

**LAS PERSONAS MAYORES
DEPENDIENTES EN ESPAÑA:
ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN FUTURA
DE LOS COSTES ASISTENCIALES.**

CENTRE DE RECERCA EN ECONOMÍA I SALUT- CRES

UNIVERSITAT POMPEU FABRA

Estudio patrocinado por



Barcelona, Diciembre 2000.

PRINCIPALES CONCLUSIONES DEL ESTUDIO

- ❖ En España, un 34% de las personas mayores de 65 años tiene problemas de dependencia. De ellas, un 62% tiene un nivel de dependencia leve, un 26% moderado, y un 12% severo.
- ❖ Son los individuos de mayor edad los que tienen mayores problemas de dependencia: la inmensa mayoría de sujetos dependientes moderados y severos tiene más de 80 años.
- ❖ Más del 80% de las personas mayores dependientes sólo reciben ayuda del apoyo informal. La familia, por tanto, constituye actualmente el principal agente proveedor de cuidados de larga duración (CLD) .
- ❖ Los 100.000 usuarios de la atención domiciliaria pública, que mayoritariamente aparece acompañada también de apoyo informal, representan únicamente el 4.7% de todas las personas mayores dependientes no institucionalizadas.
- ❖ Las más de 250.000 personas que contratan atención domiciliaria privada, complementándola o no con apoyo informal, representan algo más del 12% de la población dependiente no institucionalizada.
- ❖ Aproximadamente un 3% de todas las personas mayores de 65 años está ingresada en una residencia pública o privada. No obstante, en el caso de las personas de más de 85 años, este porcentaje es cuatro veces superior. Asimismo, para todas las cohortes de edad, las tasas de institucionalización de las mujeres doblan a las de los hombres.
- ❖ La ratio actual de plazas residenciales por habitante no ha conseguido llegar a las 5 por cada 100 habitantes mayores de 65 años que en 1993 recomendaba el Plan Gerontológico Nacional. Asimismo, la oferta privada representa casi el 75% del total de plazas disponibles, aunque cerca de un 20% de las mismas son concertadas por el sector público.
- ❖ Sumando los recursos públicos y privados, nuestro país destina actualmente algo más de medio billón de pesetas a proporcionar CLD, una cifra que representa el 0.6% del PIB. Ese porcentaje es parecido al observado en los otros países mediterráneos, aunque se sitúa bastante por debajo de la tendencia registrada en el resto de países de la Unión Europea.
- ❖ El reto que plantea dar respuesta a los CLD requeridos por las personas mayores dependientes es de una magnitud que difiere sustancialmente de unas CC.AA a otras. Y no sólo eso, también el punto de partida en cuanto a los recursos asistenciales actualmente disponibles para proporcionar dichos cuidados es muy distinto.
- ❖ Aún en el caso de que supongamos unas tasas de prevalencia de los problemas de dependencia a la baja, el envejecimiento demográfico y los cambios en las estructuras familiares serán de tal magnitud que, según nuestras estimaciones, en los próximos años se requerirá de una mayor implicación de los sectores público y privado en la provisión de los cuidados de larga duración.

- ❖ Durante los próximos 30 años, los recursos económicos que el sector público destina a la provisión de CLD deberían crecer a un ritmo que se situaría, dependiendo de la intensidad de la crisis del apoyo informal que se suponga, entre el 8 y el 10% anual. En cualquier caso, resulta poco probable que las necesidades de gasto que apuntan nuestros resultados puedan ser alcanzadas sin recurrir a nuevas fórmulas de financiación.

INDICE

1. Introducción.....	1
2. La dependencia y los cuidados de larga duración: conceptos previos.....	2
3. Metodología.....	6
3.1. Los factores determinantes del coste de los cuidados de larga duración.....	6
3.2. Prevalencia de los problemas de dependencia.....	6
3.3. Un modelo de simulación del coste futuro de los cuidados de larga duración..	8
4. El coste de los CLD y sus factores determinantes: situación actual.....	20
4.1. El envejecimiento demográfico.....	20
4.2. Prevalencia de los problemas de dependencia.....	21
4.3. Oferta y utilización de los servicios para personas dependientes.....	26
4.4. El coste actual de los CLD en España	31
4.5. Disparidades regionales.....	33
5. El coste futuro de los cuidados de larga duración en España.....	35
5.1. Características de los escenarios simulados.....	35
5.2. Los resultados del modelo.....	39
6. Conclusiones.....	51
Bibliografía.....	52
Anexo.....	53
Glosario	61

