuevos modelos de gestión del paciente crónico en España son aún experiencias locales con carácter casi experimental y no un abordaje generalizado.

La ausencia de un modelo de prestación de servicios de calidad orientado a las necesidades de las personas.

El desarrollo muy limitado de las herramientas de gestión de la demanda.

La ausencia de un modelo de integración de los cuidados.

Fuente: elaboración propia.

6.5. CONCLUSIONES

Sobre la base de la información publicada no es posible establecer un análisis pormenorizado y sistemático de la realidad actual. Resulta especialmente complejo saber hasta qué punto los planes y programas editados por los diferentes organismos competentes han sido llevados a efecto y, menos aún, cuáles han sido sus resultados.

Dado este vacío en la publicación indexada de los proyectos y de sus resultados, sería necesario un estudio de campo dirigido, extenso y con una interlocución abierta por parte de los responsables de las administraciones central, autonómicas y locales para tratar de llegar a esbozar un diagnóstico de certeza de la situación.

Se advierte una opinión general coincidente: la coordinación de los sectores social y sanitario es conveniente. Esto se ha visto reforzado por acciones demostrativas como la creación del actual Ministerio de Sanidad y Política Social. Se requeriría mayor rapidez a la hora de promover medidas imaginativas con el apoyo efectivo de las CC. AA. para crear una corriente suficientemente poderosa. El libro blanco sobre la coordinación sociosanitaria podría ser un renovado marco de intenciones.

Parece que la coordinación sociosanitaria y los principios en los que se basa pueden aportar una solución importante al problema de la sostenibilidad de los sistemas actuales. Pero eso, debe pasar de ser una condición deseable a ser un objetivo prioritario que ayude verdaderamente a reorganizar funcionalmente ambos sistemas. Por tanto, hemos de pasar de la declaración de intenciones a la operativización de las estrategias y la implementación de acciones.

Hay cuestiones diferenciales de ambos sistemas que dificultan la coordinación sociosanitaria y, sin duda, su identificación permitirá poner medidas para resolverlas. Desde la parte social, deberían revisarse alternativas al actual procedimiento administrativo para el reconocimiento del derecho a recibir determinados servicios o prestaciones, reorganizar los sistemas de gestión y de información, y plantear como base una cobertura universal dirigida a la promoción de la autonomía personal y no sólo a la atención a la dependencia. Sólo esto último evitará en alguna medida una progresiva escalada en el gasto en los próximos años. Desde el la-

do sanitario, es necesario entender que la verdadera solución integral a los problemas crónicos de salud de las personas sólo podrá alcanzarse incluyendo en el diseño de sus programas asistenciales la experiencia y conocimiento que puede aportar el sector social. De otro lado, el sector sanitario debe reorganizar su sistema de provisión de servicios potenciando el desarrollo de medidas de cuidados de larga duración, como están haciendo el resto de países avanzados. Esto no debería entenderse como una medida de gasto sino de eficiencia, para lo cual sería necesario afrontar reformas que permitieran realizar cambios reales en el actual sistema de atención.

El momento de debilidad socioeconómica condiciona la construcción de un espacio compartido de servicios sociales y sanitarios. Sin embargo, dicha situación no debe servir de excusa para obviar las necesidades de los ciudadanos. El momento debe ser interpretado en clave de oportunidad, no de barrera.

7



Principales conclusiones y recomendaciones

A finales del año 2006 se aprobó en España la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, que supone la creación del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (SAAD). La Ley supone pasar de un sistema asistencial a un modelo de cobertura universal a personas con limitaciones en su autonomía, aunque con matices (implantación por etapas y diferencias sustanciales en las prestaciones).

El ya complejo paso de un sistema asistencial a otro de cobertura universal, unido a la situación de crisis económica, especialmente intensa en España, motiva el planteamiento de cuestiones que traten de revelar las fortalezas, riesgos, debilidades y retos del nuevo modelo de atención sociosanitaria con objeto de avanzar hacia la construcción de un sistema eficiente y equitativo. Un tema que no es en absoluto menor en el grado de desarrollo del SAAD es la percepción de que la coordinación entre los ámbitos de la atención sanitaria y social no ha sido tan fuerte como sería deseable. Si el ámbito sanitario y el sector de los servicios sociales han tratado de forma separada problemas comunes de salud, existiría un margen de mejora sobre el que centrar el trabajo común de los planificadores de las políticas públicas, pero también de los agentes privados –empresas, fundaciones, familias–, con el fin de garantizar un sistema de promoción de la salud y atención de las enfermedades y problemas de salud sostenible y de calidad.

7.1. PRINCIPALES CONCLUSIONES

En el momento de la aprobación de la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, y de la creación del SAAD, España partía de unos muy bajos niveles de gasto en protección social asociados a cuidados de larga duración en comparación con otros países europeos.

La Ley supone pasar de un sistema asistencial a un modelo de cobertura universal a personas con limitaciones en su autonomía, aunque con matices (implantación por etapas y diferencias sustanciales en las prestaciones). Tanto la promulgación de la Ley como la creación del SAAD surgen como respuesta al futuro crecimiento de la población de edad avanzada que señalan las proyecciones demográficas, unido a los cambios socia-

les acaecidos en las últimas décadas (reducción del tamaño de las familias, incorporación creciente de la mujer al mercado laboral...). Estos elementos hacen que la sostenibilidad del tradicional sistema de cuidado a personas con limitaciones en su autonomía, centrado fundamentalmente en la familia como prestadora directa o financiadora de los cuidados, se verá seriamente amenazada en apenas unas décadas.

Apenas existen estudios en España que permitan predecir si el envejecimiento de la pirámide poblacional se verá acompañado de un proceso de compresión de la morbilidad (discapacidad), expansión de la morbilidad (discapacidad) o de equilibrio dinámico de la morbilidad (discapacidad). Las consecuencias, medidas en términos de años de vida saludables (a través de indicadores como los años de vida con ausencia de discapacidad o los años de vida ajustados por calidad), de que se cumpla una u otra hipótesis son muy relevantes para el bienestar de los ciudadanos. Asimismo, las consecuencias de que se cumpla una u otra hipótesis son claves para los recursos que debería movilizar el SAAD en aras a prestar servicios de calidad a las personas que lo necesiten.

En el momento de promulgarse la Ley de Dependencia existía una elevada heterogeneidad de partida en relación con la oferta de servicios públicos de atención a la dependencia, según el “Informe de las personas mayores” referido al año 2008. Más de tres años después de aprobarse la Ley, recurriendo a indicadores básicos del tipo tasas de solicitudes, dictámenes, personas beneficiarias con derecho a prestación y prestaciones efectivamente recibidas en el SAAD (situación en agosto de 2010) aún se observan grandes discrepancias entre regiones.

La distribución de la financiación (monetaria y en especie) depende de y a su vez condiciona la cartera presente y futura de servicios. El objetivo buscado es el cuidado de la persona en su hogar, salvo en casos de gran dependencia y falta de apoyo familiar. En este sentido, se debería promover la libertad de elección de las familias, siempre que con ello se respete el espíritu de la Ley. El artículo 18 de la Ley de Dependencia, dedicado a las prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales, establece que: “Excepcionalmente, cuando el beneficiario esté siendo atendido por su entorno familiar, y cuando se reúnan las condiciones establecidas en el artículo 14.4, se recono-

cerá una prestación económica para cuidados familiares”. Sin embargo, las prestaciones económicas para cuidados familiares se han convertido en una norma habitual en muchas comunidades autónomas (CC. AA.). En este sentido, merece la pena recordar que, en primer lugar, la Ley no se diseñó como medio de subvención de las familias en las que se produce el cuidado informal, sino como medio para prestar la atención más adecuada a las personas con limitaciones en su autonomía. Por tanto, parece existir una incompatibilidad evidente entre la existencia de prestaciones económicas para cuidados familiares de manera generalizada y la propia filosofía de la norma¹. En segundo lugar, la sostenibilidad financiera del sistema pasaba por la creación de un importante número de puestos de trabajo ligados a la atención formal de las personas con limitaciones en su autonomía. Dicha creación de empleo generaría un aumento en la recaudación fiscal (impuestos directos, indirectos y cotizaciones sociales) que compensaría en parte los gastos del sistema. Dentro de dicho esquema, las ayudas directas para cuidados familiares debían cumplir un papel marginal, dado que lo contrario, tal y como se está observando en la actualidad, suponía alejarse de las previsiones de sostenibilidad financiera del SAAD.

El margen concedido a las CC. AA. para articular las contribuciones monetarias de los usuarios por los servicios recibidos ha dado lugar a la aparición de sistemas de contribución diferentes que no favorecen la equidad interterritorial, de manera que dos individuos con el mismo nivel de renta y de dependencia, pero residentes en comunidades distintas, pueden enfrentarse a pagos (y servicios) muy desiguales. Sin embargo, la ausencia de información disponible que permita evaluar la profundidad y efectividad de la contribución financiera del usuario (o su familia) no permite alcanzar ninguna conclusión definitiva sobre este tema.

