

ESTUDIOS DE I+D+I

Número 36

Alternativas de la cofinanciación de los costes de dependencia en España

Autor: Bolancé Losilla, Catalina, et al.

Filiación:

Contacto:

Convocatoria: 2005

Para citar este documento:

BOLANCÉ LOSILLA, Catalina (2006). "Alternativas de la cofinanciación de los costes de la dependencia en España". Madrid, IMSERSO, *Estudios I+D+I*, nº 36. [Fecha de publicación: 01/08/2007]. <<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-estudiosidi-36.pdf>>

Resumen

Este proyecto tiene por objeto estudiar el coste de la dependencia y el establecimiento de mecanismos que permitan garantizar a las familias un complemento privado a los servicios de cuidados de carácter público, o el copago de los mismos.

Utilizando los datos que proporciona la Encuesta de Discapacidades, Dependencia y Estado de Salud (INE, 1999), se pretende examinar el coste esperado de cuidados tomando como base el cálculo de la esperanza de vida residual desagregada según grados de discapacidad (siguiendo la investigación previa del equipo solicitante). A partir de la predicción de la duración esperada distinguiendo grados de severidad, y las magnitudes de coste asociadas a cada nivel de dependencia, se puede estimar la financiación necesaria. Con la metodología desarrollada, se va a poder calcular el porcentaje de cobertura que representaría cada alternativa de acción pública respecto al gasto total esperado y, en consecuencia, las necesidades de financiación complementaria. El enfoque utilizado será microeconómico, lo que va a permitir estimar el coste a nivel individual.

Los productos aseguradores pueden cubrir las demandas que no queden financiadas por el sistema público. Dado que la acción privada podría establecerse tanto en servicios como en forma de retribución económica, se analizarán ambas alternativas, así como la forma de incentivar su contratación.

Dos son los resultado finales que se espera obtener. Por un lado, una metodología que permita calcular el coste esperado de la demanda de cuidados que no satisface la prestación pública y diseñar un sistema asegurador complementario. Por otro, un diagnóstico y propuesta sobre cómo la iniciativa privada puede apoyar la creación y sostenibilidad del Sistema Nacional de Dependencia.

ALTERNATIVAS DE COFINANCIACIÓN DE LOS COSTES DE LA DEPENDENCIA EN ESPAÑA

Bolancé Losilla, Catalina (directora)

Equipo investigador:

Abad Romero, Pilar
Artis Ortuño, Manuel
Ayuso Gutiérrez, Mercedes
Blay Berrueta, Daniel
Bermúdez Morata, Lluís
Guillen Estany, Montserrat
Mustafa Gondolbeu, Kamal
Pérez Marín, Ana María
Santolino Prieto, Miguel
Solé Auró, Aïda

Diciembre de 2006

Informe final del proyecto presentado a la convocatoria de ayudas I+D del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (BOE de 17 de junio de 2005)

RESUMEN: OBJETIVOS, METODOLOGÍA Y ESTRATEGIAS DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

La creación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) se ha basado en la universalidad en la prestación, su carácter público, la igualdad en el acceso, valoración y reconocimiento único en toda España, gestión descentralizada (tanto en comunidades como ayuntamientos), financiación compartida por el Estado, Comunidades Autónomas (CC.AA.) y ayuntamientos, participación de los ciudadanos en el pago de servicios, de acuerdo con sus recursos, prestación preferente de servicios antes que económica, y compatibilidad en la prestación pública de servicios y la acción concertada con la iniciativa privada.

Bajo la premisa de cofinanciación de los cuidados de larga duración, cabe determinar cuáles son las alternativas de previsión que puede ofrecer la iniciativa privada. Este trabajo de investigación tiene por objeto estudiar el coste de la dependencia y el establecimiento de mecanismos que permitan garantizar a las familias un complemento privado a los servicios de cuidados de carácter público o el copago de los mismos.

Utilizando los datos que proporciona la Encuesta de Discapacidades, Dependencia y Estado de Salud (INE, 1999) y proyecciones de la misma a horizonte 2010, se pretende examinar el coste esperado de cuidados tomando como base el cálculo de la esperanza de vida residual desagregada según grados de discapacidad (siguiendo la investigación previa de los autores, pero adecuando a la categorización por severidades establecida en el Libro Blanco de la Dependencia). A partir de la predicción de la duración esperada distinguiendo grados de severidad, y las magnitudes de coste asociadas a cada nivel de dependencia, se puede estimar la financiación necesaria. Se asume que la prestación de carácter público requerirá una certificación o reconocimiento del grado/nivel de dependencia pero todavía no se han establecido qué modalidades de prestación pública van a ser objeto de ayudas públicas, aunque la reciente ley propone que sean los casos de mayor gravedad los que prioritariamente reciban el apoyo del sistema público. Con la metodología desarrollada, se puede calcular el porcentaje de cobertura que representaría cada alternativa de acción pública respecto al gasto total esperado y, en consecuencia, las necesidades de financiación complementaria. El enfoque utilizado en este trabajo es microeconómico, lo que va a permitir estimar el coste a nivel individual.

Los productos aseguradores pueden cubrir las demandas que no queden financiadas por el sistema público, evitando que el individuo tenga que recurrir a su patrimonio o al apoyo de sus familiares. Los seguros de dependencia así concebidos constituyen un elemento de previsión y ahorro para la vejez. Dado que la acción privada podría establecerse tanto en servicios como en forma de retribución económica, analizaremos ambas alternativas, así como la forma de incentivar su contratación.

Dos son los resultados finales que se obtienen. Por un lado, una metodología sencilla permite aproximar el coste individual esperado de la demanda de cuidados que no satisface la prestación pública y apuntar en qué forma hay que diseñar un sistema asegurador complementario. Por otro, un diagnóstico y propuesta sobre cómo la iniciativa privada puede apoyar la creación y sostenibilidad del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

Palabras clave: Dependencia, cofinanciación pública y privada, seguro de dependencia.

ÍNDICE

1. Capítulo 1. Dependencia en España	6
1.1. El sistema nacional de dependencia.....	8
1.1.1. ¿Qué se entiende por dependencia?.....	10
1.1.2. Estimación de la población española dependiente.....	11
1.1.3. El Modelo español de protección social de la dependencia.....	12
1.1.4. Valoración de la dependencia.....	15
1.1.5. Prestaciones del Sistema Nacional de Dependencia.....	17
1.1.6. Catálogo de servicios del Sistema Nacional de Dependencia.....	18
1.1.7. Relación entre el Sistema Nacional de Dependencia y el Sistema Sanitario.....	19
1.1.8. Organización y gestión del Sistema Nacional de Dependencia.....	21
2. Capítulo 2. Recursos destinados a la dependencia	23
2.1. Introducción.....	23
2.2. La financiación del sistema.....	24
2.3. Análisis del gasto de la dependencia en España.....	25
2.4. El sistema francés.....	27
2.5. El sistema alemán.....	29
2.6. La cobertura de los diferentes servicios sociales en España, Francia y Alemania.....	30
2.6.1. Índices de cobertura en España.....	31
2.6.2. Índices de cobertura en Francia y Alemania.....	32
2.7. Coste de atención a la dependencia en España utilizando las prestaciones de dependencia que establecen los sistemas francés y alemán.....	33
2.8. Conclusiones.....	34
3. Capítulo 3. Estimación del coste individual de cuidados de larga duración.	38
3.1. La definición de dependencia utilizada para el cálculo de costes.....	40
3.2. Coste de los cuidados de larga duración.....	41
3.3. La probabilidad de ser dependiente: un modelo actuarial de múltiples estados.....	43
3.4. Cálculo actuarial del coste de la dependencia.....	47
3.5. Resultados.....	49
3.6. Conclusiones.....	57
4. Capítulo 4. Coste individual de cuidados de larga duración según gravedad de la dependencia	59
4.1. La probabilidad de adquirir una dependencia moderada, severa o gran dependencia.....	61
4.2. Cálculo actuarial del coste de la dependencia por niveles de severidad.....	68
4.3. Cuantificación del coste esperado de la dependencia en España, por niveles de severidad.....	71
4.3.1. Valor actual actuarial de los costes de CLD para un individuo de edad x hasta su fallecimiento, sin incluir diferenciales de mortalidad entre la población discapacitada y no discapacitada.....	72
4.4. Apéndice al capítulo 4.....	83

5. Capítulo 5. Instrumentos de financiación de rentas en la vejez	86
5.1. Introducción.....	86
5.2. El Seguro de Dependencia	87
5.2.1. Modelo Impositivo	90
5.2.1.1. Suecia	90
5.2.1.2. Dinamarca.....	90
5.2.1.3. Luxemburgo	91
5.2.1.4. Holanda.....	91
5.2.1.5. Reino Unido	91
5.2.1.6. Japón	92
5.2.2. Modelo Contributivo	92
5.2.2.1. Alemania	92
5.2.2.2. Austria.....	93
5.2.2.3. Francia	93
5.2.3. Modelo Privado	94
5.3. ¿Y en España?	94
5.3.1. Tarificación del Seguro de Dependencia	96
5.4. La hipoteca inversa	99
5.4.1. Reino Unido	101
5.4.2. Estados Unidos.....	103
5.5. Otras alternativas	104
5.5.1. La hipoteca pensión.....	104
5.5.2. La vivienda pensión	104
5.5.3. La cesión para alquiler	105
5.6. Discusión.....	105
6. Capítulo 6. Conclusiones.....	108
7. Capítulo 7. Bibliografía	113

CAPÍTULO 1

DEPENDENCIA EN ESPAÑA

El envejecimiento demográfico que se produce actualmente en España ejerce un enorme impacto en su sistema económico y social. Las perspectivas sobre las necesidades futuras en materia de pensiones, gasto sanitario y asistencial no pueden desligarse de los impactos recientes que ha sufrido la composición de la pirámide poblacional española. Los debates sobre la sostenibilidad y necesidades futuras del gasto asociado a la vejez se inclinan hacia modalidades de cobertura mixtas, en las que el sector privado garantice prestaciones complementarias.

Son escasos los estudios que abordan las bases técnicas necesarias para la construcción de los seguros para la vejez en España, y según nuestra información, inexistentes aquellos que incorporan datos recientes sobre los shocks demográficos debido a las inmigraciones que ha sufrido España durante la última década.

La previsión de las variaciones de longevidad en cohortes futuras y el rendimiento de la inversión financiera de las primas o pagos efectuado, rigen el cálculo de las rentas vitalicias. El seguro de dependencia proporciona una cobertura frente a la incapacidad del asegurado de cuidar de sí mismo o, equivalentemente, de realizar las actividades normales diarias sin la ayuda de una tercera persona. Para construir el seguro de dependencia se distinguen niveles de discapacidad y se contabilizan los gastos (principalmente asistenciales) que cada nivel de discapacidad requiere. Dada la reciente creación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), cabe esperar que se establecerá una cobertura universal de parte de las necesidades, aunque sujeta a certificación del grado de dependencia.

Se puede cuestionar la necesidad de establecer seguros de dependencia privados bajo el argumento de que un anciano cuya renta sea suficiente podrá hacer frente a

sus gastos de asistencia. Ello fomentaría los planes de pensiones privados. Sin embargo, la administración no puede eludir ni el incremento de la demanda de servicios asistenciales públicos que va a generarse por el aumento de la longevidad de la población y de sus efectivos, ni las nuevas estructuras familiares que provocan un mayor número de hogares donde los ancianos residen solos y no disponen de suficientes recursos económicos. La actual precariedad en las coberturas de dependencia genera un problema añadido: el anciano debe asumir el riesgo mediante sus propios recursos económicos ante una eventual pérdida de funcionalidades que requiera cuidados especiales y le impida valerse por sí mismo. Uno de los objetivos de nuestro proyecto es delimitar los productos aseguradores de renta y dependencia: en los primeros se pretende proporcionar una pensión (siendo el momento de inicio de la percepción fijado de antemano); y en los segundos, satisfacer la demanda de cuidados de larga duración (donde el inicio de las necesidades es un fenómeno aleatorio).

En EE.UU. existe ya una larga tradición de los seguros llamados "*Long Term Care*", en los que se contrata la asistencia a domicilio o en un centro cuando el nivel de autonomía de la persona decrece.

Dado que la acción privada va a considerarse una parte del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), deben diseñarse instrumentos que permitan evaluar la calidad de las ofertas de prestaciones y garantizar su transparencia. La coyuntura económica actual ha puesto de manifiesto como las modalidades mixtas (público-privadas) pueden suponer un mayor grado de bienestar, aunque es imprescindible garantizar su sostenibilidad.

Nuestro principal objetivo a largo plazo es evaluar las prestaciones públicas que van a establecerse mediante el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) y valorar el nivel de co-financiación que a nivel individual se requiere para cubrir el riesgo de longevidad y dependencia, simultáneamente, para aquellos estados (posiblemente los de severidad más moderada) que no se puedan asumir mediante los mecanismos establecidos en el sistema público.

Los datos estadísticos disponibles actualmente en España permiten realizar estimaciones de cuáles son las perspectivas de longevidad y cuáles son las demandas previsibles de cuidados asistenciales. Las estadísticas de base cubren todo el territorio español y permiten tener en cuenta las tasas de mortalidad, las deficiencias y

discapacidades de la población de mayor edad y las series de migración registradas en los últimos años.

Los resultados que se presentan previsiblemente van a proporcionar mayor conocimiento sobre cómo plantear satisfactoriamente el papel de la iniciativa privada en el seguro de cuidados de larga duración.

1.1 EL SISTEMA NACIONAL DE DEPENDENCIA

El 30 de noviembre de 2006 el Pleno del Congreso aprobó el Proyecto de Ley de Autonomía Personal y atención a las Personas en Situación de Dependencia de 21 de abril de 2006 que fue aprobado por parte del Consejo de Ministros. La Ley dará paso a la creación del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), el cual se pone en marcha progresivamente a partir del 1 de Enero de 2007 hasta su total implantación en 2015. En el primer año de aplicación, el Sistema beneficia a unas 200.000 personas en situación de gran dependencia, del total de 1.125.190 personas dependientes que había en España en el año 2005 según las estimaciones del Libro Blanco de la Dependencia (MTAS, 2005).

Con esta Ley, se establecerá en España un nuevo derecho universal y subjetivo de ciudadanía que garantiza atención y cuidados a las personas dependientes (personas mayores y personas con discapacidad que no se pueden valer por sí mismas). También incluye a las personas con discapacidad intelectual, con enfermedad mental y a los menores de tres años con graves discapacidades. Con el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) se pretende configurar el cuarto pilar del Estado del Bienestar, tras el Sistema Nacional de Salud, el sistema educativo y el sistema de pensiones, que fueron desarrollados en la década de los ochenta.

Para financiar este Sistema, la Administración General del Estado aportará unos 12.600 millones de euros entre 2007 y 2015. Las Comunidades Autónomas deberán realizar una aportación similar, a la que se sumarán las aportaciones realizadas por los propios usuarios en concepto de copago, que se establecerán en función de su renta y patrimonio. La aportación media de cada usuario se situará entre el 30 y el 50%, hasta un máximo del 90% para aquellos usuarios que se lo puedan permitir. Se establecerá una renta mínima (aún no fijada), consensuada entre el Estado y las Comunidades

Autónomas, por debajo de la cual el usuario no tendrá que realizar ninguna aportación. El objetivo es pasar del 0,33% del PIB que se dedica en la actualidad a la dependencia a más del 1% en 2015. Por otra parte, aquellas personas que opten por contratar un seguro privado de dependencia obtendrán beneficios fiscales.

La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia supondrá una ampliación de las prestaciones y recursos públicos destinados a la población en situación de dependencia. No obstante, no tendrá el grado de universalidad que muchos sectores demandaban. La Ley sería universal si toda la población pudiera ser beneficiaria de la prestación que se determine, independientemente de su nivel de renta. La incorporación del concepto de copago implica que el usuario asumirá una parte del coste del servicio que reciba y, por lo tanto, el grado de universalidad no es el máximo posible.

Por otro lado, la Ley prevé incrementar de forma significativa los servicios de ayuda domiciliaria, el número de plazas residenciales para personas en situación de gran dependencia, y el servicio de teleasistencia para aquellos individuos que residan en sus hogares. Si bien es cierto que en estos últimos años se ha realizado un importante esfuerzo en materia de servicios sociales destinados a la atención de las personas mayores en situación de dependencia, ese crecimiento ha sido claramente insuficiente con el que ha experimentado el número de personas mayores que tienen necesidades de apoyo personal y con la evolución ocurrida en los modelos familiares. Por ejemplo, el índice de cobertura de las plazas residenciales se sitúa en el 13% en Dinamarca, frente al 3,77% en España. En cuanto al índice de cobertura de los servicios domiciliarios, en Dinamarca alcanza el 31% y en España se sitúa en el 3,12%.

A continuación, basándonos en el Libro Blanco de la Dependencia (MTAS, 2005) y en el texto de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, desarrollamos algunos de los aspectos que acabamos de comentar. Haremos hincapié en aquellos que resultan imprescindibles para la comprensión de los capítulos venideros.

1.1.1 ¿Qué se entiende por dependencia?

Existe consenso para aceptar como válida la definición de dependencia realizada por el Consejo de Europa: “aquel estado en que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria”.

De la anterior definición se deduce que una persona se considera en situación de dependencia si concurren tres factores: la existencia de una limitación física, psíquica o intelectual que merma determinadas capacidades de la persona, la incapacidad de la persona para realizar por sí mismo las actividades de la vida diaria¹, y la necesidad de asistencia o cuidados por parte de un tercero.

Si bien existe consenso en la definición, no lo existe a la hora de determinar qué actividades son consideradas básicas, en otras palabras, qué actividades darían derecho a la prestación de dependencia. Tampoco existe consenso en la determinación de los distintos niveles de dependencia. Aunque la reciente Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia trata estos aspectos, lo hace de un modo muy genérico por lo que el umbral de entrada en el sistema y los niveles del mismo son los dos temas más importantes a resolver a la hora de implementar el SAAD (MTAS, 2005). Por otro lado, hay que definir, de un modo más concreto de lo que la Ley recoge, la cuantía de las prestaciones y la frecuencia de los servicios de atención.

Tal y como considera el Libro Blanco de la Dependencia (MTAS, 2005), en el caso español, se considera que una persona es dependiente cuando no puede realizar sin ayuda algunas de las actividades básicas de la vida diaria relacionadas con el cuidado personal, la movilidad dentro del hogar o las funciones mentales básicas. Además, la clasificación de la dependencia se establece en tres grados (moderada, severa y gran dependencia). La dependencia moderada incluye a todas aquellas personas que necesitan ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos

¹ Las actividades de la vida diaria consideradas, quedan recogidas en la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES), realizada en 1999 por parte del Instituto Nacional de Estadística (INE), en colaboración con la fundación ONCE y el IMSERSO. Dichas actividades están relacionadas con la movilidad en el hogar, con las tareas domésticas, con actividades relativas al cuidado personal, y con la movilidad extradoméstica.

una vez al día. Se considera que una persona tiene dependencia severa cuando necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, dos o tres veces al día, pero no requiere la presencia permanente de un cuidador. En caso de requerir dicha presencia, la persona presenta el grado de gran dependencia, que también denominaremos grado de dependencia total.

El sistema propuesto en el párrafo anterior parece adecuado por lo que se desprende de la literatura existente en el tema y de la comparación con aquellos países de nuestro entorno que ya iniciaron sus sistemas de dependencia. Finalmente, también cabe plantearse la posibilidad de incorporar niveles dentro de un mismo grado, con el objetivo de ajustarse mejor a las necesidades de las personas dependientes.

1.1.2 Estimación de la población española dependiente

Según las estimaciones del Libro Blanco de la Dependencia (MTAS, 2005), el número de personas que había en España en 1999 con dependencia moderada, severa y total para realizar alguna de las actividades básicas de la vida diaria² era de 959.890. Los datos se extraen de la información que proporciona la Encuesta de Discapacidades, Dependencia y Estado de Salud (EDDES, INE 1999). Más concretamente, el 53,6% de la población dependiente lo es de manera moderada, el 31,7% presenta dependencia severa y el 14,7% gran dependencia. Dichos porcentajes son similares a los porcentajes de la población protegida por el sistema alemán.

Además, también se tienen en cuenta dos grupos más, que incluyen a las personas que tienen dificultades para realizar tareas domésticas y/o discapacidad moderada. Este colectivo se estima en 1.526.432 personas. El Libro Blanco propone, y la Ley así lo recoge, que estas personas puedan tener derecho a servicios sociales en el caso de que no tengan derecho a recibir prestación del SAAD.

² Como actividades básicas de la vida diaria se incluyen: lavarse y asearse; mantener la higiene personal relacionada con los procesos de excreción; vestirse y desvestirse; comer y beber; cambiar las posiciones del cuerpo; levantarse y acostarse; desplazarse dentro del hogar; reconocer personas y objetos y orientarse; y entender y ejecutar órdenes y/o tareas sencillas.

La mayoría de las personas dependientes en España tienen más de 65 años. Según los expertos que elaboraron el Libro Blanco de la Dependencia, más del 80% de las personas que no se pueden valer por sí mismas en nuestro país supera esta edad.

Por ello, el proceso de envejecimiento demográfico será el factor que más afecte a la evolución futura de la población dependiente. La dinámica de este proceso, viene determinada por la estructura de la población española. Así pues, durante la década actual, aumentará de forma importante el número de personas por encima de los 75 años debido al envejecimiento y, se reducirá ligeramente el número de personas entre 65 y 75 años debido al descenso de nacimientos que hubo durante la guerra civil española. En cambio, durante la siguiente década, aumentará más el grupo de personas entre 65 y 75 años que el grupo de personas mayores de 75 años.

Por otro lado, es previsible que haya una reducción en la tasa de prevalencia, debido a una mejora de los niveles de salud y a la conciencia de los ciudadanos. Partiendo del supuesto de que la tasa de prevalencia se reducirá de forma paulatina y será más perceptible en los niveles de menor gravedad, en el Libro Blanco de la Dependencia se construyen unas tablas con las proyecciones del número de personas dependientes que habrá en España en el periodo (2005-2020). En ellas puede apreciarse como la población dependiente aumenta para todos los niveles de severidad: se estima que las personas dependientes pasen de ser 1.125.190 en 2005 a 1.496.226 en 2020. Sin embargo, para el grado de dependencia moderada se estima que el aumento sea aproximadamente del 25%, muy por debajo del aumento considerado para el grado de gran dependencia, superior al 40%.

1.1.3 El Modelo español de protección social de la dependencia

Los modelos de protección social de la dependencia que existen, pueden agruparse en tres sistemas:

- De protección universal y financiación mediante impuestos. Es el modelo utilizado por los países nórdicos y Holanda.
- De protección a través del sistema de la Seguridad Social, es decir, mediante cotizaciones. Es el modelo utilizado por Alemania, Austria y Luxemburgo.
- Modelo de protección asistencial, dirigido a la población sin recursos. Es el utilizado en los países del sur de Europa.

La tendencia seguida por la mayoría de países de la Unión Europea, está encaminada hacia modelos de naturaleza universal, ya sean de carácter impositivo o de la Seguridad Social. En estos modelos, existe una parte de copago que corre a cargo del beneficiario.

El primero de los modelos, se basa en la idea de que el Estado debe cubrir las necesidades básicas de los ciudadanos. Por ello, la protección a la dependencia es una extensión de las prestaciones y servicios ya existentes. La cobertura es universal y, fundamentalmente, es un sistema de prestación de servicios. En su mayoría, son los proveedores públicos quienes prestan los servicios. La financiación es de carácter impositivo. Los países que han implantado este modelo, destinan a cuidados de larga duración entre un 2,6% y un 3% del PIB, por lo que, podemos concluir, que el sistema de protección universal es un modelo que tiene un coste muy elevado.

En el segundo modelo, para evaluar la situación de dependencia de un individuo se distingue entre diferentes niveles de gravedad y, en función del nivel de dependencia, se derivan distintas prestaciones monetarias y/o distintos servicios. Aunque el individuo puede optar entre prestaciones monetarias y servicios, se tiende a favorecer la prestación de servicios con el fin de ofrecer una atención más especializada a las personas en situación de dependencia. La figura del cuidador familiar tiene un tratamiento especial en este tipo de sistemas. El sistema se financia principalmente con cotizaciones a la Seguridad Social de los trabajadores en activo. También suele darse la financiación vía impuestos para cubrir las prestaciones no contributivas y equilibrar financieramente el sistema. El coste de este tipo de sistemas es menor que el coste del sistema de protección universal. Los países que lo han implantado, destinan a cuidados de larga duración entre un 1,2% y un 1,5% del PIB.

Por último, en el tercer modelo, el mayor peso de los cuidados recae sobre las familias, y en concreto, sobre las mujeres. Los cuidados están dirigidos a las personas sin recursos, y de ahí el importante déficit de recursos y los importantes desequilibrios territoriales. El problema de este sistema es que deja desprotegida a la clase media. No pueden acceder a los servicios de provisión pública por no cumplir los requisitos de acceso y no pueden permitirse acceder a tales servicios en el ámbito privado.

Durante los últimos años se han sucedido en España diferentes debates en relación con el modelo de protección de la dependencia que debería adoptarse. A pesar de que se ha producido una creciente demanda social, hasta la aprobación de la Ley de

Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia no existía una regulación a nivel estatal que sirviera como marco para garantizar derechos iguales para todos y que proporcionara los recursos suficientes para atender a las personas que se encuentran en situación de dependencia.

El Libro Blanco de la Dependencia (MTAS, 2005) contribuyó a clarificar el debate sobre el modelo a escoger. En primer lugar, considera los siguientes principios como básicos del futuro Sistema Nacional de Dependencia:

- Universalidad de la prestación
- Carácter público de la prestación
- Igualdad en el acceso al derecho
- Cofinanciación por parte de los usuarios

La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia se inspira en los mismos principios y, además, en la participación de todas las administraciones en el ejercicio de sus competencias.

A la hora de escoger entre un sistema de protección universal o de seguridad social, el Libro Blanco justifica que hay razones para avalar tanto uno como otro.

En cuanto al sistema de protección universal, argumenta que, al tratarse de una situación social y en algunos casos sociosanitaria, la forma de cubrir las necesidades de la población dependiente debería ser similar a la asistencia sanitaria, por lo que serían las Administraciones Públicas las que debería habilitar los servicios necesarios par cubrir tales situaciones.

En cuanto a la cobertura a través de una prestación del Sistema de la Seguridad Social, argumenta que la dependencia es una contingencia que puede producirse o no, por lo que solo un parte de la población se vería afectada. De esta forma, se crearía un fondo común con las cotizaciones para hacer frente a las situaciones de dependencia.

Según el Defensor del Pueblo (2000), “el sistema de protección de la dependencia debe englobarse en el ámbito de la Seguridad Social, con garantía de derecho subjetivo, con independencia de que la financiación se realice vía impositiva (prestaciones no contributivas) o vía cotizaciones sociales (sistema contributivo de la Seguridad Social)”. Existen otras organizaciones que se han manifestado en este mismo sentido (UDP, CEOMA, Edad y Vida, CCOO, UGT).

Finalmente, la Ley ha tenido en cuenta la recomendación del Libro Blanco: “La protección de la dependencia se considera que debe enmarcarse dentro del Sistema Público de Servicios Sociales, como cuarto pilar del sistema de protección del Estado del Bienestar, en el que se garantice unos servicios coordinados, suficientes y de calidad, y establezca el régimen de acceso real y efectivo a los mismos en toda España”.

La Ley reconoce un nuevo derecho de ciudadanía en España, universal, subjetivo y perfecto: el derecho de las personas que no se pueden valer por sí mismas a ser atendidas por el Estado, y garantiza una serie de prestaciones. Este derecho podrá ser exigido administrativa y jurisdiccionalmente.

Con el fin de promover la autonomía personal y garantizar la atención y protección a las personas en situación de dependencia en todo el territorio del Estado se constituirá el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas en el ejercicio de sus competencias.

Como instrumentos de cooperación para la articulación del sistema, se creará el Consejo Territorial del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia, y el Comité Consultivo del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia para hacer efectiva la participación institucional de las organizaciones sindicales y empresariales, además de las administraciones públicas (AGE, CC.AA. y entidades locales) en el sistema.

1.1.4 Valoración de la dependencia

Otro de los parámetros que definen un sistema de dependencia es la determinación mediante criterios objetivos de la condición de persona en situación de dependencia y del grado que presenta. Para ello, es necesario crear un baremo, de aplicación en todo el ámbito del Estado, y que debería ser aprobado por el Gobierno con el rango de normativa básica.

El Libro Blanco de la Dependencia (MTAS, 2005) sugiere que la valoración de la dependencia sea realizada por parte de equipos “ad hoc”, representados por miembros tanto de los servicios sociales como sanitarios. Para gestionar de forma adecuada la valoración de la dependencia, debe coordinarse los órganos de gestión de la CC.AA., del Centro de Salud y del Centro de Servicios Sociales municipal.

El concepto de dependencia debe incluir como descriptores esenciales: la necesidad e intensidad de ayuda requerida, las limitaciones graves en las actividades de auto cuidado y de movilidad dentro del hogar, y las enfermedades y deficiencias que originan la dependencia. En cada uno de los grados de dependencia (moderada, severa y gran dependencia), se establecerán dos niveles, en función de la autonomía de las personas y de la intensidad del cuidado que requiere.

Los grados y niveles de dependencia, a efectos de su valoración, se determinarán mediante la aplicación del baremo que se acuerde en el Consejo Territorial y que se apruebe reglamentariamente por el Gobierno.

El procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia se iniciará a instancias de los ciudadanos. A partir de 2007, todos los españoles que lo soliciten serán evaluados para determinar su grado y nivel de dependencia y las prestaciones a las que tienen derecho. Éstos serán evaluados por los órganos que designen las Comunidades Autónomas. El reconocimiento del derecho será expedido por la Comunidad Autónoma correspondiente y tendrá validez en todo el Estado.