INDICE DE FIGURAS, CUADROS Y GRÁFICOS

Figura 1: las personas mayores dependientes y los cuidados de larga duración.....	2
Figura 2: Provisión y financiación de los CLD en España.....	5
Cuadro 1: Encuesta sobre la soledad en personas mayores (1998).....	7
Figura 3: El coste total de las plazas residenciales.....	11
Figura 4: Los cuidados de larga duración provistos en los hogares.....	12
Figura 5: El coste total de las plazas en centros de día.....	13
Cuadro 2: Datos de partida del modelo (1998): Variables de demanda.....	17
Cuadro 3: Datos de partida del modelo (1998): Variables de oferta.....	19
Gráfico 1: El envejecimiento demográfico en España y Europa: 1960-1996.....	20
Gráfico 2: Número total de AIVDs en las que precisan de ayuda los individuos independientes en las AVDs: Distribución porcentual (España, 1998)	22
Gráfico 3: Número total de AIVDs y AVDs en las que precisan de ayuda los individuos que tienen problemas con ambos grupos de actividades (España, 1998)	23
Gráfico 4: Nivel de dependencia de las personas con problemas tanto en AIVDs como en AVDs (España, 1998)	24
Gráfico 5: La prevalencia de la dependencia en España (1998).....	25
Gráfico 6: Tasas de prevalencia por grupos de edad (1998).....	26
Gráfico 7: Tipo de ayuda recibida en los domicilios (1998): AI, SAD y ADP.....	27
Cuadro 4: Número de usuarios de plazas en centros de día (públicos y privados): 1998	28
Cuadro 5: Número de usuarios de plazas residenciales (públicas y privadas): 1998..	29
Cuadro 6: Porcentaje de personas que viven en residencias (públicas o privadas): 1998	30
Gráfico 8: Plazas en residencias por cada 100 mayores de 65 años: 1988-1998.....	31
Cuadro 7: Coste total estimado de los CLD en España (1998). Millones de pesetas...	32
Gráfico 9: Porcentaje de la población con 65 o más años por CC.AA. (1998)	33
Gráfico 10: Grado de cobertura de los SAD por CC.AA. en 1998 (% usuarios s/pob. 65)	34
Gráfico 11: Número de plazas residenciales (púb. y priv.) por cada 100 h. con 65 o + años (1998)	34
Cuadro 8: Características de los escenarios simulados.....	38
Gráfico 12: Personas mayores dependientes en España: 1999-2026.....	39
Gráfico 13: Usuarios de los SAD en el supuesto de que las tasas de prevalencia permanezcan constantes: 1999-2026	40
Gráfico 14: Usuarios de los SAD en el supuesto de que las tasas de prevalencia disminuyan un 1% anual: 1999-2026	40
Gráfico 15: Usuarios de centros de día públicos en el supuesto de que las tasas de prevalencia permanezcan constantes: 1999-2026	41
Gráfico 16: Usuarios de centros de día públicos en el supuesto de que las tasas de prevalencia disminuyan un 1% anual: 1999-2026	43
Gráfico 17: Usuarios de plazas residenciales financiadas públicamente: 1999-2026	44
Gráfico 18: Demanda insatisfecha de plazas en residencias públicas y privadas: 1999-2026	45
Gráfico 19: Demanda insatisfecha de plazas en centros de día públicos y privados: 1999-2026	45
Gráfico 20: Coste total de los CLD públicos: tasas anuales acumulativas 1999-2026	47
Gráfico 21: Coste total de los CLD públicos, si las tasas de prevalencia disminuyeran un 1% anual: TAA 1999-2026	48
Gráfico 22: Coste total de los CLD públicos: tasas anuales acumulativas 1999-2015	49
Gráfico 23: Coste total de los CLD públicos: tasas anuales acumulativas 2016-2026	49
ANEXO	53

1. INTRODUCCIÓN

El análisis de las características actuales de la provisión y financiación de los servicios destinados a las personas dependientes de edad avanzada, así como la obtención de proyecciones sobre el coste futuro de estos servicios, constituyen un imperativo a la vista del envejecimiento progresivo de la población en la mayoría de países desarrollados.

La estrategia que en general han adoptado los países de nuestro entorno para hacer frente a este reto social, sobre todo en los últimos años, ha sido la de potenciar aquellos servicios asistenciales que mantienen a las personas dependientes en su entorno habitual. No obstante, los cambios que ya se están produciendo en las estructuras familiares (aumento del número de personas mayores que viven solas, incorporación masiva de la mujer al mercado laboral...), cuestionan la sostenibilidad futura de este modelo con financiación exclusivamente pública.

Asimismo, es más que probable que los ancianos y ancianas del futuro, debido a los mayores niveles de instrucción que habrán adquirido y a la ostentación de trayectorias laborales más estables, tengan un mayor poder adquisitivo que las personas mayores de hoy en día. Por ello, estas características van a impulsar una demanda de servicios que permitan mejorar su calidad de vida, como por ejemplo disfrutar de una atención domiciliaria más personalizada. Probablemente, el sector público no podrá hacer frente a la cantidad y calidad de los servicios que se requerirán en el futuro, y hará falta que tanto la inversión pública como la privada jueguen un papel a este respecto.

En este sentido, Varios países europeos, como el Reino Unido o Alemania, han tomado ya iniciativas para afrontar estos nuevos retos. Así, en el caso del Reino Unido, el Ministerio de Sanidad encargó a un equipo de investigación de la London School of Economics un estudio sobre la demanda y la financiación de la atención a las personas mayores (Wittenberg et al., 1998). Este estudio ha producido un modelo de macro-simulación para poder proyectar la demanda de los servicios de cuidados de larga duración, desde hoy hasta el año 2030. El modelo ha sido extensamente utilizado por la "Royal Commission on Long-Term Care" para ilustrar las consecuencias de su propuesta sobre un sistema sostenible de financiación de las necesidades sociosanitarias de las personas mayores (Royal Commission, 1999). Por su parte, el gobierno alemán promulgó, en 1995, una ley que establece la obligatoriedad para todos los individuos de asegurarse contra el riesgo futuro de dependencia, ya sea a través de compañías de aseguramiento sanitario público o de alguna compañía de seguros privada (Schulte, 1996).

