

## Dependencia social y sanitaria en la Unión Europea

Moragas Moragas, R.

Director Máster Gerontología Social y Grupo Investigación Envejecimiento. Universidad de Barcelona.

---

### RESUMEN

El aumento de la esperanza de vida y el incremento de las tasas de dependencia de la población que envejece imponen la necesidad de una revisión de los sistemas actuales de protección sanitaria y social. Emergen nuevas necesidades que no están previstas ni cubiertas por los sistemas existentes. Los servicios de atención a la dependencia actuales, sustitutivos o complementarios del hogar, deben acompañarse de nuevas propuestas y estrategias de cobertura social y sanitaria, no sólo para el sujeto dependiente sino también para la familia. La respuesta europea a esta realidad ha sido variada, existiendo países que han legislado la atención a la dependencia.

### Palabras clave

Dependencia. Demandas y necesidades. Cobertura. Sistemas sanitarios.

---

### Health and social dependency in the European Union

#### SUMMARY

The increase of life expectancy and dependency rates of the aging population makes it necessary to review the current health and social protection systems. New needs that have not been predicted or covered by the existing systems are appearing. Current, substitutive or complementary services of attention to dependency should be accompanied by new proposals and strategies to cover health and social needs, not only for the dependant subject but also for the family. The European response to this reality has been diverse and different countries have regulated their attention to dependency.

### Key words

Dependency. Needs and demands. Coverage. Health Care Systems.

---

El envejecimiento de la población propicia el incremento de personas con limitaciones físicas y psíquicas que

necesitan ayuda. Al sobrepasar la esperanza de vida de 75 años para ambos sexos aparecen limitaciones en los sujetos. Los profesionales concentran sus esfuerzos en los años con calidad de vida sin limitaciones y no en la prolongación de los mismos, se trata de añadir vida a los años, en expresión de la Organización Mundial de la Salud OMS, y no sólo años a la vida; la calidad resulta más importante que la cantidad.

### LA DEPENDENCIA, UNA REALIDAD NUEVA

#### Concepto de dependencia

Se define por un grupo de expertos del Consejo de Europa (1997) como: «La situación en que se encuentran aquellas personas que por la falta o la pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual tienen necesidad de una asistencia y/o ayuda importante para las actividades de la vida diaria». La dependencia supone la imposibilidad para llevar a cabo por sí solo las actividades personales imprescindibles para la vida independiente. Para estas actividades, se requiere la ayuda de otra persona que presta la asistencia y/o el suministro de medios materiales, equipamiento, ayudas técnicas que permitan superar las limitaciones de la dependencia. El proceso de la dependencia y sus consecuencias han sido analizados por la OMS, en el texto «Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías»<sup>1</sup> adaptación del original en inglés identificándose las tres etapas del proceso como Impairment-Deficiencia, Disability-Discapacidad y Handicap-minusvalía.

1. *Deficiencia* o *impairment* es la pérdida de una estructura o función fisiológica o psicológica; por ejemplo, rotura de fémur, pérdida de visión. Si esta limitación afecta a la capacidad de la persona se pasa a la segunda etapa del proceso.

2. *Discapacidad* o *disability* se refiere a la restricción de la aptitud para realizar una actividad de forma normal. La discapacidad consiste en la imposibilidad de andar, ver o razonar, si ello no puede compensarse por el sujeto origi-

---

Correspondencia: R. Moragas Moragas. Grupo Investigación Envejecimiento. Parque Científico, Universidad de Barcelona. Adolf Florensa, 8. Edificio Florensa. 08028 Barcelona. E-mail: gie@pcb.ub.es.

Recibido el 8-4-02; aceptado el 30-4-02.

TABLA 1. Evolución proyectada del número de personas mayores de 64 años con minusvalías, por grupos quinquenales de edad. España 1986-2021<sup>2</sup>

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
1986	213.653	229.748	228.024	211.188	195.377	1.077.989
1991	235.005	217.552	231.595	228.031	223.506	1.135.690
1996	254.417	270.590	244.992	253.279	269.090	1.292.369
2001	261.547	294.967	305.329	273.657	313.764	1.449.263
2006	229.004	304.566	335.716	344.147	356.899	1.570.332
2011	250.192	268.239	347.148	379.796	433.423	1.678.797
2016	274.997	294.008	308.161	396.351	502.472	1.775.990
2021	286.701	324.385	338.626	354.645	553.439	1.857.795

na la tercera etapa del proceso. Si la fractura de fémur se corrige con una prótesis existe una deficiencia pero no discapacidad, ya que el individuo puede andar.