Algunos de los trabajos que conforman esta obra, en especial los capítulos 3, 4 y 5, identifican la ausencia de encuestas y bases de datos accesibles a investigadores que permitan un estudio integral del estado de sa-

¹ Ello no obsta para que las familias puedan recibir subvenciones o que, una vez reconocida la existencia de cuidado informal efectivo, no se promuevan fórmulas de reconocimiento de dicha actividad, por ejemplo, la traducción del tiempo de cuidado en unas cotizaciones sociales reconocibles para las personas que prestan dichos cuidados.

lud, entorno familiar, atención social, sanitaria y familiar. En este sentido, parece que nos hallamos lejos de contar con sistemas integrados de información social y sanitaria. En el momento actual, uno de los objetivos clave del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) (Estrategia 11-Sanidad en Línea) es la creación de una tarjeta sanitaria individual (TSI). Según la página web del Observatorio de Calidad del SNS, dicha TSI debe garantizar la identificación inequívoca de los ciudadanos en todo el SNS, favorecer la historia clínica electrónica y posibilitar el intercambio de información clínica entre diferentes profesionales, dispositivos asistenciales y CC. AA., servir de impulso a la receta electrónica, que permita ofrecer al SNS nuevos servicios relacionados con las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) (cita por Internet, telemedicina y teleformación), y garantizar la accesibilidad desde cualquier punto del sistema, la interoperabilidad y la explotación adecuada de la información. Dicha estrategia debería completarse integrando información referente a la atención social recibida por el usuario, toda vez que parece extraordinariamente complejo desarrollar programas de coordinación o integración de servicios sociales y sanitarios sin disponer antes de sistemas de información comunes. La TSI podría ser la herramienta en torno a la cual se articulara un sistema de información único e integrado, que podría constituir un paso previo a una eventual integración de la gestión de ambos servicios.

Por otra parte, se debe señalar que en algunas regiones se han venido desarrollando buenas prácticas que están mostrando resultados reales y a través de las cuales se puede reflexionar sobre las posibles alternativas para reorientar el futuro de nuestros sistemas y consolidar la coordinación sociosanitaria. Sin embargo, actualmente no existe un documento que recoja de manera sistemática las buenas prácticas que se están llevando a cabo en todas las CC. AA. y no es posible ir más allá de un análisis descriptivo de algunas de ellas, cuando lo deseable sería un análisis empírico en el que se presentaran logros, dificultades y retos en los ámbitos local, regional y nacional, y ello se ponderara con los recursos empleados.

En el capítulo 3 se pone de manifiesto que, desde el campo de la investigación, los estudios de coste de la enfermedad pueden ser una herramienta de gran utilidad para el planificador de políticas de atención a la dependencia. Para ello, no obstante, por un lado, los investigadores de-

ben realizar un esfuerzo importante a la hora de incorporar en sus análisis no sólo los costes sanitarios relacionados con una enfermedad o problema de salud, sino también los costes no sanitarios, como serían los costes de la atención social, las pérdidas laborales y los cuidados familiares (informales). Por su parte, planificador e investigadores deberían acordar metodologías de trabajo comunes que permitieran valorar de la mejor manera posible los recursos asignados en la prevención y el tratamiento de las enfermedades y problemas de salud desde una perspectiva social.

La determinación de hasta qué punto los gastos en servicios sociales y sanitarios evolucionan en relación con la edad y el grado de dependencia (capítulo 3) deben ayudar en la reflexión sobre la organización de la prestación de los servicios sanitarios y sociales. La prevención de situaciones de dependencia tiene una doble recompensa: mejora de la salud y ahorro muy relevante de recursos. El paso de una situación de no dependencia a dependencia moderada representa un incremento en el gasto de entre un 150% a un 400% dependiendo del tramo de edad considerado, siendo el gasto de atención social el que aumenta en mayor medida (entre un 500% y un 2.000%).

Pese a las limitaciones de las bases de datos manejadas, se muestran algunos de los potenciales efectos positivos de programas de salud pública en la prevención de riesgos para la salud y en el ahorro de recursos sanitarios y sociales (capítulo 4). Asimismo, se señala que el disponer de una mejor información facilitaría tanto la identificación de perfiles de personas en mayor riesgo de padecer problemas de salud, como la evaluación de programas de distinta naturaleza para identificar los de mayor eficiencia, lo cual favorecería el apoyo de políticas e intervenciones de carácter preventivo que aumentarían la rentabilidad social de los recursos invertidos.

Por otra parte, en el capítulo 5 se identifican una serie de necesidades de la ciudadanía no satisfechas, que difieren según el grado de dependencia. Las personas no dependientes y las dependientes en grado moderado presentan mayores tasas de no satisfacción en relación con los servicios sanitarios. Por el contrario, los dependientes severos y los grandes dependientes se muestran más insatisfechos con los servicios de apoyo

social como son la teleasistencia, los servicios de respiro, los centros de día y los servicios de atención a domicilio. Asimismo, el lugar de residencia (tamaño del municipio) desempeña un papel importante a la hora de explicar la causa de las necesidades no satisfechas.

Existe una multitud de dimensiones que agregan complejidad a la organización y asignación de los recursos en los ámbitos sanitarios y de atención social: desde las equivalencias territoriales entre sanidad y bienestar social, a la conexión de los sistemas de información, el diseño de procesos intersectoriales de atención, o la posibilidad de orquestar medidas de evaluación integradas. Por tanto, parece claro que la coordinación o la integración de los servicios de atención sanitaria y social son ambas de una extrema complejidad. En este sentido, dichas políticas habrán de analizar la influencia de factores legales, culturales y organizativos previos en la redefinición del sistema de atención: ¿se han de reunificar las zonas básicas sanitarias con las correspondientes a atención social?; ¿son compatibles los convenios colectivos o los acuerdos de carrera profesional en el ámbito sanitario y en el ámbito de la atención social?; ¿cómo puede afectar el mantener diferentes niveles de copago en razón del servicio recibido por parte de los usuarios de servicios sanitarios y de atención social?, y así otros. Asimismo, sería muy conveniente la creación de protocolos de actuación conjunta como paso previo necesario a la creación de equipos de atención multidisciplinarios. Una señal que podría propiciar dichas actuaciones sería una revisión de las estrategias del SNS en la lucha contra las enfermedades. Dichas estrategias incorporan aspectos muy relevantes desde la vertiente social de las personas con enfermedades crónicas, e incluyen referencias explícitas a la dependencia y a los cuidados familiares. Sin embargo, en la definición de las mismas no participan profesionales del ámbito de la asistencia social, lo cual dificulta alcanzar una visión de conjunto.

Una cuestión que no debe obviarse es que la construcción de la coordinación sociosanitaria debe perseguir la equiparación entre el concepto sanitario de responsabilidad y atención poblacional al social. Dado que el sistema sanitario es responsable de la salud de la población, no sólo del tratamiento de su enfermedad, de igual manera la atención sanitaria y social debe asumir la responsabilidad de promover la autonomía personal de la población en su conjunto y no sólo centrarse en la atención a la dependencia cuando esta situación ya se ha producido.

Asimismo, un hecho recurrente a lo largo de la obra ha sido el de señalar que la salud pública debe jugar un papel determinante como elemento que cohesione la atención sanitaria y la atención social. Si el objetivo de la salud pública es garantizar que las personas vivan en condiciones saludables, entonces su ámbito de actuación debe trascender el ámbito sanitario e identificar y actuar sobre los determinantes de la salud presentes en ámbitos no sanitarios, como la atención social, la educación, el mercado laboral, el urbanismo o las políticas de inmigración, por citar algunas, en los que se generan o transmiten desigualdades sociales y de salud. El momento actual, con reformas organizativas y normativas de la salud pública en España y con una nueva Ley de Salud Pública que adopta el principio de “Salud en todas las políticas”, es una gran oportunidad para impulsar la salud pública y que esta sea una pieza clave en el diseño de sistemas de información integrales y aglutine los esfuerzos del sistema sanitario y de atención social en la asignación eficiente y equitativa de recursos con objeto de mejorar el bienestar de los ciudadanos.

Por otra parte, tomando por objetivo la coordinación de los servicios de atención social y sanitaria, existen sinergias que pueden favorecer el proceso, siempre y cuando este se plantee desde la óptica de una cultura de cooperación. La parte de la atención social puede aprender de la reorganización de los sistemas de gestión y de información experimentada por la parte sanitaria en los últimos años, así como del proceso vivido por el SNS en su convergencia desde el modelo sanitario previo hacia un modelo de cobertura universal. Desde el lado sanitario, es necesario entender que la verdadera solución integral a los problemas crónicos de salud de las personas sólo podrá alcanzarse incluyendo en el diseño de sus programas asistenciales la experiencia y el conocimiento que puede aportar el sector de la atención social. En ambos casos, los esfuerzos deben dirigirse hacia la promoción de la autonomía personal y no sólo a la atención de la enfermedad y la dependencia.