Además, la valoración de la dependencia debería seguir los siguientes pasos:

1. Cumplimentar los correspondientes protocolos. Los profesionales acreditados deben visitar el hogar o residencia de la persona dependiente.
2. Realizar el baremo de los datos recogidos.
3. Valorar la dependencia según un sistema estatal para garantizar la uniformidad y equidad de las prestaciones.
4. Establecer el grado de la severidad de las limitaciones y de la intensidad de ayuda.

Una vez realizada la valoración, se puede determinar la cuantía de la prestación en función de la intensidad de ayuda que requiera el individuo. Además, podría realizarse una valoración periódica de las condiciones de salud del individuo, con el objetivo de evaluar la calidad y los resultados de los servicios que se le han prestado.

1.1.5 Prestaciones del Sistema Nacional de Dependencia

Según el Libro Blanco de la Dependencia (MTAS, 2005), debería considerarse beneficiarios tanto las personas mayores de 18 años que residan legalmente en España y se encuentren en situación de dependencia, como las personas que tengan a su cargo menores de 18 años que se encuentren en situación de dependencia.

Para hacer efectivas las prestaciones reconocidas a la persona en situación de dependencia (a partir de enero de 2007), los servicios sociales de las Comunidades Autónomas establecerán un Programa Individual de Atención.

En cuanto a la naturaleza de la prestación del SAAD, existen dos posibilidades: la prestación económica y la prestación de servicios. La primera consiste en que la persona dependiente reciba una cuantía económica para hacer frente a los gastos que se deriven de su situación de dependencia. La segunda consiste en la prestación de los servicios necesarios para tratar la dependencia. También cabe la opción de plantear un modelo mixto.

Si se tuviera en cuenta la primera alternativa, en caso de que no se disponga de la oferta pública de servicios que requiera el beneficiario en función de su grado y nivel de dependencia, el individuo recibiría una cuantía económica que debería ir destinada al pago de los servicios en el mercado privado. Por tanto, el beneficiario cobraría la prestación cuando se le hubiera prestado el servicio, o en su caso, el abono de la prestación podría realizarse directamente al prestador del servicio.

Por otro lado, el beneficiario puede optar, de modo excepcional y siempre que se den las circunstancias adecuadas para ello, por recibir la atención en el medio familiar (compensación económica por cuidados en el entorno familiar). En este caso, la cuantía de la prestación debería ser menor y el cuidador debería estar dado de alta en el régimen especial de autónomos o en el régimen específico que se determine, es decir, debería cotizar a la Seguridad Social por el número de horas que suponga la prestación del servicio.

Existe otra posibilidad de prestación económica, la prestación de asistencia personalizada. Tiene como finalidad la promoción de la autonomía de personas con gran dependencia. Su objetivo es contribuir a la contratación de una asistencia personalizada durante un número de horas, que facilite al beneficiario una vida más autónoma, el acceso a la educación y al trabajo, y el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria. Una vez aprobada la ley, se reconocerán las condiciones de acceso a esta prestación.

La cuantía económica de la prestación debe establecerse en función de la capacidad financiera del Sistema, de los costes de los servicios que necesite la persona, y del grado de dependencia del individuo. En el caso de dos personas con el mismo grado de dependencia, la cuantía podría variar según el servicio que necesite el beneficiario. Como puede verse en el Libro Blanco, existen diferentes modelos de determinación de dichas cuantías en Europa.

En la segunda alternativa propuesta (que el sistema se configure como una prestación de servicios), debería garantizarse la prestación de servicios a todas aquellas personas dependientes de forma similar a lo que sucede con los servicios sanitarios. Se asigna un centro a la persona en situación de dependencia en función de su domicilio, de su grado de dependencia, etc. A continuación se perfila el catálogo de servicios al que tienen derecho los beneficiarios del SAAD, según su grado y nivel de dependencia.

1.1.6 Catálogo de servicios del Sistema Nacional de Dependencia

a) Servicio de Prevención de las situaciones de dependencia

Programas y planes para fomentar actuaciones que aumenten la concienciación social respecto a la prevención de las situaciones de dependencia.

b) Servicio de Teleasistencia

Este servicio está dirigido, principalmente, a aquellas personas que viven solas, a las personas que solo necesitan ayuda de forma ocasional, y como complemento del servicio de ayuda a domicilio. Se basa en componentes tecnológicos y personales que permiten actuar de forma eficaz en caso de emergencia.

c) Servicio de ayuda a domicilio (SAD)

Es el conjunto de servicios realizados en el hogar de la persona dependiente, que tienen por objetivo atender sus necesidades domésticas y de cuidados personales y/o sanitarios, así como facilitar la realización de las actividades de la vida diaria. Puede distinguirse entre:

- Servicios relacionados con las tareas domésticas: limpieza, cocina, lavado, etc.
- Servicios relacionados con el cuidado personal, para que puedan realizar las actividades básicas de la vida diaria
- Servicios sanitarios de enfermería o cuidados específicos, por falta de movilidad y/o cronicidad de las enfermedades que padecen.

d) Servicio de Centros de Día y de Noche

Para cubrir necesidades familiares (rehabilitación, atención asistencial y personal) durante un determinado número de horas, con el objetivo de mantener a las personas dependientes dentro de su entorno familiar. Se distingue entre Centro de Día para mayores, Centro de Día para menores de 65 años, Centro de Día de atención especializada y Centro de Noche.

e) Servicio de Atención Residencial

Este tipo de servicios está destinado a todas aquellas personas que necesitan de atención permanente y la permanencia en su domicilio es muy difícil. Se puede prestar con dos niveles de atención:

- Servicios de Atención en Residencias Asistidas y Centros para personas con discapacidad física o psíquica.
- Servicios de Atención en Hospitales de Larga Duración

La prestación en este tipo de servicios puede tener carácter temporal o permanente.

1.1.7 Relación entre el Sistema Nacional de Dependencia y el Sistema Sanitario

En España, por el momento, no existe un modelo uniforme de prestación ni de coordinación de servicios sociales y sanitarios. Con el objetivo de adecuarse a las necesidades de los cuidados actuales, los servicios sanitarios y los servicios sociales deben organizarse y mejorar sus prácticas profesionales para facilitar la accesibilidad a los diferentes servicios y mejorar la interactividad entre servicios.

En la actualidad, la atención de las administraciones a las personas en situación de dependencia se presta desde el sistema sanitario y desde el ámbito de los servicios sociales con una cobertura claramente insuficiente y con importantes diferencias entre Comunidades Autónomas y entre las áreas urbanas y rurales.

Un sistema universal de atención sociosanitaria como el que se desea implementar en España mediante el impulso del SAAD debe implicar a los sistemas de servicios sociales y de salud, y dentro de cada sistema, los niveles administrativos estatal, autonómico y local. Sin embargo, la coordinación entre los distintos órganos y administraciones conlleva una gran complejidad. Según la nueva Ley, el SAAD se configurará como una red pública, diversificada, que integre de forma coordinada, centros y servicios, públicos y privados, debidamente acreditados.

Según el Libro Blanco de la Dependencia (MTAS, 2005), debería considerarse la creación de un mapa de sectores sociosanitarios, establecer una cartera de servicios para las prestaciones sociosanitarias, y regular los procedimientos, protocolos y normas de acceso a los servicios de atención sociosanitaria para garantizar los cuidados que requieren los usuarios del Sistema.

En la actualidad, las prestaciones sanitarias van dirigidas a la atención con fines curativos. Sin embargo, el aumento en la esperanza de vida de las personas mayores, la mayor supervivencia de personas con discapacidad y el envejecimiento demográfico, comportan nuevas demandas en la cobertura, el funcionamiento y la utilización de los servicios sanitarios. Tales demandas también implican una actuación paralela de apoyo por parte de los servicios sociales.

En resumen, el aumento en el número de personas dependientes comportará una mayor demanda de prestaciones sociales y/o sanitarias, que deben estar coordinadas para ofrecer una adecuada respuesta sociosanitaria.

Según el Libro Blanco, la atención sanitaria a las personas dependientes debe incluir:

- Los cuidados sanitarios de larga duración: destinado a pacientes que precisan de cuidados sanitarios por procesos crónicos o por tener reducido su grado de independencia funcional. Estos cuidados podrían proporcionarse en el hogar del paciente o requerir el internamiento del paciente durante un periodo de tiempo prolongado.

- La atención sanitaria a la convalecencia: destinado a personas que presentan limitaciones en su autonomía y requieren cuidados durante un periodo de tiempo limitado.
- La rehabilitación de pacientes con déficit funcional recuperable: su objetivo es recuperar la pérdida de autonomía y prevenir situaciones de discapacidad y dependencia.

1.1.8 Organización y gestión del Sistema Nacional de Dependencia

En primer lugar, deben distribuirse las competencias entre el Estado, las CCAA y las Corporaciones Locales, de acuerdo a la Constitución. También deberá tenerse en cuenta las prestaciones y servicios que actualmente se ofrecen a las personas dependientes que hay en España.

El Libro Blanco de la Dependencia (MTAS, 2005) plantea el reparto competencial en materia de dependencia entre las distintas Administraciones. Desde el MTAS se propone crear un Observatorio de la Dependencia. En él se realizarían una serie de estudios e investigaciones que servirían para difundir las experiencias de cada una de las Administraciones.

El Estado debería regular mediante una ley, los aspectos relacionados con el alcance y contenido del derecho a la atención de los dependientes, los beneficiarios y los sistemas de gestión y financiación, y la aprobación de los baremos de valoración de la dependencia. Con ello, el Estado debe garantizar la igualdad de acceso a la prestación y/o a los diferentes servicios del Sistema.

El Estado, en cooperación con las CCAA, debería aprobar el catálogo de servicios específicos para cada una de las prestaciones, actualizar los estándares de calidad para cada uno de los servicios, establecer los criterios de acreditación de los diferentes centros y servicios, e impulsar la formación de profesionales.

Por otro lado, se propone que sea competencia de las CCAA, valorar la dependencia mediante la aplicación del baremo aprobado por el Estado y reconocer el derecho a recibir la prestación. Además, deberían poner a disposición de los ciudadanos los centros y servicios que sean necesarios, potenciar los actuales equipos de valoración

de la discapacidad, crear el Registro de Centros y Servicios de Dependencia, crear los órganos de gestión administrativa para informar a los beneficiarios, inspeccionar y sancionar los incumplimientos sobre requisitos mínimos y estándares de calidad de los centros y servicios, y evaluar el funcionamiento del Sistema en su territorio.

Por último, las Corporaciones Locales deberían ser las responsables de gestionar los servicios y deberían facilitar la creación de nuevos centros y servicios.

La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, en sus artículos 9, 10, 11 y 12 establece la participación de la Administración General del Estado, de las Comunidades Autónomas y de las Entidades Locales en el Sistema. El reparto de competencias no difiere en lo esencial de lo propuesto por el Libro Blanco.

El desarrollo del SAAD será gradual, con el fin de acompañar el desarrollo de prestaciones con la creación de la infraestructura necesaria para ello. El desarrollo de todas las prestaciones (debido a la creación de infraestructuras de servicios) se realizará de forma progresiva durante ocho años. El primer año se reconocerá el derecho a acceder a las prestaciones a quienes sean valorados en el grado III (niveles 1 y 2); el segundo y tercer año, a quienes sean valorados en el grado II, nivel 2; el tercer y cuarto año, a quienes sean valorados en el grado II, nivel 1; el quinto y sexto año, a quienes sean valorados en el grado I, nivel 2; y, por último, el séptimo y octavo año, a quienes sean valorados en el grado I, nivel 1.

Por último, además de los beneficios sociales, la creación en España del SAAD supondrá una inversión eficiente, por su impacto social, económico y laboral. De hecho, según el Libro Blanco de la Dependencia y el informe FEDEA, en 2015 se habrán creado cerca de 300.000 empleos.

CAPÍTULO 2

RECURSOS DESTINADOS A LA DEPENDENCIA

2.1 INTRODUCCIÓN

España es uno de los países de la Unión Europea que en términos comparativos dedica menos recursos a la protección social. Los datos demográficos muestran como las infraestructuras y los recursos disponibles no son suficientes para garantizar el bienestar de las personas dependientes (IMSERSO, 2001 y 2004).

Por otra parte, mientras algunas situaciones de dependencia están protegidas de manera obligatoria, como por ejemplo las derivadas de accidentes laborales, las situaciones de dependencia derivadas de la edad o enfermedades no se están considerando adecuadamente. De este modo, en la mayoría de casos son las familias, y en especial las mujeres, las que se hacen cargo de atender a la población dependiente, lo cual dificulta y en ocasiones impide el desarrollo de la actividad laboral. En España, nada menos que el 83% de los cuidadores informales son mujeres.

En este contexto, la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia dará más protagonismo al papel que juega la atención domiciliaria para tener en cuenta las preferencias de las personas dependientes y al mismo tiempo mantener el máximo grado de autonomía de los afectados. En concreto, la prestación de servicios (ayuda a domicilio, teleasistencia, residencias,...) será prioritaria frente a las medidas sustitutivas (prestación económica o cuidado familiar). Las prestaciones económicas sólo se podrán conceder cuando no

sea posible el acceso al servicio público y, excepcionalmente, se podrá establecer una compensación económica por cuidados en el ámbito familiar siempre que se cumplan una serie de condiciones.

Por este motivo, es muy importante conocer los recursos que se destinan a la dependencia en España. El objetivo de este capítulo es presentar una estimación del coste de atención a la dependencia en el año 2005 en nuestro país. Para ello se han considerado las prestaciones de dependencia que determinan dos modelos que hoy por hoy constituyen un referente para el futuro Sistema Nacional de Dependencia: los modelos francés y alemán. No obstante, es necesario ser cautos a la hora de extraer conclusiones sobre las cuantías que deben financiarse públicamente, dado que el sistema francés es de reciente creación (Enero, 2002) y el modelo alemán ha presentado problemas de sostenibilidad económica en los primeros años de implantación.

Antes de presentar estas estimaciones, en el siguiente apartado describimos la financiación del futuro Sistema Nacional de la Dependencia según la Ley, para pasar posteriormente a analizar el gasto en dependencia en nuestro país y presentar estos dos sistemas de referencia: el francés y el alemán. Para finalizar, describiremos los índices de cobertura de los distintos servicios sociales en España, Francia y Alemania, y analizaremos los resultados de la estimación del gasto en dependencia en nuestro país bajo cada uno de estos dos modelos de referencia.

2.2 LA FINANCIACIÓN DEL SISTEMA

El Sistema Público no puede garantizar por sí sólo la cobertura al conjunto de personas dependientes dado que los costes son muy elevados. De ahí que en países como Francia y Alemania se hayan dado numerosos problemas a la hora de implantar los sistemas de atención a la población dependiente. Por lo tanto, si bien se pretende que el sistema tenga carácter universal, o se restringe el sistema a los casos de mayor gravedad o una parte de la financiación tendrá que ir a cargo de los beneficiarios del mismo.

Según establece la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, los beneficiarios de las prestaciones participarán en la financiación de las mismas según el tipo y coste del servicio y su capacidad económica personal. La capacidad económica del beneficiario será también considerada para la determinación de la cuantía de las prestaciones económicas.

Asimismo, la ley establece que para fijar la participación del beneficiario se tendrá en cuenta la distinción entre servicios asistenciales y de manutención y hoteleros. Se precisa igualmente que ningún ciudadano quedará fuera de la cobertura del sistema por no disponer de recursos económicos.

Ello ha despertado reclamaciones por parte de organizaciones como el CERMI (Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad) y otras entidades como Edad&Vida (2005) que piden la exención absoluta de participación en el coste para las personas en situación de gran dependencia así como el establecimiento de la situación de necesidad, y no el nivel de renta personal, como único referente de acceso a las prestaciones y servicios del Sistema.

2.3 ANÁLISIS DEL GASTO DE LA DEPENDENCIA EN ESPAÑA

En el Libro Blanco de la Dependencia (2005) se analiza el gasto en dependencia a partir de dos fuentes de información: por un lado, a partir de los presupuestos que las CC.AA. han considerado como dependencia en 2004, y por otro, a partir del gasto real estimado en base a la información existente sobre usuarios y precios unitarios de los servicios referidos al año 2003.

Respecto a la primera fuente de información, es necesario mencionar que ni los presupuestos de las CC.AA. ni los del Estado, incluyen partidas presupuestarias específicamente destinadas a la dependencia, por lo que las siguientes cifras han de entenderse como una estimación. A esta dificultad hay que añadir el hecho de que el concepto de dependencia no es interpretado de la misma forma por las distintas administraciones (a pesar de que existe coincidencia en utilizar la definición del Consejo de Europa), del mismo modo que no existe un sistema de valoración para

determinar el nivel de dependencia de una persona, con lo cual no es posible homologar los datos de cada una de las CC.AA.

Así pues, según los datos recogidos en el Libro Blanco de la Dependencia (2005) la ayuda a domicilio supone sólo el 10,1% del presupuesto para mayores y el 2,0% en el caso de las personas dependientes con discapacidad. Por el contrario, el presupuesto para atención residencial representa el 68,6 % de los presupuestos destinados a la dependencia. Si asimismo consideramos el presupuesto para Centros de Día, en total obtenemos que los recursos institucionalizados (Residencias y Centros de día) suponen el 80% del total de los presupuestos destinados a la dependencia. Ello contrasta con el resto de países de nuestro entorno, en los que los servicios domiciliarios tienen más peso que los servicios residenciales, al mismo tiempo que los índices de cobertura son más elevados que en España.

Por otra parte, el presupuesto destinado a prestaciones económicas alcanza los 385,7 millones de euros y el total estimado al considerar de manera conjunta los presupuestos en centros y servicios de las CC.AA. (para el año 2004) y en prestaciones monetarias, es de 2.767,0 millones de euros (0,36% PIB).

Del mismo modo, en el Libro Blanco de la Dependencia (MTAS, 2005) se realiza una estimación real del gasto total en protección social a partir del gasto realizado en prestaciones monetarias de la Seguridad Social y de la estimación del gasto en servicios sociales destinados a la dependencia.

De este modo, el gasto en prestaciones monetarias de la Seguridad Social y Mutualidades fue de 372,5 millones de euros (en 2003). El número de beneficiarios fue de 133.410 y el gasto medio por beneficiario fue de 2.792,1 euros por año (232,7 euros al mes).

Asimismo, la estimación del gasto en servicios asistenciales para personas dependientes en el año 2003 revela que su cuantía se sitúa en 1.984,4 millones de euros, de los cuales 1.514,3 se destinan al colectivo mayor de 65 años (76,31%) y 470,1 a la población comprendida entre 6 y 64 años (23,69%).

Por otra parte, considerando de forma conjunta el gasto público en prestaciones monetarias y el gasto público en servicios, resulta que el gasto público total destinado

a las personas en situación de dependencia es de 2.356,9 millones de euros (0,32% PIB en 2003).

Por el contrario, en otros países de la Unión Europea, el esfuerzo público realizado es muy superior. Por ejemplo, en Italia el gasto público en dependencia alcanza el 0,7%, en Alemania y Francia el 1,2%, y en Holanda y los Países Nórdicos el 3% aproximadamente.

Finalmente, en el Libro Blanco de la Dependencia se toma como referencia el año 1995 para analizar la evolución del gasto en protección a la dependencia. Así, se concluye que el gasto en protección social a la dependencia ha crecido tanto en términos corrientes (11,1% de crecimiento interanual) como en términos constantes (7,6% de crecimiento interanual) en el periodo 1995-2003.

Este crecimiento se debe a los servicios sociales que han promovido las CC.AA., cuya expansión ha supuesto un aumento del 12,3% interanual en euros corrientes, y del 8,7% en euros constantes de 1995. Por otra parte, las prestaciones monetarias, que son competencia del Gobierno, han tenido un crecimiento inferior (6,1% en euros corrientes y 2,7% en euros constantes).

Finalmente, se observa también como la participación del gasto total en dependencia en el PIB ha aumentado del 0,23% en 1995 hasta el 0,32% en el 2003.

2.4 EL SISTEMA FRANCÉS

En el modelo francés se aplica una escala que contempla cuatro grados que dan derecho a protección. El primero de ellos, denominado GIR1, se corresponde con el más grave: personas encamadas o en silla de ruedas que han perdido su autonomía mental, corporal, locomotriz y social, que necesitan la presencia indispensable y continua de otra persona.

El segundo nivel de dependencia (GIR2) comprende a aquellas personas encamadas o en silla de ruedas cuyas funciones mentales no están totalmente alteradas y que necesitan ayuda para la mayor parte de las actividades cotidianas, así como personas

cuyas funciones mentales están alteradas pero conservan su capacidad motriz, pueden desplazarse en el interior de su domicilio pero necesitan ayuda parcial o total para vestirse y asearse.

El tercer nivel de dependencia (GIR3) engloba a las personas que conservan sus funciones mentales y, parcialmente, su autonomía motriz, pero que necesitan ayuda para sus actividades personales cotidianamente y varias veces al día.

Finalmente, el cuarto nivel de dependencia (GIR4) se corresponde con el nivel de dependencia más leve: personas que necesitan ayuda para levantarse de la cama o de una silla (aunque pueden desplazarse solas en el interior del domicilio), para asearse y para vestirse; y por las personas que no tienen problemas para andar pero que necesitan ayuda para sus actividades personales y para alimentarse.

A nivel nacional, el sistema francés establece el importe máximo que puede alcanzar la prestación para cada uno de los cuatro grados de dependencia. Para ello aplica un coeficiente al importe del complemento por tercera persona. Este complemento se corresponde con 10.995,78 euros anuales para el año 2004 (916,31 euros mensuales). Los importes máximos de la prestación se calculan a partir de esta cantidad:

- GIR 1: 1.106,77 euros mensuales
- GIR 2: 948,66 euros mensuales
- GIR 3: 711,50 euros mensuales
- GIR 4: 474,33 euros mensuales

Sin embargo, el importe real acaba correspondiéndose con la parte del plan de atención que el beneficiario realmente utilice, restando a su vez la parte de copago que corre a cargo del beneficiario dependiendo de su nivel de ingresos. Esta participación del usuario, se determina en función de un baremo, quedando exentos aquéllos que tengan ingresos inferiores a 1,02 veces el Complemento por Tercera Persona (es decir, 934,34 euros mensuales), y aumenta progresivamente hasta unos ingresos de 3,40 veces el Complemento (en este caso, la participación del usuario equivale al 80% del importe).

De este modo, la cuantía de la prestación queda determinada en función de la renta de las familias, dado que los beneficiarios no han cotizado previamente para percibir esta

prestación. Finalmente, cabe mencionar que, a pesar de ser un sistema de difícil gestión, la centralización existente en Francia permite llevarlo a cabo.

2.5 EL SISTEMA ALEMÁN

En el modelo alemán, la cuantía de las prestaciones se determina según el grado de dependencia y el tipo de prestación recibida. No obstante, en la actualidad se pretende unificar la cuantía por grado de dependencia independientemente del tipo de prestación recibida (Libro Blanco de la Dependencia, 2005).

En Alemania se establecen tres grados de pérdida de autonomía. El Grado III se corresponde con las personas con mayor nivel de dependencia. Este nivel de dependencia comprende a las personas con necesidad extrema de ayuda (como mínimo cinco horas diarias, cuatro de las cuales dedicadas a cuidados personales). Son personas que requieren ayuda para realizar su higiene corporal, para alimentarse y para moverse, todos los días y durante las 24 horas; además, necesitan ayuda para realizar las tareas domésticas varias veces por semana.

En el segundo nivel de dependencia, el Grado II, se incluyen a las personas con necesidad de ayuda muy importante (como mínimo tres horas diarias, dos de las cuales dedicadas a cuidados personales). Estas personas requieren ayuda para realizar su higiene corporal, para alimentarse y para moverse, al menos tres veces al día en diferentes momentos; del mismo modo, también necesitan ayuda para realizar las tareas domésticas varias veces por semana.

Finalmente, el tercer nivel de dependencia (Grado I) incluye a las personas que presentan una necesidad considerable de asistencia (90 minutos al día, la mitad de este tiempo, para cuidados personales). Las personas clasificadas en esta categoría requieren, al menos una vez al día, ayuda para realizar su higiene personal, para alimentarse y para realizar algún desplazamiento; además, también necesitan ayuda para realizar las tareas domésticas varias veces por semana.

Tal y como mencionábamos, el sistema alemán pretende unificar la cuantía por grado de dependencia, con independencia del tipo de prestación recibida. A continuación

mostramos la propuesta del sistema alemán para la unificación de cuantías (en euros). Los importes que se muestran a continuación³ están calculados para atender una parte de los gastos de dependencia.

CUADRO 2.1 Prestaciones en el sistema alemán (en euros)

Prestaciones	SAD	Residencia
Grado o Nivel Asistencial I	400	400
Grado o Nivel Asistencial II	1.000	1.000
Grado o Nivel Asistencial III	1.500	1.500

Fuente: Blay y Guillén (2006).

Al mismo tiempo, los beneficiarios han de hacerse cargo de al menos el 25% del coste del servicio, de una parte de los gastos de amortización de infraestructuras, así como del total de los gastos hoteleros. Posteriormente, el Seguro de Enfermedad abonará los gastos médicos que se hubiesen originado. De este modo, el Seguro de Dependencia alemán sólo cubre los gastos relacionados con la dependencia.

2.6 LA COBERTURA DE LOS DIFERENTES SERVICIOS SOCIALES EN ESPAÑA, FRANCIA Y ALEMANIA

Tal y como hemos comentado anteriormente, los modelos aplicados en Francia y Alemania son un buen referente para el diseño del futuro sistema de dependencia en España. Según se indicaba en 2000 en el informe presentado por el Defensor del Pueblo: “el sistema de protección de la dependencia debe englobarse en el ámbito de la Seguridad Social, con garantía de derecho subjetivo, con independencia de que la financiación se realice vía impositiva (prestaciones no contributivas) o vía cotizaciones sociales (sistema contributivo de la Seguridad Social)”, con lo cual respaldaba un modelo de protección universal parecido al alemán.

No obstante, la falta de sostenibilidad económica observada en los primeros años de aplicación del sistema alemán aconseja que las cuantías que se financien públicamente no sean muy elevadas (Edad&Vida, 2005).

³ Fuente: MTAS (2005) “Libro Blanco de la Dependencia”

Por otra parte, el sistema francés es de reciente creación (Enero, 2002) y supone otro referente para España. En este sistema, a diferencia del alemán, se establece el importe máximo que puede alcanzar la prestación de dependencia en función del nivel de ingresos del individuo.

En esta sección analizamos los índices de cobertura de los distintos servicios sociales que existen en España, por Comunidad Autónoma. Del mismo modo, comparamos la situación actual en España con la de Francia y Alemania a través de las diferencias existentes entre los correspondientes índices de cobertura.

2.6.1 Índices de cobertura en España

En el Libro Blanco de la Dependencia (MTAS, 2005) se recogen datos sobre la utilización de los servicios sociales en España, tanto por Comunidad Autónoma como a nivel nacional. En definitiva, nos ofrecen un conjunto de indicadores sobre la red de servicios dirigidos a personas mayores y a personas dependientes en nuestro país.

Respecto al número de usuarios de los diferentes servicios sociales que hay en España, 686.475 en total, las cifras muestran como Cataluña, Andalucía y Madrid son las comunidades con mayor número de usuarios del Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD), con 44.472, 39.266 y 28.024 usuarios respectivamente.

Por otra parte, el número de usuarios del servicio de teleasistencia es muy superior en Madrid en comparación con el resto de comunidades (37.931 usuarios en esta comunidad frente los 20.242 de Andalucía o los 14.468 en Castilla y León).

Respecto a los centros de día y residencias, es Cataluña la que presenta un número considerablemente superior de usuarios (10.929 usuarios de centros de día y 50.190 de residencias, frente a los 5.842 y los 37.886 de Madrid, respectivamente).

No obstante, es el índice de cobertura⁴ el que permite comparar correctamente las diferencias entre comunidades, ya que muestra el número de usuarios respecto al total de población mayor de 65 años.

⁴ Índice de cobertura: $(\text{Usuarios} / \text{Población} > 65) \times 100$

Para el conjunto de España, el índice de cobertura alcanza el 9,43%, siendo las residencias (3,78%) el servicio con mayor índice de cobertura (Libro Blanco de la Dependencia, MTAS, 2005). Según estudios previos realizados por el IMSERSO (2001, 2004), este índice se situaba en el 3,20% en el año 1999 y en el 3,46% en el año 2003, por lo que la evolución en estos últimos años ha sido poco significativa. El Proyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia contempla duplicar el número de plazas residenciales para personas con gran dependencia en los próximos años.

Respecto a los servicios de ayuda a domicilio, el índice de cobertura ha aumentado de forma significativa en los últimos años, pasando del 1,67% en 1999 al 3,14% en 2004. La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia prevé que éste sea uno de los servicios que más importantes en los próximos años, de forma que incluso llegue a multiplicarse por 10 la oferta actual.

Del mismo modo, la teleasistencia será también un servicio que experimentará un gran desarrollo en el futuro. Incluso se considera que pase a tener carácter universal para aquellos individuos que residan en sus hogares. Esta tendencia ya se puede apreciar al contemplar los índices de cobertura correspondientes a este servicio en el año 1999 (0.72%) y en el año 2004 (2.05%).

Finalmente, respecto a los centros de día, tenemos que en 1999 el índice de cobertura se situaba en el 0,11%, mientras que en Enero de 2004 alcanzaba 0,46%. A pesar de que su cobertura es todavía muy limitada, ésta se ha multiplicado por 4 en estos últimos años.

