

# Políticas sobre Discapacidad y Dependencia. Coberturas y tipo de prestación. Formas de financiación

(Policies on Disability and Dependency. Coverage and types of services. Forms of financing)

Aguirre Elustondo, José Antonio  
Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria. Sancho el Sabio, 35  
20010 Donostia

BIBLID [1577-8533 (2006), 7; 75-80]

Recep.: 11.07.05  
Acep.: 13.12.05

---

*El autor analiza, en este artículo, el concepto de la dependencia y de la atención sociosanitarias así como la población diana de las mismas. Aborda además, los diferentes sistemas de protección de la dependencia, la forma de implementar las mismas así como su financiación, haciendo una mención especial al sistema de copago y su significado.*

*Palabras Clave: Dependencia y atención sociosanitarias. Coste. Sistemas de protección. Financiación. Copago.*

*Artikulu honetan, egileak mendekotasuna eta arreta soziosanitarioa kontzeptuak aztertzen ditu, bai eta adigai horien xede populazioa ere. Horretaz gainera, mendekotasunetik babesteko sistema desberdinei ekiten die, bai eta horiek ezarri eta finantzatzeko moduari ere, baterako koor-dainketa sistema eta horren esanahia bereziki aipatzen direlarik.*

*Giltza-Hitzak: Mendetasuna eta arreta soziosanitarioak. Kostua. Babesteko sistemak. Finantzatzea. Baterako ordainketa.*

*L'auteur analyse, dans cet article, le concept de la dépendance et de l'attention socio sanitaires ainsi que la population concernée par ce concept. Il aborde, de plus, les différents systèmes de protection de la dépendance, la façon de les mettre en application ainsi que leur financement, mentionnant spécialement le système de copago et sa signification.*

*Mots Clés: Dépendance et attention socio sanitaires. Coût. Systèmes de protection. Financement. Copago.*

El campo conceptual de la discapacidad y en especial de la dependencia está poco definido y sus límites están difuminados. Nosotros nos vamos a referir a la dependencia de carácter sociosanitario y aceptamos como término genérico de dependencia la definida por del Consejo de Europa en 1998: *Son personas dependientes quienes por razones ligadas a la falta o pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de una asistencia y/o una ayuda importante para la realización de las actividades de la vida diaria*, entendidas éstas como el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial y los actos relacionales. Esta **ayuda importante** se convierte en **ayuda de otra persona** en los países con los servicios sociales desarrollados. La dependencia no siempre va acompañada de una enfermedad, de forma que la persona dependiente no siempre necesita cuidados sanitarios sino que le son suficientes los de carácter social, como les ocurre a numerosas personas con discapacidad física o de carácter sensorial (personas con ceguera o sordera por ejemplo). Sin embargo, en la mayoría de los dependientes el origen de su dependencia radica en una enfermedad crónica, que exige cuidados sanitarios de larga duración al tiempo que necesita apoyo social. Es lo que denominados **dependencia sociosanitaria**.

Por ello, *la atención sociosanitaria 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* (Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud).

El ámbito sociosanitario no se define en función de los recursos de que dispone o del tipo de servicios que ofrece sino en función del tipo de clientes/pacientes que precisan simultáneamente atenciones sanitarias y sociales. El ámbito no se define por la oferta sino por la demanda. Todos los destinatarios de atenciones sociosanitarias son, por lo tanto enfermos, generalmente crónicos o asimilados, con dependencia social. Los principales colectivos que presentan necesidades sociosanitarias son los siguientes:

- Personas mayores con dependencia (funcional, demencias etc.).
- Personas con discapacidad física, psíquica o intelectual invalidante.
- Personas con problemas de salud mental.
- Personas con enfermedades somáticas crónicas o invalidantes (daño cerebral, neurodegenerativas etc.).
- Personas con enfermedades terminales.
- Otros colectivos en riesgo de exclusión (menores en situación de desprotección, mujeres víctimas de violencia de género, etc.).

Podemos señalar que los colectivos más tradicionalmente clientes de los servicios sociales (personas mayores y discapacitados) tienen sus necesidades sociosanitarias bastante bien cubiertas, aunque existen áreas claramente mejorables, mientras que otros colectivos más reducidos pero con severos niveles de dependencia como las personas con enfermedades neurodegenerativas, con daño cerebral sobrevenido, en coma vegetativo persistentes o menores desprotegidos con problemas de conducta presentan mayores carencias.