3. *Minusvalía o handicap* es una situación desventajosa que no permite al individuo el desempeño de su rol social normal. Durante la vida se pueden adquirir deficiencias pero si se corrigen no originan discapacidad para la función o rol social. La dependencia se equipara a la minusvalía pero su caracterización ha sido más técnica para poder intervenir y compensar las limitaciones.

### Valoración

La práctica gerontológica ha identificado diversos grados de intensidad de la dependencia para realizar actividades de la vida diaria (AVD) y las ha clasificado en Actividades Básicas (ABVD): movilidad, vestido, alimentación, aseo, control de esfínteres y Actividades Instrumentales (AIVD): cocinar, limpiar, lavar, comprar, manejar dinero, desplazarse, utilizar el transporte, realizar gestiones. La valoración geriátrica integral consiste a través de diversas escalas, Katz, Folstein, Lawton, Barthel, etc., en objetivar las necesidades de los dependientes para poder compensarlas con servicios proporcionales. La diversidad de las necesidades de la dependencia se refleja en la triple perspectiva de la valoración bio-psico-social del individuo, lo cual requiere equipos interdisciplinarios de valoración que trabajen conjuntamente. La formación continuada en Gerontología con lenguaje común e identificación clara de las necesidades de la persona, más allá de las competencias profesionales, constituye un prerrequisito para el éxito de la valoración geriátrica integral.

### IMPORTANCIA DEL PROBLEMA. EPIDEMIOLOGÍA DE LA DEPENDENCIA

En España se calcula que la esperanza de vida a los 65 años es de 16 años de los cuales 10 años (60%) serán de vida independiente y 6 años (40%) serán de vida dependiente (tabla 1). La importancia futura de la dependencia

oscila entre dos alternativas. Por una parte se presentan proyecciones de las patologías actuales a 5, 10 y 20 años extrapolando las actuales patologías e incrementos de la esperanza de vida al futuro, lo cual origina unas dependencias elevadísimas (tabla 2). Se afirma que las nuevas generaciones de jubilados llegarán a la vejez con mejor salud debido a los mejores hábitos sanitarios y conciencia social con lo que se conseguirá la compresión de la morbilidad de Frei y más años de vida libres de dependencia. Aunque este escenario fuera cierto, resulta evidente que la demanda de cuidados sanitarios es ilimitada en todas las poblaciones y la mejor salud no supone necesariamente la reducción del consumo de servicios sanitarios en el futuro.

### ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

La dependencia plantea las preguntas clásicas en cualquier problema social. ¿Debe resolverse por las vías habituales para la mayoría de la población? A saber, ¿tiene que aplicarse una solución normalizadora, en este caso envejecer con dependencias en casa, como hace la mayoría de los ancianos? La otra alternativa es considerar a los ancianos dependientes como una población especial con necesidades diferenciadas y que por tanto deben ser

TABLA 2. Estimación población dependiente por edad en porcentaje. Función exponencial para dependientes medios y graves<sup>3</sup>

Edad	Varones	Mujeres
65	7,8	9,0
70	11,2	12,7
75	15,9	17,8
80	22,8	25,1
85	32,6	35,5
90	46,5	50,5
95	66,5	70,5
99	88,5	92,8

TABLA 3. Cuidados a la dependencia. España 1998<sup>4</sup>

Cuidado	%
Proporcionado por familias	86,5
Proporcionado por mujeres	83
Cuidados solo familiares sin otra ayuda	61,5
Mujeres cuidadoras de más de 45 años	70
Mujeres cuidadoras casadas	76
Mujeres viviendo permanentemente en hogar del dependiente	58
Mujeres viviendo temporalmente en hogar del dependiente	15
Dependientes viviendo solos	14
Cuidadores con cansancio importante	57
Cuidadores con depresión	32
Cuidadores con deterioro de la salud	29
Frecuencia de cuidados diaria	85
Cuidados 5 horas diarias	53
Media de horas semanales cuidado	35 h
Duración cuidados más de 10 años	28
Duración cuidados 6-10 años	18
Abandono trabajo debido a cuidado	11
Reducción trabajo debido a cuidado	12

atendidos en instituciones especializadas. La respuesta varía según países y criterios asistenciales sanitarios y sociales, como veremos más tarde. En Europa se ha pasado del énfasis en la institucionalización a la normalización de envejecer en casa con todos los servicios necesarios para garantizar una calidad de vida digna. Las razones de ello se basan tanto en la calidad de la asistencia en el hogar como en el elevado coste de la institucionalización (tabla 3). A diferencia de la asistencia sanitaria, derecho consolidado para todos los españoles, los servicios sociales no son un derecho subjetivo sino facultativo según las condiciones de cada Autonomía. Resulta necesaria una reestructuración del sistema que reconozca la naturaleza de la dependencia y los mecanismos de colaboración entre el sistema formal y el sistema informal.