Al considerar las distintas Comunidades Autónomas, se observan importantes diferencias tanto a nivel global como en cada uno de los servicios definidos. Según el Libro Blanco de la Dependencia (MTAS, 2005), Castilla la Mancha es la comunidad con un mayor índice de cobertura total (14,09%). Por otra parte, Galicia presenta el menor índice de cobertura (4,84%). Del mismo modo, en el caso del Servicio de Ayuda a Domicilio, Extremadura presenta un índice del 7,41%, mientras que en Valencia ese mismo índice se sitúa en el 1,67%.

En cualquier caso, es necesario interpretar con cautela estos datos sobre el número de usuarios y los índices de cobertura. Al respecto, en el Libro Blanco de la

Dependencia (MTAS, 2005) se puntualiza que, a pesar de que en los datos se recogen sumas totales de los potenciales usuarios de estos servicios sociales (se contabilizaron un total de 686.475 personas atendidas a Enero de 2004), ello no presupone que un 9,43% de la población española de 65 años y más tenga cubiertas sus necesidades ante situaciones de dependencia. A excepción de las residencias, el resto de servicios sociales son de intensidad insuficiente y, además, algunos son de carácter complementario.

2.6.2 Índices de cobertura en Francia y Alemania

En la actualidad, la mayoría de países desarrollados se ven afectados negativamente por el envejecimiento de la población y necesitan destinar recursos para atender a la población dependiente. Este es el caso de Francia y Alemania, donde los servicios domiciliarios y las residencias son dos de las principales prestaciones destinadas a la atención de la población dependiente. A continuación, analizamos los índices de cobertura de estos dos servicios en Francia y Alemania y los comparamos con los correspondientes a España.

Considerando los índices de cobertura en el año 2004 (Libro Blanco de la Dependencia, MTAS 2005), en Francia se observa un mayor índice en los dos servicios considerados (6,70% en residencias y 12,50% en servicios domiciliarios). Del mismo modo, en Alemania el servicio de ayuda domicilio está mucho más desarrollado que en España (8,60% frente al 3,12%), aunque no tan acentuadamente como al considerar los servicios residenciales (4,10% en Alemania frente al 3,77% en España).

De estos datos se deduce que las diferencias en el grado de implantación de los servicios básicos para personas dependientes son todavía muy grandes. Esta diferencia es especialmente importante al considerar los servicios domiciliarios, dado que el índice de cobertura en Francia multiplica por 4 el índice de cobertura en España.

Las diferencias son mucho más acentuadas al considerar otros países, como Holanda, Países Nórdicos y Dinamarca. Por ejemplo, el índice de cobertura de las residencias se sitúa en el 9% y en el 13% en Holanda y Dinamarca, respectivamente. En cuanto al

índice de cobertura de los servicios domiciliarios, Holanda se sitúa en el 20% y Dinamarca alcanza el 31% (Libro Blanco de la Dependencia, 2005).

2.7 COSTE DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN ESPAÑA UTILIZANDO LAS PRESTACIONES DE DEPENDENCIA QUE ESTABLECEN LOS SISTEMAS FRANCÉS Y ALEMÁN

Las prestaciones de dependencia establecidas en Francia y Alemania se han tomado como referencia en este apartado para estimar el coste total de atención a la dependencia en España. Para ello, primero es necesario considerar los diferentes grados de pérdida de autonomía existentes en estos países y compararlos con los previstos para España.

Tal y como comentamos, en España se prevé establecer tres niveles de dependencia: Gran dependencia, Dependencia Severa y Dependencia Moderada. Como el modelo francés establece cuatro, se plantearán dos alternativas:

- Sistema Francés 1: las personas que se encuentran en situación de gran dependencia en España recibirán el importe que establece la prestación GIR1, las personas con dependencia severa recibirán la prestación GIR2 y las personas con dependencia moderada recibirán la prestación GIR3.
- Sistema Francés 2: en este caso se asignan las prestaciones GIR2, GIR3 y GIR4, a las personas en situación de gran dependencia, con dependencia severa y con dependencia moderada, respectivamente.

Para el caso alemán, y dado que en España también está previsto establecer tres niveles de dependencia, la cuantía de la prestación se establecerá de la misma forma que en Alemania: la prestación de Grado III para las personas en situación de gran dependencia, la de Grado II para las personas con dependencia severa, y la de Grado I para las personas con dependencia moderada. Este será el tercer enfoque que consideraremos, al que nos referiremos como Sistema Alemán.

Igualmente, resulta necesario conocer el número de personas dependientes en España para estimar el coste total de atención a la dependencia según las prestaciones que establecen Francia y Alemania. Siguiendo a Blay y Guillén (2006), como punto de partida se toma la definición de dependencia que se incluye en el Libro Blanco de la Dependencia (MTAS, 2005), así como el criterio que se establece en dicho Libro para determinar los distintos niveles de severidad de la dependencia.

En el Cuadro 2.2 se muestra, por niveles de severidad y para el año 2005, el número estimado de personas dependientes (según proyecciones del Libro Blanco). Del mismo modo, se muestran las prestaciones de dependencia que establecen los sistemas francés y alemán. Asumimos que las prestaciones de dependencia que determinan Francia y Alemania se mantienen constantes en el periodo 2004-2005.

CUADRO 2.2 Personas dependientes, y cuantía de las prestaciones de dependencia (en euros al año) para ambos sexos. España, 2005

Grado de Dependencia	Personas Dependientes	Sistema Francés 1	Sistema Francés 2	Sistema Alemán
Gran dependencia	194.508	13.281,24	11.383,92	18.000,00
Dependencia severa	370.603	11.383,92	8.538,00	12.000,00
Dependencia moderada	560.080	8.538,00	5.691,96	4.800,00
Total	1.125.191			

Fuente: Blay y Guillén (2006).

A partir de estos datos, podemos estimar el coste total de atención a la dependencia tomando como referencia las tres alternativas consideradas: Sistema Francés 1, Sistema Francés 2 y Sistema Alemán. Los resultados para España en el año 2005 se muestran en el Cuadro 2.3 (en millones de euros y en porcentaje sobre el PIB).

Concluimos que la alternativa que supone un mayor coste es el Sistema Francés 1, dado que representa un 1,28% del PIB. Por otra parte, el coste del Sistema Alemán alcanza el 1,18%, y el del Sistema Francés 2 resulta ser inferior al 1% (0,95% del PIB español).

En cualquiera de estos escenarios, la implantación de un Sistema de atención a la dependencia implica un esfuerzo económico superior a los 8 mil millones de euros, lo que representa cerca del 1% del PIB español.

CUADRO 2.3 Coste total de atención a la dependencia, total y por nivel de severidad (millones de euros, ambos sexos). España, 2005.

Grado de dependencia	Sistema	Sistema	Sistema
	Francés 1	Francés 2	Alemán
Gran dependencia	2.583,31	2.214,26	3.501,14
Dependencia severa	4.218,91	3.164,21	4.447,24
Dependencia moderada	4.781,96	3.187,95	2.688,38
Coste Total	11.584,19	8.566,42	10.636,76
Coste en porcentaje sobre el PIB*	1,28%	0,95%	1,18%

* En Blay y Guillén (2006) se consideró el PIB previsto a (precios de mercado) en 2005, que según datos del INE, en el momento de realizar el estudio, se situaba en los 903.316 millones de euros.

Fuente: Blay y Guillén (2006).

2.8. CONCLUSIONES

A modo de conclusión de este capítulo diremos que:

- Mientras que en la mayoría de casos son las familias, y en especial las mujeres, las que se hacen cargo de atender a la población dependiente, poco más del 10% de los recursos presupuestarios dedicados a los mayores se destina a la ayuda a domicilio, mientras que los recursos institucionalizados (residencias y centros de día) suponen más del 80%.
- Por ese motivo, la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia ha de dar más protagonismo al papel que juega la atención domiciliaria, no sólo para tener en cuenta las preferencias de las personas dependientes, sino también para mantener el máximo grado de autonomía de los afectados.
- Los trabajos sobre dependencia realizados hasta la fecha en España cuantifican el coste en base al número de personas discapacitadas y sus costes asociados mientras que ya existen países como Francia y Alemania con sistemas que dan cobertura a la dependencia y que pueden servir de referencia para el caso Español.

- En este trabajo se estiman los costes de dependencia en España en caso de implantar los sistemas francés y alemán y concluimos que su coste se situaría aproximadamente en el 1% del PIB para el año 2005 (Blay y Guillén, 2006), siendo el modelo francés el que globalmente resultaría más costoso.

CAPÍTULO 3

ESTIMACIÓN DEL COSTE INDIVIDUAL DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN

Nuestro objetivo es utilizar la información estadística existente para la población española no institucionalizada para estimar el coste de cuidados personales a partir de los 65 años, estableciendo un baremo sobre las necesidades básicas de apoyo en distintos niveles de discapacidad. Aunque un individuo pueda padecer una discapacidad y no requerir sistemáticamente de la ayuda de otras personas, lo que se entendería propiamente como dependencia, la severidad de dicha discapacidad y la adecuada atención a los mayores, sugiere el establecimiento de distintos niveles de cuidados, con sus respectivos costes económicos.

En este capítulo se pretende proporcionar una estimación básica, que facilite el cálculo de los costes individuales de cuidados para las personas mayores, sin distinguir niveles de severidad. Este último detalle será abordado en el capítulo siguiente en el que se discutirán costes de cofinanciación específicamente. A partir de dichas estimaciones, el sector privado puede evaluar la posible oferta de seguros para cubrir, en todo o en parte, la demanda de servicios. Aunque en trabajos como Oeppen y Vaupel (2002) se habla de crecimientos lineales pero continuos en la esperanza de vida, en nuestro caso realizamos un supuesto simplificador. Vamos a suponer tasas de mortalidad y de discapacidad estacionarias. Una mayor longevidad implicaría que los servicios para la vejez resultarían más costosos al alargarse el período de prestación, mientras que una mayor proporción de años vividos en estado de salud significaría una disminución en la necesidad de los mismos.

Los cuidados de larga duración (CLD), habitualmente prestados en centros de día, en residencias, o en el propio hogar, se caracterizan por no requerir de tecnologías muy avanzadas, ni de preparación humana muy especializada (a diferencia de los servicios médicos), pero, como su propio nombre indica, han de ser prestados en muchas ocasiones durante largos periodos de tiempo. En realidad, son servicios destinados a que las personas mayores puedan seguir desarrollando su vida de manera cotidiana o con la mayor calidad posible. Como veremos en los siguientes apartados tendremos unos valores de referencia para el coste de los servicios así como hipótesis realistas de la evolución de la inflación y de la coyuntura económica en general.

En algunos países desarrollados, la prestación de servicios de CLD recae tanto en instituciones públicas como en instituciones privadas (López-Casasnovas, 2005). En Francia, el estado otorga una prestación universal de ayuda a la dependencia, mientras que en el Reino Unido la cobertura de dependencia se dirige sólo a la población con menos recursos. En Alemania, los Países Escandinavos y Japón, el Estado tiene un rol muy importante en la prestación y financiación de los CLD (Rodríguez Cabrero, 1999; Casado y López, 2001), mientras que en Estados Unidos el mercado de seguros privados de dependencia está muy desarrollado (Everett et al., 2005; Cohen, 2003).

Los trabajos realizados para nuestro país se han centrado en cuantificar el coste de la dependencia en base al número de personas discapacitadas en diferentes edades, y a sus costes asociados, utilizando información transversal sobre tasas de dependencia y estableciendo escenarios sobre el comportamiento esperado del coste de los servicios y de la evolución de las tasas de discapacidad (Casado y López, 2001; Moragas et al., 2003; Comas y Wittenberg, 2003). Nuestro objetivo se centra en utilizar la información sobre las tasas de discapacidad proporcionadas por la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (INE, 1999) en las diferentes edades para obtener una estimación de la probabilidad de que los individuos de una determinada edad pasen a estar discapacitados. Es en base a esas probabilidades que seremos capaces de determinar el tiempo que las personas pueden requerir cuidados de larga duración, y por tanto, el coste estimado de los mismos.

Presentaremos a continuación una cuantificación de la probabilidad de que una persona pase a ser dependiente en España, incorporando simultáneamente información sobre la evolución de la mortalidad (aunque esta parte ya ha sido tratada

extensamente en Albarrán et al., 2005 y Guillén, Ayuso et al, 2007). En segundo lugar, vamos a proceder a calcular el valor esperado del coste de la dependencia en España, teniendo en cuenta la evolución de los costes de CLD en nuestro país, en base a los datos publicados por el IMSERSO. El estudio se centra en la población española mayor de 64 años, teniendo en cuenta la elevada concentración de este fenómeno en los grupos de edad más avanzada.

3.1 LA DEFINICION DE DEPENDENCIA UTILIZADA PARA EL CÁLCULO DE COSTES

La principal fuente de información sobre personas con discapacidades en España es la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDS), realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE, 1999)⁵ con la colaboración del IMSERSO y de la Fundación ONCE. En la misma se recoge información sobre personas que residen en viviendas familiares en todo el territorio español abarcando importantes aspectos relacionados con las discapacidades, como son los tipos de ayudas recibidas por las personas discapacitadas, la utilización de servicios sociales y sanitarios, el grado de severidad de las diferentes discapacidades, la morbilidad percibida y la formación y el empleo de este grupo de población.

La Organización Mundial de la Salud, dentro de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (OMS, 2001), define la discapacidad como un término genérico que contempla tanto las deficiencias a nivel corporal (problemas en las funciones fisiológicas o en las estructuras corporales de la persona), las limitaciones en la actividad (dificultades que el individuo puede tener para realizar actividades, tanto cualitativa como cuantitativamente hablando), y las restricciones en la participación con otros individuos (problemas experimentados por el individuo en sus relaciones con la sociedad). La dependencia puede entenderse como la necesidad de ayuda de terceras personas ante la presencia de una discapacidad. En este caso, el INE se refiere a todas aquellas limitaciones que se espera van a afectar a las actividades del individuo durante periodos superiores a un año.

⁵ El resultado puede consultarse en <http://www.ine.es/prodyser/pubweb/discapa/discapamenu.htm>

Las principales limitaciones para realizar actividades vienen provocadas por diez tipos de discapacidades: Ver, Oír, Comunicarse, Aprender, Aplicar conocimientos y desarrollar tareas, Desplazarse, Utilizar brazos y manos, Desplazarse fuera del hogar, Cuidarse a sí mismo, Realizar las tareas del hogar, y finalmente, Relacionarse con otras personas.

A lo largo de este capítulo va a utilizarse el criterio INE de definición de la severidad. Es decir, se supondrá que un individuo es dependiente si al menos sufre una discapacidad moderada entre las actividades básicas consideradas más arriba. Esta definición es más amplia que la contemplada en la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y atención a las personas en situación de dependencia porque los niveles de severidad allí establecidos requieren que el individuo requiera asistencia personal al menos una vez al día. Dicho criterio será tratado con mayor profundidad en el cuarto capítulo de este estudio.

3.2 COSTE DE LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN

En España los servicios destinados al cuidado de personas dependientes (excluyendo la asistencia sanitaria) se pueden agrupar fundamentalmente en cinco categorías: servicios de atención informal, servicios de atención a domicilio, servicios de atención diurna, servicios de atención residencial y los sistemas alternativos de alojamiento (viviendas públicas tuteladas y servicio público de acogimiento familiar). Sin embargo, y al igual que en la mayoría de países (incluidos los que cuentan con servicios formales más amplios), los servicios asociados a la atención informal (ofrecidos por las familias) son los más utilizados.

Según un estudio realizado para países de la OCDE (Jacobzone *et al.*, 1998), los cuidados informales constituyen en promedio casi el 75% de las ayudas que reciben las personas mayores dependientes. Según Casado y López (2001), y tomando como base los resultados de la Encuesta sobre la Soledad en las Personas Mayores (CIS, 1998), más del 80% de las personas dependientes en España reciben exclusivamente apoyo informal (sólo en un 2.6% de los casos el cuidador principal de la persona dependiente no tiene vínculos familiares con ella). Esta ayuda no es, en la mayoría de los casos, compensada económicamente, sin que en los estudios realizados sea

habitual establecer algún parámetro que mida el coste de oportunidad para los cuidadores informales de las personas dependientes.

Por lo que se refiere a los servicios de atención formales, los índices de cobertura en España, aunque han aumentado en los últimos años, siguen siendo muy bajos. Según datos del IMSERSO (2001) sólo el 17.85% de las personas discapacitadas en 1999 recibía este tipo de cuidados, fundamentalmente en residencias públicas, privadas y concertadas.

Los costes medios por hora o año de los servicios formales de los cuidados de larga duración en España aparecen recogidos en el Cuadro 3.1. Los datos reflejan promedios ponderados de la información que brinda el IMSERSO (2001, 2004) para las diferentes Comunidades Autónomas, teniendo en cuenta el porcentaje de personas discapacitadas en cada una de ellas. Se detalla asimismo la variación porcentual experimentada por los costes en el periodo 1999-2003.

CUADRO 3.1 Costes por Hora o Año de Servicios de CLD
1999, 2003, en euros

Tipos de Cuidados de Larga Duración	1999	2003	Variación 1999- 2003
Servicios públicos de ayuda a domicilio (por hora)	8.34	9.73	16.73%
Servicios públicos de Teleasistencia (anual)	273.53	242.23	-11.44%
Centros públicos de día* (anual plaza)	5510.49	6625.20	20.23%
Plazas residenciales públicas* (anual plaza)	12870.34	16832.30	30.78%
Viviendas públicas tuteladas (anual plaza)	4639.18	4488.36	-3.25%

* Para personas dependientes

Fuente: Elaboración propia en base a datos del IMSERSO (2001, 2004)
Promedio ponderado de precios por CC. AA.

Existen diferentes estudios (Hennessy, 1995; Jacobzone, 1998; Moragas *et al.*, 2003, Monteverde, 2004) en los que se evalúan las mejores alternativas de atención para las personas mayores dependientes atendiendo al grado de discapacidad que padecen. En nuestra investigación hemos seleccionado dos posibilidades.

El primer escenario, dirigido a cuantificar el coste de los servicios de una persona dependiente, considera que la prestación de cuidados se realizará en residencias (CR) cuando la severidad de la discapacidad sea total. Los cuidados se realizarán en centros de día (CD) complementados con una hora de servicio de atención a domicilio (SAD) cuando la severidad sea grave. Finalmente, los servicios de atención a domicilio

(SAD) se utilizarán cuando la discapacidad sea moderada. En el Cuadro 3.2, Alternativa 1, se presentan los costes individuales (por persona), teniendo en cuenta los costes unitarios de cada uno de los servicios (Cuadro 3.1). El segundo escenario de costes (Cuadro 3.2, Alternativa 2) pretende reflejar la situación más frecuente en España, donde la mayoría de las ayudas que se prestan se circunscriben a servicios informales. Aunque, como hemos comentado anteriormente, no suele existir una contraprestación monetaria establecida para las personas que ofrecen este tipo de ayuda, hemos cuantificado el valor de dicho servicio utilizando como referencia el coste de los servicios públicos de ayuda a domicilio. En este caso, la aproximación del número de horas de atención por grado de severidad se ha obtenido de Moragas *et al.* (2003).

CUADRO 3.2 Coste individual anual de los Cuidados de Larga Duración
Por grado de severidad y tipo de prestación de servicios en 1999, en euros

Alternativa 1	Servicios de CLD	Coste Individual
Discapacidad moderada	3h/día a domicilio	9132.30
Discapacidad severa	Centro de día y 1h/día a domicilio	8554.59
Discapacidad total	Residencia	12870.34
Coste medio *		10495.24

Alternativa 2	Servicios de CLD	Coste Individual
Discapacidad moderada	3h/día a domicilio	9132.30
Discapacidad severa	8h/día a domicilio	24352.80
Discapacidad total	14h/día a domicilio	42617.40
Coste medio*		27251.92

*Ponderado por tasas de prevalencia según grado de severidad
Fuente: IMSERSO, 2001.

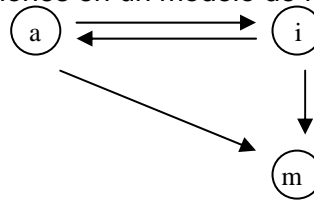
3.3 LA PROBABILIDAD DE SER DEPENDIENTE: UN MODELO ACTUARIAL DE MÚLTIPLES ESTADOS

El que una persona necesite servicios de cuidados de larga duración al alcanzar una determinada edad no es un suceso seguro. La evidencia empírica muestra que la discapacidad no afecta por igual a los individuos de diferentes edades. Desde este punto de vista, el diseño de cualquier política enfocada a cubrir la dependencia de los individuos ha de tener en cuenta la probabilidad de que éstos se discapaciten, y aún más, la probabilidad de que los individuos adquieran diferentes grados de

discapacidad. Actualmente, la principal limitación que presenta la EDDDES (INE, 1999) es el no facilitar información para las personas que fallecen una vez han adquirido un cierto nivel de dependencia. Esta información es necesaria para la especificación de modelos de múltiples estados. Sin embargo, una de las posibles aproximaciones para desagregar la esperanza de vida en niveles de salud, consiste en utilizar el Método de Sullivan (Sullivan, 1971), obviando el cálculo de probabilidades de transición entre estados (probabilidad de pasar de no discapacitado a discapacitado a lo largo de un año), y utilizando las prevalencias de la discapacidad para determinar la esperanza de vida en salud y con discapacidades de los individuos de diferentes edades. La utilización del método de Sullivan ha sido frecuente en el cálculo de esperanzas de vida en salud (Saito *et al.*, 1991; Crimmins *et al.*, 1993; Robine y Mathers, 1993; Lievre *et al.*, 2003), y los resultados que proporciona son robustos cuando no existen diferencias en el comportamiento de la mortalidad de las personas con y sin discapacidades. Sin embargo, cuando existen diferencias en el comportamiento de la mortalidad para ambos colectivos, y es posible medir dicho diferencial, Sullivan no es el método más adecuado (Palloni *et al.*, 2005). No obstante, cuando no es posible determinar la magnitud precisa de los diferenciales de mortalidad siempre se debería preferir el método de Sullivan. Al no disponerse para España de información sobre dichos diferenciales, nos encontramos ante dos opciones: usar el método de Sullivan o bien obtener alguna información externa sobre los diferenciales de mortalidad que sea aplicable al caso español.

En este trabajo se ha empleado simultáneamente información sobre discapacidad y mortalidad en España, para calcular la probabilidad de que una persona esté discapacitada a una determinada edad, sin disponer de información longitudinal y, a la hora de establecer hipótesis sobre la mortalidad de las personas discapacitadas, hemos utilizado la experiencia de EE.UU (Society of Actuaries of America, 2002). La no existencia de esta información para España nos ha llevado, hasta la fecha, a no considerar la existencia de diferentes grados de discapacidad, concentrando nuestro estudio por tanto en la existencia o no de discapacidad. La metodología utilizada para estimar las probabilidades de supervivencia o de fallecimiento según el estado de salud en que se encuentra el individuo se centra en la utilización de un modelo de múltiples causas de salida como el que se representa en el Gráfico 3.1. En el estado “a” el individuo no sufre ningún tipo de discapacidad; en el estado “i” el individuo está discapacitado, y en el estado 3 se ha producido la muerte del individuo. Para mantener la similitud con otros trabajos realizados diremos que el individuo no discapacitado se encuentra en estado activo.

GRÁFICO 3.1 Transiciones en un modelo de múltiples estados



a, no discapacitado; i, discapacitado; m, muerte

Según la EDDDES las discapacidades que presentan los individuos mayores de 64 años son de carácter permanente en un 90% de los casos; lo que nos hace suponer que la probabilidad de que un individuo pase del estado 2 al estado 1 en el gráfico 3.1 sea igual a cero. Por tanto, para un individuo de edad x , tendremos que analizar cuál es la probabilidad de que sobreviva en el mismo estado al cabo de un año (no discapacitado p_x^{aa} , o discapacitado p_x^{ii}), cuál es la probabilidad de que cambie de estado (se discapacite p_x^{ai}), o cuál es la probabilidad de que muera (activo q_x^{aa} , o como discapacitado q_x^{ai} o q_x^{ii}). Dichas probabilidades constituyen la base para el diseño de coberturas de dependencia.

La metodología utilizada se desarrolló por Albarrán et al. (2005) y ha sido estudiada por Palloni et al. (2005). La notación seguida es la utilizada por Haberman y Pitacco (1999). Entonces, la probabilidad anual de muerte para un individuo de edad x en cualquiera de los estados posibles, q_x , se supone fija y conocida (para las estimaciones presentadas en el apartado de resultados se toman las obtenidas por el INE (2002)). Por su parte, la tasa de discapacidad en cada edad x , t_x , calculada como el número de personas discapacitadas sobre el total de población de edad x , se obtiene de la EDDDES.

La probabilidad de fallecimiento entre dos edades x y $x+1$ puede ser desagregada como:

$$q_x = (1-t_x)q_x^{aa} + (1-t_x)q_x^{ai} + t_x q_x^{ii}. \quad [1]$$

Igualmente, la probabilidad de supervivencia entre x y $x+1$ puede descomponerse como:

$$p_x = (1-t_x)p_x^{aa} + (1-t_x)p_x^{ai} + t_x p_x^{ii}. \quad [2]$$

Siguiendo a Haberman y Pitacco (1999), una primera hipótesis permite relacionar la probabilidad de fallecimiento de un individuo que se discapacita entre x y $x+1$ con la probabilidad de fallecimiento de los individuos inicialmente discapacitados, mediante la expresión:

$$q_x^{ai} = k_1 w_x q_x^{ii}; \quad \text{con } 0 < k_1 \leq 1, \quad [3]$$

donde w_x recoge la probabilidad de discapacitarse entre x y $x+1$. En Haberman y

Pitacco (1999) $q_x^{ai} = w_x \frac{q_x^{ii}}{2}$.

Una segunda hipótesis permite relacionar la probabilidad de muerte de una persona que no se discapacita entre x y $x+1$ con la probabilidad de muerte de una persona ya discapacitada al inicio del periodo. Es, por tanto, una relación entre las probabilidades de muerte para las personas que no cambian de estado entre una edad y la siguiente, $q_x^{aa} = f(q_x^{ii})$. En este caso, tal y como veremos en el apartado de resultados, la evidencia obtenida por la Society of Actuaries of America (2002)⁶ a partir de series de mortalidad para individuos libres de discapacidades y para individuos con discapacidades revela que la relación q_x^{aa} / q_x^{ii} sigue, en general, un comportamiento creciente con la edad, y que dicho crecimiento es exponencial tanto para hombres como para mujeres, hasta los 90 años de edad aproximadamente. La probabilidad de que un individuo se discapacite entre x y $x+1$ (Albarrán *et al.*, 2005, p. 2069) es:

$$w_x = \frac{t_{x+1}(1 - q_x) - t_x(1 - q_x^{ii})}{(1 - t_x)(1 - q_x^{ii}k_1)}. \quad [4]$$

Y la probabilidad de fallecimiento para un individuo discapacitado es:

$$q_x^{ii} = \frac{q_x}{(1 - t_x) \frac{q_x^{aa}}{q_x^{ii}} + (1 - t_x)w_x k_1 + t_x} \quad [5]$$

Una vez conocidas q_x , t_x y t_{x+1} , se obtienen las estimaciones de q_x^{ii} , w_x , q_x^{ai} y q_x^{aa} (y sus correspondientes probabilidades de supervivencia). El cálculo de estas probabilidades para todo el rango de edades comprendidas entre los 65 y los 99 años

⁶ Los datos corresponden a población asegurada entre 1984 y 1999. El estudio incluye información referida a 67.925 fallecimientos de individuos activos o sanos, y 10.662 fallecimientos de individuos discapacitados y tiene en cuenta de manera diferenciada el comportamiento de hombres y mujeres.

facilitará la base probabilística necesaria para calcular el coste esperado de la dependencia, tal y como veremos en el siguiente apartado. Estudios realizados recientemente (Palloni et al., 2005), muestran que el establecimiento de los supuestos sobre el comportamiento de la mortalidad y la utilización de una aproximación para el cociente q_x^{aa} / q_x^{ii} a partir de información externa y para edades avanzadas pueden mejorar el cálculo de las esperanzas de vida obtenidas con el método de Sullivan, aunque si la estimación del diferencial de mortalidad es incorrecta, los resultados también pueden ser peores que los de Sullivan.

3.4 CÁLCULO ACTUARIAL DEL COSTE DE LA DEPENDENCIA

Consideremos el proceso $\{S(y); y = x, x+1, \dots\}$ una cadena de Markov no homogénea discreta, donde x indica la edad del individuo, entonces:

$$p_y^{aa} = \Pr\{S(y+1) = a \mid S(y) = a\}$$

$$p_y^{ai} = \Pr\{S(y+1) = i \mid S(y) = a\}$$

$$q_y^a = \Pr\{S(y+1) = m \mid S(y) = a\}$$

donde p_y^{aa} es la probabilidad de que un individuo no discapacitado sobreviva como no discapacitado al cabo de un periodo, p_y^{ai} es la probabilidad de que un individuo no discapacitado se discapacite y sobreviva como tal, y finalmente q_y^a es la probabilidad de muerte para un individuo inicialmente no discapacitado (recoge, por tanto, la probabilidad de muerte como no discapacitado o como discapacitado, $q_y^a = q_y^{aa} + q_y^{ai}$).

En el Cuadro 3.3 se presenta la matriz de probabilidades anuales de transición. Se trata de una matriz triangular superior teniendo en cuenta que, tal y como hemos comentado en el apartado anterior, las discapacidades se consideran de carácter permanente, por lo que no se considera la probabilidad de recuperación de los individuos.