A modo de panorámica general podemos indicar que el 93,7 por 100 de las personas que necesitan cuidados de larga duración permanecen en sus domicilios y sólo una pequeña minoría, el 6,3 por ciento, está ingresado en algún tipo de servicio residencial, público o privado. En este escenario, no es de extrañar que el soporte principal de las personas con dependencia social sea, mayoritariamente y por gran diferencia, la familia y su entorno social, ya que el 83,1 por 100 de las personas dependientes que viven en sus domicilios reciben exclusivamente ayuda del apoyo informal. Y si bien, cerca del 17 por 100 recibe cuidados formales, de ellos 11 puntos corresponden a personas en las que el apoyo informal también está presente. El porcentaje de individuos que únicamente recibe cuidados formales, públicos o privados, en el hogar, apenas supera el 4,5 por 100 del total. Por ello, la reducción de la capacidad de apoyo de las familias va alterar radicalmente el panorama actual de la atención al dependiente.

Por otra parte, hay que subrayar que no existen servicios sociosanitarios, de carácter específico, sino que en la atención sociosanitaria se distinguen claramente los dispositivos que proporcionan prestaciones sanitarias, es decir, servicios sanitarios, y los que prestan atenciones sociales, es decir, servicios sociales, actuando ambas de forma simultánea y coordinada. Existe, por tanto, la atención sociosanitaria pero no existen servicios sociosanitarios, diferentes de los sanitarios y de los sociales.

Las prestaciones que componen la oferta social para las personas con necesidades sociosanitarias abarcan, en principio, todo el abanico de la cartera disponible de servicios desde las ayudas técnicas hasta los servicios residenciales permanentes. Lo mismo sucede en el campo sanitario donde estas personas disponen de toda la cartera de prestaciones desde los de carácter agudo hasta las de larga estancia. Sin embargo las prestaciones más habituales y características de la atención sociosanitaria son la atención residencial y domiciliaria así como los centros de día y las unidades de psicogeriatría, en el campo social y las que proporcionan las unidades de convalecencia, de rehabilitación con pacientes con déficit funcional recuperable, de enfermos terminales, así como la asistencia domiciliaria y la atención sanitaria a los centros, dispositivos y programas sociales en el campo sanitario. Existen claras áreas de mejora en el campo sanitario como pueden ser la atención médica y de enfermería a domicilio y a algunos servicios residenciales o a los colectivos emergentes como las personas con enfermedades neurodegenerativas, con daño cerebral sobrevenido o en coma vegetativo persistente.

El coste de la atención sociosanitaria tiene dos componentes claramente diferenciados que denominamos módulo de coste sanitario y módulo de coste social, siendo al coste total la suma de ambos. El módulo sanitario comprende el derivado del coste del personal sanitario que efectúa la prestación, del material sanitario y de los medicamentos mientras que el social abarca el coste del personal no sanitario, el coste del alojamiento, los gastos en programas de ocio y relacionales y los de mantenimiento del centro.

En la actualidad, en la Comunidad Autónoma del País Vasco, la financiación de la atención sociosanitaria sigue modelos similares en los tres Territorios Históricos, aunque en su aplicación presentan notables diferencias. Los principios inspiradores son los siguientes:

- El coste sanitario o módulo sanitario es financiado íntegramente por el Departamento de Sanidad excepto en lo referente a los medicamentos que sigue su normativa específica dado que el derecho a la servicios sanitarios es un derecho universal, subjetivo y gratuito.
- El coste social o módulo social es financiado entre el usuario y la Diputación Foral correspondiente, porque los servicios sociales son prestaciones que no se basan en un derecho subjetivo y son, en cierta medida gratificables. La Diputación cubre con una subvención la diferencia resultante entre la aportación del usuario, en función de sus recursos económicos y el importe total del módulo social. Las Diputaciones asumen esta función financiadora porque la normativa vigente en la CAPV les responsabiliza del cuidado de las personas dependientes.

Es decir, que mientras la atención sanitaria es, podíamos decir, gratuita y derivada de un derecho subjetivo, la atención social no lo es al ser gratificable y existir el **copago**. Estas diferencias en su exigibilidad y en la forma de financiación de las prestaciones sociales y de las sanitarias provoca profundas disfunciones en el campo sociosanitario y en la fluidez de sus relaciones.

La aplicación real de estos principios al módulo social, es decir al **copago**, genera numerosas diferencias e inequidades interterritoriales de los que mencionaremos los dos más importantes:

- Cada Territorio Histórico dispone de su propia herramienta para medir la dependencia y su grado, con lo que personas que se califican de dependientes en un Territorio, y por tanto están bajo la responsabilidad de las Diputaciones Forales, pueden convertirse en autónomas si se desplazan a otro Territorio, al medir su situación con un instrumento diferente, y su cuidado será responsabilidad del municipio donde reside. La situación es reversible y puede darse el caso de que la persona autónoma en un Territorio sea calificada de dependiente en otro.
- Las fórmulas para el cálculo de la aportación del usuario son también diferentes en cada Territorio, de manera que dos personas con igual situación económica de rentas y patrimonio, abonarán cantidades diferentes por una prestación idéntica en función de su ubicación residencial.