Otra idea en la que se insiste de manera manifiesta es que la evaluación de políticas o intervenciones a nivel micro, meso y macro debería incluirse de manera sistémica en toda política o programa que persiga la coordinación o integración de los sistemas de atención sanitaria y social. Dado que la integración de los sistemas de atención supone una dosis de complejidad añadida, el planificador podría realizar interven-

ciones casi experimentales para identificar el modelo de organización integrada que más se ajusta a los recursos físicos y humanos de los que dispone y al tipo de servicios con los que debe dotarse a los ciudadanos para proveerlos de una atención de calidad que cubra sus necesidades. A este respecto, podría ocurrir que un modelo de éxito en un ámbito urbano de una población con nivel de renta y patrimonio medio-alto, un apoyo familiar suficiente y unas dotaciones sanitarias y de atención social elevadas puede no resultar el más adecuado para un medio rural de mayor dispersión geográfica, con distintas dotaciones iniciales, menor renta y patrimonio familiar, y menor apoyo familiar. Por tanto, si bien los planificadores pueden diseñar una estrategia de integración general, antes de implementar dicha estrategia en una región de varios cientos de miles o de millones de habitantes, la realización de dichos casi experimentos y su evaluación pueden ayudar a que una coordinación fuerte o una integración de los sistemas de atención sea más individualizada (por zona o área) y la cartera de servicios pueda ser redefinida en función de las características de la población objeto de atención.

Lógicamente, tal y como se comprueba en los capítulos 4 y 5, la evaluación de potenciales ahorros derivados de una mayor coordinación o integración de los sistemas de atención sanitaria y social, junto con el análisis del estado de salud y de las necesidades de atención sanitaria y social satisfechas y no satisfechas de los ciudadanos, la identificación de sus causas en este último caso, y la posible reconfiguración de la cartera de servicios en una zona concreta, en un área más amplia o en la propia región, son temas prioritarios que se deben incluir en dichas evaluaciones.

En general, la evaluación de políticas o intervenciones y de servicios de atención sanitaria y social idealmente debería centrar su análisis en la revelación de fortalezas, debilidades, retos y oportunidades entre agentes públicos, empresas privadas y familias, y en cómo la política o el programa que se pretende implementar, que se está implementando o que se ha implementado, influye sobre el bienestar social y a qué coste. De este modo, la consideración *ex ante* de la posible implementación de una política o programa, de sus riesgos y sus beneficios (incluyendo el coste de oportunidad de que los recursos destinados no podrán ser invertidos en otras alternativas), la evaluación durante el proceso y la utilización de la información que aporte dicha evaluación en el mantenimiento, mati-

zación, ampliación o supresión de la política o intervención analizada son elementos aunque no suficientes sí necesarios para acercarnos a cumplir los objetivos de eficiencia y equidad en las políticas (sanitarias o no) de salud.

7.2. RECOMENDACIONES Y PROPUESTAS

A continuación se perfilan una serie de propuestas consecuencia de las conclusiones a las que se ha llegado en el trabajo, bien sea de los análisis empíricos desarrollados en el mismo, bien de la revisión de los primeros años de vida del SAAD y del análisis de las experiencias surgidas en España.

La propuesta general, que serviría de marco al resto, sería la puesta en marcha de un **pacto por la salud**, de carácter más general que el pacto por la sanidad actualmente propuesto, que englobara la prevención de la enfermedad y la discapacidad y la atención a la enfermedad crónica y a la dependencia. Ello supondría la existencia de un Consejo Interterritorial de la Salud único, como órgano político máximo de cohesión del sistema, que englobara a los representantes de los responsables de sanidad y servicios sociales y que mantuviera fuera de luchas partidistas las estrategias generales de salud (incluyendo política sanitaria y política de atención social, pero no únicamente).

Más allá de esta propuesta general, o de su mano, las propuestas concretas por bloques temáticos serían las desarrolladas a continuación.

7.2.1. Bloque de financiación

Aunque el tema de la financiación no es el central de esta obra, un SAAD insuficientemente dotado no podrá crear las infraestructuras físicas y la inversión en capital humano necesarios para cumplir con los objetivos perseguidos por la Ley de Dependencia. Asimismo, **un sistema de financiación que contemple de manera estanca los servicios sanitarios y los servicios sociales difícilmente escapará al riesgo de asignar ineficientemente los recursos entre ambos sistemas** y no podrá propiciar políticas de salud pública de las que se beneficien los ciudadanos, con independencia de qué unidad dote los recursos adecuados o de qué sistema ahorre recursos que podrán ser reinvertidos en otras políticas.

Por tanto, los **servicios sociales deberían formar parte de los servicios esenciales** financiados públicamente junto a los servicios sanitarios y a los servicios educativos e integrarse en el paquete de la Ley Orgánica de Financiación de las Comunidades Autónomas.

Junto a ello, se propone una financiación de tipo capitativo de los recursos destinados a sanidad y atención social, con ajuste de riesgos, como herramienta que potencie el desarrollo de estrategias y programas de mejora de la salud y prevención de la dependencia.

Asimismo, dada la clara situación de insuficiencia financiera del sistema, **se deberían propiciar nuevas herramientas fiscales y de aseguramiento con objeto de aumentar la recaudación de manera directa, o bien la recaudación para el fondo común de servicios esenciales.** Las fórmulas pueden ser variadas: desde la implementación de un aseguramiento obligatorio de la condición de dependencia, favoreciendo la opción entre distintos paquetes de cobertura, con posibilidad de ajuste según la renta e incluso de exclusión para las rentas más bajas, y con posibilidad de rescate parcial de la cuantía aportada, hasta la restauración del impuesto sobre el patrimonio o el desarrollo de instrumentos de cobertura como las hipotecas inversas o los seguros privados con beneficios fiscales. Las herramientas pueden ser variadas y estas y otras fórmulas han sido ya expuestas en otros trabajos (Cervera Macià *et al.*, Informe del Comité de Expertos, 2009).

En el marco de una integración de los servicios recibidos, **en el largo plazo debería existir una convergencia entre la participación de los usuarios en la financiación de los servicios sanitarios y los servicios de atención social.** Lo contrario supondría presiones por parte de los usuarios a recibir los servicios de cuidados por la vía que menor coste privado le ocasiona. Si bien este comportamiento sería lógico desde la óptica privada, el mismo puede chocar con el interés público y dificultar la coordinación o integración de los servicios sociales y sanitarios.

7.2.2. Bloque de provisión de servicios

A consecuencia de la insuficiencia financiera que está sufriendo el SAAD en sus primeros años de vida, **cobra sentido concentrar la atención en grandes dependientes.** La entrada de nuevos perceptores de servicios, cuyo grado de dependencia debe ser menor que el de los actuales percep-

tores (efectivos o en espera), supone un serio riesgo de colapso del sistema. En ausencia de mayores dotaciones presupuestarias y, salvo en casos en los que exista un alto riesgo de exclusión social, se debería reconsiderar la asignación de recursos a personas con limitaciones moderadas en su autonomía y, en todo caso, se deberían poner en marcha y evaluar programas de prevención de la dependencia en dichos colectivos, a fin de evitar o retrasar una mayor severidad en las limitaciones de la autonomía personal. Lógicamente, **ello requeriría un acuerdo parlamentario que introdujera reformas en la actual legislación**, puesto que la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, marca claramente que durante los años 2011-2012 deberían ser valoradas personas con un grado I de dependencia moderada, nivel 2, y durante los años 2013-2014 las personas con un grado I de dependencia moderada, nivel 1.

La concesión de prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar y el apoyo a cuidadores no profesionales debe hacerse de acuerdo con el espíritu de la Ley 39/2006, es decir, con carácter excepcional. Por tanto, se debería consensuar la reducción progresiva de la prestación económica a casos excepcionales e irla sustituyendo por la prestación en especie o por prestaciones monetarias para la contratación de cuidados formales. Ello es conveniente tanto en relación con la filosofía que marcó la promulgación de la Ley de Dependencia (el derecho a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia mediante la creación del SAAD), como con las necesidades futuras del mercado de trabajo, situación en la que se espera una importante creación directa de puestos de trabajo ligados a la prestación de los servicios sociales, así como la liberación de futuras cuidadoras informales que podrán seguir formando parte de la población activa en lugar de verse obligadas a retirarse del mercado laboral para cuidar a sus familiares. La Ley se concibe como marco jurídico de reconocimiento del derecho a recibir un servicio. Las políticas de subsidios de rentas a familias en riesgo o situación de pobreza deben tener su propio marco y no ser asumidas como contraprestación por un servicio de cuidado. Lo contrario pone en riesgo la viabilidad del SAAD.