En el caso de España, a diferencia de lo ocurrido en otros países europeos, es ahora cuando la cuestión de los efectos del envejecimiento demográfico sobre los cuidados de larga duración está empezando a despertar el interés de las administraciones públicas, responsables políticos e investigadores. No es casual, por ejemplo, la reciente publicación por parte del Imserso de un estudio sobre la viabilidad en nuestro país de un seguro de dependencias al estilo del alemán (Imserso, 1999). Con el ánimo de intentar participar en ese emergente debate, el presente trabajo tiene dos objetivos fundamentales: por un lado, analizar cómo se están proporcionando actualmente en nuestro país los cuidados que precisan las personas mayores dependientes; por otro lado, obtener proyecciones sobre el volumen de recursos que pueden necesitarse

para atender la mayor demanda de estos cuidados que, sin duda, se va a producir en los próximos años.

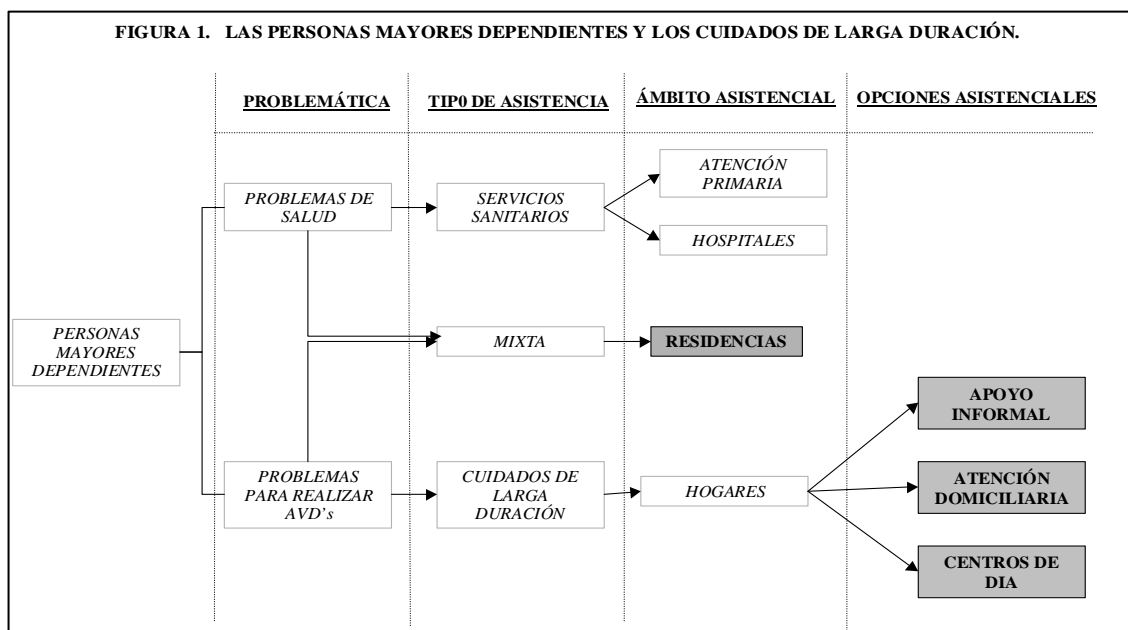
2. LA DEPENDENCIA Y LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN: CONCEPTOS PREVIOS.

2.1. ¿Qué se entiende por persona mayor dependiente?

Reciben el calificativo de personas mayores dependientes aquellos individuos de más de 64 años que requieren de ayuda para realizar ciertas actividades cotidianas (vestirse, comer, asearse...). En principio, si damos por buena esta definición, el que una persona sea dependiente no implica necesariamente que tenga que padecer enfermedad crónica alguna (ni física ni mental). Sin embargo, como coinciden en señalar todas las investigaciones realizadas hasta el momento, en la mayoría de los casos las personas mayores dependientes suelen exhibir, además de una capacidad funcional mermada, problemas de salud asociados.

2.2. ¿Qué asistencia precisan las personas mayores dependientes?

Aunque resulta complicado averiguar, en el caso de las personas mayores dependientes, dónde acaban los problemas ocasionados por la incapacidad funcional (dependencia) y dónde empiezan los originados por un pobre estado de salud (enfermedades), nos atrevemos a proponer la siguiente taxonomía (figura 1).



Por un lado, en relación con los problemas que provoca la dependencia, el tipo de asistencia que requieren las personas que los padecen no es otro que la ayuda a realizar ciertas actividades. A esta ayuda, siguiendo la terminología empleada en el mundo anglosajón, la hemos denominado “cuidados de larga

duración” (en adelante, CLD). Por otro lado, en cuanto a los problemas de salud, la asistencia que precisan las personas mayores dependientes no es distinta a la que proporcionan los servicios sanitarios al resto de individuos cuando están enfermos (atención primaria, hospitalaria, etc.).

Los CLD, al igual que los servicios sanitarios, pueden dispensarse en distintos ámbitos. En concreto, como pone de manifiesto la figura 1, la ayuda la pueden recibir: 1/ personas que siguen viviendo en su casa (no institucionalizadas), 2/ personas que viven en una residencia (institucionalizadas), y 3/ personas temporalmente ingresadas en un hospital (institucionalizadas o no). No obstante, a diferencia de los servicios sanitarios, los CLD desarrollados en cualquiera de estos tres ámbitos no exigen el concurso de individuos con una elevada capacitación profesional, lo cual abre la puerta a una peculiar modalidad de ayuda: el apoyo informal (esto es, cuidados que son proporcionados por los familiares de la persona dependiente, residan o no en el mismo hogar). Además del apoyo informal, los CLD que reciben las personas mayores no institucionalizadas pueden provenir de dos fuentes más. Por un lado, existen profesionales que ayudan a las personas dependientes a realizar aquellas actividades en las que éstos tienen dificultades; esta ayuda se proporciona en el hogar de las personas dependientes, de ahí su nombre de “atención domiciliaria”. Por otro lado, existen unos establecimientos, llamados centros de día, a los que acuden las personas dependientes durante unas horas al día, en los que se llevan a cabo distintas actividades de rehabilitación.