CUADRO 3.3 Matriz de transición

	A	I	m
a	P_y^{aa}	P_y^{ai}	q_y^a
i	0	P_y^{ii}	q_y^i
m	0	0	1

Para un individuo de edad x hemos de considerar la probabilidad de que se discapacite en diferentes momentos del tiempo (por ejemplo, un individuo de 65 años puede discapacitarse antes de los 66, o no discapacitarse hasta los 67, etc). Las relaciones de Chapman-Kolmogorov definidas en [6] permiten generalizar el cálculo de probabilidades para periodos superiores al año, $h=1,2,\dots$ (Haberman y Pitacco, 1999),

$$\begin{aligned}
 {}_h P_y^{aa} &= {}_{h-1} P_y^{aa} P_{y+h-1}^{aa}; \\
 {}_h P_y^{ai} &= {}_{h-1} P_y^{ai} P_{y+h-1}^{ii} + {}_{h-1} P_y^{aa} P_{y+h-1}^{ai} = \sum_{r=1}^h {}_{h-r} P_y^{aa} P_{y+h-r}^{ai} \prod_{g=1}^{r-1} P_{y+h-r+g}^{ii}.
 \end{aligned}
 \tag{6}$$

La probabilidad de que un individuo activo (no discapacitado) continúe activo al cabo de h años ${}_h P_y^{aa}$ puede escindirse directamente en el producto de probabilidades de temporalidad inferior a h . En este sentido, por ejemplo, la probabilidad de que un individuo de 65 años continúe activo (por tanto, sin discapacidad) a los 67 años será el producto de la probabilidad de que esté activo a los 66 por la probabilidad de que estando activo a los 66, llegue activo a los 67.

Por otro lado, la probabilidad de que un individuo activo esté discapacitado al cabo de h años ${}_h P_y^{ai}$ ha de recoger de manera sucesiva los cambios de estado que pueden producirse, y las temporalidades correspondientes. Continuando con el ejemplo anterior, la probabilidad de que un individuo activo de 65 años esté discapacitado a los 67 ha de reflejar la posible aparición de dos sucesos: 1) que el individuo se discapacite antes de los 66 años y por tanto sobreviva como discapacitado entre los 66 y los 67 años (${}_{h-1} P_y^{ai} P_{y+h-1}^{ii}$); 2) que el individuo continúe activo a los 66 años y se discapacite entre los 66 y los 67 años (${}_{h-1} P_y^{aa} P_{y+h-1}^{ai}$). En este sentido es posible generalizar el cálculo de la probabilidad de que un individuo se discapacite en los diferentes momentos de tiempo, y viva como discapacitado, situación en la que sería efectiva la cobertura de dependencia.

Una vez determinada la probabilidad de que el individuo se discapacite, se cuantifica el coste individual de la dependencia. Para los individuos activos de una determinada edad podremos calcular el valor esperado de la cobertura de dependencia teniendo en cuenta la probabilidad de que adquieran algún tipo de discapacidad antes de su fallecimiento y el coste, en términos de cuidados de larga duración, que ello supone.

Sea b el coste individual anual asociado a los cuidados de larga duración para una persona discapacitada. La cobertura total de dependencia (C^{CLD}) para un individuo de edad x (cantidad monetaria necesaria para cubrir las necesidades de CLD para este individuo hasta su fallecimiento) se calculará obteniendo el valor actual en sentido actuarial de los costes por cuidados de larga duración (calculados a final de cada año) en la edad inicial de estudio (por lo tanto, condicionando a $S(x)=a$), según [7].

$$C_a^{CLD}(0, \infty) = \sum_{h=1}^{+\infty} b_h p_x^{ai} v^h = \sum_{h=1}^{+\infty} \left[b \sum_{r=1}^h p_x^{aa} P_{x+h-r}^{ai} \prod_{g=1}^{r-1} p_{x+h-r+g}^{ii} \right] v^h. \quad [7]$$

En la expresión anterior, v representa el factor de actualización ($v = (1+i)^{-1}$). El coste individual de los cuidados de larga duración, b , puede ser un valor constante a lo largo de los años o, de manera más realista, puede corregirse teniendo en cuenta la evolución de la inflación, la evolución que este tipo de costes ha sufrido a lo largo de los años, u otro tipo de supuestos. En la presentación de los resultados tendremos en cuenta la evolución experimentada por los mismos en el periodo 1999-2003.

3.5 RESULTADOS

Como resultado de aplicar la metodología propuesta en el apartado 4 para el cálculo de las probabilidades anuales de transición entre diferentes estados se obtienen las bases para elaborar una Tabla de Dependencia para la población española mayor de 65 años.

Por otro lado, se presentan los resultados de cuantificar los costes esperados de cuidados de larga duración, para individuos de diferentes edades por sexos, teniendo en cuenta las alternativas de cuidados presentadas en el apartado 3, y la evolución de los costes para el periodo 1999-2003.

Probabilidades de muerte según estados de salud: sin discapacidad, con discapacidad y transiciones entre estados.

Se han utilizado los porcentajes de discapacitados por edad y sexo para la población española no institucionalizada de la EDDDES, y las tasas brutas de mortalidad de 1999 (INE, 2002). Los modelos especificados para ajustar la relación q_x^{aa} / q_x^{ii} , utilizando los datos de la SOA (2002), se presentan a continuación. Las series q_x^{aa} y q_x^{ii} han sido ajustadas previamente por separado, para ambos sexos, fundamentalmente para suavizar las grandes oscilaciones observadas a partir de los 90 años de edad, provocadas por el escaso número de observaciones que se utilizan para ajustar las probabilidades. Parece más adecuado suavizar el comportamiento de las probabilidades de muerte antes de proceder a ajustar el comportamiento de los cocientes ya que, en caso contrario, la magnitud de las oscilaciones sería más acusada⁷. Los ajustes empleados se muestran en el Gráfico 3.2 y son, para hombres:

$$q_x^{aa} = \begin{cases} (0.000016 e^{0.1143x})q_x^{ii}, & x = 65, 66, \dots, 91 \\ 0.5437q_x^{ii}, & x = 92, 93, \dots, 99 \end{cases}$$

y para las mujeres,

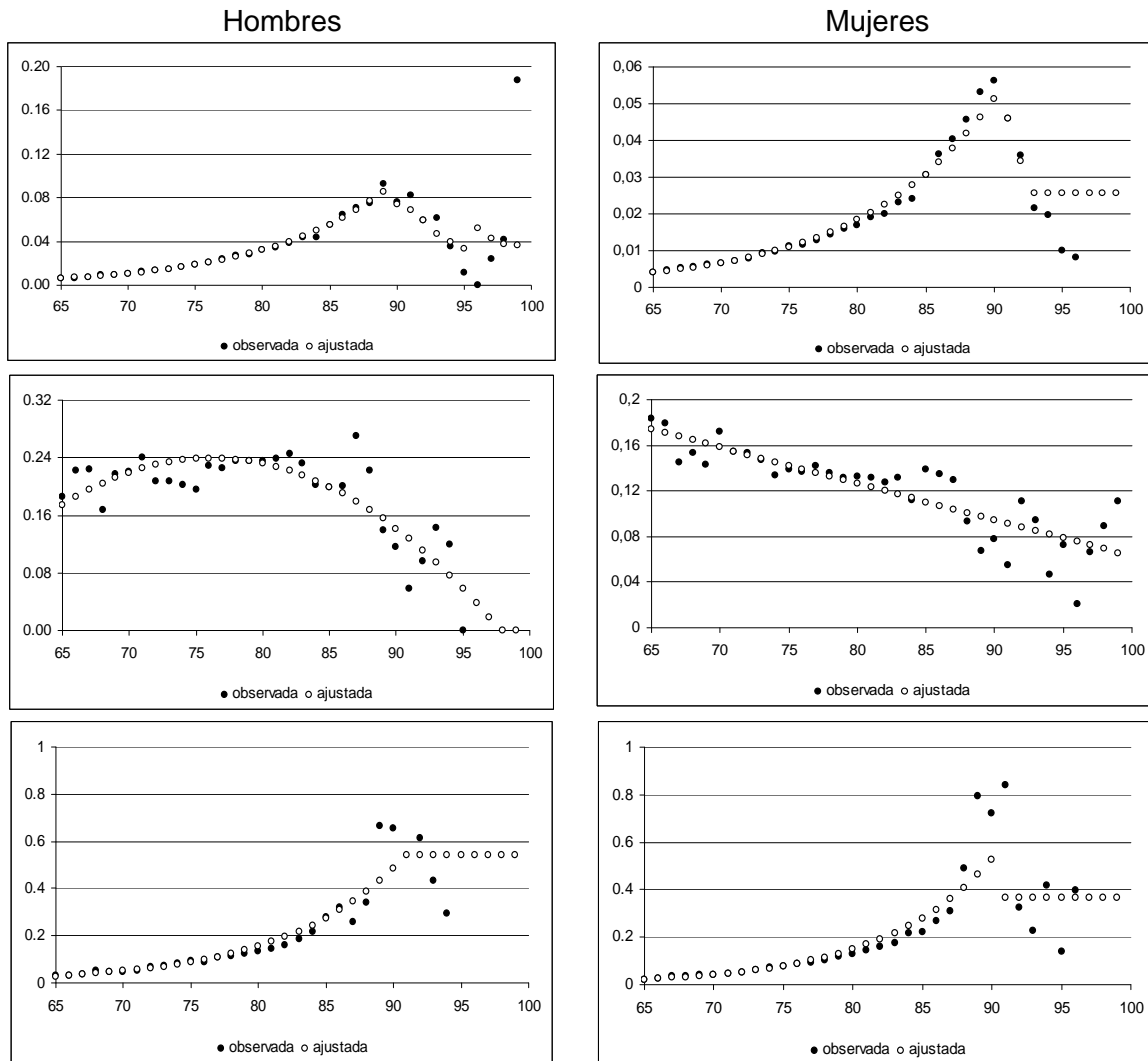
$$q_x^{aa} = \begin{cases} (0.000006 e^{0.1265x})q_x^{ii}, & x = 65, 66, \dots, 90 \\ 0.3672q_x^{ii}, & x = 91, 93, \dots, 99. \end{cases}$$

Aunque la población corresponde a asegurados y no puede considerarse representativa de la población general, el estudio de la SOA no contempla las rescisiones de contrato (realmente, las probabilidades de muerte condicionadas no están distorsionadas por el hecho de que el asegurado cambie de compañía o anule su póliza). Lo que sí puede cuestionarse es el sesgo debido a que la población asegurada se sabe que tiene mayores niveles de estudio y renta que la población general. En el trabajo para EE.UU. se concentra la atención en la existencia de deficiencias y no tanto de discapacidades, lo que también se incluye en la definición actual en España. Por lo tanto, la definición de EE.UU. es más restrictiva, con lo que

⁷ En los hombres, q_x^{aa} , el suavizado empleado ha sido una función exponencial hasta los 89 años de edad ($R^2=0.998$) y medias móviles hasta los 99 años (MM(7)). En las mujeres, q_x^{aa} , el suavizado se ha realizado mediante una función exponencial hasta los 90 años de edad ($R^2=0.992$), medias móviles entre los 90 y los 93 años (MM(3)), constante desde los 94 años (último valor de la media móvil). En los hombres, q_x^{ii} , se ha realizado un ajuste cuadrático hasta los 99 años ($R^2=0.846$). En las mujeres, q_x^{ii} , se ha efectuado un ajuste lineal hasta los 99 años ($R^2=0.720$).

sus tasas de prevalencia son inferiores a las españolas. Un punto de convergencia con el estudio americano, es que en este artículo se valoran los costes de atención por los servicios que se prestan en cada nivel de dependencia. Ello es lo mismo que se hace en el estudio de la SOA, en el que no se tienen en cuenta asegurados que reciban prestaciones en forma de renta o capital.

GRÁFICO 3.2 Ajustes del diferencial de mortalidad según datos de la SOA (2002), por sexos q_x^{aa} (1ª fila), q_x^{ii} (2ª fila), q_x^{aa} / q_x^{ii} (3ª fila)



En los Cuadros 3.4 y 3.5 se presentan las probabilidades estimadas del modelo multi-estado a partir de 65 o más años de edad, para hombres y mujeres. Para las edades estudiadas, la probabilidad de muerte de las mujeres discapacitadas resulta inferior a la probabilidad de muerte de los hombres discapacitados, resultado que confirma la mayor esperanza de vida en estado de discapacidad de las primeras, y que ya ha sido

puesto de manifiesto en otros estudios. La probabilidad de morir sin padecer ningún tipo de discapacidad es superior para los hombres que para las mujeres.

Las diferencias en términos de las esperanzas de vida libres de discapacidad entre el método tradicional de Sullivan y el que resulta de emplear una tabla de incremento-decremento (Preston et al., 2001) usando las probabilidades de transición presentadas en este trabajo pueden apreciarse en el Cuadro 3.6. Como se observa, dichas diferencias son muy pequeñas y aunque podría cuestionarse que el uso de la experiencia americana no es adecuado, todo parece apuntar a que los resultados no difieren de los que proporciona el método de Sullivan, que es más robusto.

El cálculo de los costes esperados que se presentará a continuación no se ha planteado a partir de la desagregación de la esperanza de vida obtenida por el método de Sullivan, ya que éste no permite fácilmente una actualización de los costes diferidos que implican los cuidados de larga duración. Con el método presentado aquí, al aproximarse las probabilidades de transición, es posible emplear las fórmulas actuariales que permiten cuantificar el valor actual de los costes esperados.

Cuantificación del coste esperado de la dependencia en España.

Para cada una de las edades estudiadas se ha calculado el coste individual esperado de los cuidados de larga duración, teniendo en cuenta las dos alternativas de cuidados presentadas en el Cuadro 3.2 (servicios de atención a domicilio, centros de día y residencias, por un lado; únicamente atención informal cuantificada en base al coste de los servicios de atención a domicilio, por otro), y la probabilidad de estar o no discapacitado en cada edad. En el caso de la primera alternativa de cuidados se ha supuesto un crecimiento anual acumulativo constante de los costes de CLD del 5.3% (crecimiento medio anual ponderado por el grado de severidad para el periodo 1999-2003). En el caso de la segunda alternativa, y dado que únicamente tiene en cuenta la aplicación de servicios informales, se ha supuesto un crecimiento anual acumulativo constante del 3.8% (Cuadro 3.2: Servicios públicos de ayuda a domicilio). Se ha utilizado como factor de actualización el deflactor del PIB para el periodo 2000-2050, estimado en un 2% anual (Herce y Alonso, 2000). El Cuadro 3.7 muestra los resultados obtenidos para cada una de las edades estudiadas, diferenciando entre hombres y mujeres.

CUADRO 3.4 Tabla de Dependencia Población Española
Hombres de 65 años y más

Edad	q_x^{aa}	q_x^{ii}	q_x^{ai}	w_x
65	0.002398	0.088955	0.001101	0.024764
66	0.002802	0.092698	0.001236	0.026660
67	0.003251	0.095933	0.001371	0.028575
68	0.003793	0.099857	0.001535	0.030743
69	0.004406	0.103452	0.001705	0.032972
70	0.005031	0.105367	0.001842	0.034959
71	0.005919	0.110581	0.002090	0.037806
72	0.006985	0.116404	0.002384	0.040965
73	0.008255	0.122712	0.002726	0.044426
74	0.009630	0.127684	0.003047	0.047734
75	0.011444	0.135356	0.003515	0.051934
76	0.013666	0.144176	0.004085	0.056673
77	0.016039	0.150934	0.004607	0.061047
78	0.018173	0.152545	0.004886	0.064061
79	0.020660	0.154688	0.005206	0.067316
80	0.024489	0.163552	0.005950	0.072755
81	0.029100	0.173359	0.006817	0.078650
82	0.034196	0.181715	0.007649	0.084183
83	0.040779	0.193290	0.008779	0.090834
84	0.047798	0.202087	0.009754	0.096533
85	0.056041	0.211348	0.010806	0.102259
86	0.065174	0.219242	0.011760	0.107274
87	0.076856	0.230618	0.013037	0.113059
88	0.091009	0.243589	0.014462	0.118742
89	0.108694	0.259500	0.016143	0.124419
90	0.125761	0.267817	0.016946	0.126551
91	0.138588	0.263256	0.016319	0.123979
92	0.150510	0.276824	0.018403	0.132959
93	0.164666	0.302860	0.022594	0.149206
94	0.183393	0.337303	0.028546	0.169262
95	0.205736	0.378398	0.036515	0.192998
96	0.230813	0.424521	0.046755	0.220274
97	0.257820	0.474192	0.059507	0.250983
98	0.286025	0.526069	0.075005	0.285152
99	0.310760	0.571562	0.128916	0.451100

Fuente: Elaboración propia en base a EDDS (INE, 1999) y a Tablas de Mortalidad de la Población Española 1998-1999 (INE, 2002).

CUADRO 3.5 Tabla de Dependencia Población Española
Mujeres de 65 años y más

Edad	q_x^{aa}	q_x^{ii}	q_x^{ai}	w_x
65	0.000765	0.034261	0.000301	0.017550
66	0.000891	0.035136	0.000330	0.018779
67	0.001048	0.036428	0.000368	0.020179
68	0.001293	0.039610	0.000437	0.022074
69	0.001590	0.042917	0.000518	0.024146
70	0.001913	0.045483	0.000596	0.026212
71	0.002264	0.047432	0.000671	0.028288
72	0.002749	0.050758	0.000783	0.030864
73	0.003355	0.054574	0.000921	0.033766
74	0.004042	0.057940	0.001065	0.036766
75	0.004968	0.062756	0.001268	0.040403
76	0.006040	0.067235	0.001486	0.044211
77	0.007521	0.073772	0.001805	0.048930
78	0.009171	0.079267	0.002126	0.053649
79	0.011281	0.085915	0.002538	0.059071
80	0.013609	0.091329	0.002942	0.064421
81	0.016864	0.099725	0.003547	0.071146
82	0.020658	0.107645	0.004202	0.078076
83	0.025641	0.117734	0.005071	0.086144
84	0.031391	0.127009	0.005986	0.094257
85	0.038604	0.137634	0.007099	0.103153
86	0.047368	0.148815	0.008369	0.112472
87	0.058598	0.162219	0.009952	0.122693
88	0.071220	0.173733	0.011490	0.132266
89	0.086403	0.185726	0.013181	0.141937
90	0.104958	0.198802	0.015090	0.151805
91	0.082097	0.223577	0.022681	0.202892
92	0.090234	0.245736	0.028901	0.235216
93	0.101225	0.275667	0.038267	0.277635
94	0.114403	0.311556	0.051927	0.333338
95	0.129187	0.351818	0.072165	0.410241
96	0.145075	0.395085	0.105261	0.532855
97	0.161637	0.440187	0.181256	0.823540
98	0.180890	0.492620	0.201745	0.819070
99	0.202528	0.551547	0.219921	0.797469

Fuente: Elaboración propia en base a EDDS (INE, 1999) y a Tablas de Mortalidad de la Población Española 1998-1999 (INE, 2002).

CUADRO 3.6 Esperanzas de vida sin discapacidad, 1999
Comparación con el método de Sullivan

Edad	Sullivan*	PMM**
65	11.67 (11.39)	11.57
70	8.68 (8.31)	8.59
75	6.12 (5.60)	6.04
80	4.06 (3.56)	4.00
85	2.47	2.42
90	1.37	1.33
95+	0.58	0.55

*Calculadas con tasas de prevalencia brutas entre paréntesis (INE, 1999, *Metodología del análisis. Metodología para el cálculo de esperanzas de vida en salud*, pág 47).

**Las siglas PMM (Pseudo-Multistate Method) corresponden a la metodología presentada.

Fuente: INE, 1999

El coste esperado de la dependencia para un individuo de 75 años de edad hasta su fallecimiento haciendo uso de servicios formales sería de 39135 euros aproximadamente en el caso de ser un hombre, coste que ascendería a prácticamente 59500 euros en el caso de ser mujer (mayor esperanza de vida total y con discapacidades). Estos costes son el reflejo de tasas de prevalencia de discapacidad elevadas en edades avanzadas, con niveles de severidad cada vez más acusados.

En el caso de utilizar únicamente cuidados informales, los costes son mucho más elevados, tanto para los hombres como para las mujeres. La razón está en haber considerado como referencia en su cuantificación los costes de los cuidados formales a domicilio, en un intento de calcular el coste de oportunidad de la no inserción de los cuidadores en el mercado laboral. Hablaríamos en este caso de un coste esperado de la dependencia de 88568 euros para un hombre de 75 años (hasta su fallecimiento), y de un coste cercano a los 132000 euros en el caso de ser mujer. La interpretación de estas cifras podría sustentarse en la equivalencia con el salario cobrado por un individuo especializado en el cuidado de personas mayores discapacitadas durante largos periodos de tiempo.

Crecimientos de los costes de los servicios de CLD menos acusados a los observados en el periodo de referencia, 1999-2003, darían lugar a costes individuales esperados notablemente inferiores.

CUADRO 3.7 Coste Individual Esperado de Cuidados de Larga Duración Diferentes Alternativas de Cuidados, por sexos. En euros

Edad	Cuidados Formales (Alternativa 1)		Cuidados Informales (Alternativa 2)	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
65	63456.41	99819.26	132263.47	200852.80
66	60730.32	95259.35	127720.04	193647.37
67	58070.33	90834.64	123202.83	186533.53
68	55477.58	86540.90	118721.80	179508.67
69	52947.95	82353.13	114270.06	172514.88
70	50482.40	78267.09	109856.40	165549.72
71	48092.34	74290.61	105519.35	158642.78
72	45766.07	70433.01	101225.98	151827.04
73	43499.42	66681.37	96970.06	145074.81
74	41287.51	63031.69	92743.98	138383.01
75	39134.95	59491.40	88568.24	131779.63
76	37028.57	56049.70	84408.76	125242.08
77	34953.39	52712.93	80230.52	118795.52
78	32905.95	49466.21	76033.89	112405.63
79	30909.87	46319.77	71892.69	106109.36
80	28982.71	43269.96	67853.60	99902.90
81	27112.00	40332.51	63877.40	93837.46
82	25291.99	37499.70	59953.52	87895.17
83	23526.35	34781.68	56099.12	82111.87
84	21802.58	32179.13	52282.60	76493.70
85	20123.08	29706.41	48518.65	71087.95
86	18490.02	27380.11	44816.07	65943.24
87	16917.48	25227.07	41216.09	61136.38
88	15414.15	23286.78	37741.19	56774.25
89	13988.56	21622.19	34415.90	53032.04
90	12643.91	20353.32	31249.50	50230.39
91	11411.10	19694.53	28329.87	48939.67
92	10395.01	18136.46	25939.71	45335.78
93	9448.36	16642.48	23702.48	41844.44
94	8510.20	15248.81	21460.95	38561.00
95	7586.72	13976.04	19231.35	35545.86
96	6660.62	12836.06	16971.66	32840.81
97	5686.11	11838.94	14566.74	30486.56
98	4586.26	9335.24	11819.03	24129.53
99	3315.10	5942.65	8607.98	15430.68

Alternativa 1: Discapacidad moderada (3h/día Servicios de Atención a Domicilio); Discapacidad severa (Centros de día + 1h/día Servicios de Atención a Domicilio); Discapacidad total (Residencias); Alternativa 2: Discapacidad moderada (3h/día de Atención a Domicilio); Discapacidad severa (8h/día de Atención a Domicilio); Discapacidad total (14h/día de Atención a Domicilio).

Fuente: Elaboración propia en base a EDDS (INE, 1999), a Tablas de Mortalidad de la Población Española 1998-1999 (INE, 2002) y a costes de servicios (IMSERSO, 2001, 2004).

Sería muy interesante medir la incidencia en el estudio de desarrollos como la generalización de los CLD formales o los actuales procesos de inmigración. Igualmente podría analizarse la incidencia de desviaciones respecto a los supuestos de tasas de mortalidad y prevalencia de la discapacidad estacionarias tenidas en cuenta en el artículo (por ejemplo, teniendo en cuenta la posible existencia de efectos de generación – los mayores de 65 años en el año 1999 han vivido la guerra civil y la posguerra; o las consecuencias de los primeros años de vida sobre la salud en la vejez).

3.6 CONCLUSIONES

El tratamiento metodológico desarrollado para el cálculo de probabilidades de discapacidad permite presentar unas Tablas de Dependencia para la población española, teniendo en cuenta la incorporación de escenarios realistas sobre el diferencial de mortalidad para personas activas y discapacitadas. Estos escenarios se han formulado teniendo en cuenta la experiencia observada en otros países, ante la ausencia de información sobre el comportamiento de la mortalidad para la población discapacitada en España. El planteamiento de escenarios teniendo en cuenta la experiencia de otros países viene siendo habitual en contextos de características análogas al estudiado.

La probabilidad de muerte de las personas discapacitadas aumenta conforme lo hace la edad de los individuos, aunque el incremento es menor para el caso de las mujeres, que sobreviven más tiempo con sus discapacidades. La probabilidad de fallecer sin adquirir ningún tipo de discapacidad es mayor en los hombres que en las mujeres.

La utilización de un modelo markoviano permite calcular las probabilidades temporales de transición al estado de discapacidad para un individuo de edad x , que serán utilizadas en el cálculo de los costes esperados de la dependencia para dicho individuo. Cuando los costes de cuidados de larga duración son los asociados a una combinación de servicios (atención a domicilio, centros de día y cuidados en residencias) se obtiene un coste individual notablemente inferior al obtenido cuando únicamente se tienen en cuenta servicios de atención a domicilio. Este último caso sirve de referente a la hora de aproximar el coste de los cuidados informales, normalmente ofrecidos por las familias, y que en muchas ocasiones suponen la no incorporación del cuidador al mercado laboral.

Los resultados obtenidos pueden ayudar en el establecimiento de los criterios de financiación del Sistema Nacional de Dependencia. Si el sistema público cubriera sólo las necesidades de dependencia generados por las discapacidades más severas, posiblemente el mercado asegurador privado podría ofrecer coberturas de dependencia en severidades moderadas, lo que daría lugar a unos costes esperados inferiores a los presentados en el apartado de resultados.

CAPÍTULO 4

COSTE INDIVIDUAL DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN SEGÚN GRAVEDAD DE LA DEPENDENCIA

En este capítulo se procede a implementar la metodología presentada en el capítulo anterior para realizar una segmentación del coste individual esperado de cuidados de larga duración, pero diferenciando según el grado de severidad de la dependencia presentado por cada individuo.

El criterio de definición de los grados de severidad utilizado es el que aparece en el Libro Blanco de la Dependencia, que ya ha sido analizado en capítulos anteriores. Un sistema por puntos que asigna a cada discapacidad y a su nivel de restricción una puntuación, de forma que el individuo puede finalmente presentar tres grados de discapacidad (mediante la agregación de los puntos correspondientes): dependencia moderada, dependencia severa y gran dependencia. La dependencia moderada incluye a aquellas personas que necesitan ayuda para realizar algunas de las actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día. La dependencia severa afecta a aquellos individuos que necesitan ayuda para realizar actividades básicas de la vida diaria de forma más acentuada (dos o tres veces al día), pero no requieren la presencia permanente de un cuidador. Por último la gran dependencia afecta a personas que necesitan ayuda permanente para realizar dichas actividades, debido a la pérdida total de la autonomía mental o física.

El objetivo del capítulo es cuantificar el valor esperado actual del coste de la dependencia para individuos de 65 años o más teniendo en cuenta los diferentes grados de discapacidad que puede adquirir.

El tratamiento se realiza de manera individual para cada una de las severidades posibles, utilizando la metodología presentada en el capítulo anterior, es decir, teniendo en cuenta la probabilidad de que el individuo adquiera el grado de severidad analizado en diferentes momentos del tiempo (desde los 65 años de edad hasta su fallecimiento).

El método de trabajo es el siguiente. En el desarrollo tenemos en cuenta tres niveles de aplicación. En un primer nivel (nivel 1) analizamos la probabilidad de que el individuo adquiera cualquier tipo de discapacidad en los años que le quedan de vida (es decir, discapacidad moderada, severa o gran dependencia). En este sentido realizamos una aplicación similar a la presentada en el capítulo anterior, pero incorporando como criterio alternativo a la definición de los grados de dependencia el utilizado en el Libro Blanco de la Dependencia (recordemos que en el capítulo 3 utilizábamos el criterio del INE). En un segundo nivel (nivel 2) analizamos la probabilidad de que el individuo adquiera únicamente un grado de discapacidad severa o de gran dependencia, eliminando por tanto situaciones de discapacidad moderada. Finalmente, en un tercer nivel (nivel 3) analizamos de la probabilidad de que el individuo presente únicamente gran dependencia (sin tener en cuenta discapacidad moderada y severa). El objetivo será comparar la diferencia entre los costes de cuidados de larga duración asociados a cada grado de discapacidad, teniendo en cuenta la diferencia entre los costes obtenidos para los tres niveles considerados.

Como señalábamos al principio de este apartado, la metodología a aplicar es la misma que la utilizada en el capítulo anterior. La no existencia de información sobre las transiciones entre niveles de discapacidad (es decir, tasas de prevalencia de personas con discapacidad severa que previamente habían tenido discapacidad moderada, y tasas de prevalencia de personas que tienen gran discapacidad que previamente presentaban discapacidad severa o moderada) impide (hasta la fecha) incluir en la modelización probabilidades de transición entre grados de severidad.

La aproximación realizada resulta muy ilustrativa y permite obtener resultados ligados a actuaciones sociales posibles, actualmente debatidas en el contexto político. Por ejemplo, si a nivel gubernamental se decidiese ofrecer coberturas únicamente para situaciones de gran dependencia, cada persona podría tener una estimación del capital que necesitaría para cubrir situaciones de dependencia menos extremas. En base a los resultados que presentaremos en las páginas siguientes podremos determinar, por tanto, el porcentaje del coste de CLD que podría ser susceptible de coberturas privadas, en el contexto de los seguros de dependencia. Los resultados obtenidos podrían utilizarse igualmente para determinar los porcentajes del coste total de CLD que podrían ser objeto de coberturas sociales, teniendo en cuenta los fondos públicos existentes para este tipo de actuaciones.