## SERVICIOS PARA LA DEPENDENCIA

Se pueden clasificar como complementarios al hogar para posibilitar el envejecimiento en casa y residenciales o de internamiento en una institución. Reciben diversidad de nombres según cada país pero la naturaleza de los mismos es semejante<sup>5</sup>.

### Complementarios del hogar

1. *Hogares y Clubes de Jubilados, Adultos Mayores.* Centros de convivencia diurna ofreciendo variedad de servicios sociales, culturales, de animación, restauración e incluso sanitarios, exámenes médicos, rehabilitación, po-

dología. Actualmente se les asigna mayor valor como centros de recursos comunitarios.

2. *Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD).* Conjunto de servicios sanitarios, personales y domésticos prestados en el domicilio de la persona para facilitar su vida en el mismo y evitar internamientos. Son servicios para la persona, para la familia y para el hogar y pueden incluir variedad de intervenciones para conseguir la independencia personal. Se desempeñan por Auxiliares de Ayuda a Domicilio y por personal de enfermería, trabajo social, voluntarios, etc. Son el principal servicio para evitar el internamiento.

3. *Teleasistencia.* Dispositivo llevado por la persona permanentemente, collar o pulsera, conectado al teléfono para la supervisión constante de la persona que puede accionarlo en cualquier momento para comunicarse con el servicio central que opera las veinticuatro horas y si lo requiere solicitar ayuda. En caso de necesidad se envía al domicilio un equipo asistencial que tiene llaves para acceder al domicilio. Proporciona seguridad, en especial para las personas que viven solas.

4. *Centros de Día. Hospitales de Día.* Espacios para acoger a personas con necesidades especiales durante el día en un entorno adaptado a sus demandas. Facilita la vida diaria de la persona dependiente, así como la de las familias responsables que no pueden atender continuamente en el hogar a sus familiares.

5. *Ayudas técnicas, domótica, ergonomía, diseño gerontológico.* En esta categoría se incluyen todos los medios materiales, mecánicos, eléctricos, electrónicos, de diseño, que tratan de reducir la dependencia a través de intervenciones en el medio físico con la utilización de diversidad de materiales y dispositivos. Se ha superado la aplicación de prótesis y ortesis tradicionales que actuaban en el sujeto para adaptar y modificar su dependencia. Actualmente el medio ambiente en el que vive, el hogar, se analiza globalmente con la participación de arquitectos, ingenieros, diseñadores, terapeutas ocupacionales configurándose una materia nueva para luchar contra la dependencia, la ecología gerontológica.

6. *Residencias.* Ofrecen una gran variedad de alternativas según el grado de dependencia de los usuarios y pueden clasificarse en tres apartados.

– *Residencias asistidas:* Atienden a las necesidades básicas e instrumentales de la vida diaria a personas con limitaciones variadas por lo que se establecen *ratios* de personal adecuadas para proporcionar los servicios demandados. Los servicios se establecen según los niveles de dependencia de los usuarios que condicionan la dedicación del personal de atención directa, las *ratios* oscilan entre 2 y 4 personas dependientes por empleado. Aparecen residencias dedicadas a enfermedades como el Alzheimer, residencias para alojamientos temporales, de descarga familiar para poder atender a un miembro mientras la familia recupera energías para seguir la asistencia

y las miniresidencias u hogares-residencia en particular en pueblos del medio rural.

– *Centros sociosanitarios*: Sirven a personas con necesidades complejas entre los que están las personas con demencias, terminales, SIDA. Constituyen los centros más modernos para ofrecer variedad de servicios a usuarios con necesidades variadas.

– *Apartamentos tutelados. Viviendas protegidas*: ofrecen un espacio protegido a personas que no pueden vivir independientemente en un hogar por tener algún tipo de dependencia leve. Constituyen un recurso intermedio entre el hogar y la residencia permanente, facilitando una vida independiente al usuario que dispone de servicios mínimos de supervisión, enfermería, hostelería, a utilizar cuando surja la necesidad. Para su difusión se necesitan fórmulas de promoción pública que faciliten la financiación aprovechando la propiedad de las viviendas antiguas. Fórmulas como el vitalicio inmobiliario o la hipoteca pensión se han utilizado para convertir la propiedad antigua en acceso a los apartamentos tutelados.