Así pues, bajo esa amplia denominación de CLD, cabe incluir las cuatro fuentes de asistencia que acabamos de mencionar: el apoyo informal, la atención domiciliaria, los centros de día y las residencias. Veamos, en el próximo apartado, cómo se organizan estos servicios en el caso concreto de nuestro país.

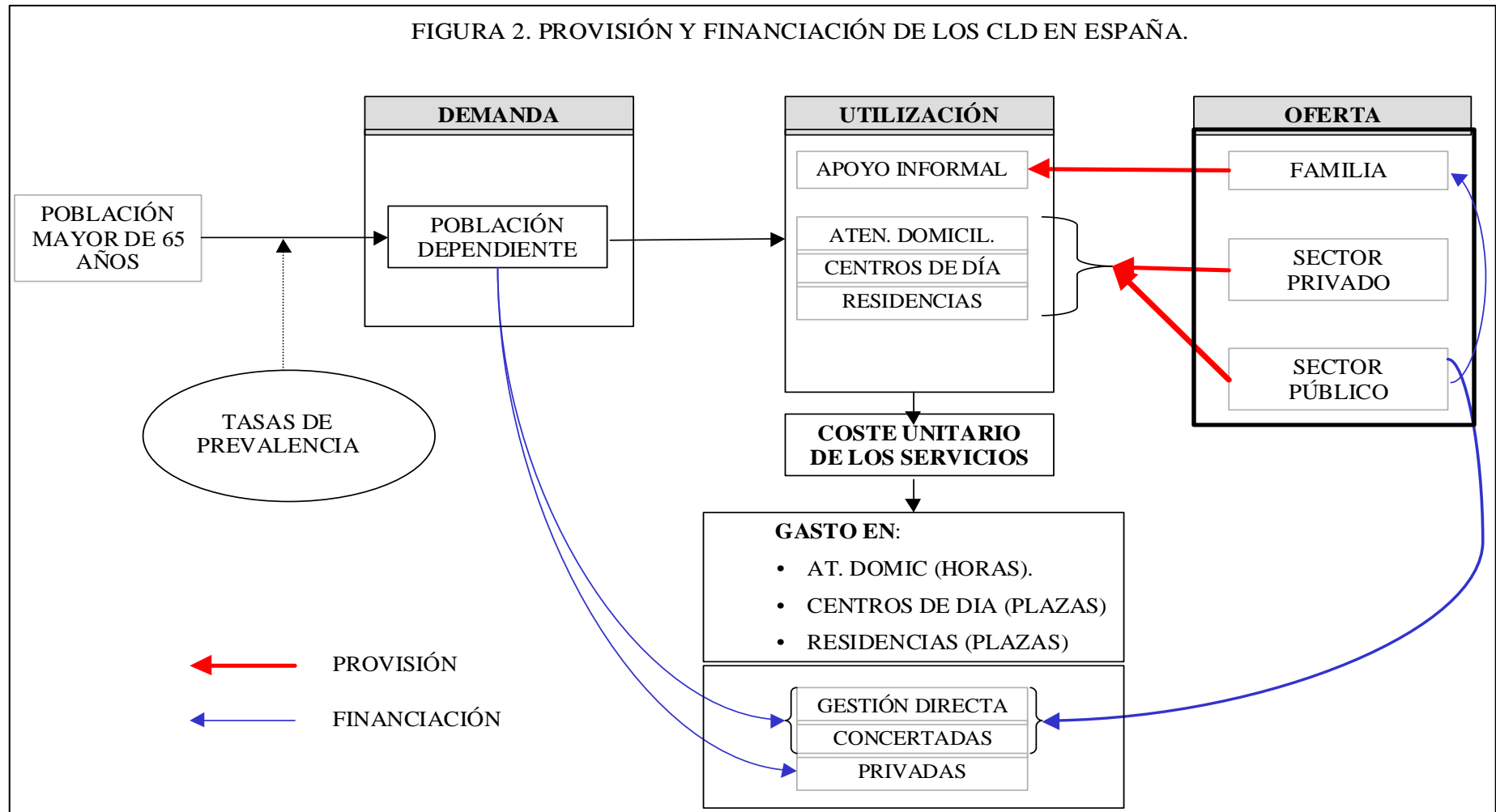
2.3. La organización de los cuidados de larga duración en España.

Las principales características del sistema de CLD actualmente vigente en España se esquematizan en la figura 2. También en el caso de nuestro país, como puede observarse en la figura, las personas mayores dependientes utilizan las cuatro fuentes de ayuda anteriormente referidas. Además de la familia, que se encarga de proveer apoyo informal, tanto el sector público como el privado ofrecen los otros tres tipos de servicios existentes: atención domiciliaria, centros de día y residencias. No obstante, en el caso de la Administración, dicha provisión acontece bajo dos modalidades distintas: por un lado, parte de los servicios son proporcionados por instituciones cuya propiedad está en manos públicas (“gestión directa”); por otro lado, el sector público también ofrece servicios que son contratados a empresas u organismos de naturaleza privada (a estos contratos, como aparece en el gráfico, se los denomina “concertos”).