La estructura del capítulo es la siguiente. En primer lugar ilustramos el modelo de Markov utilizado en la modelización, recuperando para ello el tratamiento realizado en el capítulo 3. En segundo lugar presentamos los costes individuales anuales de los cuidados de larga duración asociados a cada nivel de severidad, que serán utilizados en el cálculo del valor actual actuarial del coste de la dependencia por grados. En este punto tendremos en cuenta, al igual que hacíamos en el capítulo anterior, el planteamiento de dos alternativas de cuidados, formales e informales, respectivamente. En tercer y último lugar presentamos los resultados finales obtenidos en la modelización, teniendo en cuenta dos escenarios: i) no existe diferencial de mortalidad entre la población no discapacitada y discapacitada; ii) existen diferencias en el patrón de mortalidad de ambas poblaciones y dichas diferencias pueden aproximarse a partir de la experiencia obtenida de otros países (no se dispone de información para España). Todo ello diferenciando por sexos, como es habitual en estudios como el presentado.

4.1 LA PROBABILIDAD DE ADQUIRIR UNA DEPENDENCIA MODERADA, SEVERA O GRAN DEPENDENCIA

Una de las posibilidades a la hora de calcular el coste de los cuidados de larga duración asociados a los tres grados de severidad estudiados sería utilizar la desagregación de la esperanza de vida obtenida por el Método de Sullivan al igual que planteábamos en el capítulo anterior. Las tasas de prevalencia de las discapacidades

observadas y ajustadas para cada uno de los niveles de definición aparecen en los cuadros 4.1 y 4.2, diferenciando entre hombres y mujeres, respectivamente. En el nivel 1, la tasa de prevalencia de la dependencia se ha calculado como el número de individuos que presentan algún tipo de discapacidad (moderada, severa o total) dividido por el total de individuos. La hemos denominado t_x^1 . En el nivel 2, la tasa de prevalencia de la dependencia se ha calculado como el número de individuos que presentan discapacidad severa o gran dependencia dividido por el total de individuos (t_x^2). Finalmente, para el nivel 3, la tasa de prevalencia de la dependencia se ha calculado dividiendo el número de personas en estado de gran dependencia dividido por el total de individuos (t_x^3). Con \hat{t}_x^1 , \hat{t}_x^2 y \hat{t}_x^3 representamos las tasas de prevalencia de dependencia ajustadas, para cada uno de los niveles considerados.

Las tasas de prevalencia ajustadas para cada nivel han sido utilizadas en la desagregación de las esperanza de vida total, tal y como aparece reflejado en los cuadros 4.3, 4.4 y 4.5, en los que se analiza separadamente el comportamiento para hombres y mujeres. En el cuadro 4.3 presentamos los resultados de la desagregación de la esperanza vida total para los individuos de edad x teniendo en cuenta las pautas marcadas en el nivel 1 de estudio, es decir, diferenciando entre esperanza de vida sin discapacidad y esperanza de vida con cualquier tipo de discapacidad (moderada, severa o gran discapacidad). En el cuadro 4.4 realizamos el mismo proceso para el nivel 2, desagregando por tanto la esperanza de vida en años de vida sin discapacidad o con discapacidad moderada y años de vida con discapacidad severa o gran dependencia. Finalmente, en el cuadro 4.5 nos centramos únicamente en gran dependencia, es decir, desagregamos la esperanza de vida total para un individuo de edad x en años de vida sin discapacidad, con discapacidad moderada o severa, por un lado, y gran dependencia por otro.

CUADRO 4.1 Tasas brutas de prevalencia de la dependencia

Por niveles y sexos						
Edad	Hombres			Mujeres		
	Nivel 1 t_x^1	Nivel 2 t_x^2	Nivel 3 t_x^3	Nivel 1 t_x^1	Nivel 2 t_x^2	Nivel 3 t_x^3
65	0,0217	0,0070	0,0013	0,0303	0,0077	0,0000
66	0,0284	0,0072	0,0014	0,0411	0,0092	0,0020
67	0,0246	0,0151	0,0048	0,0483	0,0110	0,0027
68	0,0342	0,0097	0,0025	0,0591	0,0281	0,0021
69	0,0456	0,0188	0,0030	0,0600	0,0191	0,0078
70	0,0460	0,0162	0,0038	0,0564	0,0180	0,0016
71	0,0423	0,0173	0,0036	0,0821	0,0217	0,0031
72	0,0593	0,0238	0,0050	0,0656	0,0144	0,0087
73	0,0533	0,0207	0,0054	0,0679	0,0194	0,0055
74	0,0505	0,0303	0,0058	0,0857	0,0412	0,0127
75	0,0728	0,0416	0,0090	0,1018	0,0434	0,0130
76	0,0761	0,0472	0,0101	0,1035	0,0238	0,0039
77	0,0705	0,0341	0,0109	0,1004	0,0315	0,0090
78	0,0898	0,0405	0,0128	0,1276	0,0449	0,0176
79	0,0862	0,0356	0,0121	0,1284	0,0638	0,0221
80	0,0891	0,0458	0,0141	0,1313	0,0664	0,0243
81	0,1146	0,0691	0,0181	0,1558	0,0972	0,0478
82	0,1317	0,0777	0,0163	0,1756	0,0994	0,0306
83	0,1260	0,0735	0,0165	0,1512	0,0957	0,0403
84	0,1484	0,0639	0,0203	0,1811	0,0917	0,0321
85	0,1708	0,1029	0,0213	0,2466	0,1433	0,0592
86	0,1962	0,1088	0,0286	0,2873	0,1620	0,0470
87	0,2173	0,1480	0,0358	0,2675	0,1352	0,0743
88	0,1865	0,1421	0,0450	0,2343	0,1876	0,0727
89	0,2538	0,1396	0,0564	0,3707	0,2408	0,0778
90	0,3271	0,1642	0,0509	0,2985	0,2243	0,0695
91	0,1473	0,0771	0,0444	0,3067	0,2208	0,0740
92	0,3025	0,1942	0,0263	0,3509	0,2539	0,1063
93	0,3960	0,3010	0,0079	0,4467	0,3613	0,2148
94	0,2955	0,2578	0,0242	0,4650	0,2937	0,1340
95	0,4691	0,2274	0,0285	0,4943	0,3494	0,1511
96	0,4563	0,2276	0,0285	0,4597	0,3015	0,1261
97	0,1428	0,0727	0,0285	0,7369	0,5809	0,2369
98	0,7682	0,5506	0,0789	0,6774	0,4981	0,0568
99	0,3219	0,3219	0,1508	0,6047	0,4085	0,1967

Nivel 1: discapacidad moderada, severa o gran dependencia
 Nivel 2: discapacidad severa o gran dependencia
 Nivel 3: gran dependencia

CUADRO 4.2 Tasas ajustadas de prevalencia de la dependencia

Por niveles y sexos						
Edad	Hombres			Mujeres		
	Nivel 1 \hat{t}_x^1	Nivel 2 \hat{t}_x^2	Nivel 3 \hat{t}_x^3	Nivel 1 \hat{t}_x^1	Nivel 2 \hat{t}_x^2	Nivel 3 \hat{t}_x^3
65	0,0156	0,0122	0,0013	0,0340	0,0068	-0,0048
66	0,0250	0,0108	0,0014	0,0404	0,0109	0,0001
67	0,0325	0,0104	0,0048	0,0464	0,0141	0,0036
68	0,0384	0,0109	0,0031	0,0522	0,0166	0,0059
69	0,0430	0,0122	0,0053	0,0578	0,0187	0,0073
70	0,0469	0,0142	0,0072	0,0633	0,0206	0,0080
71	0,0502	0,0169	0,0088	0,0689	0,0225	0,0083
72	0,0533	0,0200	0,0101	0,0747	0,0245	0,0084
73	0,0565	0,0237	0,0111	0,0808	0,0269	0,0084
74	0,0600	0,0277	0,0120	0,0873	0,0298	0,0087
75	0,0640	0,0321	0,0126	0,0942	0,0333	0,0092
76	0,0688	0,0369	0,0132	0,1018	0,0377	0,0102
77	0,0745	0,0419	0,0136	0,1101	0,0430	0,0118
78	0,0812	0,0473	0,0141	0,1192	0,0493	0,0140
79	0,0891	0,0530	0,0145	0,1292	0,0567	0,0169
80	0,0983	0,0590	0,0149	0,1402	0,0654	0,0206
81	0,1089	0,0654	0,0154	0,1524	0,0753	0,0251
82	0,1208	0,0723	0,0160	0,1658	0,0867	0,0304
83	0,1342	0,0796	0,0168	0,1806	0,0994	0,0366
84	0,1489	0,0875	0,0177	0,1968	0,1136	0,0435
85	0,1651	0,0960	0,0189	0,2146	0,1292	0,0512
86	0,1825	0,1052	0,0204	0,2341	0,1464	0,0596
87	0,2012	0,1153	0,0222	0,2553	0,1650	0,0686
88	0,2211	0,1263	0,0243	0,2783	0,1851	0,0780
89	0,2419	0,1385	0,0269	0,3034	0,2066	0,0878
90	0,2636	0,1518	0,0298	0,3305	0,2296	0,0979
91	0,2859	0,1666	0,0332	0,3598	0,2539	0,1079
92	0,3087	0,1830	0,0372	0,3914	0,2795	0,1179
93	0,3318	0,2011	0,0417	0,4253	0,3063	0,1275
94	0,3548	0,2212	0,0468	0,4618	0,3342	0,1365
95	0,3774	0,2435	0,0525	0,5008	0,3631	0,1447
96	0,3994	0,2682	0,0589	0,5426	0,3930	0,1518
97	0,4205	0,2955	0,0660	0,5871	0,4236	0,1575
98	0,4402	0,3257	0,0738	0,6345	0,4549	0,1616
99	0,4582	0,3590	0,0824	0,6849	0,4867	0,1636

Nivel 1: discapacidad moderada, severa o gran dependencia
 Nivel 2: discapacidad severa o gran dependencia
 Nivel 3: gran dependencia

Sin embargo, como ya comentábamos en el capítulo 3, con esta aproximación el cálculo del coste total esperado de los cuidados de larga duración para los individuos de diferentes edades se realizaría teniendo en cuenta únicamente el número esperado de años en cada estado de discapacidad y el coste de los servicios para cada uno de ellos.

Uno de los elementos que no se tiene en cuenta en el cálculo es la posibilidad de probabilidades de transición entre estados, es decir, la probabilidad de pasar de no discapacitado a discapacitado moderado, severo o gran dependiente, a lo largo de un año. Este hecho puede ser importante en edades avanzadas, cuando el proceso de dependencia puede ser rápido.

CUADRO 4.3 Esperanza de vida sin discapacidad y con discapacidad moderada, severa o gran dependencia (nivel 1), por sexos

Edad	Hombres			Mujeres		
	Ex*	Ex(sd)**	Ex(1)***	Ex*	Ex(sd)**	Ex(1)***
65	16.61	15.27	1.33	20.58	17.94	2.64
70	13.16	11.84	1.32	16.35	13.82	2.52
75	10.08	8.80	1.28	12.44	10.10	2.34
80	7.51	6.25	1.27	9.01	6.88	2.13
85	5.41	4.15	1.25	6.21	4.31	1.90
90	3.85	2.64	1.21	4.14	2.45	1.69
95+	2.43	1.46	0.97	2.44	1.10	1.34

* Esperanza de vida total

** Esperanza de vida sin discapacidad

*** Esperanza de vida con discapacidad moderada, severa o grave (nivel 1)

Fuente: Elaboración propia a partir de INE, 1999 y definiciones de grados de severidad del Libro Blanco de la Dependencia.

CUADRO 4.4 Esperanza de vida con discapacidad moderada como máximo, y con discapacidad severa o gran dependencia (nivel 2), por sexos

Edad	Hombres			Mujeres		
	Ex*	Ex(sd+m)**	Ex(2)***	Ex*	Ex(sd+m)**	Ex(2)***
65	16.61	15.91	0.70	20.58	19.22	1.36
70	13.16	12.44	0.72	16.35	14.99	1.35
75	10.08	9.34	0.74	12.44	11.10	1.34
80	7.51	6.76	0.75	9.01	7.69	1.32
85	5.41	4.67	0.74	6.21	4.93	1.28
90	3.85	3.11	0.74	4.14	2.93	1.20
95+	2.43	1.77	0.66	2.44	1.47	0.97

* Esperanza de vida total

** Esperanza de vida sin discapacidad o con discapacidad moderada

*** Esperanza de vida con discapacidad severa o gran dependencia

Fuente: Elaboración propia a partir de INE, 1999 y definiciones de niveles de severidad del Libro Blanco de la Dependencia.

CUADRO 4.5 Esperanza de vida con discapacidad severa como máximo, y con gran dependencia (nivel 3), por sexos

Edad	Hombres			Mujeres		
	Ex*	Ex(sd+m+s)**	Ex(3)***	Ex*	Ex(sd+m+s)**	Ex(3)***
65	16.61	16.42	0.19	20.58	20.08	0.50
70	13.16	12.97	0.20	16.35	15.84	0.51
75	10.08	9.91	0.18	12.44	11.93	0.50
80	7.51	7.36	0.16	9.01	8.49	0.52
85	5.41	5.26	0.15	6.21	5.68	0.53
90	3.85	3.70	0.15	4.14	3.64	0.50
95+	2.43	2.29	0.15	2.44	2.07	0.37

* Esperanza de vida total

** Esperanza de vida sin discapacidad, con discapacidad moderada o con discapacidad severa

*** Esperanza de vida con gran dependencia

Fuente: Elaboración propia a partir de INE, 1999 y definiciones de niveles de severidad del Libro Blanco de la Dependencia.

Si el objetivo es calcular el valor actual de los costes esperados de los cuidados de larga duración asociados a los diferentes niveles de discapacidad, incorporando probabilidades de transición (y, por tanto, teniendo en cuenta los diferentes momentos de la vida del individuo en que puede adquirir la discapacidad), la metodología a utilizar será la presentada en el capítulo anterior. En los gráficos 4.1, 4.2 y 4.3 presentamos los modelos de múltiples estados utilizados en el desarrollo, pero teniendo en cuenta los niveles 1, 2 y 3, respectivamente. En ninguno de ellos se admite la rehabilitación del individuo, es decir, se supone que una vez que el individuo ha adquirido un cierto nivel de discapacidad permanecerá en él. La adopción de esta hipótesis se realiza teniendo en cuenta la avanzada edad de los individuos incluidos en la modelización (65 años o más) y el tipo de discapacidades analizadas (asociadas a la realización de actividades básicas de la vida diaria). Recordemos que según la EDDDES, en un 90% de los casos las discapacidades padecidas por los individuos mayores de 64 años son de carácter permanente.

GRÁFICO 4.1 Transiciones en un modelo de múltiples estados
Nivel 1 (discapacidad moderada, severa o gran dependencia)

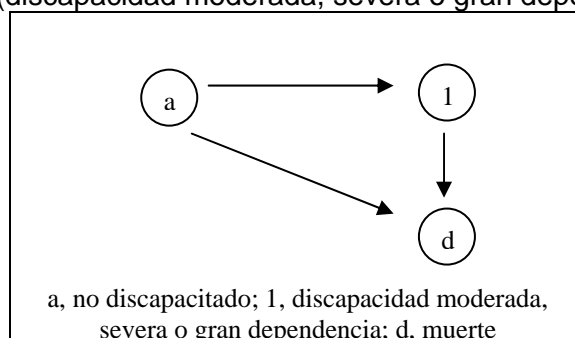


GRÁFICO 4.2 Transiciones en un modelo de múltiples estados
Nivel 2 (discapacidad severa o gran dependencia)

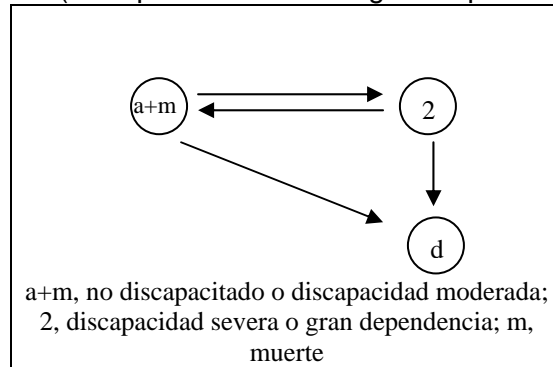
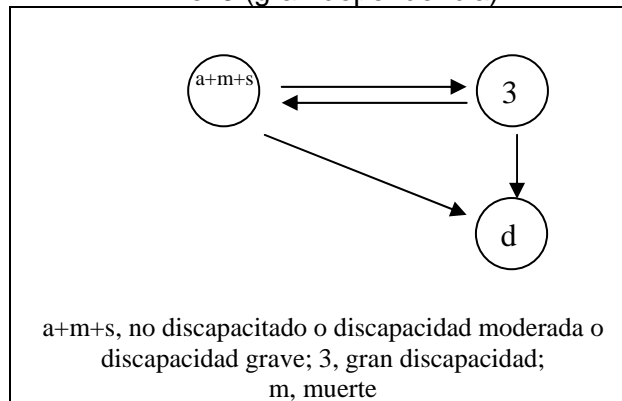


GRÁFICO 4.3 Transiciones en un modelo de múltiples estados
Nivel 3 (gran dependencia)



Fijémonos por ejemplo en el gráfico 4.1. Para un individuo de edad x , tendremos que analizar cuál es la probabilidad de que sobreviva en el mismo estado al cabo de un año (bien como no discapacitado, bien en algún estado de discapacidad); cuál es la probabilidad de que cambie de estado y sobreviva al final del periodo (se discapacite a lo largo del año, sea cual sea el nivel de discapacidad adquirido), o cuál es la probabilidad de que muera (como no discapacitado, como discapacitado habiendo adquirido ese año cualquier grado de discapacidad, o como discapacitado siendo ya discapacitado al inicio del periodo de estudio). Este gráfico sería, por tanto, análogo al estudiado en el capítulo 3. En el gráfico 4.2 la interpretación sería similar pero partiendo de una situación inicial de los individuos de no discapacidad o discapacidad moderada como máximo. En el gráfico 4.3 la situación inicial de partida sería individuos no discapacitados o con discapacidad severa como máximo.

La metodología utilizada en el cálculo de todas las probabilidades asociadas a los diferentes esquemas de transición ya ha sido presentada en el capítulo 3, y puede

consultarse de manera detallada en Albarrán et al. (2005). Únicamente será necesario adaptar la formulación a los diferentes colectivos tenidos en cuenta en cada una de las modelizaciones (nivel 1, nivel 2 y nivel 3).

4.2 CÁLCULO ACTUARIAL DEL COSTE DE LA DEPENDENCIA POR NIVELES DE SEVERIDAD

Una vez calculadas las diferentes probabilidades anuales de transición para un individuo de edad x , el siguiente paso es calcular el coste total esperado de los cuidados de larga duración (CLD) para dicho individuo, en cada uno de los niveles de estudio definidos. Así, en primer lugar calcularemos el valor actual actuarial de los costes de CLD asociados al Nivel 1, y por tanto, considerando la adquisición por un individuo de edad x de cualquier tipo de discapacidad a lo largo de su vida residual (años que le quedan por vivir). Estos resultados serán comparables con los presentados en el capítulo 3, en el que teníamos en cuenta la definición de grados de discapacidad ofrecida por el INE. Como veremos la diferencia en los criterios seguidos por el LBD a la hora de definir los grados de severidad (el número de requisitos para definir a un individuo como dependiente, en cualquiera de sus grados, es mucho más alto que en el caso del INE) dará lugar a unos costes esperados notablemente más bajos en el caso del criterio del LBD, tanto sin incluir como incluyendo diferenciales en los patrones de mortalidad para el colectivo de personas no discapacitadas y discapacitadas, respectivamente. El proceso de cálculo será reiterado para los costes de CLD asociados a los niveles 2 y 3, respectivamente.

El cálculo del valor actuarial de los costes de CLD para los diferentes niveles se realizará de forma análoga al proceso seguido en el capítulo 3, teniendo en cuenta el uso de cadenas de Markov. En este sentido, la definición de las matrices de probabilidades de transición deberá adecuarse a cada uno de los esquemas desarrollados (gráficos 4.1, 4.2 y 4.3), en función del nivel estudiado. A modo de ejemplo presentamos la matriz de transición asociada al nivel 3, o situación de gran dependencia (cuadro 4.6). En este caso consideramos dos colectivos de partida. El primero está formado por todas las personas que como máximo presentan una discapacidad severa en la edad inicial de estudio (o están no discapacitados, o tienen discapacidad moderada, o tienen discapacidad severa). El segundo está formado por

el colectivo de personas en estado de gran dependencia. Nótese que esta matriz de transición será la utilizada para modelizar situaciones en las que la cobertura de dependencia se dirija únicamente a los niveles más graves, genéricamente definidos como de gran discapacidad. Un proceso análogo podría seguirse para definir las matrices de transición utilizadas en el cálculo de costes de CLD asociados a la cobertura conjunta de discapacidad severa y gran dependencia, o a la cobertura de cualquier tipo de discapacidad.

CUADRO 4.6 Matriz de transición (Nivel 3: gran dependencia)

	sd+m+s	Gd	d
sd+m+s	$p_x^{(sd+m+s)(sd+m+s)}$	$p_x^{(sd+m+s)(gd)}$	q_x^{sd+m+s}
Gd	0	$p_x^{(gd)(gd)}$	q_x^{gd}
D	0	0	1

sd: sin discapacidad; m: discapacidad moderada; s: discapacidad severa;
gd: gran dependencia; d: muerte.

Siguiendo con el estudio del nivel 3, para un individuo de edad x habremos de considerar la probabilidad de que pase a ser gran dependiente en diferentes momentos del tiempo, de manera que las relaciones de Chapman-Kolmogorov definidas en el capítulo 3 [fórmula 6] y adaptadas a la nueva matriz de transición (cuadro 4.6) permitirán generalizar el cálculo de probabilidades para temporalidades superiores a la anual (Haberman y Pitacco, 1999). Un proceso análogo podría seguirse para calcular las probabilidades asociadas a los otros dos niveles de estudio.

En base a las relaciones de Chapman-Kolmogorov, la probabilidad de que un individuo de edad x pase a un estado de gran dependencia al cabo de h años recogerá los diferentes momentos del tiempo entre x y $x+h$ en que puede producirse el cambio de estado. A modo de ejemplo, la probabilidad de que un individuo con un grado de discapacidad inferior al de gran dependencia⁸ a los 65 años sea gran dependiente a los 67 será el resultado de adicionar dos sucesos: 1) que el individuo adquiriera el grado de gran dependiente antes de los 66 años y por tanto sobreviviera con este grado entre los 66 y los 67 años; 2) que el individuo continúe con un grado de discapacidad inferior al de gran dependiente a los 66 años y adquiriera el grado de gran dependencia entre los 66 y los 67 años. Con este proceso podremos generalizar el cálculo de la probabilidad de que un individuo adquiriera una discapacidad con el mayor nivel de

⁸ Incluso sin discapacidad.

severidad en diferentes momentos de tiempo de su vida residual (o años de vida que le quedan por vivir), situación en la que podría percibir una ayuda destinada a cubrir gran dependencia.

El planteamiento sería análogo para los niveles 1 y 2 considerados en este capítulo. De esta forma, si nos centrásemos en el nivel 2, las relaciones de Chapman-Kolmogorov nos permitirían cuantificar la probabilidad temporal de que un individuo de edad x , no discapacitado o como mucho con discapacidad moderada, adquiriese niveles de discapacidad severa o de gran dependencia a lo largo de los años que le quedan por vivir.

Igualmente podríamos repetir el proceso para determinar la probabilidad temporal de que un individuo de edad x no discapacitado adquiriese cualquier nivel de discapacidad, situación análoga a la desarrollada en el capítulo 3.

Una vez calculadas las probabilidades temporales necesarias podremos cuantificar el valor actual total de la cobertura de dependencia, en cada uno de los niveles analizados, para un individuo de edad x hasta su fallecimiento, utilizando la expresión (fórmula [7] del capítulo 3).

A modo de ejemplo, la expresión [1] será la utilizada para cuantificar los costes de CLD para el nivel 3 (cobertura de gran dependencia) donde b representa el coste individual anual asociado a los cuidados de larga duración para una persona con dicho nivel de discapacidad.

La cobertura total de gran dependencia para un individuo de edad x (cantidad monetaria necesaria para cubrir las necesidades de CLD para este individuo hasta su fallecimiento) se calculará obteniendo el valor actual actuarial de los costes por cuidados de larga duración (calculados a final de cada año) en la edad inicial de estudio, teniendo en cuenta un factor de actualización, como ya hacíamos en el capítulo 3. Un proceso análogo podrá seguirse para cuantificar los costes de CLD asociados al nivel 1 y al nivel 2.

$$C_x^{gd}(0, \infty) = \sum_{h=1}^{+\infty} b_h P_x^{(sd+m+s)(gd)} v^h = \sum_{h=1}^{+\infty} \left[b \sum_{r=1}^h {}_{h-r}P_x^{(sd+m+s)(sd+m+s)} P_{x+h-r}^{(sd+m+s)(gd)} \prod_{g=1}^{r-1} P_{x+h-r+g}^{(gd)(gd)} \right] [1]$$

4.3 CUANTIFICACIÓN DEL COSTE ESPERADO DE LA DEPENDENCIA EN ESPAÑA, POR NIVELES DE SEVERIDAD

El objetivo de este apartado es aplicar la metodología propuesta en los apartados anteriores en el cálculo del coste total de la dependencia moderada, severa y gran dependencia en España. Para ello, y como ya hemos ido comentando a lo largo del capítulo, tendremos en cuenta el análisis por niveles de los diferentes grados de severidad definidos en el Libro Blanco de la Dependencia.

El coste individual anual de los cuidados de larga duración asociados a cada uno de los niveles de severidad ha sido presentado en el capítulo 3 (Cuadro 3.3). Aunque en este caso, y concretamente en el estudio del nivel 3 de gran dependencia, podríamos haber optado por seleccionar como coste individual anual el asociado a la categoría de discapacidad total hemos decidido mantener el criterio ya utilizado en el capítulo anterior de utilizar un coste promedio entre todas las categorías, teniendo en cuenta la dificultad existente en la práctica a la hora de establecer unos criterios únicos en la definición de las ayudas necesarias en cada nivel de dependencia.

Al igual que en el capítulo 3, tendremos en cuenta dos alternativas de cuidados: i) cuidados formales (fundamentalmente asociados a servicios de atención a domicilio, centros de día y cuidados en residencias), y ii) cuidados informales (cuantificados a partir de una equivalencia con los servicios de atención a domicilio).

Para la alternativa de cuidados formales se ha supuesto un crecimiento anual acumulativo constante de los costes de CLD del 5.3% (crecimiento medio anual ponderado por el grado de severidad para el periodo 1999-2003). Para la alternativa de cuidados informales, dado que se ha considerado una equivalencia con la aplicación de servicios de atención a domicilio, se ha supuesto un crecimiento anual acumulativo constante del 3.8% (crecimiento medio anual de los SAD en el periodo 1999-2003, según se deduce del cuadro 3.1 del capítulo 3). En el cálculo se ha utilizado como factor de actualización el deflactor del PIB para el periodo 2000-2050, estimado en un 2% anual (Herce y Alonso, 2000).

Los resultados se mostrarán considerando dos escenarios de partida. En el primero no se tendrá en cuenta la existencia de diferencias en las probabilidades de muerte para

las personas no discapacitadas y las personas discapacitadas (con diferentes grados de severidad). En el segundo se aplicarán los patrones de diferencial de mortalidad presentados por la SOA (2002). Como veíamos en el capítulo anterior dichos patrones de mortalidad hacen referencia a la comparación entre individuos no discapacitados y discapacitados de manera general, sin hacer distinción en el tipo de discapacidad que presentan los individuos. En realidad, el patrón de mortalidad puede ser muy diferente para los individuos que presentan una gran dependencia, frente a los que por ejemplo sólo tienen una discapacidad moderada. Ante la falta de información sobre dicha desagregación, nos hemos centrado en cuantificar los costes esperados de CLD con diferenciales de mortalidad únicamente en el nivel 1 (cualquier tipo de discapacidad) y en el nivel 2 (discapacidad severa o gran dependencia), sin analizar de manera aislada la cuantificación de gran dependencia.

4.3.1 Valor actual actuarial de los costes de CLD para un individuo de edad x hasta su fallecimiento, sin incluir diferenciales de mortalidad entre la población discapacitada y no discapacitada

En los cuadros 4.7, 4.8 y 4.9 se presentan los costes individuales esperados de cuidados de larga duración para hombres y mujeres mayores de 64 años hasta su fallecimiento, teniendo en cuenta los diferentes niveles de estudio considerados a lo largo del capítulo. En este apartado suponemos que la probabilidad anual de muerte para un individuo de edad x no discapacitado es la misma que para un individuo discapacitado a dicha edad.