La coordinación o integración debe contemplar los servicios sanitarios, sociales y familiares. Cualquier programa que pase por alto la importan-

cia que tiene la red de apoyo afectivo (fundamentalmente familiar, pero no de forma exclusiva) en España o el papel que juegan las asociaciones de pacientes no puede sino tropezar constantemente con ineficiencias e inequidades que dañarían gravemente al SAAD y que erosionarían el bienestar de los ciudadanos.

El abordaje integral de los cuidados de las personas dependientes exige incluir el papel y la atención al cuidador principal de la persona dependiente. En los casos en los que se reconozca la condición de cuidador informal, ello debería repercutir en su beneficio en varios sentidos. En primer lugar, en aquellos que desempeñen un trabajo remunerado, las Administraciones Públicas deberían llegar a acuerdos con las empresas privadas para que las ausencias justificadas de los cuidadores no conlleven un riesgo de pérdida del empleo. Obviamente, las primeras empresas y entidades en aplicar estas medidas deberían ser las propias entidades públicas. En segundo lugar, se debería mejorar el reconocimiento de los cuidadores informales en los sistemas de seguridad social, vía cotizaciones, y/o en una mejora de sus condiciones fiscales (vía IRPF). En tercer lugar, se deberían aumentar los recursos destinados a programas de formación de cuidadores informales, incentivando la participación de los cuidadores a través de apoyo sustitutivo y otras ventajas directas o en especie para el cuidador y la persona atendida. En cuarto lugar, el reconocimiento de la labor del cuidador y de la propia carga que ello supone debería potenciar el apoyo recibido (psicológico, servicios de respiro...). En último término, se deben alcanzar fórmulas que traten de compatibilizar la prestación de cuidados informales con el desarrollo de la vida personal y profesional del cuidador.

Dentro de un sistema que busque la coordinación de la atención social y sanitaria, el usuario y su entorno familiar deben poder identificar fácilmente a un interlocutor del sistema para satisfacer sus necesidades, evitando el uso descoordinado de un número importante de servicios y las dificultades de seguimiento de los servicios efectivos y, al tiempo, hacer factible que cada sector pueda prestar sus servicios con normalidad con los recursos pertenecientes a otro sector.

Los sistemas de provisión de servicios deben estar orientados al resultado global de la intervención, es decir, enfocados a la salud y a la pro-

moción de la autonomía personal, y no exclusivamente a procesos. Esto supone el desarrollo de sistemas de información que no recojan únicamente procesos, sino resultados finales sobre la supervivencia, calidad de vida relacionada con la salud y problemas en la autonomía personal.

Los servicios sociales y los servicios sanitarios cuentan con una historia distinta y provienen de diferentes culturas. Un eventual sistema coordinado o integrado debe partir de la experiencia de los 25 años del SNS como sistema prestador de servicios. Sin embargo, **la parte sanitaria no puede ni debe absorber sin más al sistema de servicios sociales.** Si el objetivo es un servicio de atención integrado, será necesaria la creación de estructuras intermedias y la de protocolos de actuación conjunta como paso previo necesario a la creación y gestión de equipos de atención multidisciplinarios que presten dichos servicios de atención integral.

Será muy importante que los responsables de planificar la coordinación/integración entre los sistemas de atención pongan especial cuidado en alinear los incentivos de las distintas partes que compongan el sistema de atención, dado que dicha alineación (o su falta) será clave a la hora de definir el funcionamiento del sistema (planificación cooperativa frente a planificación competitiva).

Se deberían **potenciar los programas de Salud Pública y utilizar los mismos como núcleos de conexión entre los servicios sociales y los servicios sanitarios.** Asimismo, dichos programas deberían tratar de potenciar el cuidado de la salud mediante intervenciones que van más allá del ámbito sanitario y de los servicios sociales.

Se debe poner énfasis en la promoción de comportamientos responsables con la propia salud y la construcción de entornos seguros que propicien mejoras en el umbral individual para evitar accidentes y problemas de salud (reducción de la fragilidad); de ello se derivaría una reducción de la discapacidad y un mayor control del gasto sanitario y social. En este sentido, el ciudadano, además de exigir la satisfacción de sus derechos, debe ser consciente de la importancia de su comportamiento sobre su salud y la responsabilidad que ello entraña sobre sí mismo y sobre su entorno afectivo.

7.2.3. Bloque de investigación y evaluación

Se debería potenciar la evaluación de programas e intervenciones, abarcando tanto el nivel micro como el meso y el macro. Las grandes estrategias de cambio organizativo (programas de coordinación o integración de servicios) deberían estar sujetas a evaluación (idealmente) *ex ante*, durante su implementación y *ex post*. Esto permitiría la confirmación, la matización o el abandono de los programas adecuados o inadecuados.

Dicha evaluación podría ser ejecutada por las propias entidades que gobiernan las estrategias o grandes programas, pero idealmente debería existir una evaluación paralela externa llevada a cabo por sociedades científicas o por investigadores ajenos a dichas entidades, a la manera como se realiza en otros países con las evaluaciones de intervenciones sanitarias y las evaluaciones de las políticas públicas.

Se recomienda que antes de implementar una integración de servicios o de optar entre varias alternativas de coordinación en grandes áreas, o incluso regiones, se realicen evaluaciones basadas en diseños casi experimentales que permitan identificar a nivel micro y meso la identificación de elementos fuertes, débiles, retos y debilidades existentes en cada proceso. Tanto en la evaluación a nivel meso como a nivel micro, además de indicadores de salud, de atención sanitaria y de servicios sociales, se deberían recoger con especial énfasis los recursos empleados para realizar una evaluación de la eficiencia y la equidad de los programas o estrategias evaluados.

En el caso de las evaluaciones a nivel sistémico o macro, se recomienda que junto con las tradicionales medidas de procesos se avance sobre aspectos fundamentales como la identificación de potenciales ahorros derivados de la coordinación o integración de los servicios y los resultados sobre la salud de la población. Asimismo, se deben considerar otras dimensiones como la laboral o la de otros aspectos sociales sobre los que pueda haber un impacto significativo.

En el caso de la evaluación de servicios, por ejemplo, evaluación de la aplicación de tecnologías de la información, será útil identificar el grado de complementariedad o posibilidad de sustitución entre los servicios ofertados por el SAAD.

Se deberían **arbitrar fondos de manera sistemática para la investigación de necesidades no cubiertas de los ciudadanos**. La definición de dichas necesidades, su identificación, las causas que dan lugar a dicha situación y las consecuencias para los ciudadanos que no reciben la asistencia que necesitan son temas fundamentales que deben ser analizados para el ajuste de los servicios sanitarios, los servicios sociales y los servicios familiares y la mejora del SAAD. De nuevo se propone una evaluación externa como anteriormente se señalaba.

Se debería **propiciar la investigación de las políticas y medidas de salud pública que permitan un envejecimiento más saludable**. Ante el innumerable menú de posibles intervenciones en este sentido, se debería comenzar a **identificar los programas y políticas nacionales o internacionales** sobre los que existen pruebas científicas de su efectividad a un coste soportable por el sistema (**eficiencia**) y que no discriminen entre individuos que tengan el mismo grado de necesidad (**equidad**).

Al hilo de la recomendación anterior, **se debería aumentar la investigación de los efectos de políticas o programas de carácter transversal** en ámbitos ajenos a la sanidad y los servicios sociales. Esto redundaría en un uso más eficiente y equitativo de los recursos y reforzaría la idea de que la mejora de la salud debe estar presente en todas las políticas.

7.2.4. Bloque de coordinación/integración

La coordinación de los sistemas de información, de los servicios sociales y de la atención sanitaria no es una opción de los planificadores públicos; es una necesidad ante la cual no cabe sino avanzar.

La integración de los sistemas, en cambio, es una opción de los planificadores. Si esta es la vía elegida, se ha de ser consciente de que la integración de los servicios sociales y sanitarios exige una integración previa o cuando menos en paralelo de los sistemas de información y de un proceso de aprendizaje mutuo entre los profesionales de ambos sistemas. Por tanto, **en una integración se podría hablar de tres etapas que hay que cubrir: integración de la información, integración de la gestión e integración en la prestación efectiva de servicios**. Estas tres etapas se podrían dar de manera simultánea, pero parece más prudente que se formulen de manera consecutiva, dada la complejidad del empeño.