En cualquier caso, todos los agentes proveedores, ya sean públicos o privados, incurren en unos costes unitarios determinados para realizar dicha provisión. De hecho, según sea el volumen total de usuarios de los distintos servicios, tales costes unitarios determinan el nivel agregado de los gastos que realizan el sector privado y el público en CLD. Sin embargo, en el caso de este último, debido a lo dicho anteriormente, estos gastos son de dos tipos: directos, cuando la provisión se realiza a través de instituciones que son de titularidad pública; e indirectos, cuando dicha provisión se lleva a cabo mediante el concurso de entidades privadas concertadas. Asimismo, como puede

observarse en el gráfico, el sector público también destina parte de sus recursos a financiar los CLD que proporcionan las familias, ya sea mediante transferencias en metálico o a través de deducciones impositivas.

Añadir, por último, que para financiar dicho gasto, el sector público y el privado recurren a mecanismos distintos. Así, en el caso de la Administración, los fondos destinados a CLD tienen un doble origen: por un lado están las contribuciones que realizan los usuarios de los servicios (“copagos”) y, por otro, están las asignaciones presupuestarias que se estiman oportunas cada año. Por el contrario, en el caso del sector privado, la principal fuente de ingresos proviene de los precios cobrados a los usuarios por los servicios prestados.



3. METODOLOGÍA.

3.1. Los factores determinantes del coste total de los CLD.

Si uno pretende obtener proyecciones acerca de la evolución futura del coste total de los CLD, parece evidente que éstas tendrán que construirse a partir de la información disponible sobre los distintos factores que determinan el coste actual de dichos cuidados. Por ello, adaptando la propuesta realizada por Cutler y Sheiner (1998) para el caso de los servicios sanitarios, se ha considerado que dichos factores son los siguientes:

- a) Envejecimiento demográfico. Esto es, el número de personas mayores que actualmente viven en nuestro país.
- b) Prevalencia de los problemas de dependencia. Este factor alude al porcentaje de personas mayores que, estando o no institucionalizadas, necesitan de ayuda para realizar distintas actividades cotidianas.
- c) Grado de utilización de los distintos servicios. Esta variable hace referencia al modo en que se proporciona asistencia a las personas mayores dependientes (atención domiciliaria, apoyo informal, residencias, etc.).
- d) Coste unitario de los servicios señalados en el punto anterior.

Así pues, estas cuatro variables, o más concretamente las variaciones a lo largo del tiempo que éstas experimenten, serán las que acaben determinando la evolución futura del coste total de los CLD.

3.2. Prevalencia de los problemas de dependencia.

3.2.1. Fuentes de información.

La "Encuesta sobre la soledad en las personas mayores" (ESPM; CIS, 1998), que contiene información sobre 2.500 personas mayores de 65 años no institucionalizadas y que resulta representativa a nivel estatal, es la fuente de datos más reciente que uno puede utilizar para tratar de valorar cuán frecuentes resultan los problemas de dependencia entre nuestros mayores.

Además de variables socioeconómicas de distinto tipo (edad, sexo, ingresos, estado civil...), la ESPM incorpora varias preguntas directamente relacionadas con el objeto del presente estudio. Así, en dicha encuesta se preguntaba a los individuos en qué medida eran capaces de realizar autónomamente 12 actividades, tres de ellas relativas al cuidado personal (AVDs) y el resto al mantenimiento del medio ambiente (AIVDs). En concreto, para cada una de esas actividades, se daba la posibilidad a los sujetos de dar una de las seis posibles respuestas que aparecen en el cuadro siguiente.

CUADRO 1. ENCUESTA SOBRE LA SOLEDAD EN LAS PERSONAS MAYORES (1998)	
Muestra: 2.500 personas mayores de 65 años (representativa a nivel estatal)	
Preguntas sobre dependencia	Respuestas posibles
AVDs (3): <ul style="list-style-type: none"> • Levantarse, vestirse y asearse • Bañarse y/o ducharse • Andar por dentro de la casa 	<input type="checkbox"/> La realiza sin ayuda <input type="checkbox"/> La realiza sin ayuda, pero con dificultad <input type="checkbox"/> Necesita de una pequeña ayuda para realizarla <input type="checkbox"/> Necesita de una gran ayuda para realizarla <input type="checkbox"/> No puede realizarla aunque le ayuden <input type="checkbox"/> No la realiza porque nunca lo ha hecho
AIVDs (9): <ul style="list-style-type: none"> • Cocinar • Hacer limpieza y tareas del hogar • Subir y bajar las escaleras • Salir y andar por la calle • Utilizar el teléfono • Utilizar el transporte público • Ir de vacaciones • Hacer papeleos, gestiones... • Llevar el control del dinero 	

3.2.2. Método: Análisis de homogeneidad.

Idealmente, puesto que estamos interesados en analizar con detalle los problemas de dependencia en nuestro país, nos gustaría llegar a ser capaces de obtener una medida del nivel global de dependencia que padecen cada uno de los individuos que dicen tener problemas para realizar distintas actividades cotidianas. En principio, como ya hemos mencionado, parece claro que el número de actividades en las que los individuos necesitan de ayuda va a estar relacionado con ese nivel de dependencia global. Asimismo, además del número de actividades, parece claro que también el grado de ayuda requerido en cada una de las actividades va a resultar importante.