CUADRO 4.7 Coste Individual Esperado de CLD para cualquier tipo de discapacidad
Diferentes Alternativas de Cuidados, por sexos
En euros

Edad	Cuidados Formales (Alternativa 1)		Cuidados Informales (Alternativa 2)	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
65	18899.09	37305.40	38563.22	73916.62
66	16706.80	34729.67	34175.47	69425.24
67	15046.68	32413.58	30903.38	65392.97
68	13797.54	30316.63	28499.89	61743.51
69	12858.68	28413.72	26755.60	58430.35
70	12142.42	26671.71	25484.90	55389.57
71	11572.64	25056.36	24523.78	52553.47
72	11104.10	23539.19	23771.95	49864.86
73	10695.61	22110.01	23137.48	47304.36
74	10316.87	20755.59	22551.64	44846.09
75	9940.57	19459.23	21951.97	42456.30
76	9561.38	18220.57	21324.48	40136.51
77	9174.43	17028.57	20657.01	37865.03
78	8767.07	15891.01	19920.29	35661.99
79	8318.06	14794.81	19064.85	33501.18
80	7831.17	13743.83	18097.80	31394.37
81	7335.83	12725.97	17086.81	29317.07
82	6839.08	11759.18	16049.26	27313.77
83	6338.99	10836.69	14981.83	25372.57
84	5851.47	9969.67	13923.51	23523.44
85	5368.78	9148.32	12857.53	21747.18
86	4895.72	8377.09	11796.78	20058.05
87	4430.27	7654.03	10737.80	18455.03
88	3987.40	6986.20	9718.37	16958.80
89	3573.31	6353.16	8755.56	15522.94
90	3196.52	5749.05	7872.12	14135.39
91	2831.27	5169.96	7005.84	12788.38
92	2445.05	4581.36	6076.16	11397.35
93	2087.59	4029.51	5207.04	10078.48
94	1797.73	3544.38	4497.94	8909.68
95	1613.41	3149.12	4048.19	7953.43
96	1590.28	2875.62	4005.02	7296.01
97	1841.06	2798.87	4667.17	7137.28
98	2633.15	3137.79	6746.10	8058.16
99	4666.85	4614.34	12117.94	11981.57

Alternativa 1: fundamentalmente servicios de atención a domicilio, centros de día y cuidados en residencias. Alternativa 2: cuidados por parte de las familias.

Fuente: Elaboración propia en base a EDDS (INE, 1999), Tablas de Mortalidad de la Población Española 1998-1999 (INE, 2002), costes de servicios (IMSERSO, 2001, 2004). Definiciones de discapacidad según Libro Blanco de la Dependencia.

CUADRO 4.8 Coste Individual Esperado de CLD para
discapacidad severa o gran dependencia
Diferentes Alternativas de Cuidados, por sexos
En euros

Edad	Cuidados Formales (Alternativa 1)		Cuidados Informales (Alternativa 2)	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
65	9408.48	23756.04	18609.69	46294.49
66	9589.95	22084.02	19326.02	43380.77
67	9556.54	20750.64	19556.95	41145.54
68	9362.63	19666.64	19415.05	39407.84
69	9054.34	18764.87	18997.27	38028.36
70	8666.48	17984.40	18378.25	36878.86
71	8223.34	17273.26	17611.12	35848.06
72	7754.73	16591.49	16761.52	34848.32
73	7278.70	15918.92	15870.82	33833.00
74	6808.63	15239.25	14970.52	32764.21
75	6350.12	14538.16	14075.27	31608.43
76	5915.26	13816.75	13214.09	30366.09
77	5509.81	13070.75	12402.19	29026.62
78	5130.40	12311.88	11634.08	27615.66
79	4765.99	11536.82	10886.35	26126.21
80	4418.05	10755.76	10163.47	24582.08
81	4100.34	9966.46	9498.41	22979.44
82	3812.48	9189.98	8891.94	21368.44
83	3548.65	8427.57	8331.99	19754.47
84	3312.96	7693.79	7829.53	18174.43
85	3096.46	6986.20	7364.65	16625.60
86	2897.46	6312.75	6934.29	15129.84
87	2710.55	5675.77	6526.29	13695.87
88	2540.94	5083.68	6153.96	12347.11
89	2389.69	4524.36	5820.80	11057.05
90	2260.65	3996.89	5537.13	9825.68
91	2134.00	3502.20	5254.86	8657.38
92	1979.28	3021.94	4898.37	7508.41
93	1826.62	2593.52	4541.57	6473.65
94	1703.80	2243.57	4254.52	5623.07
95	1643.00	1998.68	4120.26	5028.04
96	1695.85	1903.36	4273.90	4807.50
97	1969.55	2058.47	4997.94	5229.15
98	2723.95	2721.95	6981.86	6978.38
99	4666.85	4614.34	12117.94	11981.57

Alternativa 1: fundamentalmente servicios de atención a domicilio, centros de día y cuidados en residencias. Alternativa 2: cuidados por parte de las familias.

Fuente: Elaboración propia en base a EDDS (INE, 1999), Tablas de Mortalidad de la Población Española 1998-1999 (INE, 2002), costes de servicios (IMSERSO, 2001, 2004). Definiciones de discapacidad según Libro Blanco de la Dependencia.

CUADRO 4.9 Coste Individual Esperado de CLD para gran dependencia
Diferentes Alternativas de Cuidados, por sexos
En euros

Edad	Cuidados Formales (Alternativa 1)		Cuidados Informales (Alternativa 2)	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
65	2846.75	11122.01	5895.82	21939.91
66	2781.69	9493.89	5840.09	18703.03
67	2067.17	8364.69	4300.77	16502.74
68	2374.49	7608.94	5071.74	15088.04
69	1943.70	7123.24	4153.38	14247.43
70	1606.77	6820.03	3432.70	13798.22
71	1346.72	6628.06	2875.82	13588.61
72	1150.53	6492.08	2456.53	13498.14
73	1005.66	6374.43	2149.01	13442.11
74	901.30	6247.61	1930.58	13357.11
75	827.76	6091.83	1780.60	13196.23
76	778.08	5899.33	1684.00	12938.81
77	746.17	5664.47	1627.39	12569.53
78	726.19	5391.80	1597.78	12096.26
79	712.31	5081.75	1582.02	11518.48
80	701.32	4742.20	1572.56	10853.11
81	692.98	4376.61	1568.56	10107.67
82	685.89	3999.22	1566.64	9315.14
83	678.35	3615.69	1562.76	8489.50
84	671.01	3237.31	1558.34	7658.35
85	662.49	2867.72	1550.07	6831.79
86	653.07	2514.59	1538.61	6029.72
87	642.55	2182.82	1523.41	5265.64
88	633.47	1879.17	1510.62	4557.80
89	628.10	1602.49	1505.79	3905.30
90	630.21	1356.23	1518.31	3318.31
91	638.03	1144.89	1544.29	2809.74
92	646.31	967.64	1571.39	2379.50
93	669.02	842.82	1634.32	2075.20
94	724.70	787.87	1780.29	1943.05
95	842.75	828.44	2085.29	2051.27
96	1077.95	1015.13	2692.39	2533.63
97	1545.47	1460.11	3905.02	3686.95
98	2513.02	2430.48	6434.17	6221.55
99	4666.85	4614.34	12117.94	11981.57

Alternativa 1: fundamentalmente servicios de atención a domicilio, centros de día y cuidados en residencias. Alternativa 2: cuidados por parte de las familias.

Fuente: Elaboración propia en base a EDDS (INE, 1999), Tablas de Mortalidad de la Población Española 1998-1999 (INE, 2002), costes de servicios (IMSERSO, 2001, 2004). Definiciones de discapacidad según Libro Blanco de la Dependencia.

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto una serie de conclusiones que ya se habían obtenido en el capítulo anterior. De esta forma, el coste esperado de cuidados de larga duración siempre es mayor para las mujeres que para los hombres, teniendo en cuenta su mayor esperanza de vida es estado de discapacidad. Además, el coste asociado a los cuidados informales siempre es mayor que el asociado en cuidados formales, lo que puede ofrecernos una idea aproximada del coste de oportunidad asumido por las familias que se encargan del cuidado de sus familiares discapacitados.

La consideración de cada uno de los niveles de estudio nos permite, por desagregación, determinar el coste que correspondería a cada uno de los grados de discapacidad. Por ejemplo, para un hombre de 65 años de edad, el coste esperado de cuidados de larga duración (teniendo en cuenta cualquier tipo de discapacidad – nivel 1-) sería de 18900 euros aproximadamente, cifra que asciende a 38500 euros si únicamente tuviésemos en cuenta cuidados informales⁹. Para dicho individuo, el coste esperado asociado a cuidados de dependencia severa o gran dependencia es de 9400 euros aproximadamente en el caso de cuidados formales y 18600 euros aproximadamente en el caso de cuidados informales. Es decir, la mitad de los costes esperados de cuidados de larga duración durante la vida de este individuo estará asociada a situaciones de discapacidad moderada. El coste esperado asociado a cuidados de gran dependencia para este individuo será aproximadamente de 2800 euros, en el caso de cuidados formales, y de 5900 euros, para los cuidados informales. Por lo tanto, aproximadamente una sexta parte de los costes totales estarían asociados a la situación de máximo nivel de severidad, de acuerdo con las bajas tasas de prevalencia de gran dependencia presentadas en los cuadros 4.1 y 4.2.

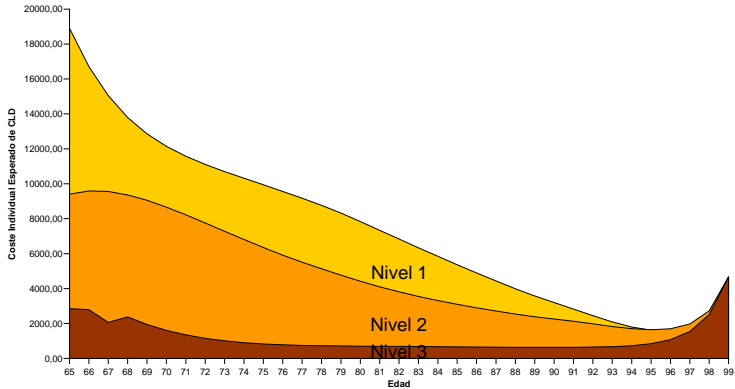
El gráfico 4.2 permite analizar la desagregación de los costes de CLD para los diferentes niveles de severidad y las diferentes edades de estudio. Como se desprende del mismo, el peso de los costes asociados a niveles mayores de dependencia (dependencia severa, o gran dependencia) en el total de los costes de CLD va aumentando conforme lo hace la edad de los individuos.

⁹ Nótese que esta cifra ascendía a 63456 euros (cuidados formales) y 132263 euros (cuidados informales) respectivamente, cuando utilizábamos las definiciones de discapacidad propuestas por el INE (ver capítulo 3, cuadro 3.8). Como ya hemos comentado a lo largo del capítulo las definiciones propuestas en el Libro Blanco de la Dependencia son mucho más restrictivas a la hora de definir a un individuo como discapacitado. En este sentido las tasas de prevalencia de la dependencia asociadas a cualquier grado de dependencia son notablemente inferiores y, por tanto, los costes esperados también lo son.

GRÁFICO 4.2 Evolución de los costes de CLD para individuos mayores de 64 años

Cuidados Formales
(Alternativa 1)

Hombres



Mujeres

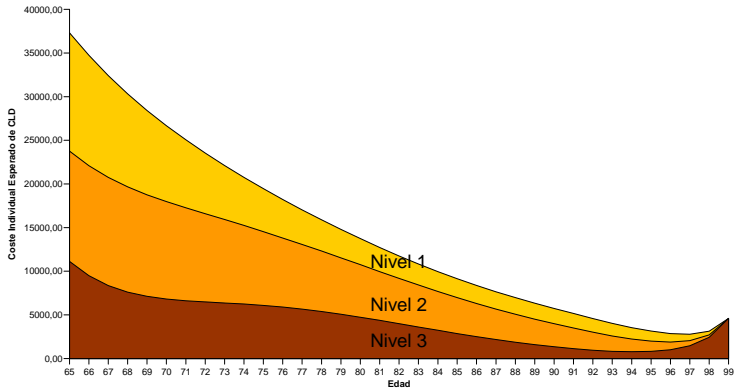
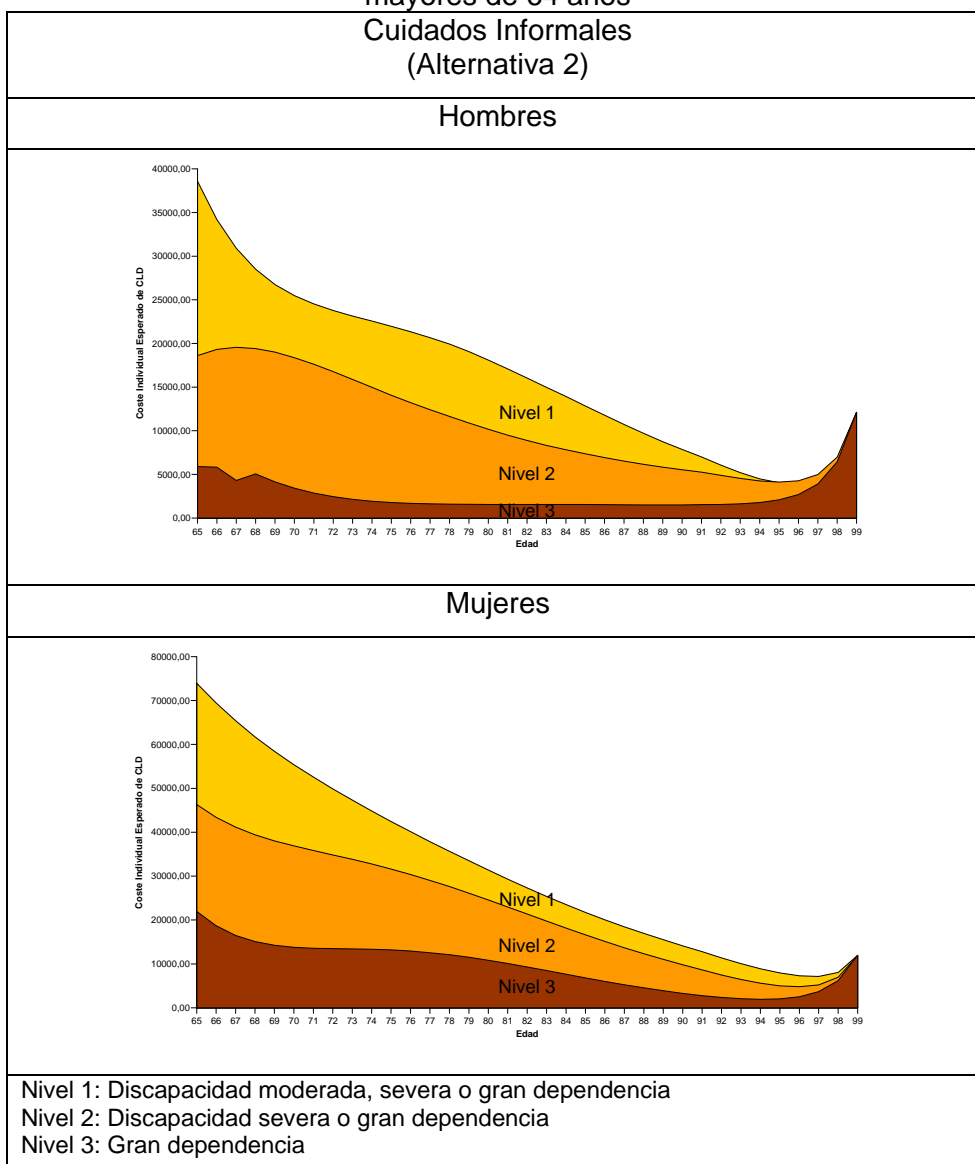


GRÁFICO 4.2 Evolución de los costes de CLD para individuos mayores de 64 años



La estimación de los costes individuales esperados de CLD puede ayudar a diseñar políticas sociales de dependencia que ofrezcan un margen de cobertura suficiente, teniendo en cuenta los fondos públicos existentes. Igualmente puede ayudar a estimar las dotaciones necesarias a dichos fondos para que la cobertura sea efectiva y sostenible. El producto del coste individual esperado presentado a lo largo de los cuadros 4.7, 4.8 y 4.9 por la población de cada edad permitirá determinar el coste total esperado de CLD para el conjunto de los individuos.

La estimación de los costes individuales de CLD permite también el diseño de políticas privadas de actuación, que complementen la cobertura social ofrecida. De este modo, el diseño de seguros privados de dependencia puede ir dirigido a complementar el

porcentaje del coste total estimado no cubierto por el sistema público. Los costes individuales de CLD pueden ser utilizados por las compañías aseguradoras a la hora de diseñar las primas a cobrar a cada uno de los individuos. A modo de ejemplo, según el Cuadro 4.7, para un individuo de 65 años se espera un coste individual por cuidados de larga duración de aproximadamente 18900 euros. Si a nivel público, este individuo espera obtener una cobertura del 30% (aproximadamente 5700 euros) puede optar por contratar un seguro privado de dependencia que le garantice el cobro total de las prestaciones necesarias en caso de que adquiriese cualquier nivel de dependencia.

Según las previsiones de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia aprobada en el Congreso de los Diputados el 30 de noviembre de 2006, el objetivo del Sistema de atención a la Dependencia será priorizar la cobertura de las situaciones de gran dependencia e ir aumentando la dotación para financiar el resto de niveles.

Para comentar las perspectivas de la cofinanciación necesaria, hemos supuesto que el Sistema Nacional cubrirá el total de los costes presentados en el cuadro 4.9 por tratarse de las situaciones de mayor fragilidad. Por lo tanto, podemos utilizar la diferencia entre el coste total para cualquier grado de dependencia (cuadro 4.7) y el coste de gran dependencia (cuadro 4.9) para diseñar escenarios de cofinanciación. Todo hace pensar que en el futuro el Sistema Nacional financie también al menos el 30% de los costes de atención en el resto de niveles (discapacidad moderada y severa). En la cuadro 4.10 mostramos el coste para la financiación del 70% de los costes de los grados de dependencia moderado y severo, puesto que se trata de los costes que previsiblemente deberá asumir el individuo o su familia. Se trata, por tanto, del margen que podría ser asumido por seguros privados de dependencia u otras modalidades de obtención de rentas (por ejemplo, planes de pensiones con dedicación a la dependencia).

CUADRO 4.10 Coste Individual Esperado de CLD a
cofinanciar suponiendo que el Sistema cubre los
costes del gran deopendencia y el 30% del resto, por
sexos

En euros

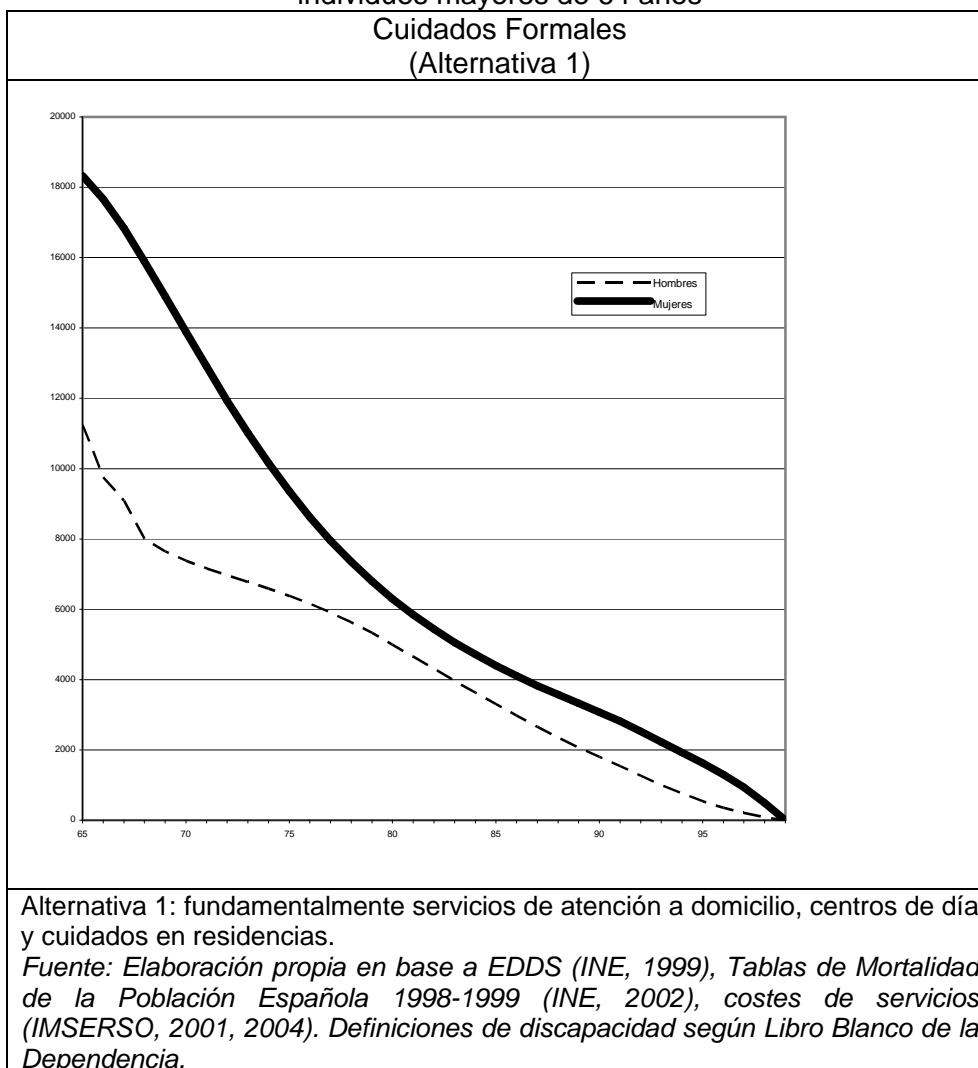
Cuidados Formales
(Alternativa 1)

Edad	Hombres	Mujeres
65	11236,64	18328,37
66	9747,577	17665,05
67	9085,657	16834,22
68	7996,135	15895,38
69	7640,486	14903,34
70	7374,955	13896,18
71	7158,144	12899,81
72	6967,499	11932,98
73	6782,965	11014,91
74	6590,899	10155,59
75	6378,967	9357,18
76	6148,31	8624,868
77	5899,782	7954,87
78	5628,616	7349,447
79	5324,025	6799,142
80	4990,895	6301,141
81	4649,995	5844,552
82	4307,233	5431,972
83	3962,448	5054,7
84	3626,322	4712,652
85	3294,403	4396,42
86	2969,855	4103,75
87	2651,404	3829,847
88	2347,751	3574,921
89	2061,647	3325,469
90	1796,417	3074,974
91	1535,268	2817,549
92	1259,118	2529,604
93	992,999	2230,683
94	751,121	1929,557
95	539,462	1624,476
96	358,631	1302,343
97	206,913	937,132
98	84,091	495,117
99	0	0

Alternativa 1: fundamentalmente servicios de atención a domicilio, centros de día y cuidados en residencias.

Fuente: Elaboración propia en base a EDDS (INE, 1999), Tablas de Mortalidad de la Población Española 1998-1999 (INE, 2002), costes de servicios (IMSERSO, 2001, 2004). Definiciones de discapacidad según Libro Blanco de la Dependencia.

GRÁFICO 4.3 Evolución de los costes esperados a cofinanciar para individuos mayores de 64 años



En el gráfico 4.3 se puede apreciar el valor actual del coste no financiado por el sistema público para los individuos mayores de 65 años y para cada edad. El análisis del gráfico indica que para los hombres, la cofinanciación muestra un comportamiento distinto en función de la edad, resumido en tres tramos. Hasta los 70 años, cabe esperar que el individuo tenga que asumir la mayoría de los costes esperados de dependencia, ya que se espera que la duración de la gran dependencia sea escasa y por lo tanto la cobertura pública, prácticamente no interviene. Entre los 70 años y los 80 años, el coste esperado de cuidados va descendiendo progresivamente, conforme disminuye la esperanza de vida residual. A partir de los 80 años, cuando la situación de gran dependencia es probable, la cobertura pública pasa a asumir la mayoría de los costes esperados. Nuestra conclusión es que el tramo de los 65 a los 70 años es importante de cara a la previsión privada ligada a los costes de la dependencia, porque los costes esperados son elevados en este momento (la esperanza de vida

residual todavía es muy alta para estos individuos) y la cobertura pública sólo se producirá si existe gran dependencia o asumirá únicamente el 30% de los costes. Entre los 70 y los 80 años, aunque el coste esperado de cuidados es menor en términos absolutos, los productos privados de cofinanciación pueden ser competitivos porque no tienen que cubrir cantidades muy elevadas, A partir de los 80 años, al disminuir la esperanza de vida residual y aumentar la probabilidad de gran dependencia, el coste a asumir por el individuo es notablemente inferior.

En el caso de las mujeres, la distinción entre los distintos periodos de edad no es tan clara, puesto que el coste esperado de cofinanciación va disminuyendo con la edad, aunque el descenso es más lento a partir de los 80 años. Los costes de cofianciación difieren muy notablemente entre hombre y mujeres, aunque la diferencia se mantiene constante a partir de los 80 años.

4.4 APÉNDICE AL CAPÍTULO 4.

Valor actual actuarial de los costes de CLD para un individuo de edad x hasta su fallecimiento, con diferenciales de mortalidad entre la población discapacitada y no discapacitada

En el caso de incluir diferenciales en los patrones de mortalidad discapacitada y no discapacitada, los costes individuales esperados de CLD para los individuos mayores de 64 años son los presentados en los cuadros 4.A.1 y 4.A.2. Como ya hemos comentado en páginas anteriores, en este caso, nos ceñimos a los resultados relacionados con el nivel 1 (adquisición de cualquier grado de dependencia), y con el nivel 2 (dependencia severa y/o gran dependencia).

Como conclusión más relevante cabe destacar que cuando se incluyen patrones que recogen el diferencial de mortalidad (en este caso, los presentados por la SOA, 2002), los costes individuales obtenidos son notablemente superiores a los obtenidos cuando estos diferenciales no son tenidos en cuenta. Por ejemplo, en este caso para un hombre de 65 años de edad, el coste esperado de cuidados de larga duración teniendo en cuenta cualquier tipo de discapacidad – nivel 1- y cuidados formales sería de 22000 euros aproximadamente. En el caso de cuidados informales esta cifra ascendería a 45400 euros aproximadamente¹⁰. Si desagregamos esta cifra teniendo en cuenta los resultados presentados en el cuadro 4.11 llegamos a conclusiones análogas a las presentadas en el epígrafe anterior. De este modo, podemos concluir que, para dicho individuo, la mitad de los costes esperados de cuidados de larga duración estará asociada a situaciones de discapacidad moderada, y el resto a situaciones de discapacidad severa y/o gran dependencia. El porcentaje que los costes asociados a las situaciones de dependencia severa y/o gran dependencia representan sobre el total de costes aumenta conforme lo hace la edad de los individuos. De esta forma, en la alternativa de cuidados formales, para los individuos de 85 años este porcentaje sería aproximadamente un 60% del total, para los de 90 años un 66% aproximadamente, y para los de 95 años alcanzaría el 80%.

¹⁰ Nótese que esta cifra ascendía a 63456 euros (cuidados formales) y 132263 euros (cuidados informales) respectivamente, cuando utilizábamos las definiciones de discapacidad propuestas por el INE (ver capítulo 3, cuadro 3.8). Como ya hemos comentado a lo largo del capítulo las definiciones propuestas en el Libro Blanco de la Dependencia son mucho más severas a la hora de definir a un individuo como discapacitado. En este sentido las tasas de prevalencia de la dependencia asociadas a cualquier grado de dependencia son notablemente inferiores y, por tanto, los costes esperados también lo son.

CUADRO 4.A.1 Coste Individual Esperado de CLD para cualquier tipo de discapacidad
Diferentes Alternativas de Cuidados, por sexos
En euros

Edad	Cuidados Formales (Alternativa 1)		Cuidados Informales (Alternativa 2)	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
65	22026.78	44436.90	45433.69	88889.45
66	21374.93	42607.35	44479.54	86086.68
67	20697.42	40837.93	43445.12	83348.54
68	20024.02	39130.42	42400.59	80679.09
69	19369.18	37475.06	41377.25	78050.70
70	18739.09	35865.87	40388.99	75450.46
71	18138.52	34301.75	39449.72	72879.90
72	17569.56	32783.79	38558.57	70345.67
73	17029.81	31304.97	37709.20	67829.43
74	16515.02	29860.78	36891.24	65321.50
75	16020.72	28451.61	36097.27	62826.89
76	15541.84	27071.28	35312.03	60329.86
77	15066.33	25720.07	34505.38	57835.07
78	14578.26	24389.87	33641.55	55321.14
79	14070.42	23081.95	32710.19	52796.70
80	13548.85	21793.18	31726.42	50254.81
81	13016.22	20529.40	30689.88	47715.70
82	12465.67	19287.74	29583.87	45170.19
83	11892.56	18072.19	28399.75	42632.68
84	11290.32	16883.56	27118.78	40105.31
85	10652.91	15729.85	25729.13	37612.99
86	9980.82	14623.19	24231.79	35188.05
87	9283.04	13583.83	22650.81	32884.86
88	8571.18	12642.49	21013.39	30783.29
89	7856.13	11849.92	19346.68	29020.51
90	7146.70	11296.76	17671.34	27836.51
91	6475.85	11132.88	16074.98	27630.30
92	5940.17	10343.92	14812.98	25816.15
93	5461.26	9565.63	13683.31	24002.84
94	5013.62	8815.44	12619.50	22234.73
95	4623.32	8098.15	11689.13	20526.66
96	4321.19	7408.32	10974.68	18869.19
97	4162.41	6734.45	10625.28	17238.98
98	4272.95	6083.78	10981.74	15664.54
99	4981.92	5634.60	12936.04	14630.78

Alternativa 1: fundamentalmente servicios de atención a domicilio, centros de día y cuidados en residencias. Alternativa 2: cuidados por parte de las familias.

Fuente: Elaboración propia en base a EDDS (INE, 1999), Tablas de Mortalidad de la Población Española 1998-1999 (INE, 2002), costes de servicios (IMSERSO, 2001, 2004), diferencial de mortalidad población no discapacitada/población discapacitada (SOA, 2002). Definiciones de discapacidad según Libro Blanco de la Dependencia.