Entre ambas opciones –coordinación e integración– **existen posibilidades intermedias**. Por ejemplo, **integrar sistemas de información, aunque mantener una gestión de servicios coordinada pero separada**. Otra posibilidad es **considerar la coordinación o integración no a un nivel sistémico, sino en función del tipo de paciente que requiere la atención**. Así, podríamos definir un perfil de pacientes que requieren cuidados sanitarios intensos continuados, no curativos (revisión diaria por parte de médicos y atención continuada de enfermeras y auxiliares), y/o en situación de alto nivel de sufrimiento que requieren cuidados complejos para el alivio sintomático destinado a mejorar la calidad de vida. En este caso, los pacientes requerirían un entorno predominantemente sanitario. En otras situaciones, el paciente precisará atención sanitaria continuada estando en una situación de dependencia, esto es, cuidados sanitarios continuados, no curativos ni intensos, en personas altamente dependientes, que poseen un bajo grado de autonomía y precisan cuidados o supervisión prolongados dentro de un entorno sanitario (revisión médica periódica no diaria, puntual o a demanda, revisión diaria de enfermería y cuidados continuados de auxiliares). En otras situaciones, la persona requerirá fundamentalmente atención a la dependencia, es decir, recursos de carácter residencial o domiciliario de atención y rehabilitación de la dependencia y a la patología. En función del perfil analizado, el control y el seguimiento pueden partir de los profesionales de los sistemas de atención social o de los profesionales del medio sanitario. El hecho de que se propicie o no el que en ambos medios funcionen equipos multidisciplinares orientará la integración de los servicios o la simple coordinación entre medios y profesionales de la atención.

En los momentos de escribir estas líneas, **en el contexto español la integración de servicios está lejos de poder realizarse**. Hasta el momento, sólo dos comunidades autónomas (Extremadura y Castilla-La Mancha) han contemplado explícitamente esta posibilidad en sus proyectos de planes de salud regionales para los próximos años. En todo caso, parece que un **prerrequisito deseable sería la previa integración de los servicios sanitarios: atención primaria, farmacéutica, especializada y salud pública**. Aunque en los últimos años se han realizado importantes esfuerzos en este sentido y existen distintas experiencias de integración de servicios sanitarios en varias CC. AA., sigue predominando la coordinación asistencial en el ámbito sanitario por encima de la integración.

El desarrollo del proyecto de TSI podría ser una herramienta en torno a la cual se articulara un [sistema de información único e integrado](#), que debe ser una pieza clave en los programas de coordinación o en una eventual integración de la gestión de ambos servicios.

Sí debe señalarse que existen áreas donde es claramente abordable la integración del servicio prestado. Por ejemplo, un área de la que se deberían extraer valiosas enseñanzas de la integración, ya puesta en marcha en numerosas CC. AA., es la [prestación farmacéutica en residencias](#). Asimismo, [las experiencias en enfermería comunitaria, continuidad de cuidados o atención domiciliaria deben contemplarse en el avance hacia un modelo sociosanitario coordinado o integrado](#).

No debe perderse de vista que los esfuerzos en la atención a la dependencia deben centrarse en el hogar de la persona que padece limitaciones en su autonomía, siempre que ello sea posible, puesto que así lo desean los ciudadanos. La atención en el hogar de estas personas supondrá un esfuerzo en la [introducción de TIC](#) como mecanismo de optimización de los servicios sociosanitarios (e-salud o e-dependencia), capaces de acercar los servicios a los ciudadanos de manera eficiente y de permitir la comunicación directa de las necesidades de los mismos con el ámbito asistencial.

[La adopción de un nuevo modelo de atención crónica es uno de los pilares fundamentales de la construcción del espacio sociosanitario](#) y, en este marco, la colaboración de asociaciones de pacientes crónicos entendida como medio para potenciar el papel de los pacientes y cuidadores en tanto que agentes de cambio no debe ser considerado un asunto menor.

En el momento de evaluar y actualizar las [estrategias del SNS](#) en la lucha contra las enfermedades se debería aumentar la [participación de profesionales del ámbito de la asistencia social](#), lo cual permitiría avanzar en una formulación más global de intervenciones y políticas.

Al tiempo, se debería [profundizar en el desarrollo de medidas propuestas en el marco de las estrategias del SNS de lucha contra ciertas enfer-](#)

medades que recogen la importancia de coordinar recursos sanitarios, de atención social y familiares. Así, entre las medidas ya propuestas figura el establecimiento y la difusión de un mapa de recursos de asociaciones de pacientes como ayuda para los profesionales de la salud, los pacientes y sus familiares. De igual modo, se deberían aumentar los recursos destinados a formación de cuidadores no remunerados, siendo estos programas específicos en función del grado de discapacidad de la persona atendida y del tipo de enfermedad o problema de salud padecido. Asimismo, se deberían reforzar los recursos que permitieran facilitar el descanso del cuidador ante el riesgo de afectación de su propia salud y se debería impulsar el establecimiento de sistemas para dar respuesta a necesidades urgentes de atención social ante situaciones de claudicación del cuidador. Por último, aunque esta lista es extensible, debería ser mucho más accesible a la población la información sobre los recursos del sistema y los criterios de acceso, y se deberían arbitrar fórmulas que facilitaran a los cuidadores los trámites administrativos relacionados con la atención social y sanitaria de la persona cuidada e incluso de la propia. Estas medidas de apoyo a los cuidadores deberían ser evaluadas por investigadores, profesionales, agencias, asociaciones o instituciones independientes, las cuales emitirían un informe a una figura institucional de prestigio como podría ser el Defensor del Pueblo en el ámbito nacional o regional.

Aunque existe colaboración público-privada, esta es claramente insuficiente y difiere según la comunidad. Por tanto, una mayor colaboración entre agentes a nivel meso o micro y en servicios no básicos es una acción fácil y rápida, y podría ser un buen complemento al servicio básico. En este sentido, se debe insistir en que el artículo 6.2 de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia indica: “El Sistema se configura como una red de utilización pública que integra, de forma coordinada, centros y servicios, públicos y privados”.

El ámbito local debe integrarse de una manera más decidida en el ámbito de la gestión y la toma de decisiones en un sistema integrado de planificación, gestión o de prestación de servicios que cubra las necesidades de los ciudadanos. En este sentido, el ámbito local es el más adecuado para la identificación de las necesidades asistenciales del ciudadano que

padece limitaciones en su autonomía personal, si bien se debe matizar que la definición de “local” admite distintas interpretaciones en función del tamaño del municipio que deba identificar y gestionar dichas necesidades, y que la información sobre experiencias locales en la gestión de recursos sociosanitarios es casi inexistente en España y, por tanto, se requeriría un esfuerzo adicional para generar y difundir información a este respecto de utilidad para los ciudadanos y para los decisores públicos en otros ámbitos.

En el avance en la coordinación o integración de los servicios sociales y la atención sanitaria, [se deberán definir y desarrollar marcos organizativos capaces de abordar los problemas de la enfermedad crónica, mediante la implicación de todos los agentes en su resultado final, alineando la misión de los ámbitos sanitario y social, público y privado, especializado y comunitario](#). Esto debe suponer la creación de soportes de registro y procedimientos de trabajo comunes que faciliten la comunicación y coordinación entre la asistencia sanitaria y social como paso previo a la integración de ambos servicios. Entre otros elementos, la generación de documentos técnicos de consenso, la creación de normas reguladoras y estructuras de gobierno que favorezcan la coordinación, el desarrollo de políticas de recursos humanos coordinadas (incluyendo la formación conjunta de los decisores del ámbito sanitario y de la atención social en programas de conocimiento y diseño de objetivos comunes, así como el fomento de equipos multidisciplinares), y la implementación de programas asistenciales concretos que ofrezcan la provisión de servicios que los ciudadanos demandan a ambos sectores.

Para avanzar en nuestro conocimiento de la situación en nuestro medio, tratando de importar experiencias que han sido interesantes o de éxito en otras ocasiones, lugares o momentos, e incluso exportando las experiencias y aprendizajes propios, un elemento fundamental ha de ser la [evaluación continua de las experiencias de coordinación/integración socio-sanitaria implementadas en términos de recursos empleados y resultados conseguidos](#).

Dado que la coordinación o integración de los sistemas de atención supone una dosis de complejidad añadida, se propone la consideración de [intervenciones casi experimentales para identificar el modelo de organi-](#)

zación óptima que más se ajusta a los recursos físicos y humanos de los que se dispone y al tipo de servicios con los que debe dotarse a los ciudadanos para proporcionarles una atención de calidad que cubra sus necesidades.

La evaluación no debe interpretarse como una opción más o menos útil, sino como un elemento cultural inequívocamente unido a los propios procesos de atención socio sanitaria, como elemento de búsqueda de mejora y excelencia en la calidad de los servicios prestados y como garante de la rendición de cuentas ante el ciudadano.