En el caso de la ESPM, para tratar de obtener dicha medida global, contamos con información sobre 2.500 sujetos acerca del grado de ayuda que necesitan para realizar un total de 12 actividades, medido en un intervalo que admite 5 posibilidades en cada actividad. En este punto, la pregunta que surge de un modo espontáneo es la siguiente: ¿cómo transformar toda esa ingente cantidad de datos en una única medida de dependencia para cada sujeto?

El análisis de homogeneidad (AH) es una técnica estadística que puede ayudarnos a ofrecer una respuesta al respecto, por la sencilla razón de que su objetivo es tratar de condensar en unas pocas nuevas variables, denominadas factores, el máximo de la información contenida inicialmente en un conjunto más amplio de variables categóricas (como son, por ejemplo, las relativas a cada una de las 12 actividades que aparecen en la ESPM). Estos nuevos factores permiten ser utilizados para asignar a cada uno de los individuos una

puntuación ("score") que reproduce, en la mayor medida de lo posible, las diferencias existentes entre ellos en el espacio multi-dimensional original. Antes de analizar dichas puntuaciones, no obstante, el investigador está obligado a tratar de interpretar el significado de los factores obtenidos, contando para ello con la ayuda adicional que supone la representación geométrica de los mismos que realiza el AH¹.

Así pues, a la vista de la naturaleza de nuestros datos y de las virtualidades del AH, hemos utilizado esta técnica para tratar de refinar nuestro análisis sobre los problemas de dependencia en España. En concreto, puesto que estamos interesados en clasificar más adecuadamente a todos aquellos individuos que necesitan de ayuda tanto en las AIVDs como en las AVDS, hemos aplicado un AH a ese subconjunto de personas. Una vez realizado éste, se pudo constatar el primer factor resultante capturaba una parte importante de la variabilidad existente en cuanto al grado de ayuda requerido para realizar el conjunto de las 9 AIVDs y de las 3 AVDs consideradas. Por ello, la puntuación registrada por los distintos individuos en este primer factor, constituye un "índice" que nos aproxima cuantitativamente al nivel global de dependencia padecido por cada uno de ellos; en concreto, cuánto más positivo es el valor del índice, mayor el nivel global de dependencia.

3.3. Un modelo de simulación del coste futuro de los CLD.

3.3.1. Descripción del modelo.

El modelo de simulación que aquí se presenta, y que se inspira en los trabajos previos realizados en otros países, tiene como principal característica la de haber sido concebido con la intención de contemplar los distintos elementos que configuran nuestro actual sistema de CLD. En concreto, a la hora de obtener proyecciones sobre el coste futuro de los CLD, el modelo ha optado por considerar explícitamente el distinto papel que juegan (y jugarán) las tres instituciones encargadas de proveer los CLD: esto es, la familia, el Estado y el sector privado. Asimismo, además de esta diferenciación en cuanto a la fuente de los cuidados, el modelo también distingue entre los principales servicios que pueden ofrecer tanto el sector público como el privado: plazas en residencias, atención domiciliaria y centros de día. De hecho, como ponen de manifiesto las 3 figuras adjuntas, el modelo distingue entre cada uno de los tres ámbitos donde los CLD pueden proporcionarse: las residencias (públicas o privadas), los hogares (apoyo informal y atención domiciliaria pública y privada), y los centros de día (recordemos que a estos últimos, ya sean públicos o privados, acuden individuos que siguen residiendo en sus hogares). Así pues, aunque interconectados entre si, el modelo consta de tres sub-modelos. Veamos las principales características de cada uno de ellos.

El primer sub-modelo, que se esquematiza en la figura 3, trata de describir el proceso que determina el coste total de los CLD dispensados en las residencias. En primer lugar, partiendo de la población total, el modelo calcula el número de personas que en un año cualquiera tiene más de 65 años (*envejecimiento demográfico*). De ellas, en un segundo cálculo, el modelo distingue, en función del sexo y de la edad, cuántas quieren ingresar en una

¹ Una excelente introducción al análisis de homogeneidad, así como a otras técnicas multivariantes de reducción de datos categóricos (análisis de correspondencia y análisis conjunto), puede encontrarse en Greenacre (1993).

residencia (*demanda residencial*) y cuántas desean seguir viviendo en sus hogares (lo que pasa con estas últimas, se analizará en la figura 4).

Simultáneamente, con la intención de satisfacer dicha demanda residencial, el sector público y el privado ofertan un determinado número de plazas. La interacción entre ambas, como pone de manifiesto la figura 3, genera dos posibilidades: una parte de los demandantes, si la oferta total de plazas es menor que la demanda, sigue viviendo en sus hogares a la espera de que existan vacantes (*demanda insatisfecha*). El resto de demandantes, por su parte, ingresa en alguna de las plazas disponibles convirtiéndose en *usuarios*.

En este punto, según sea el porcentaje de plazas privadas financiadas públicamente (% de concertación), el modelo clasifica a los usuarios en dos grandes categorías: por un lado están aquellos que utilizan plazas residenciales que se financian con fondos públicos, ya sean éstas de titularidad pública (*plazas de gestión pública directa*) o de titularidad privada (*plazas concertadas*); por otro lado, están los usuarios de *plazas privadas no concertadas*, en las que la totalidad del precio es sufragada por los propios usuarios.