CUADRO 4.A.2 Coste Individual Esperado de CLD para
discapacidad severa o gran dependencia
Diferentes Alternativas de Cuidados, por sexos
En euros

Edad	Cuidados Formales (Alternativa 1)		Cuidados Informales (Alternativa 2)	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
65	11988.83	25417.43	24311.73	49832.20
66	11718.75	24561.62	24061.65	48690.28
67	11470.04	23732.90	23839.96	47581.63
68	11234.64	22940.29	23629.64	46525.20
69	11005.54	22184.51	23414.36	45517.42
70	10775.27	21461.05	23177.33	44546.84
71	10538.51	20764.60	22908.30	43602.29
72	10297.36	20090.44	22610.04	42674.06
73	10050.37	19434.45	22279.35	41749.97
74	9796.17	18790.90	21913.23	40816.11
75	9534.10	18153.94	21512.33	39860.24
76	9265.60	17519.12	21078.51	38870.08
77	8986.30	16880.89	20600.48	37833.95
78	8689.15	16234.76	20062.71	36738.74
79	8375.12	15574.33	19472.25	35571.73
80	8054.62	14896.34	18855.15	34324.25
81	7733.22	14199.74	18220.79	32996.65
82	7409.80	13486.34	17566.65	31590.48
83	7084.61	12757.03	16895.42	30109.93
84	6754.62	12014.90	16198.21	28561.34
85	6417.28	11265.61	15471.04	26961.19
86	6072.50	10521.64	14713.92	25340.72
87	5724.83	9802.28	13939.74	23749.79
88	5379.43	9136.98	13160.37	22263.35
89	5040.63	8571.90	12386.78	21004.08
90	4711.26	8187.46	11625.06	20183.56
91	4408.21	8111.24	10921.20	20140.85
92	4188.73	7557.06	10428.03	18866.32
93	4000.02	7017.34	10008.39	17609.68
94	3826.99	6512.18	9621.97	16422.01
95	3692.65	6056.89	9327.84	15344.69
96	3628.74	5668.87	9209.89	14426.68
97	3694.27	5377.74	9426.22	13751.94
98	4019.73	5245.22	10329.23	13494.87
99	4921.87	5402.44	12780.13	14027.98

Alternativa 1: fundamentalmente servicios de atención a domicilio, centros de día y cuidados en residencias. Alternativa 2: cuidados por parte de las familias.

Fuente: Elaboración propia en base a EDDS (INE, 1999), Tablas de Mortalidad de la Población Española 1998-1999 (INE, 2002), costes de servicios (IMSERSO, 2001, 2004), diferencial de mortalidad población no discapacitada/población discapacitada (SOA, 2002). Definiciones de discapacidad según Libro Blanco de la Dependencia.

CAPÍTULO 5

INSTRUMENTOS DE FINANCIACIÓN DE RENTAS EN LA VEJEZ

5.1 INTRODUCCIÓN

Situándonos en el marco socioeconómico que envuelve a la dependencia en España, las implicaciones, tanto en el ámbito social como en el médico, han sido estudiadas hasta los más mínimos detalles. El objetivo de estas etapas previas ha sido presentar las ideas principales para establecer las bases que han de permitir desarrollar unos óptimos criterios de gestión, tanto sociales como financieros.

Los conceptos vinculados a la dependencia, empiezan ya a concretarse de una manera bastante clara, proporcionando unas definiciones y una línea argumental a seguir para ahondar en el proceso de desarrollo de las normativas vinculadas a la dependencia y todo el engranaje que lleva consigo una necesidad social de tal magnitud.

La finalidad de este capítulo no es la de mostrar lo que dice la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia ni para qué situaciones se está llevando a cabo. Como indica el título, nos proponemos tratar la vertiente más financiera de todo este proceso, mostrando algunos de los instrumentos de financiación relacionados con esta cuestión.

Dado que el mundo financiero avanza en paralelo a los diferentes cambios en las necesidades de los individuos, creemos interesante presentar aquellos productos que ya pueden encontrarse en el mercado, como la hipoteca inversa, cuyo objetivo es la mejora en la calidad de vida de las personas mayores una vez se produce un descenso en sus ingresos netos. O bien, explicar en qué consisten otros productos, cuya presencia en nuestro mercado asegurador y financiero es escasa en la actualidad, pero que irá viendo acrecentada su incursión a partir de la puesta en marcha de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, tal y como muestran los resultados de otros países más adelantados en estas cuestiones. Nos estamos refiriendo a los Seguros de Dependencia.

5.2 EL SEGURO DE DEPENDENCIA

En primer lugar, debemos tener en cuenta que en el caso de España, hasta el momento al fenómeno de la dependencia se le ha asignado una consideración de marcada tendencia individualista, entendiéndose por ello, que principalmente es el núcleo familiar quién acarrea las consecuencias económicas derivadas de la dependencia, soportando así la mayor parte de los costes relativos a los cuidados.

La actuación de la Administración, ha tenido y tiene un carácter básicamente subsidiario en el tratamiento de la discapacidad. Esto dista completamente de las bases que fundamentan la regulación de las pensiones o la sanidad en nuestro país. Para estos dos casos, el principal motivo de preocupación es el derivado del envejecimiento progresivo de la población y su repercusión en el gasto público. Por el contrario, en el caso de la dependencia, la cuestión principal que considera la Administración es si hay una necesidad real de intensificar su actividad en una cuestión donde hasta el momento previo a la aprobación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia su presencia ha sido esencialmente minoritaria.

Llegados a este punto, hay dos puntos a considerar. El primero es que el riesgo existente al que estamos expuestos todos los individuos de acabar formando parte del colectivo dependiente no ha sido considerado, hasta ahora, por la Administración al

nivel que sería de esperar. En segundo lugar, la capacidad de hacer frente a las inconveniencias económicas derivadas de la dependencia en el caso de incurrir en discapacidad, a partir de la simple disposición de una pensión de jubilación presenta una patente desconfianza. De esta manera, la cuestión podría plantearse como un problema de seguro y no de ahorro. Y aquí es donde entra a colación el debate sobre la necesidad o no de tomar como referencia el desarrollo de un seguro social.

Este tema, que resulta novedoso en España, tiene referencias a tener en cuenta en otros países, donde los conceptos de dependencia y discapacidad, así como los planteamientos de productos financieros destinados a su cobertura, ya han sido motivo de debate por sus Administraciones y las entidades financieras y aseguradoras. Ejemplos de ello, serían Estados Unidos o Japón, donde especialmente éste último, al ver potenciado el hecho del progresivo envejecimiento de su población, ha llevado a cabo diversos estudios de interés en el desarrollo y la aplicación de los llamados "*Seguros Sociales de Dependencia*" (Campbell, JC e Ikegami N, 2000). En un contexto geográfico y sociocultural más próximo al nuestro, es inevitable tener presente lo acontecido en países como Alemania o el Reino Unido.

En estos países la implantación de productos aseguradores de carácter privado destinados a la cobertura de la dependencia, evidenció algunos de los factores que las entidades aseguradoras pueden encontrarse en nuestro país. Entre ellos, el principal, es el hecho de que la mayoría de los individuos percibe el riesgo como algo bastante lejano.

Si consideramos el seguro de dependencia como un seguro más, implicando por tanto el pago de unas cuantías periódicas para poder crear unas reservas destinadas a cubrir los efectos económicamente negativos que deriven de la discapacidad, conlleva que este producto no resulta en exceso atractivo para los individuos más jóvenes. Con lo cual en la mayoría de los casos sólo se plantea el contratar una póliza de estas condiciones cuando el percibimiento de la discapacidad es notorio, dejando con ello, poco tiempo de ahorro y con valores en las primas excesivamente elevados. Como resultado se obtiene que el mercado asegurador solo cubre un pequeño porcentaje de la demanda realmente existente.

Para poder solventar estas cuestiones, las entidades aseguradoras empiezan a crear productos de carácter mixto. La finalidad de éstos radica en que en el caso de no situarse en dependencia, la reserva acumulada pasaría a cubrir otras cuestiones,

como otra pensión de jubilación, o bien, considerarse como un capital con beneficiarios los herederos del tomador del seguro.

Con estas consideraciones en mente, es lógico plantearse la opción de un aseguramiento obligatorio o Seguro Social de Dependencia. A este respecto son varios los países que han desarrollado propuestas en este sentido, como son el caso de Alemania o Japón.

La comparación entre diferentes países, nos permite observar que el intento de homogeneización de los criterios aplicables a la dependencia y en especial a su cobertura financiera en la búsqueda de un sistema óptimo global, dista en gran medida de llegar a producirse, ya que los modelos actuales que intentan buscar soluciones al problema de la dependencia, varían según la idiosincrasia y las necesidades propias de cada país.

Así por ejemplo, encontramos diferentes grupos o bloques según el tipo de financiación y ciertas características consideradas fundamentales en la definición de cada uno de los sistemas de cobertura de la dependencia. Un primer grupo, basado principalmente en la cobertura vía impuestos, lo representarían países del norte de Europa, como Suecia o Dinamarca, mientras que países como Alemania o Francia, están optando por modelos de financiación basados en las contribuciones sociales.

Ambos grupos se encuentran en direcciones totalmente opuestas a las que se están dando en Estados Unidos, por ejemplo, donde el soporte financiero recae en las aportaciones privadas (seguros de dependencia).

A todo esto, hemos de añadir cuestiones como, la presentación final de estos modelos. Es decir, el reflejo a nivel de las prestaciones, donde observamos que también varía según los países, produciéndose de esta manera un amplio abanico de posibilidades. Ejemplos de ello, son: modelos de prestaciones económicas (Holanda o Austria), de prestación de servicios (Japón o el Reino Unido), o mixtas (Alemania y Estados Unidos).

Además de estas consideraciones, el trato a la dependencia también viene definido por otros factores que inciden directamente en cómo gestionar estos recursos. Nos referimos, al hecho de considerar determinante la edad del individuo como condicionante del acceso a estos recursos. Por citar algún ejemplo, lo acontecido en la

mayoría de los países desarrollados (Austria, Holanda o Alemania), donde la situación de dependencia se define al margen de la edad, o bien, el caso opuesto donde como requisito adicional, se exige superar cierto límite de edad (Suecia o Japón). Distinguiéndose por tanto, entre modelos de protección social de la dependencia, o bien, sistemas de protección de la dependencia de las personas mayores.

Con este breve comentario a nivel de desarrollos para diferentes países, queda constancia que la obtención de un modelo único resulta a día de hoy difícil de prever, ya que, países con modelos diferentes según las prestaciones otorgadas pueden coincidir en otros factores que influyan en los sistemas de dependencia.

Para ahondar un poco más en esta comparativa, mostraremos de manera resumida y bastante esquemática algunos de los aspectos de los modelos desarrollados en los países más avanzados en esta materia. Para ello, seguiremos una clasificación basada en el sistema de financiación principal que se lleve a cabo, distinguiendo de esta manera entre modelos impositivos, contributivos o privados.

5.2.1 Modelo Impositivo

5.2.1.1 Suecia:

- Sistema público de tipo universal.
- Participación mínima de seguro privado.
- Destinado a las personas mayores con requerimientos en sus cuidados.
- Financiación de carácter mixto de las prestaciones vía impuestos.
- Clasificación en siete niveles de dependencia según las discapacidades en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD).

5.2.1.2 Dinamarca:

- Sistema público de tipo universal financiado a través de los impuestos.
- Coexistencia de prestaciones económicas y de servicios.

- Destinado a los individuos mayores de 75 años, que se encuentren en la imposibilidad de realizar cuatro de las actividades instrumentales y una ABVD, según el baremo del país.
- Existencia de una red de seguros privados de dependencia, de desarrollo moderado.

5.2.1.3 Luxemburgo:

- Basado en el principio de universalidad y financiado por impuestos especiales, aportaciones estatales y contribuciones de los trabajadores.
- El sistema no está supeditado a la edad del individuo.
- Existencia de una amplia gama de prestaciones (de servicios, económicas y adicionales).
- Clasificación en tres niveles de dependencia.

5.2.1.4 Holanda:

- Basado en un sistema público bajo el umbral del principio de universalidad.
- El sistema no está supeditado a la edad del individuo.
- Sistema mixto de financiación (impuestos y contribuciones a la Seguridad Social, en adición al actual seguro de asistencia sanitaria).
- Prestaciones básicamente económicas (exceptuando casos de asistencia a tercera edad o ambulatorios psiquiátricos).

5.2.1.5 Reino Unido:

- Financiación a través de impuestos estatales y locales.
- Sistema coordinado por el Servicio Nacional de Salud, junto a los servicios comarcales.
- El sistema no está supeditado a la edad del individuo.
- Clasificación por grados de dependencia.
- Presencia con escasa aceptación en el mercado asegurador de seguros privados destinados a cubrir cuestiones derivadas de la discapacidad (adquirido este tipo de productos básicamente por individuos de edad superior a los 50 años, conllevando un alto precio en las primas a estipular).

5.2.1.6 Japón:

- Sistema obligatorio amparado en la cobertura universal, bajo un marco de libre elección y máxima disponibilidad de cuidados.
- Financiación por medio de impuestos (estado) y de los ciudadanos.
- Destinado principalmente a los individuos dependientes mayores de 65 años, incluyéndose por ello la presencia de casos determinados de cuidados de larga duración, situados en una horquilla de edades inferior (40 – 64 años).
- Clasificación en seis niveles de dependencia.

5.2.2 Modelo Contributivo

5.2.2.1 Alemania:

- Gran tradición en seguros sociales (Seguro de Enfermedad e Incapacidad Transitoria, Seguro de Accidentes de Trabajo, Seguro de Pensiones, Seguro de Desempleo, Seguro de Dependencia).
- Adaptación constante de los parámetros definidos en el Seguro de Dependencia según las tendencias captadas.
- Sistema de carácter obligatorio para todos los trabajadores, fundamentado en el principio de universalidad.
- Modelo mixto de prestaciones (cotizaciones sociales de empresarios y empleados).
- El seguro de dependencia social tiene como población destino todos aquellos individuos con requerimientos de cuidados de larga duración.
- El seguro de dependencia privado tiene como población destino todos aquellos individuos con un nivel adquisitivo superior a una cantidad estipulada.
- Clasificación en tres niveles de dependencia, basados en el estudio de 21 ABVD.
- Incorporación de un cuarto nivel adicional para casos extremos de cuidados completamente profesionales las 24 horas del día.

- La regulación en extremo del sistema obligatorio que establece, ha delimitado el crecimiento del seguro privado.

5.2.2.2 Austria:

- Cobertura a través de la Seguridad Social, bajo el marco del principio de universalidad.
- Emergente oferta de seguros de dependencia privados.
- El sistema no está supeditado a la edad del individuo, si la necesidad de cuidados es patente y de una mínima categorización.
- Decisión por parte de los beneficiarios o representantes legales en cuestión, del nivel de asistencia y servicios requeridos.
- Predominio de la figura del cuidador informal frente al profesional (al igual que en países como Alemania, Japón,...).

5.2.2.3 Francia:

- Sistema de carácter público y universal.
- Financiación a través de las aportaciones públicas de distintas instituciones.
- Destinado a personas residentes mayores de 60 años.
- Clasificación en seis grados de dependencia, bajo el estudio de 10 parámetros establecidos.
- Establecimiento de dos categorías en el seguro privado de dependencia: una primera categoría de productos destinados a la cobertura de la dependencia máxima (edad máxima de suscripción de 70 años) con prestaciones en forma de renta vitalicia, y una segunda categoría de productos fundamentada en una clasificación de ABVD (6 niveles con 10 factores), destinado a individuos de edad no superior a los 75 años y con presencia de capitales adicionales (acondicionamiento de la vivienda,...).
- Consideración del modelo privado a efectos de dependencia parcial, a través de prestaciones en forma de renta.

5.2.3 Modelo Privado

El máximo exponente lo encontramos en Estados Unidos, país con gran tradición en el mundo asegurador. Aunque existen seguros de dependencia públicos, como por ejemplo el programa *Medicare*, que tiene por objetivo principal la asistencia sanitaria a personas mayores con un nivel de detentas bajo, su presencia no deja de ser prácticamente inexistente.

El modelo de seguros de enfermedad en su concepción más tradicional, ha estado fundamentado en el reembolso de gastos y en la libre elección de personal médico. Esta situación, ha ido convergiendo en un incremento de las primas derivado del aumento en los costes. La fuente de problemas vinculados a estas condiciones, propició la creación del *Manager Care* con prestación de servicios. Aquí se produce un control exhaustivo de los costes asociados, estableciéndose clasificaciones a partir de la valoración de las ABVD para concretar los baremos en la subsiguiente prestación económica o de servicios.

El equivalente a nivel americano de los seguros de dependencia sociales presentes en los países europeos, como los que hemos comentado en los apartados anteriores, lo hemos de situar en el intento de minimizar los cuidados de larga duración. Bajo este marco socio-financiero, figuras como *Medicare Supplement Insurance*, consistente en un seguro privado, cuyo objetivo es cubrir las insuficiencias del *Medicare*, o bien, el *Program of all inclusive care for the elderly*, que intenta conseguir el acercamiento público para el proveimiento de cuidados de larga duración en personas mayores, son las únicas figuras existentes en EE.UU. en el intento de cubrir a aquellas personas que no podrían permitirse los seguros de dependencia privados por los altos precios en las primas.

5.3 ¿Y EN ESPAÑA?

Una vez presentados de manera breve, los modelos establecidos en diferentes países que poseen un desarrollo en el campo de la definición de la discapacidad y de la dependencia mucho más extenso que el llevado a cabo en nuestro país, la cuestión

que más nos puede interesar, por su implicación directa en nuestra sociedad, es saber dónde nos encontramos en estos momentos en referencia a estos productos sociales y financieros y cuál es la tendencia a seguir a partir de la aprobación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

Para tener una imagen actual de la distancia que nos separa de poder garantizar el llamado Cuarto Pilar del Sistema del Bienestar, tras el Sistema Nacional de Salud, el Sistema Educativo y el Sistema de Pensiones, desarrollados todos ellos en la década de los años ochenta, es importante saber en que momento del desarrollo de este tipo de modelos nos encontramos.

En estos momentos y debido a este retraso característico que comentábamos, los productos que podemos encontrar en el mercado asegurador, en términos de seguros privados, no presentan una línea argumental definida. Desde la contemplación de productos cuya finalidad es la prestación de servicios, hasta sistemas de prestaciones económicas o sistemas de reembolso de costes.

Las coberturas en el ámbito privado, presentan diseños incompletos y limitaciones de considerable envergadura, que en ningún caso parecen ser la solución definitiva en el caso de producirse el siniestro, es decir, entrar a formar parte de la población dependiente. A este hecho debemos añadir el no tener un número excesivo de solicitantes de este tipo de cobertura, ya que las primas resultan excesivamente altas y la mentalidad del mismo ser humano impide ver el riesgo de la dependencia como algo próximo a uno mismo.

Del sector privado, quizás, los que han salido más favorecidos son todas aquellas compañías que se han dedicado al desarrollo de productos aseguradores bajo el marco de la prestación de servicios. Este grupo se encuentra en una álgida expansión en estos momentos, que además se vería fuertemente potenciado en el caso de producirse el impulso en la protección social de la discapacidad y la dependencia.

Todo hace pensar, a partir de lo acontecido en el resto de los países europeos, más próximos a nuestra tipología de vida, en un incremento de la participación de las compañías aseguradoras en el intento de minimizar los riesgos venideros producidos por la discapacidad de los individuos, mediante el planteamiento de productos financieros aseguradores, mucho más perfeccionados y tomando en consideración los

últimos estudios realizados al amparo de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

Según las entidades aseguradoras, la única manera de hacer viable y más atractivo al público interesado la adquisición de coberturas de dependencia privadas, sería en el caso de darse el condicionante de la total o parcial deducción de la prima de la base imponible por parte del Gobierno.

La opción, desde la cual el sector privado complementarí a nivel de cobertura de riesgos o en la prestación de servicios a la cobertura pública que finalmente se establezca, es quizás la que, considerando los resultados en el resto de países europeos que lo han desarrollado y adoptado, ofrezca unas mejores garantías de viabilidad. Esto se debe básicamente a que la introducción de soluciones privadas en la protección social de la dependencia ha resultado óptima. Entre los motivos por los que se ha dado esta disyuntiva, encontraríamos por ejemplo, el hecho de la insuficiencia en los medios de los que dispone la Seguridad Social, o bien, otro factor relevante, sería el vinculado directamente a la contribución del sector privado en la financiación del sistema, ya que éste último no puede tomar medidas ilimitadas sin correr el riesgo de una pérdida en el nivel de endeudamiento.

5.3.1 Tarificación del Seguro de Dependencia

En cuanto a la tarificación del seguro de dependencia, es de esperar que las compañías privadas, a diferencia de lo que es habitual en los seguros públicos, establezcan para cada asegurado distintas cuotas o primas según las características o factores de estos individuos que incidan en el riesgo de sufrir situaciones de dependencia. Con esta finalidad, las entidades privadas de seguro trataran de utilizar los mismos métodos estadísticos que se utilizan para tarificar otros seguros. No obstante, la escasez de datos históricos propios de dependencia puede representar un inconveniente para la aplicación de dichos métodos por parte de las compañías. En tal caso, se verían obligadas a tratar con datos públicos o de otros países para establecer las tarifas correspondientes.

Sin dejar el caso concreto de España, para tener una primera aproximación al problema de la tarificación, hemos realizado un estudio¹¹ sobre los factores que influyen en el riesgo de sufrir discapacidad a partir de los 60 años. Para ello, hemos tomado la información de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES), realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) durante el segundo trimestre del año 1999. Dicha encuesta, cubre buena parte de las necesidades de información sobre los fenómenos de la discapacidad, la dependencia, el envejecimiento de la población y el estado de salud de la población residente en España, y por ello, representa una fuente de información fiable y reciente para el estudio de la población dependiente en este país.

En la encuesta se definen un total de 36 actividades (agrupadas en 10 tipos de discapacidades), de las cuales 13 son consideradas Actividades de la Vida Diaria (AVD). Las restricciones en AVD son las que generan mayores necesidades de cuidados personales, es decir, mayor nivel de dependencia de otras personas. De ahí que nuestro estudio se centre en el colectivo de personas que sufren restricciones en este tipo de actividades. En concreto, nos interesa conocer la edad en la que la persona empezó a sufrir restricciones en AVD. De esta forma, cuando analizamos el tiempo hasta la discapacitación de una persona, nos referimos a las consideradas como restricciones en AVD. Así pues, centramos nuestro interés en la variable tiempo (años) hasta que una persona de 60 años que no tiene dificultades para realizar las tareas de la vida diaria, se discapacita, es decir, no puede realizar alguna de estas tareas o, en otras palabras, requiere asistencia en su cuidado personal.

La metodología estadística utilizada es el análisis de supervivencia. La razón por la que se ha escogido este marco teórico viene determinada por la naturaleza de la variable que queremos analizar (una duración) y la estructura de los datos a nuestra disposición.

El análisis de supervivencia estudia variables que se definen como el tiempo hasta un suceso o evento, denominado usualmente tiempo de supervivencia. Son variables aleatorias positivas y con distribución continua. Una dificultad propia del análisis de supervivencia es la posibilidad de que el tiempo hasta que se produce el suceso no se haya observado. Esta característica peculiar de los estudios de supervivencia se

¹¹ Tiempo hasta la discapacitación para las actividades de la vida diaria en la población mayor de 60 años residente en Cataluña, Bermúdez, L. Blay, D. y Guillén, M. Documento de trabajo 2006.

conoce bajo el nombre de censura. En particular, si el suceso no se observa porque cuando finaliza el estudio éste aún no ha acontecido, la censura se produce por la derecha. En nuestro caso, muchos de los individuos encuestados todavía no presentaban una discapacidad en 1999, pero podrían llegar a presentarla en el futuro. Por ello, consideramos que nuestro estudio presenta datos con censura por la derecha.

Utilizamos la estadística no paramétrica para estimar las funciones de supervivencia, más concretamente, el estimador de Kaplan-Meier. A partir de dicha estimación, podremos calcular probabilidades relacionadas con la edad de discapacidad. En segundo lugar, definimos un modelo paramétrico adecuado a nuestros datos. El modelo de regresión de Weibull, con la inclusión de las variables que tengan efectos significativos sobre la duración, permitirá interpretar cómo y en qué medida afectan las características individuales en la probabilidad de discapacitarse a una edad determinada. Esta información puede resultar relevante a la hora de determinar las tarifas de un seguro de dependencia.

Concretamente, prestamos atención a los factores o característica individuales siguientes: sexo, nivel de estudios, provincia de residencia y tamaño del municipio de residencia. De los resultados obtenidos a partir del modelo de regresión escogido, se constata que sexo, nivel de estudios y provincia de residencia explican diferencias en el tiempo transcurrido desde los 60 años hasta la discapacidad para alguna actividad de la vida diaria, mientras que factores como el tamaño del municipio de residencia no tienen un efecto tan significativo.

Conocer el perfil general de los pacientes con mayor riesgo de discapacitarse puede ayudar en la toma de decisiones de cómo establecer las tarifas del seguro de dependencia. Por ejemplo, según los datos analizados, un hombre mayor de 60 años residente en una provincia de elevada renta y con un nivel de estudios universitarios tiene mayor probabilidad de no padecer ninguna restricción en las AVD. Por lo tanto, su prima podrá ser inferior a la de una mujer de la misma edad, pero residente en una zona de menor renta (como la provincia de Murcia) y sin estudios. Ésta tendría un mayor riesgo esperado de aparición de las discapacidades, y por lo tanto un mayor riesgo de requerir el apoyo de una tercera persona para sus cuidados. Sin lugar a dudas un estudio más detallado de éstas y otras variables que revelen un mayor riesgo de discapacidad, puede ayudar a decidir sobre la tarificación, e incluso la selección de riesgos, en el seguro de dependencia.

5.4 LA HIPOTECA INVERSA

Otra opción en el intento de buscar alternativas individuales a la hora de cubrir las posibles necesidades derivadas de la dependencia es la llamada hipoteca inversa. Quizás preferente en nuestro país al estar vinculada al mundo de la inmobiliaria, tan desarrollado aquí, y con sobrada cultura en la preferencia por la propiedad de la vivienda en detrimento del alquiler. Así pues, intentaremos dar a conocer, en qué consiste este producto financiero y cuáles son algunas de sus principales características.

Una hipoteca inversa (*reverse mortgage*), es básicamente un producto financiero que permite la transformación de activos inmobiliarios en rentas. La población destino de este tipo de figura financiera, son las personas mayores, los cuales al encontrarse sin la disposición de unas rentas derivadas de la actividad laboral ven relegada su actividad financiera a los posibles ahorros que hayan ido reservando para este momento y la disponibilidad de unas pensiones que suelen suponer un descenso en los ingresos netos a los percibidos en la vida activa. Bajo esta coyuntura, en la búsqueda de alternativas factibles para paliar estos hechos, una de las características patentes en el 87.2% de los individuos mayores de 65 años, es la tenencia de una vivienda completamente pagada (Herranz, 2006). Esta estimación, lo que nos pone de manifiesto es la disposición de un patrimonio inmobiliario, el cual abre unas expectativas, que las entidades financieras, han estudiado para poder ofrecer productos específicos que reporten beneficios que puedan interesar a este colectivo.

Uno de los inconvenientes derivados de esta alternativa a los típicos planes de pensiones o los seguros de vida, donde a cambio de unas cuotas periódicas, cobradas a partir de unas primas o unos pagos establecidos, con la finalidad de disponer de un capital en el momento de la jubilación, era el hecho que la entrega de la vivienda a cambio de este capital (en forma de pago único o en rentas vitalicias) derivaba en la pérdida de la propiedad por parte de los futuros herederos.

Para solventar este hecho, las entidades han optado por no reclamar los importes económicos hasta que la vivienda no se haya vendido o mientras la persona contratante no fallezca. En el caso de fallecimiento del propietario del inmueble, los herederos tendrán la posibilidad de devolver las cantidades concedidas, vender la vivienda y así cancelar el crédito o finalmente refinanciarla con otro tipo de producto. Todo esto, siempre partiendo de la base, que el individuo que contrata esta hipoteca, además opta por el seguro (no obligatorio), que tiene por objetivo en la póliza cubrir estas posibles cuestiones. La diferencia entre contratarlo o no, radica principalmente, en las cuestiones pertinentes a qué sucederá en el momento del fallecimiento del propietario de la vivienda que ha adquirido una pensión hipotecaria. De esta manera, en el caso de producirse el fallecimiento de un individuo que no ha contratado este seguro y el vencimiento de la hipoteca aún no ha tenido lugar, se resuelve que los herederos interesados en mantener la propiedad de la vivienda deberán hacer frente a la deuda adquirida.

Entre las características de la hipoteca inversa, comentar que al realizarse un cálculo de la esperanza de la vida del solicitante, lo convierte en un producto financiero-actuarial. En el caso de superar las expectativas en la extensión de la vida por parte del usuario de esta hipoteca, mediante la previa contratación de un seguro diferido de rentas vitalicias, el individuo podrá seguir cobrando mensualmente (o con la frecuencia de pago que se contrate) la renta estipulada. Por regla general, estas hipotecas suelen contratarse durante un periodo de vigencia de entre 10 y 20 años, lo cual hace factible que el superar esta esperanza de vida, no sea un caso excesivamente residual. Además unido al hecho que la tendencia en los últimos años y según el sector laboral de pertinencia, es de acogerse a la jubilación anticipada, y en edades cada vez inferiores, las entidades financieras que ofertan este tipo de producto, han de llevar a cabo actualizaciones y estudios de la esperanza de vida, para evitar encontrarse con un porcentaje elevado de casos en los que el pago de las rentas contratadas supera en gran medida a las esperanzas de costes destinados a priori a cubrir estos pagos¹².