8

Referencias bibliográficas



1. Aguilar M, Andreu L, Bernabeu M, Camprubí M, Gil À, Miro M, Navarro M, Patricio F, Ramírez J, Solans M, Torrento R, Vila A. Una sugerencia, cuatro conclusiones, tres opiniones, una denuncia, cinco recomendaciones y una docena de propuestas de mejora, como aportaciones al Pla Director Sociosanitari 2005 Catalunya. Disponible en: <http://www.guttmann.com/%5Cbackoffice%5Chtml%5Cdocs%5CPDScastella.pdf> [consultado en septiembre de 2010].
2. Alexander B, Rivara F, Wolf M. The cost and frequency of hospitalization for fall-related injuries in older adults. *Am J Public Health* 1992; 82: 1020-1023.
3. American Geriatrics Society, British Geriatric Society and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. Guidelines for the prevention of falls in older persons. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49: 664-672.
4. Antares Consulting. Claves para la construcción del espacio socio-sanitario en España. Informe de Posicionamiento. 2010.
5. Ararteko Defensoría de Pueblo: atención sociosanitaria: una aproximación al marco conceptual y a los avances internacionales y autonómicos. Informe extraordinario de la institución del Ararteko al Parlamento Vasco. 2007.
6. Audit Comission. Means to and end: joint financing across health and social care. London. Audit Commission. 2009.
7. Barriga Martín LA. Evolución gráfica de la gestión del SAAD por CC.AA. Evolución de solicitantes; dictámenes de grado y nivel de dependencia; PIAS elaborados; personas atendidas y tiempos de respuesta. IMSERSO, 2010.
8. Benítez Bermejo E, Poveda Puente R, Bollaín Pastor C, Porcar Seder R, Sánchez Lacuesta J, Prat Pastor J, Andrade Celdrán X. El sistema estatal de atención sociosanitaria en el ámbito de la dependencia. El caso español y otros modelos de referencia. IBV, CUIDA 2009.
9. Bergman H. Care for Canada's frail elderly population: fragmentation or integration? *Can Med Assoc J* 1997; 157: 1116-1121.
10. Boyd KJ, Murray SA, Kendall M, Worth A, Frederick Benton T, Clausen H. Living with advanced heart failure: a prospective, community based study of patients and their carers. *Eur J Heart Fail* 2004; 5: 585-591.
11. Brouwer WB, van Exel NJ, van de Berg B, Dinant HJ, Koopmanschap MA, van den Bos GA. Burden of caregiving: evidence of objective burden, subjective burden, and quality of life impacts on informal caregivers of patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2004; 4: 570-577.

12. Bueno A, Padilla F, Peinado C, Espigares M, Gálvez R. Factores de riesgo de caídas en una población anciana institucionalizada. Estudio de cohortes prospectivo. *Barcelona: Med Clín* 1999; 112: 10-15.
13. Bundreed K, Owens C, Chidgey B. Department of Health. Social Services Inspectorate. South Inspection Group. Inspection of mental health services: Isle of Wight Council: 26 February-9 March. 2001, London.
14. Casado D, Análisis de la evolución de la dependencia en la tercera edad en España. Bilbao: Fundación BBVA 2007.
15. Casado D, López G. Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro. Colección de estudios sociales, n.º 6. Barcelona: Fundación "La Caixa" 2001.
16. Casado D. Respuestas a la dependencia anteriores a la Ley sobre la misma. En: Arriba González de Durana A y Moreno Fuentes FJ (coords.). El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos. Ministerio de Sanidad y Política Social. Secretaría General de Política Social y Consumo. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Madrid, 2009.
17. Casado D, Tur Prats A. La financiación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia: proyecciones de gasto 2007-2015. Madrid: IMSERSO 2008.
18. Casado-Marín D. La atención a la dependencia. *Gac Sanit* 2006; 20 (Supl. 1): 135-142.
19. Cervera Macià M, Herce San Miguel JA, López Casasnovas G, Rodríguez Cabrero G, Sosvilla Rivero S. Informe final del grupo de expertos para la evaluación del desarrollo y efectiva aplicación de la Ley 39/2006, 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (datos no publicados, septiembre de 2009).
20. Cesari M, Landi F, Torre S. Prevalence and risk factors for falls in older community-dwelling population. *J Gerontol: Series A. Biol Sci Med Sci* 2002; 57: M722-M726.
21. Comas-Herrera A, Wittenberg R, Costa-Font J, Gori C, Di Maio A, Patxot C, *et al.* Future long-term care expenditure in Germany, Spain, Italy and the United Kingdom. *Ageing Soc* 2006; 26: 285-302.
22. Comisión Europea. Consejo de Europa: Recomendación n.º 98 (9). 1998.
23. Consejería de Salud del País Vasco. Presentación del Plan Estratégico para el Desarrollo de la Atención Sociosanitaria del País Vasco 2005.

24. Cornillon E, Blanchon M, Ramboatsisetraina P. Effectiveness of falls prevention strategies for elderly subjects who live in the community with performance assessment of physical-activities (before-after). *Anales de Réadaptation et de Médecine Physique* 2002; 45: 493-594.
25. Crimmins EM. Trends in the health of the elderly. *Annu Rev Public Health* 2004; 25: 79-98.
26. Cumming R, Salkeld G, Thomas M, Szonyi G. Prospective study of the impact of fear of falling on activities of daily living, SF-36 scores and nursing home admission. *J Gerontol: Series A. Biol Sci Med Sci* 2000; 55: M299-M305.
27. Defensor del Pueblo. La atención sociosanitaria en España: Perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos. Recomendaciones del defensor del pueblo e informes de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología y de la Asociación Multidisciplinaria de Gerontología. Madrid, 2000.
28. Deloitte. Perspectivas de futuro de los servicios de la atención a la dependencia. El Servicio de Atención a Domicilio (SAD). Disponible en: http://www.inforesidencias.com/docs/deloitte_sad_2008.pdf.
29. Department of Health. Equity and excellence: liberating the NHS. White paper. July 2010.
30. Díaz E, Ladra S, Zozaya N. La creación del Sistema Nacional de Dependencia: origen, desarrollo e implicaciones económicas y sociales. Madrid: Fundación Alternativas. Documento de trabajo 143/2009.
31. DG ECFIN. The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, long term care, education and unemployment transfers (2004-2050). *European Economy, Special Report No 1/2006*.
32. Englander F, Hodson T, Terregrossa R. Economic dimensions of slip and fall injuries. *J Forensic Sci* 1996; 41: 733-746.
33. Ensenyat i Sacristán C. VI Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores. Valladolid, 2003.
34. Fox K, Felsenthal G, Hebel J. A portable neuromuscular function assessment for studying recovering from hip fracture. *Arch Phys Med Rehabil* 1996; 77: 171-176.
35. Fries JF. Ageing, natural death, and the compression of morbidity. *N Engl J Med* 1980; 303: 130-135.
36. Fries JF. The compression of morbidity: near or far? *Milbank Q* 1989; 67: 208-232.
37. Fries JK. Frailty, heart disease, and stroke. The compression morbidity paradigm. *Am J Prev Med* 2005; 29 (Suppl. 1): 164-168.

38. Fries JK. Measuring and monitoring success in compressing morbidity. *Ann Intern Med* 2003; 139: 455-459.
39. García J, Antón C, Espejo B. Factores de riesgo y consecuencias de las caídas en los residentes de un centro geriátrico asistido. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1994; 29 (1): 25-30.
40. Gil V, Barrubés J, Álvarez JC, Portello E. Sostenibilidad financiera del sistema sanitario. 10 medidas estructurales para afrontar el crecimiento del gasto. Barcelona: Antares Consulting 2010.
41. Gillespie L, Gillespie W, Cumming R, Lamb S, Rowe B. Interventions to reduce the incidence of falling in the elderly. *Musculoskeletal Injuries. Module of the Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, issue 4.
42. Gillespie L, Gillespie W, Robertson W. Interventions for preventing falls in the elderly. *Cochrane Database System Review* 2001; 3: CD000340.
43. Goldman DP, Cutler DM, Shang B, Joyce GF. The value of elderly disease prevention. *Forum Health Econ Policy* 2006; article 1: 1-27.
44. Graham P, Blakely T, David P, Sporle A, Pearce N. Compression, expansion or dynamic equilibrium? The evolution of health expectancy in New Zealand. *J Epidemiol Community Health* 2004; 58: 659-666.
45. Greene W. *Econometric Analysis*. New York: Prentice Hall 2007.
46. Guillén M, *et al*. *Longevidad y dependencia en España: consecuencias sociales y económicas*. Bilbao: Fundación BBVA 2006.
47. Gulliver P, Peck E, Towell D. (2002a). Evaluation of the integration of health and social services in Somerset: part one: final results. *MCC: building knowledge for integrated care*, 10, 32-37.
48. Hamalainen H, Smith R, Puukka P, Lind J, Kallio V, Kuttilla K, Ronnema T. Social support and physical and psychological recovery one year after myocardial infarction or coronary artery bypass surgery. *Scand J Public Health* 2000; 1: 62-70.
49. Hébert R, Tourigny A, Raïche M. *PRISMA Volume II: Integration of services for disabled people: research leading to action*. Quebec: Edisem 2008.
50. Heckman J. Sample selection bias as a specification error. *Econometrica* 1979; 47: 153-161.
51. Heenan D, Birrell D. The integration of health and social care: the lessons from Northern Ireland. *Social Policy and Administration* 2006; 40: 47-66.
52. Herce JA, Labeaga Azcona JM, Sosvilla Rivero S, Ortega Masagué AC. *El Sistema Nacional de Dependencia: evaluación de sus efectos sobre el empleo*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2006.