A corto plazo, el panorama puede cambiar sustancialmente en lo que se refiere al campo social al estar previsto que la cobertura de la dependencia sea un derecho subjetivo, encuadrado dentro del sistema público de protección social. Para afrontar el reto que supone la atención a las personas con dependencia, el sistema público, sea cual sea su modalidad, debe cumplir dos condiciones: 1) La posibilidad de que todas las personas puedan disfrutar, llegado el momento, de los beneficios establecidos previamente y 2) La obligación de todos los ciudadanos de contribuir a la financiación del sistema.

En la actualidad existen, básicamente, dos sistemas de protección:

- **A través de la Seguridad Social:** Se financia y se gestiona en el marco de la Seguridad Social como una prestación más, contributiva o no, dentro del sistema. También reconoce el derecho subjetivo a las prestaciones de acuerdo con sus necesidades y en el marco legal previsto.
- **A través de un sistema general para la dependencia:** El sistema proporciona un conjunto de prestaciones y servicios que garantizan, en las mismas condiciones para todos los ciudadanos, la protección de las personas en situación de dependencia. Los principios que rigen esta modalidad son, entre otros, los siguientes: 1) Universalidad de la prestación; 2) Carácter público de la prestación, independientemente de las formas de financiación; 3) Igualdad de acceso al derecho y 4) Cofinanciación por parte de los usuarios.

Existen argumentos a favor de uno u otro pero es opinión bastante aceptada que el sistema general garantiza mejor la universalidad y la equidad de la protección social a la dependencia.

Un sistema público universal de protección de la dependencia permitiría a los individuos dependientes y a sus familias no tener que asumir la totalidad de los sacrificios personales y económicos que comporta la situación y por otro tiene la posibilidad de distribuir, entre muchos, la financiación de los efectos negativos que comporta el riesgo de dependencia y evitar la **selección adversa** que presentan los seguros privados.

Existen muchas maneras de implementar un sistema de protección:

1) **Naturaleza de las prestaciones:** Pueden ser en especie (uso de de los servicios disponibles, como ocurre en los países nórdicos o en Japón) o en metálico (Alemania) proporcionando un **cheque dinerario** en función del grado de dependencia y en ocasiones también en relación con el nivel de rentas del afectado. Existen razones a favor y en contra de cada opción y su elección depende de las circunstancias concretas de cada territorio.

2) **Financiación del sistema:**

- **Países escandinavos (en especie):** 1) Aportación de los usuarios (**copago**) de los servicios en función del coste de éstos y de su nivel de

renta disponible y 2) El resto se financia con impuestos procedentes de todos los ciudadanos.

- **Japón (en especie):** 1) Una aportación (**copago**) fija, independientemente de sus recursos, según los servicios utilizados y 2) Un 50 por 100 del resto, mediante impuestos generales y el otro 50 por 100 mediante contribuciones de los trabajadores activos menores de 40 años y de los pensionistas a la Seguridad Social (el 0,9 por 100 de sus salarios o pensiones).
- **Alemania (cheque monetario):** No existe **copago** y por tanto no hay aportación del usuario. La totalidad del gasto se financia con las contribuciones de las empresas (el 1,7 por 100 de la nómina aportando al 50 por 100 los trabajadores en activo y los empresarios) y de los pensionistas (1,7 por 100 de su pensión).

La principal diferencia entre los diferentes sistemas de financiación es la existencia o no de **copago**. Deben analizarse en profundidad las implicaciones de la existencia o no de aportación del usuario ya que cualquiera de los sistemas de prestaciones, monetaria o en especie, es compatible con el **copago** que puede constituir una fuente importante de financiación y de redistribución de cargas.

El Estado, por su parte debe establecer las fuentes de financiación para la parte que le corresponde, exista o no **copago**. Entre las diferentes posibilidades citamos alguna de ellas:

- Eliminar las actuales deducciones en el IRPF por persona mayor a cargo (ascendientes, personas con discapacidad etc.).
- Aumentar ligeramente las cotizaciones sociales y reducir la cuantía actual de las pensiones excepto las contributivas.
- Aumentar el tipo de gravamen del impuesto de sucesiones y donaciones. La aportación se aplaza y lo abonan los herederos.

La implementación de un sistema de protección social a la dependencia presenta, por tanto, diferentes alternativas según se plantee o no el **copago**, las prestaciones sean en especie o monetarias y si su gestión se desarrolla en el marco de la Seguridad Social o en un Sistema General. En cualquiera de los casos, para que un sistema de protección social de la dependencia sea efectivo debe ser de carácter universal y equitativo tanto en el acceso a sus prestaciones como en su financiación.