## NUEVAS PROPUESTAS PARA LA DEPENDENCIA

La realidad del envejecimiento futuro tiene poco que ver con las estructuras asistenciales actuales, por ello se están produciendo iniciativas que reconocen los cambios en las demandas asistenciales y ofrecen respuestas nuevas a las mismas. El principal cambio será la reducción del papel de la mujer como cuidadora. Por una parte existirá cuantitativamente un menor número de mujeres en relación con el de personas mayores necesitadas de servicio, la ratio de cobertura de mujeres disponibles para cuidar respecto al número de ancianos será menor<sup>6</sup> (tabla 3). Por otra parte, cualitativamente la mujer participará más en la población activa lo cual disminuye sus posibilidades de ayuda familiar. Así como cambian las necesidades de las personas que envejecen cambia la estructura potencial asistencial por lo que el escenario resultante será diferente y ya aparecen algunas propuestas que reconocen la nueva situación.

### Colaboración entre servicios profesionales y familia

El sistema formal de asistencia actúa con frecuencia sin considerar el potencial de ayuda familiar o excluyendo la ayuda profesional por el hecho de que existe familia. Se impone una colaboración entre los profesionales del sector público y la familia asignando a cada colectivo las tareas en las que son respectivamente más efectivos. Un ejemplo de esta colaboración son los sesenta equipos PAGES en Cataluña para la asistencia a domicilio de personas con elevada dependencia; a través de un equipo médico, enfermera, trabajador social tratan de complementar la asistencia sanitaria primaria y formar a la familia en la atención de sus miembros dependientes. A los profesio-

nales corresponden los aspectos técnicos de la asistencia formando a la familia; corresponde a ésta el proporcionar un hogar con atención permanente y satisfacción de necesidades afectivas.

### Facilidades a los familiares trabajadores para atención a sus miembros dependientes

En España se ha aprobado a finales de 1999 la Ley de Conciliación de la Vida Familiar y Laboral en la que se facilita a los trabajadores que puedan causar baja temporal en el trabajo o reducir la jornada, con reducción correspondiente de salario pero sin pérdida de sus derechos laborales, para dedicarse a los miembros de sus familias con necesidades. El derecho a solicitar la baja corresponde a los familiares obligados a la asistencia y se garantiza el reingreso cuando desaparezca la necesidad de atención.

### Compensación a familiares por asistencia

Se parte del principio de que el trabajo puede ser desempeñado por miembros de la familia desocupados y que es mejor atender a la persona en el lugar en que acontece la demanda. Aquí se mezclan dos objetivos sociales, la atención a la persona y la creación de empleo. Se trata de una propuesta innovadora sobre la que existe la experiencia alemana.

### Incentivos, subvenciones y descuentos fiscales

Compensar a las familias por el mayor coste que supone la asistencia a la persona dependiente y la falta de servicios públicos de atención se reconoce la realidad del mayor gasto financiero de la familia cuidadora. Se concreta en rebajas sobre el líquido imponible en las declaraciones anuales de impuestos personales directos, en subvenciones para los servicios, etc.

### Necesidad de adecuación de la vivienda para la persona dependiente

Esto se justifica en la medida en que con frecuencia existen hogares antiguos con diseño propicio a las caídas y factores de riesgo por falta de equipamiento. Estas ayudas se materializan a través de las administraciones locales con subvenciones para la totalidad de las obras o préstamos sin interés. A veces se ocupa en las obras a desempleados, con lo que se consiguen dos objetivos sociales en un mismo programa, disminuir el riesgo para la persona dependiente y creación de empleo local.

## EXPERIENCIA EUROPEA EN PROTECCIÓN A LA DEPENDENCIA

*Escandinavia:* La protección de la persona dependiente es total, debido a la cobertura pública de la población por sistemas comprensivos de bienestar social financiados por impuestos. No se plantean nuevas formas de protección de la dependencia, pero se plantean mejorar las prestaciones para priorizar la atención a personas con necesidades en las actividades básicas de la vida diaria.

*Holanda:* La protección es pública pero el sistema se gestiona por la iniciativa social. La dependencia se cubre como ampliación de la prestación sanitaria. Posee ratios muy altos de servicios tanto de atención domiciliaria como de residencias y viviendas. Desde hace años imponen límites a la atención residencial que tenía los mayores índices de población atendida en Europa.