53. Herrera E. Modelo de atención sociosanitaria: reflexiones desde la perspectiva sanitaria. *SEMER* 2004; 3 (5): 57-64.
54. Herrera E. Retos inmediatos en Sanidad: la atención sociosanitaria. *DS Vol. 13 Num 1*, enero-junio 2005.
55. Honeycutt P, Ramsey P. Factors contributing to falls in elderly men living in the community. *Geriatric Nursing* 2002; 23: 250-255.
56. Hudson B. Care trusts: a sceptical view. In: Glasby J y Peck E (eds.). *Care trusts: partnership working in action*. London: Radcliffe Medical Press 2004.
57. Hughes M. Fall prevention and the National Service Framework. *Nursing Standards* 2002; 17: 33-38.
58. Hultbert E, Glendinning C, Allebeck P, Lonroth K. Using pooled budgets to integrate health and welfare services: a comparison of experiments in England and Sweden. *Health and Social Care in the Community* 2005; 13: 531-541.
59. IMSERSO. *Las personas mayores en España. Informe 2008*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales, Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009.
60. IMSERSO. *Libro Blanco de la atención a las personas en situación de dependencia en España*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005.
61. IMSERSO. *Plan Gerontológico*. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales, 1993.
62. IMSERSO. Servicio de Estadísticas de la Subdirección General Adjunta de Valoración, Calidad y Evaluación (2010). Información histórica acumulada incorporada al SISAAD desde 01/01/2007: solicitudes, dictámenes, personas beneficiarias con derecho a prestación y prestaciones. Situación a 1 de agosto de 2010.
63. IMSERSO. 60 y más. número 285 noviembre 2009. Disponible en: <http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/ses285.pdf> [consultado en septiembre de 2010].
64. Inforresidencias. Estudio de Inforresidencias.com sobre precios de residencias geriátricas para personas mayores, 2008. Disponible en: <http://www.inforresidencias.com/docs/precios2008.pdf>.
65. Inforresidencias. Estudio de Inforresidencias.com sobre precios de residencias geriátricas y centros de día para personas mayores, 2007. Disponible en: http://www.inforresidencias.com/docs/informe_precios_2007.pdf.
66. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco*. Ma-

- drid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad 2005.
67. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. II Congreso Estatal de Personas Mayores. "Una Sociedad para todas las edades". Madrid, 2001.
 68. Instituto Nacional de Estadística (2009). Datos provisionales sobre EDAD 2008: <http://www.ine.es/prensa/np524.pdf>.
 69. Jadad A, Cabrera A, Lyons R, Martos F, Smith R. When people live with multiple chronic diseases: a collaborative approach to an emerging global challenge. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública 2010.
 70. Jiménez S (coord). Aspectos económicos de la dependencia y el cuidado informal en España. Madrid: FEDEA, UPF y Fundación Astra Zeneca 2008.
 71. Jiménez S, Vilaplana C. The trade-off between formal and informal care in Spain. XXVIII Jornadas de Economía de la Salud. Salamanca, 2008.
 72. Jiménez-Lara A, Zabarte Martínez de Aguirre MA. La regulación de la prestación sociosanitaria. Propuesta del CERMI. Grupo Editorial CINCA 2008.
 73. Johri M, Beland F, Bergman H. International experiments in integrated care for the elderly: a synthesis of the evidence. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003; 18: 222-235.
 74. Joo J, Lenze E, Mulsant B. Risk factors for falls during late-life depression. *J Clin Psychiatry* 2002; 63: 936-41.
 75. Junta de Castilla y León. II Plan Sociosanitario de Castilla y León. Disponible en: http://www.salud.jcyl.es/sanidad/cm/profesionales/tkContent?idContent=1045&locale=es_ES&textOnly=false [consultado en septiembre de 2010].
 76. Junta de Extremadura. Plan integral de atención sociosanitaria al deterioro cognitivo en Extremadura (PIDEX). Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo 2007. Disponible en: <http://www.juntaaldia.es/noticias/detalle.aspx?id=1897&consejeria> [consultado en septiembre de 2010].
 77. Junta de Extremadura. Plan Marco de Atención-Sociosanitaria en Extremadura. Plan Director 2005-2010. Consejería de Sanidad y Consumo, 2006.
 78. Junta de Extremadura. Programa: El ejercicio te cuida. Disponible en: <http://www.deportextremadura.org/index.php/el-ejercicio> [consultado en septiembre de 2010].
 79. Kizer K, Dudley R. Extrem makeover: transformation of the veterans health care system. *Annu Rev Public Health* 2009; 30: 313-339.

80. Kobelt G, Pugliatti M. Cost of multiple sclerosis in Europe. *Eur J Neurol* 2005; 12 (Suppl. 1): 63-67.
81. Kodner D. The quest for integrated systems of care for frail older persons. *Aging-Clinical and Experimental Research* 2002; 14: 307-313.
82. Kodner D. Whole-system approaches to health and social care partnerships for the frail elderly: an exploration of North American models and lessons. *Health and Social Care in the Community* 2006; 14: 384-390.
83. Kramer M. The rising pandemic of mental disorders and associated chronic diseases and disabilities. *Acta Psychiatr Scand* 1980; 62: 382-97.
84. Lajas C, Abasolo L, Bellajdel B, Hernández-García C, Carmona L, Vargas E, Lázaro P, Jover JA. Costs and predictors of costs in rheumatoid arthritis: a prevalence-based study. *Arthritis Rheum* 2003 Feb 15; 49 (1): 64-70.
85. Landi A. A new model of integrated home care for the elderly impact on hospital use. *J Clin Epidemiol* 2001; 54: 968-970.
86. Leal J, Luengo-Fernández R, Gray A, Petersen S, Rayner M. Economic burden of cardiovascular diseases in the enlarged European Union. *Eur Heart J* 2006; 13: 1610-1619.
87. Lindgren P, Campenhausen S, von Spottke E, Siebert U, Dodel R. Cost of Parkinson's disease in Europe. *Eur J Neurol* 2005; 12 (Suppl. 1): 68-73.
88. Lindgren P. Economic evidence in Parkinson's disease: A review. *Eur J Health Econ* 2004; 5 (Suppl. 1): 63-66.
89. Llopis E. El gasto social en España. Madrid: Fundación 1.º de mayo. Servicios de Estudios. Área de política pública, social y estatal, 2010.
90. López-Bastida J, Perestelo L, Serrano P, Oliva-Moreno J. Socioeconomic costs and quality of life of people with Alzheimer disease in Canary Islands. *Neurology* 2006; 67: 2186-2191.
91. López-Bastida J, Oliva J, Worbes M, Perestelo L, Serrano P. The Social Economic Costs and Health-Related Quality of Life of Stroke Survivors in the Canary Islands, Spain (datos no publicados). 2010.
92. Lord S, Dayhew J, Howland A. Multifocal glasse impair edge-constraint sensitivity and depth perception and increase the risk of falls in older people. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50: 1760-1766.
93. Low JT, Payne S, Roderick P. The impact of stroke on informal carers: a literature review. *Soc Sci Med* 1999; 6: 711-25.
94. Maddala GS. Limited dependent and qualitative variables in econometrics. *Econometric Society Monographs*. Cambridge: Cambridge University Press 1983.

95. Manton KG. Changing concepts of morbidity and mortality in the elderly population. *Milbank Q* 1982; 60: 183-244.
96. Manton KG, Gu XL, Lamb VL. Change in chronic disability from 1982 to 2004/2005 as measured by long-term changes in function and health in the U. S. elderly population. *PNAS* 2006; 103: 18374-18379.
97. Mar J, Arróspide A, Begiristain JM, Larrañaga I, Elósegi E, Oliva J. The impact of acquired brain damage in terms of epidemiology, economics and loss in quality of life. XXX Jornadas de Economía de la Salud, Valencia, 22-25 de junio de 2010.
98. Martínez-Aguayo C, Gogorcena Aoiz MA, Regato-Pajares P. Bases para la ordenación de servicios de atención sanitaria a las personas mayores. Madrid: Instituto Nacional de la Salud 1994.
99. McDaid D. Estimating the costs of informal care for people with Alzheimer's disease: methodological and practical challenges. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001; 16: 400-405.
100. Méndez J, Zunzunegui M, Béland F. Prevalencia y factores asociados a las caídas en las personas mayores que viven en la comunidad. Barcelona: *Med Clín* 1997; 108: 128-132.
101. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.
102. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Enfermedades Mentales del Sistema Nacional de Salud. Madrid, 2007.
103. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud. Madrid, 2009.
104. Ministerio de Sanidad y Política Social. Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud. Aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 3 de junio de 2009. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009.
105. Ministerio de Sanidad y Política Social. Informe del Sistema Nacional de Salud 2004-2007. Madrid, 2009.
106. Ministerio de Sanidad y Política Social. Informe del Sistema Nacional de Salud 2008. Madrid, 2010.
107. Moreland J, Richardson J, Chan D, O'Neill J, Bellissimo A, Grum S, Shanks L. Evidence-based guidelines for the secondary prevention of falls in older adults. *Gerontology* 2003; 49 (2): 93-116.
108. Moreno-Martínez N, Ruiz-Hidalgo D, Burdoy-Joaquim E, Vázquez-Mata G. Incidencia y factores explicativos de las caídas en ancianos que viven en la comunidad. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2005; 40 (2): 11-17.