¹² El hecho principal, con respecto a las alternativas de vigencia anterior a la comentada, ha sido el de no producirse por parte de la entidad una reclamación de importes económicos hasta que la vivienda no se haya vendido o mientras la persona contratante no fallezca. Si fallece el propietario del inmueble, los herederos pueden devolver las cantidades concedidas, vender la vivienda y cancelar el crédito o finalmente refinanciarlo. Todo esto siempre que el individuo que contrata esta hipoteca, además opta por el seguro (no obligatorio) cubra estos suplementos. La diferencia entre contratarlos o no se percibe en el momento del fallecimiento del propietario de la vivienda que ha adquirido una pensión hipotecaria. Por lo tanto, cuando fallece el individuo que no ha contratado este seguro y la hipoteca aún no ha vencido, se resuelve que los herederos interesados en mantener la propiedad de la vivienda deberán hacer frente a la deuda adquirida.

Si entramos a valorar la forma de concesión de este crédito, observamos que es flexible, ya que los solicitantes pueden optar entre: la obtención de una cuantía única en el momento de la concesión, la renta pagada periódicamente, y otras posibilidades según la combinación que se dé.

Al igual que hemos realizado con el seguro de dependencia, puede resultar conveniente realizar un breve análisis, básicamente descriptivo, sobre las hipotecas inversas en otros países. A este parecer, resulta casi obligado tratar las características de este tipo de producto, en países cuya tradición en el mercado asegurador sea de mayor presencia. Así pues, ofreceremos de una manera esquemática, en qué consisten estas hipotecas, a nivel europeo en el Reino Unido, y finalmente el mayor exponente en lo concerniente, tanto en seguros como otro tipo de herramientas financieras, como es el caso de Estados Unidos.

5.4.1 Reino Unido

Para facilitar la comprensión de cuáles son las características principales de este tipo de hipoteca, seguiremos una estructura parecida a la que presentamos en el estudio de los seguros de dependencia. Por tanto, esquematizando los pilares básicos en los que se fundamenta la hipoteca inversa en el Reino Unido, nos encontramos con:

- Se distinguen diferentes modalidades a la hora de liquidar el patrimonio inmobiliario:
 - El pido de un préstamo entregando como garantía la vivienda.
 - La venta de una parte o la totalidad de la vivienda, como moneda de cambio en la obtención de una renta regular o una cuantía total.
 - La combinación de ambas opciones.
- Destinado a individuos mayores de 54 años con disposición de una vivienda en propiedad y libre de cargas.
- La vía de comercialización para la liquidación del patrimonio, puede presentar las formas siguientes:
 - Hipoteca vitalicia o hipoteca inversa (“Lifetime Mortgage”).

- Reversión del hogar (“Home Reversión”).
- Hipoteca vitalicia:
 - Obtención de un préstamo (como renta periódica, pago único o reembolso de gastos) a cambio de la entrega del hogar.
 - Compensación en el momento del fallecimiento del propietario o cambio de residencia.
 - Principales tipos de hipoteca vitalicia:
 - *Plan de ingresos del hogar* (“Home Income Plan”): mediante el pido de un préstamo por el efectivo de la suma global del valor de la vivienda, se accede a un seguro para garantizar una renta mensual. Destinado principalmente a individuos de edad avanzada (80 años).
 - *Hipoteca de sólo intereses* (“Interest-only Mortgage”): consistente en un préstamo de un pago único para asegurar el valor del hogar. Los intereses de este préstamo son pagados mensualmente. Puede darse el caso de no poder pagar los intereses del préstamo, en el caso de operaciones de tipo de interés variable por cuestiones relativas a subidas inesperadas en el tipo de interés en cada momento.
 - *Hipoteca de reinversión de intereses* (“Roll-up mortgage”): se asegura el valor de la vivienda vía un préstamo (renta regular o efectivo global). Los intereses del préstamo se pagan en el momento de producirse la venta de la vivienda, por tanto, ofrece cantidades pequeñas dependientes de la edad.
 - *Hipoteca vitalicia de capital prefijado* (“Fixed repayment lifetime mortgage”): se recibe un capital a partir de un préstamo, asegurándose contra el valor del hogar. No se pagan intereses, pero en el momento de producirse la venta de la vivienda, se exige por parte del prestamista el pago de una cuantía superior a la prestada, fijada al inicio de la operación.
 - *Hipoteca de revalorización compartida* (“Shared appreciation mortgage”): inclusión de una cláusula de revalorización del valor de la vivienda, renunciando el prestamista parcial o totalmente al cobro de unos intereses, a cambio de la apropiación de una parte de la revalorización del inmueble.

- Reversión del hogar:
 - Consistente en la venta parcial o total de la vivienda a una compañía especializada, la cual puede optar por comprar la vivienda en cuestión o actuar como intermediario con una tercera figura.
 - De los ingresos derivados de la venta, el individuo puede optar entre la obtención de un único capital o una renta regular.
 - La cantidad recibida por parte del titular resultará inferior al valor de la vivienda, ya que la venta no puede producirse hasta el momento del fallecimiento de este o su ingreso en una residencia.
 - A mayor edad, mayor porcentaje se obtendrá.
 - Se ofrece también el contrato de arrendamiento, con derecho a vivir indefinidamente en la vivienda.

5.4.2 Estados Unidos

- Destinada a propietarios mayores de 61 años.
- El préstamo ha de ser contra la residencia principal, la cual no puede estar en posesión de cargas adicionales en el momento de contratar una hipoteca inversa.
- El préstamo no requiere reembolso mientras el titular viva en el inmueble en cuestión.
- Existencia de una gama de programas según factores a considerar (edad, valor de la vivienda y tipos de interés).
- Las alternativas al cobro de la hipoteca inversa, son las siguientes:
 - Un anticipo por el total de efectivo concedido.
 - Una línea de crédito a disposición en todo momento por parte del individuo (hasta el final de la operación prestataria o hasta extinguir el crédito disponible).
 - Un anticipo mensual por un número determinado de años.
 - Un anticipo mensual mientras el individuo resida en el hogar.
 - Un anticipo mensual de forma vitalicia, sin importar la residencia del individuo, en el caso de haberse destinado el préstamo a la contratación de un seguro de rentas vitalicias.
 - Combinación de las anteriores opciones.

5.5 OTRAS ALTERNATIVAS

Además de la pensión hipotecaria o hipoteca inversa, existen otros instrumentos que proporcionan la obtención de una renta a partir de un inmueble (Herranz, 2006), como son: la hipoteca pensión, la vivienda pensión y la cesión para alquiler. Veamos en que consisten, siguiendo el esquema que hemos ido manteniendo a lo largo de todo este capítulo:

5.5.1 La hipoteca pensión:

- Suscripción de una hipoteca sobre una vivienda, para contratar una pensión vitalicia con el dinero que se perciba.
- Depende del valor de la vivienda y la edad del solicitante.
- La hipoteca contratada estará en periodo de carencia hasta el fallecimiento del propietario.
- Los herederos en el momento de producirse el fallecimiento del titular, optan a hacer frente a la deuda adquirida por este último con el inmueble o asumir la deuda económicamente.
- Combina el crédito hipotecario con la pensión vitalicia.
- Los intereses de la hipoteca se pagan con una parte de la pensión.
- No requiere de contratación de un seguro.
- Producto poco atractivo fiscalmente, ya que la renta percibida debe tributar.

5.5.2 La vivienda pensión:

- Consistente en la venta de la vivienda a una entidad aseguradora a cambio de una pensión vitalicia.
- El importe de la pensión suele ser el más alto, en comparación a otros productos similares.

- En el momento del fallecimiento del titular, los herederos no pueden reclamar la propiedad del inmueble.
- Al conservarse el usufructo, el propietario puede seguir residiendo en el inmueble.
- Exigencia de una edad mínima de contratación superior a la media de los otros productos equivalentes.
- Poco atractivo fiscalmente, ya que se tributa por la pensión y no es posible desgravar el alquiler de la vivienda, en caso de que exista.
- Actualmente es un producto prestatario poco desarrollado.

5.5.3 La cesión para alquiler:

- Destinado a personas mayores en situación de dependencia con requerimiento de asistencia profesional en una residencia de la tercera edad.
- A cambio de una renta, se cede el inmueble a una entidad, que se encargará de ponerlo en alquiler.
- No se pierde en ningún momento la titularidad de la propiedad del inmueble.
- Dependerá del hecho de si la renta percibida es superior o inferior a los costes de los servicios derivados a la dependencia, para que el producto sea beneficioso en sentido de obtención de un capital extra o no.
- La entidad que se hace cargo de la vivienda, es la responsable de los gastos derivados del mantenimiento y adecentamiento del inmueble en caso de ser necesario.
- Las rentas percibidas están gravadas en el IRPF.

5.6 DISCUSIÓN

Una vez tenemos un conocimiento de lo que proporcionan los diferentes instrumentos, desarrollados en cierto punto en nuestro país, para hacer frente a cuestiones como la

jubilación y la disminución en el valor adquisitivo, o bien, el estado de dependencia y sus elevados costes sociales y económicos vinculados, deberíamos terminar con algunas conclusiones. Éstas nos han de permitir discutir cuáles de las alternativas detalladas son las que más se ajustan a las necesidades de los individuos de este país.

Así, la elección de los Seguros de Dependencia, parecen una buena opción, donde la solución a la financiación de la discapacidad, quizás pase por la regulación por parte del Estado, y no dejando a la libre elección del individuo, la posibilidad de establecer seguros privados en su lucha individual por aliviar el peso de los costes de los cuidados de las personas dependientes.

También queda patente, que en el caso de España, el hecho de la propiedad inmobiliaria es importante, y unido al desarrollo de los productos destinados a cubrir las carencias antes comentadas mediante la explotación de este factor puede ser una visión interesante y una línea argumental a seguir en la búsqueda de las soluciones óptimas ante la coyuntura presentada. A partir de aquí, podemos concretar las ventajas y los inconvenientes de cara a un óptimo desarrollo de los términos de la financiación de los costes de la dependencia.

El haber presentado una visión bastante amplia de lo acontecido en otros países en referencia al modelo del Seguro de Dependencia, nos permite ver que quizás los instrumentos financieros destinados a los préstamos a partir del mundo inmobiliario, son otra alternativa de interés a tener en cuenta. Pero debemos tener presente que no llega a ser la óptima, ya que asume unas características que no son siempre abarcables por todos los individuos por igual.

El hecho de ser propietario de una vivienda, en el caso de España, es algo cultural y que parece seguir esta tendencia a lo largo del tiempo, pero que quizás quede como más relegado a una obtención de un capital con el que complementar las pensiones y así asumir una vida pasiva algo más cómoda y confortable. Pero esta solución no podemos saber completamente si parece ser la más adecuada cuando nos referimos a la financiación de los costes de la dependencia directa, ya que está fuertemente ligada a parámetros no controlables del todo, que sólo pueden basarse en expectativas, como son la situación del mercado inmobiliario y la evolución de los tipos de interés. Con lo cual, podemos encontrarnos con épocas nada propicias a conseguir beneficios con estos productos, mientras que estas cuestiones son independientes al hecho de la

evaluación de la dependencia entre los individuos. Por tanto, en estos casos, la calidad de vida de estas personas se vería fuertemente afectada, ya que no podrían hacer frente a los costes de unos cuidados específicos sólo con lo obtenido de estos préstamos hipotecarios.

Pero también es cierto, que si potenciamos el hecho de los Seguros de Dependencia sin considerar esta otra opción, incurrimos en un error importante. Con esto nos referimos a que en el caso de los seguros destinados a cubrir las discapacidades, sólo se optará a ellos en el caso de ser considerado dependiente. Además, según la Ley aprobada recientemente, por el momento sólo recibirán ayudas aquellas personas y sus familiares, que se sitúen en un nivel de dependencia de máxima gravedad, con lo cual, los individuos, que siendo dependientes de grado inferior o sin serlo, no puedan cubrir sus necesidades en el momento de pasar a una situación pasiva laboralmente, estarán en parte desamparadas por el Estado. De esta manera, la potenciación de los productos comentados anteriormente pasa por un análisis exhaustivo de sus ventajas e inconvenientes como ya hemos ido mostrando en los anteriores apartados.

Por ejemplo, lo que se desprende de las hipotecas vitalicias, es que hay diversos factores a tener en cuenta antes de acogerse a este tipo de productos, como pueden ser las expectativas de fluctuaciones en los tipos de interés y la situación del mercado inmobiliario. En el caso particular de España, debido a la potente maquinaria que envuelve el mundo de la inmobiliaria, este tipo de hipotecas podrían reportar beneficios considerables, tanto a los tomadores como a los prestamistas de la operación. Pero también debemos considerar, que el mercado inmobiliario, actualmente está empezando a sufrir un estancamiento de la actividad, debido a la situación de gran endeudamiento por parte de los individuos. Esta cuestión se verá fuertemente agravada en los siguientes dos o tres años, según los últimos estudios, por cuestiones tales, como la progresiva subida de los tipos de interés (EURIBOR) prevista, y el consecuente fuerte incremento en la morosidad que se estima se empiece a producir en breve. Así pues, la adquisición de una hipoteca inversa de tipo vitalicio, está sujeta a una gran cantidad de factores exógenos al individuo. Éstos pueden resultar muy favorables, ya que por ejemplo las ventajas fiscales que ofrecen son muy atractivas (el dinero recibido de la hipoteca vitalicia o inversa está exento de tributación) o totalmente indeseables (subidas en los tipos de interés o gastos derivados del mantenimiento de las óptimas condiciones del hogar).

En el intento de favorecer estos productos vinculados al sector inmobiliario, y con el fin de hacerlos mucho más atractivos, el Gobierno aprobará una Ley de Mercado Hipotecario, cuyo objetivo será el de contribuir a la mejora de la calidad de vida de las personas mayores o de las personas que se encuentren en una situación de dependencia. Además a partir de la aprobación de la Ley del IRPF, que entrará en vigor el próximo 1 de Enero de 2007, estos productos contarán con un mejor tratamiento fiscal, que facilitará la promoción de estas herramientas financieras.

Con toda esta información, lo que queda patente es el hecho que todavía tenemos un largo camino por recorrer en el intento de optimizar los recursos que han de permitir una mejora en la calidad de vida de los individuos.

CAPÍTULO 6

CONCLUSIONES

En los próximos años, el aumento en el número de personas dependientes comportará una mayor demanda de prestaciones sociales y/o sanitarias, que deben estar coordinadas para ofrecer una adecuada respuesta sociosanitaria.

En España, por el momento, no existe un modelo uniforme de prestación ni de coordinación de servicios sociales y sanitarios. Un objetivo a corto plazo es que dichos servicios deben organizarse y mejorar la interactividad entre ellos.

El desarrollo del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia será gradual, con el fin de acompañar el desarrollo de prestaciones con la creación de la infraestructura necesaria para ello. El desarrollo de todas las prestaciones (debido a la creación de infraestructuras de servicios) se realizará de forma progresiva durante ocho años. El primer año se reconocerá el derecho a acceder a las prestaciones a quienes sean valorados en el grado III (niveles 1 y 2); el segundo y tercer año, a quienes sean valorados en el grado II, nivel 2; el tercer y cuarto año, a quienes sean valorados en el grado II, nivel 1; el quinto y sexto año, a quienes sean valorados en el grado I, nivel 2; y, por último, el séptimo y octavo año, a quienes sean valorados en el grado I, nivel 1. Este desarrollo de la Ley, aunque completamente comprensible, augura que aquellas personas con menor nivel de dependencia sean especialmente vulnerables, puesto que no tendrían prioridad suficiente para acceder al apoyo del sistema público y en general requerirán un nivel económico elevado o apoyo de su entorno.

Mientras que en la mayoría de casos son las familias, y en especial las mujeres, las que se hacen cargo de atender a la población dependiente, poco más del 10% de los

recursos presupuestarios dedicados a los mayores se destina a la ayuda a domicilio, mientras que los recursos institucionalizados (residencias y centros de día) suponen más del 80%. Se debería dar mayor protagonismo al papel que juega la atención domiciliaria, no sólo para tener en cuenta las preferencias de las personas dependientes, sino también para mantener el máximo grado de autonomía de los afectados.

El tratamiento metodológico desarrollado para el cálculo de probabilidades de discapacidad permite presentar unas Tablas de Dependencia para la población española. La utilización de un modelo markoviano permite calcular las probabilidades temporales de transición al estado de discapacidad para un individuo de edad fija, que serán utilizadas en el cálculo de los costes esperados de la dependencia para dicho individuo. Cuando los costes de cuidados de larga duración son los asociados a una combinación de servicios (atención a domicilio, centros de día y cuidados en residencias) se obtiene un coste individual notablemente inferior al obtenido cuando únicamente se tienen en cuenta servicios de atención a domicilio. Este último caso sirve de referente a la hora de aproximar el coste de los cuidados informales, normalmente ofrecidos por las familias, y que en muchas ocasiones suponen la no incorporación del cuidador al mercado laboral.

Los resultados obtenidos pueden ayudar en el establecimiento de los criterios de financiación del Sistema Nacional de Dependencia. Si el sistema público cubriera sólo las necesidades de dependencia generados por las discapacidades más severas, posiblemente el mercado asegurador privado podría ofrecer coberturas de dependencia en severidades moderadas, lo que daría lugar a unos costes esperados inferiores a los que tienen en cuenta todas las gravedades.

El coste esperado de cuidados de larga duración siempre es mayor para las mujeres que para los hombres, teniendo en cuenta su mayor esperanza de vida es estado de discapacidad. Además, el coste asociado a los cuidados informales siempre es mayor que el asociado en cuidados formales, lo que puede ofrecernos una idea aproximada del coste de oportunidad asumido por las familias que se encargan del cuidado de sus familiares discapacitados.

Nuestra conclusión es que el tramo de los 65 a los 70 años es importante de cara a la previsión privada ligada a los costes de la dependencia, porque los costes esperados son elevados en este momento (la esperanza de vida residual todavía es muy alta

para estos individuos) y la cobertura pública sólo se producirá si existe gran dependencia o asumirá únicamente el 30% de los costes. Entre los 70 y los 80 años, aunque el coste esperado de cuidados es menor en términos absolutos, los productos privados de cofinanciación pueden ser competitivos porque no tienen que cubrir cantidades muy elevadas. A partir de los 80 años, al disminuir la esperanza de vida residual y aumentar la probabilidad de gran dependencia, el coste a asumir por el individuo es notablemente inferior.

En el caso de las mujeres, la distinción entre los distintos periodos de edad no es tan clara como en los hombres, aunque igualmente el coste esperado de cofinanciación va disminuyendo con la edad, aunque el descenso es más lento a partir de los 80 años. Los costes de cofinanciación difieren muy notablemente entre hombre y mujeres, aunque la diferencia se mantiene constante a partir de los 80 años.

En el caso particular de España, debido a la potente maquinaria que envuelve el mundo de la inmobiliaria, las rentas basadas en hipotecas de la vivienda propia podrían reportar beneficios considerables, tanto a los tomadores como a los prestamistas de la operación. Pero también debemos considerar, que el mercado inmobiliario, actualmente está empezando a sufrir un estancamiento de la actividad, debido a la situación de gran endeudamiento por parte de los individuos. Esta cuestión se verá fuertemente agravada en los siguientes dos o tres años, según los últimos estudios, por cuestiones tales, como la progresiva subida de los tipos de interés (EURIBOR) prevista, y el consecuente fuerte incremento en la morosidad que se estima se empiece a producir en breve. Así pues, la adquisición de una hipoteca inversa de tipo vitalicio, está sujeta a una gran cantidad de factores exógenos al individuo. Éstos pueden resultar muy favorables, ya que por ejemplo las ventajas fiscales que ofrecen son muy atractivas (el dinero recibido de la hipoteca vitalicia o inversa está exento de tributación) o totalmente indeseables (subidas en los tipos de interés o gastos derivados del mantenimiento de las óptimas condiciones del hogar).

Así, la elección de los Seguros de Dependencia, parecen una buena opción, donde la solución a la financiación de la discapacidad, quizás pase por la regulación por parte del Estado, y no dejando a la libre elección del individuo, la posibilidad de establecer seguros privados en su lucha individual por aliviar el peso de los costes de los cuidados de las personas dependientes. Analizando distintos resultados, concluimos que los productos aseguradores deberían concentrarse en cubrir las edades avanzadas, puesto que en ese momento los costes esperados son inferiores y por lo

tanto las cuotas serían más competitivas. Por otra parte, es en edades más avanzadas cuando se dan situaciones de mayor probabilidad de vivir en soledad y cuando la liquidez del individuo puede ser más vulnerable. Cualquier sistema privado que aporte una ayuda económica o servicio de cuidados para personas sin gran dependencia pero que requieren una atención personal, debería ser incentivado porque incrementa la vida saludable y la autonomía de la persona, le permite seguir desarrollando una vida activa y por lo tanto es susceptible de aligerar el peso del sistema público de cuidados.

CAPÍTULO 7

BIBLIOGRAFÍA

Albarran, I., Ayuso, M., Guillen, M. y Monteverde, M. (2005): "A multiple state model for disability using the decomposition of death probabilities and cross-sectional data", *Communications in Statistics: Theory and Methods*, 34, 9-10, 2063-2075.

Ayuso, M., Guillén, M. y Monteverde, M. (2005): "El envejecimiento de la Población y los costes de Cuidados de Larga Duración en España", *IUSSP Tours*, Francia.
<http://iussp2005.princeton.edu/download.aspx?submissionId=51182>.

Blay, D. y Guillén (2006): "Coste de atención a la dependencia en España y comparación con los sistemas francés y alemán", *Revista española de seguros*, 125, 145-160.

Casado, D. y López-Casasnovas, G. (2001): "Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro", *Colección de Estudios Sociales Número 6*, Fundación "La Caixa", Barcelona.

Campbell JC, Ikegami N. (2000): "Long-term Care Insurance comes to Japan", *Health Aff*, 19:26-39.

CERMI (2006): "Posición del sector social de la discapacidad articulado entorno al CERMI Estatal".

<http://www.cermi.es/NR/rdonlyres/71F353B1-DDB9-4217-A2C8-99F4D7876EBD/6864/IDEASFUERZAPOSICIC3%93NCERMILEYDEAUTONOM%C3%8DAPERSONALYDEP.doc>

CIS (1998): "Encuesta sobre la soledad en las personas mayores", CIS, Madrid.

Cohen, M. A. (2003), "Private Long Term Care Insurance: A Look Ahead", *Journal of Aging and Health*, 15, 1, 7-98.

Comas-Herrera, A. y Wittenberg, R. (eds.) (2003): "European Study of Long-Term Care Expenditure: Investigating the Sensitivity of Future Long-term Care Expenditure in Germany, Spain, Italy and the United Kingdom to Changes in Assumptions about Demography, Dependency, Informal Care, Formal Care and Unit Costs", *Report to the European Commission, Employment and Social Affairs DG. PSSRU discussion paper 1840*.

Crimmins, E., Saito, Y. y Hayward, M. (1993): "Sullivan and multistate methods of estimating active life expectancy: two methods, two answers", en *Calculation of Health Expectancies: harmonization, consensus achieved and future perspectives*. Eds. J.M. Robine et al., Colloque INSERM/John Libbey Eurotext Ltd., Vol. 226, 155-160.

Edad&Vida (2005): "Posicionamiento de Edad&Vida para un marco regulador en la provisión de servicios y financiación de la dependencia", *Edad&Vida*, Madrid.

Everett, M. D., Murray, S. A. y Burkette, G. (2005): "Long-Term Care Insurance: Benefits, Costs, and Computer Models", *Journal of Financial Planning*, 2, 1-10 [citado 17 de septiembre de 2005].

(http://www.fpanet.org/journal/articles/2005_Issues/jfp0205.cfm)

Geraedts M., et al. (2000): "Germany's Long-Term Care Insurance: Putting a Social Insurance Model into Practice", *The Milbank Quarterly* 78:375-401.

Guillén, M. (dir), Albarrán, I., Alcañiz, M., Ayuso, M., Blay, D. y Monteverde, M. (2006): "Longevidad y Dependencia en España. Consecuencias sociales y económicas", *Fundación BBVA*, Madrid.

Guralnik, J. M., Leveille, S. G., Hirsch, R., Ferrucci, L. y Fried, L. P. (1997): "The Impact of Disability in Older Women", *Journal of the American Medical Women Association*, 52, 3, 113-120.

Haberman, S. y Pitacco, E. (1999): "Actuarial Models for Disability Insurance", *Ed Chapman and Hall*, Londres.

Hennessy, P. (1995): "Social protection for dependent elderly people: Perspectives from a review of OECD countries", *OECD: Labour Market and Social Policy Occasional paper 1995 n° 16* [citado 4 de agosto de 2004].

http://www.oecd.org/LongAbstract/0,2546,en_2649_37435_1895529_1_1_1_37435,00.html

Herce, J. A. y Alonso, J. (2000): "La Reforma de las Pensiones ante la Revisión del Pacto de Toledo", *Colección Estudios Económicos, n° 19*, La Caixa, Barcelona.

Herce, J.A., Labeaga, J.M., Sosvilla, S. y Ortega, C. (2006): "El Sistema Nacional de Dependencia. Evaluación de sus efectos sobre el empleo", *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, n°60*, 168-196.

Herranz, R. (2006): "Hipoteca Inversa y figuras afines", *Portal Mayores, Informes Portal Mayores, n° 49*. [Fecha de publicación: 21/03/2006], Madrid.

<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/herranz-hipoteca-01.pdf>

INE (2002): "Metodología de las tablas de mortalidad de la población española 1998-1999", *Instituto Nacional de Estadística*, Madrid.

INE (2005): "Encuesta sobre discapacidad, deficiencias y estado de salud. Informe General", *Instituto Nacional de Estadística*, Madrid.

Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras (2005): "El seguro de dependencia: Guía para el desarrollo de productos de larga dependencia en España", *ICEA*, Madrid.

IMSERSO (2001): "Las personas mayores en España. Informe 2000", *Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas, Observatorio de Personas mayores, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, Madrid.

IMSERSO (2004): "Servicios sociales para personas mayores en España: Enero 2003".

<http://www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/indicadores/indicadoresociales/indsociales2003html>.

Instituto Nacional de Estadística (1999): "Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud", *INE*, Madrid.

Jacobzone, S. (1998): "Ageing and care for frail elderly persons: An overview of internacional perspectivas", *OECD: Labour Market and Social Policy, Occasional paper 1998 n° 38* [citado 4 de ago 2004]

http://www.oecd.org/LongAbstract/0,2546,en_2649_33729_1887023_1_1_1_1,00html

Jacobzone, S., Cambois, E., Chaplain E. y Robine, J. M. (1998): "The health of older persons in OECD countries: Is it improving fast enough to compensate for population ageing?", *OECD: Labour Market and Social Policy, Occasional paper 1998 n° 37* [citado 4 de ago 2004]

http://www.oecd.org/LongAbstract/0,2546,en_2649_33929_1887058_1_1_1_1,00html

Karlsson, M., Mayhew, L., Plumb, R. y Rickayzen, B. (2004): "An International Comparison of Long-Term Care Arrangements: An Investigation into the Equity, Efficiency and sustainability of the Long-Term Care Systems in Germany, Japan, Sweden, the United Kingdom and the United States", *Actuarial Research Paper No. 156, Faculty of Actuarial Science and Statistics*, London.

Ley 39/2006 de 14 de diciembre (BOE 15 de diciembre de 2006) de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

Lievre, A., Brouard, N. y Heathcote, C. (2003): "The estimation of health expectancies from cross-longitudinal surveys", *Mathematical Population Studies*, 10, 211-248.

López-Casasnovas, G. (2005): "Envejecimiento y dependencia. Situación actual y retos de futuro", *Estudios Caixa Catalunya*, Barcelona.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2005): "Libro Blanco de la Dependencia", *MTAS*, Madrid.

Monteverde, M. (2004): "Discapacidades de las personas mayores en España: prevalencia, duraciones e impacto sobre los costes de cuidados de larga duración", *Tesis doctoral, Universidad de Barcelona*.

Moragas, R., Cristòfol, R. y GIE (2003): "El Coste de la Dependencia al Envejecer", *Ed Herder SL*.

Organización Mundial de la Salud (2001): "Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud".

Oeppen J. y Vaupel J.W. (2002): "Broken limits to life expectancy", *Science*, 296, 5570, 1029-1031.

Pacolet y otros (1999): "La protección social des personnes âgées dépendantes dans les 15 pays de L'UE et en Norvège", *Rapport de synthèse commandé par la Commission européenne et le Ministre belge des affaires sociales Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes*.

Palloni, A., Guillén, M., Monteverde, M., Ayuso, M. y White, R. (2005): "The returns of longitudinal information on the elderly: a microsimulation model to estimate errors in cross-sectional estimates of disability-adjusted life expectancy", *XXV International Population Conference of the IUSSP*, Tours, Francia.

Preston, S. H., Heuveline, P. y Guillot, M. (2001): "Demography. Measuring and Modeling Population Processes", *Ed. Blackwell Publishing*.

Robine, J. M. y Mathers, C. D. (1993): "Measuring the compression or expansion of morbidity through changes in health expectancy". En *Calculation of health expectancies: harmonization, consensus achieved and future perspectives*, Eds. J.M. Robine et al., Colloque INSERM/John Libbey Eurotext Ltd., Vol. 226, 269-286.

Rodríguez Cabrero, G. (1999): "La protección social de la dependencia", *Ed Madrid: IMSERSO*.

Saito, Y., Crimmins, E. y Hayward, M. (1991): "Stability of estimates of active life expectancy using two methods of life table construction", *Cahiers Quebecois de Demographie*, 20, 2, 291-327.

Séculi, E., Fusté, J., Brugulat, P., Junca, S., Rue, M. y Guillen, M. (2001): "Percepción del estado de salud en varones y mujeres en las últimas etapas de la vida", *Gaceta Sanitaria*, 15, 3, 217-223.

Society of Actuaries of America (2002): "Long Term Care Experience Committee, Intercompany study: 1984-1999", September 2002.

Sullivan, D. (1971): "A Single Index of Mortality and Morbidity", *HSMHA Health Reports*, 86, 4, 347-354.