Ambos tipos de usuarios, en función de cuál sea la intensidad de los cuidados que precisan, pasan a ocupar plazas que pueden ser de *válidos* o de *asistidos*. Tras ello, atendiendo al distinto coste que unas y otras suponen según sean de financiación pública o privada, el modelo obtiene por agregación el gasto total público y privado en plazas residenciales. En cuanto al primero de ellos, y puesto que los usuarios de plazas financiadas públicamente aportan el 75% de su pensión en concepto de “co-pago”, el modelo calcula tanto el montante total de dichas aportaciones, distintas en función del sexo y la edad de los usuarios, como el coste neto que supone para el sector público ofrecer plazas públicas y concertadas (diferencia entre el coste total y las aportaciones de los usuarios).

Por su parte, el segundo sub-modelo, que se esquematiza en la figura 4, trata de describir el proceso que determina el coste total de los CLD que reciben las personas mayores dependientes que siguen viviendo en sus hogares. En primer lugar, atendiendo a las tasas de prevalencia de los distintos grados de dependencia entre los diferentes grupos de edad y sexo, el modelo calcula el número total de personas mayores con dependencia leve, moderada y severa. Tras ello, en función del tipo de ayuda que reciben (*% de cobertura*), se computa para cada uno de estos tres colectivos cuántos individuos sólo reciben apoyo informal (AI), cuántos atención domiciliaria pública (SAD), y cuántos atención domiciliaria privada (ADP).

Distinguiendo según sea el grado de dependencia (leve, moderado o severo) y el tipo de ayuda recibido (AI, SAD o ADP), el modelo calcula el número total de horas de cuidados que reciben el conjunto de individuos de cada una de las nueve categorías posibles; para ello, se emplea la intensidad asistencial que resulte oportuna en cada caso (midiéndose ésta en términos de número medio de horas por persona).

Finalmente, para obtener el coste total asociado a las dos modalidades de ayuda formal (SAD y ADP), se multiplica el número total de horas en cada categoría de dependencia por el coste horario correspondiente (público o privado).

Además de caracterizar el proceso que rige el coste total de los CLD dispensados dentro de los hogares, este segundo sub-modelo también influye en la determinación del coste total del otro tipo de servicio que utilizan las personas dependientes no institucionalizadas: los centros de día. En concreto, como puede observarse en la figura 4, el modelo supone que una fracción de los dependientes moderados y severos que sólo reciben apoyo informal, también utiliza durante el día los servicios que se proporcionan en los centros con plazas de estancia diurna. Con el propósito de simplificar la exposición del modelo, el proceso que determina el coste total de dichas plazas se recoge en la figura 5. Sin embargo, puesto que los elementos que componen este tercer sub-modelo son simétricos a los del primero, no insistiremos más sobre este punto.

FIGURA 3. EL COSTE TOTAL DE LAS PLAZAS RESIDENCIALES.