*Países con protección específica de la dependencia:* Austria en 1993, Alemania en 1994, Francia 1996 y Luxemburgo en 1999 son las naciones que han aprobado programas específicos para la protección de la dependencia. En Austria, Alemania y Luxemburgo se han promulgado normas de Seguridad Social que consideran a la dependencia como una contingencia específica del mismo tipo que la enfermedad, el desempleo, los accidentes de trabajo y las pensiones.

*Alemania* es el caso de un país envejecido y con poblaciones dependientes elevadas según estudios previos. El sistema se financia por la aportación del 1,7 por ciento de los ingresos brutos aportados por mitades por trabajadores y empresarios. El seguro se tramita a través de un examen médico que valora las necesidades de la persona y lo clasifica en una de las tres categorías existentes:

I. Necesidad de ayuda en dos actividades básicas una vez al día, II. Necesidad de ayuda tres veces al día y III. Necesidad de ayuda veinticuatro horas al día.

Las prestaciones pueden abonarse en efectivo o en especie con la prestación del servicio por profesionales, siendo la cuantía menor cuando se escoge recibir el dinero en vez del servicio, también puede escogerse una combinación. En la práctica los solicitantes escogieron mayoritariamente (60-70%) recibir la prestación en efectivo. La valoración del programa ha comprobado que algunas de las prestaciones económicas no llegaban directamente a la persona dependiente, por lo que se potencia actualmente el servicio en especie.

En *Francia* la ley Prestación Específica de la Dependencia, PSD no ha conseguido los efectos que se preveían, pues la proporción de beneficiarios es inferior al 10 por ciento de la población potencial. Se le critica en especial no haber tenido en cuenta las solidaridades naturales de la familia y vecinos que cubren en la realidad la ayuda informal a las personas dependientes.

*España:* Los servicios sociales no son un derecho universal de todos los españoles como es la prestación sani-

taria. El derecho a los servicios sociales se regula por las 17 Comunidades Autónomas con facultades legislativas propias, existiendo diferencias notables en la cobertura de las prestaciones entre las Comunidades. Dada la historia de la Seguridad Social en España que se basa en la protección para los trabajadores y sus contingencias, la dependencia debida al envejecimiento no tiene un encuadre adecuado en la legislación actual. Parece conveniente y existe un compromiso del gobierno para regular la dependencia sin consideración a la causa de origen, laboral, accidente, congénita y legislar para todos los españoles que necesiten la prestación. Aparece la conveniencia de una ley de mínimos para toda la población y la posibilidad de contratación de seguros de dependencia privados con incentivos fiscales para una parte de los ciudadanos.

## CONCLUSIONES

La dependencia sanitaria y social de la población que envejece constituye un reto para las sociedades occidentales y se debe a la prolongación de la esperanza de vida y aparición de necesidades en proporciones importantes de la población. La demografía indica que las nuevas poblaciones dependientes tendrán mayores necesidades no previstas por los sistemas sanitarios y sociales actuales. Existe una gama de servicios para atender a la dependencia pero la dotación técnica y económica es insuficiente. La ayuda familiar también se halla limitada por la incorporación de la mujer al trabajo y se plantea la conveniencia de legislación que facilite la conciliación de la vida familiar y laboral.

La experiencia europea es variada y sólo tres países, Alemania, Austria y Luxemburgo, poseen normas que cubren específicamente la dependencia.

## AGRADECIMIENTO

Agradezco la colaboración prestada en la redacción del presente artículo a Sandra Pardo González, socióloga y miembro del Equipo Investigador del Grupo Investigación Envejecimiento (GIE).

## BIBLIOGRAFÍA

1. IMSERSO. Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Manual de Clasificación de las Consecuencias de la Enfermedad. Madrid: IMSERSO; 1983.
2. Pérez J. Envejecimiento y Esperanza de Vida en Salud. Barcelona: Ponencia en 23 Congreso de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología; 2000.
3. Oficina Defensor del Pueblo, editor. La Atención Sociosanitaria en España: Perspectiva Gerontológica y otros Aspectos Conexos. Madrid: Oficina Defensor del Pueblo; 2000. p. 195.
4. Op. cit. Defensor del Pueblo p. 64-7.
5. De Marfí J. Residencias, Centros de Día y Apartamentos Tutelados Públicos y Privados. En: Moragas R, editor. El Reto de la Dependencia al Envejecer. Barcelona: Herder; 1999. p. 231-53.
6. Op. cit. Defensor del Pueblo p. 68.