109. Mossey J. Social and psychological factors related to falls in the elderly: symposium on falls in the elderly: biology and behavioral aspects. *Clin Geriatr Med* 1985; 1: 541-553.
110. Neumann PJ, Kuntz KM, Leon J, *et al.* Health utilities in Alzheimer's disease: a cross-sectional study of patients and caregivers. *Medical Care* 1999; 37: 27-32.
111. Observatorio Estatal de la Discapacidad. Jornada Coordinación Sociosanitaria: una necesidad ineludible. Cáceres, 2009.
112. OCDE. Long-term care for older people. París: OCDE 2005.
113. OECD. Lafortune G, Balestat G, and the Disability Study Expert Group Members. Trends in severe disability among elderly people: assessing the evidence in 12 OECD countries and the future implications. OECD Health working papers no. 26, 2007.
114. OECD. Projecting OECD health and long-term care expenditures: what are the main drivers? Economics Department Working Paper No. 477. Paris, 2006.
115. Oliva J, López Bastida J, Montejo AL, Osuna R, Duque B. The socioeconomic costs of mental illness in Spain. *Eur J Health Econ* 2009; 10: 361-369.
116. Oliva J, Osuna R. Los costes de los cuidados informales en España. *Presupuesto y Gasto Público* 2009; 56: 163-181.
117. Oliva J, Tur A. Salud y atención a la dependencia. Una perspectiva económica en los albores del SAAD. *Humanitas Humanidades Médicas*, Tema del mes *on-line* junio 2009; 40: 10-30 (http://www.fundacionmhm.org/www_humanitas_es_numero40/revista.html).
118. Oliver A. The Veterans Health Administration: an American success story? *Milbank Quarterly* 2007; 85: 8-35.
119. Palacios Ramos E, Abellán García A, Esparza Catalán C. Diferentes estimaciones de la discapacidad y la dependencia en España. Madrid: Portal Mayores, Informes Portal Mayores, n.º 56. [Fecha de publicación: 23/09/2008, versión 11].
120. Patla A, Frank J, Winter D. Balance control in the elderly: implications for clinical assessment and rehabilitation. *Can J Public Health* 1992; 83: S29-S33.
121. Peck E, Gulliver P, Towell D. Centre for Mental Health Services Development. Modernising partnerships: an evaluation of Somerset's innovations in the commissioning and organization of mental health services: final report. London: Institute for Applied Health and Social Policy 2002.
122. Peck E, Gulliver P, Towell D. The Somerset story: the implications of care trusts of the evaluation of the integration of health and social

- services in Somerset. En: Glasby J y Peck E (ed). Care trusts: partnership working in action. London: Radcliffe Medical Press 2004.
123. Peñalver Castellano R. La atención sociosanitaria en el sistema nacional de salud: en la encrucijada. *Rev Adm Sanit* 2005; 3: 247-50.
 124. Perry B. Falls among the elderly. *J Am Geriatr Soc* 1982; 30: 367-371.
 125. Peterson B, Allegrante J, Augurt A. Major life events as antecedents to hip fracture. *J Trauma* 2000; 48: 1096-1100.
 126. Proctor EK, Morrow-Howell N, Li H, Dore P. Adequacy of home care and hospital readmission for elderly congestive heart failure patients. *Health Soc Work* 2000; 2: 87-96.
 127. Puig-Junoy J. Tensiones actuales y futuras sobre el bienestar sanitario. Documento de trabajo 148 de la Fundación Rafael Campalans. Barcelona, 2007.
 128. Pujiula M, Quesada M; Grupo APOC ABS SALT. Prevalencia de caídas en ancianos que viven en la comunidad. *Aten Primaria* 2003; 32 (29): 86-91.
 129. Ray W, Griffen M. Prescribed medications and the risk of falling. *Top Geriatric Rehabilitation* 1990; 5: 12-20.
 130. Richardson J. Factors associated with falls in older people with diffuse polyneuropathy. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50: 1767-1773.
 131. Richter M, Becker C, Seifert J. Injury prevention in the elderly population. *Unfall-Chirug* 2002; 105: 1076-1087.
 132. Robine JM, Jagger C, Van Oyen H, Cambois E, Romieu I, Clavel A, Barker G, Le Roy S. Are we living longer, healthier lives in the EU? Technical Report 2005; 2.
 133. Rodríguez Cabrero G, Monserrat Codorniu J. Modelos de atención sociosanitaria. Una aproximación a los costes de la dependencia. Madrid: IMSERSO 2002.
 134. Salva A. La atención sanitaria a la población anciana: un reto para la organización y la sostenibilidad en los servicios sanitarios. *JANO Medicina y Humanidades* 2003; Vol. LXIV, nº 1.474.
 135. Séculi E, Brugulat P, March J, Medina A, Martínez V, Tresserras R. Las caídas en los mayores de 65 años: conocer para actuar. *Aten Primaria* 2004; 34 (4): 178-183.
 136. Seshamani M, Gray M. A longitudinal study of the effects of age and time to death on hospital costs. *J Health Econ* 2004; 13: 315-327.
 137. Skelton D, Todd C. What are the main risk factors for falls amongst older people and what are the most effective interventions to prevent these falls? How should interventions to prevent falls be imple-

- mented? World Health Organization Health Evidence Network, World Health Organization, Denmark, 2004.
138. Sosvilla Rivero S. Un análisis estratégico del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. FEDEA 2008. Colección Estudios Económicos 23-08.
 139. Speechley M, Tinetti M. Assessment of risk and prevention of falls among elderly persons: role of the physiotherapist. *Canada: Physiotherapy* 1990; 42: 75-59.
 140. Stearns SC, Norton EC. Time to include time to death? The future of health care expenditure projections. *Health Econ* 2004; 13: 315-3.
 141. Stoddart H, Sharp D, Harvey I, Whitley E. Falls and the use of health services in community living elderly people. *Br J Geriatr Pract* 2002; 52: 923-925.
 142. Swerinssen H. Toward greater integration of the health system. *Australian Health Review* 2002; 25: 88-93.
 143. Tideiksaar R. Preventing falls: home hazard checklists to help older patients protect themselves. *Geriatrics* 1986; 19: 26-28.
 144. Tinetti M. Clinical practice. Preventing falls in elderly persons. *N Engl J Med* 2003; 348: 42-49.
 145. Tinetti M, de León C, Doucette J, Baker D. Fear of falling and fall-related efficacy in relationship to functioning among community-living elders. *J Gerontol* 1994; 49: M140-M147.
 146. Tinetti M, Speechley M, Ginter S. Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *N Engl J Med* 1998; 319: 1701-1707.
 147. Tortosa-Chuliá MA. Jornada debate: coordinación sociosanitaria, una necesidad ineludible. Cáceres: Observatorio Estatal de la Discapacidad 2009.
 148. Tunali I. A general structure for models of double selection and an application to a joint migration/earnings process with remigration. *Research in Labour Economics* 1986; 8B: 235-282.
 149. Van Doorn C, Gruber-Baldini A, Zimmerman S, Hebel J, Port C, Baugarten M, Quinn C, Taler G, May C, Magaziner, J. Dementia as a risk factor falls and fall injuries among nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51: 1213-1218.
 150. Varas-Fabra F, Castro E, Férrula L, Fernández M, Ruiz R, Enciso I. Caídas de ancianos de la comunidad: prevalencia, consecuencias y factores asociados. *Aten Primaria* 2006; 38 (8): 450-455.
 151. Vellas B, Wayne S, Romero L. Fear of falling and restriction to mobility in elderly fallers. *Age Ageing* 1997; 26: 189-193.

152. Vilaplana C. Análisis del copago en las prestaciones económicas del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (datos no publicados), 2009.
153. Wimo A, von Strauss E, Nordberg G, Sassi F, Johansson L. Time spent on informal and formal care giving for persons with dementia in Sweden. *Health Policy* 2002; 3: 255-268.
154. Zweifel P, Felder S, Meier M. Ageing of population and health care expenditures: a red herring? *Health Econ* 1999; 8: 485-496.