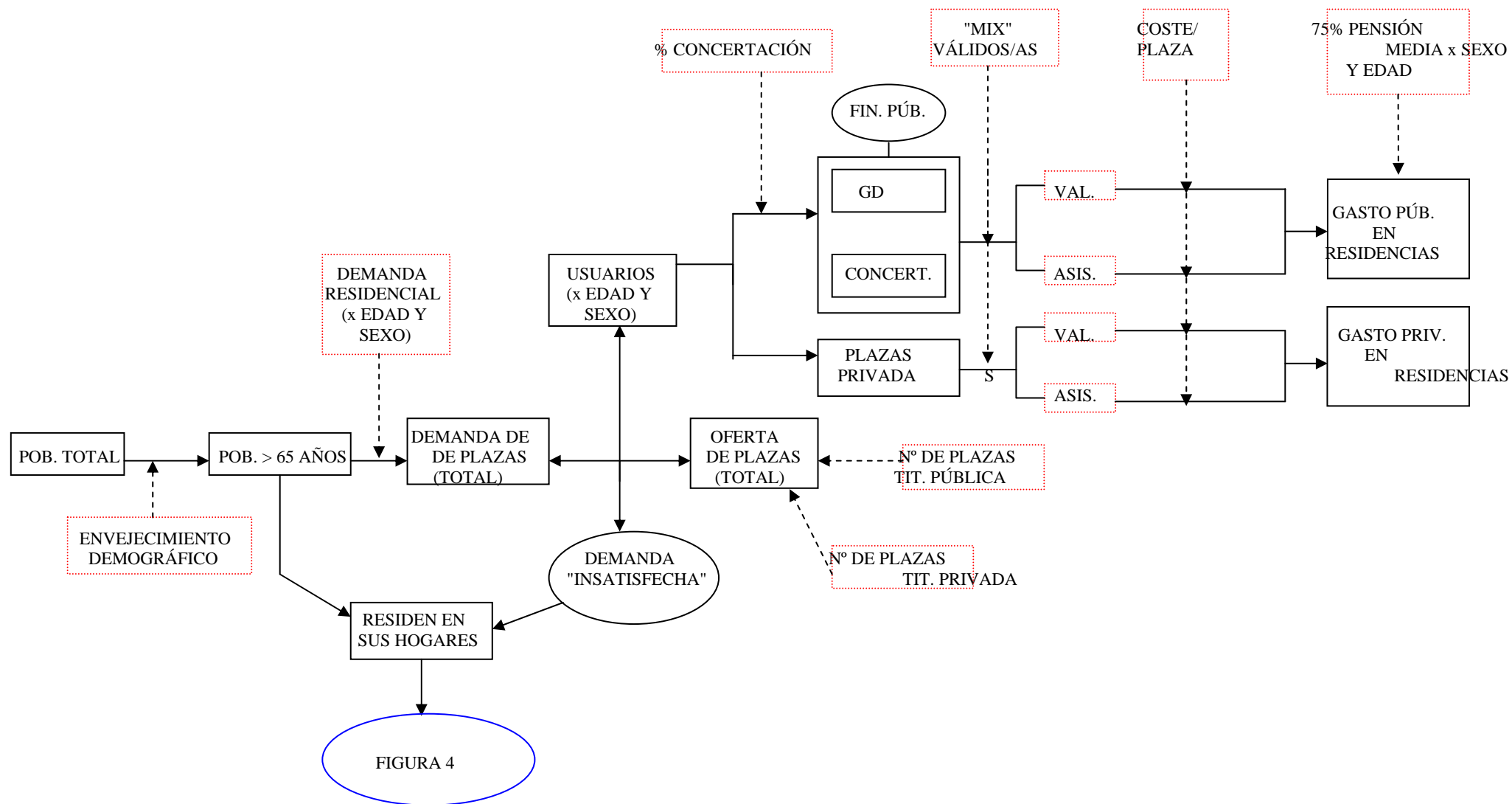


FIGURA 4. LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN PROVISTOS EN LOS HOGARES

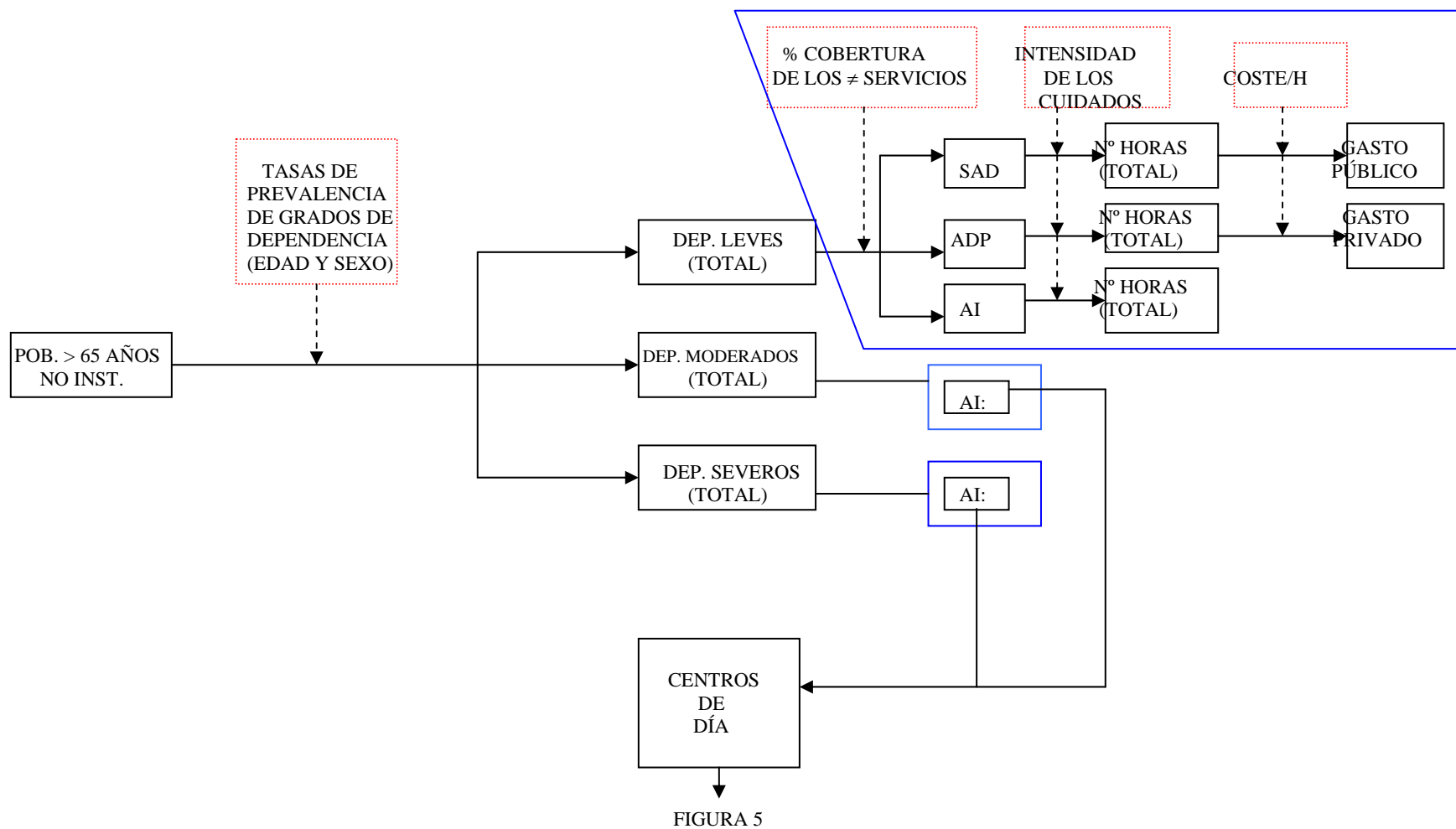
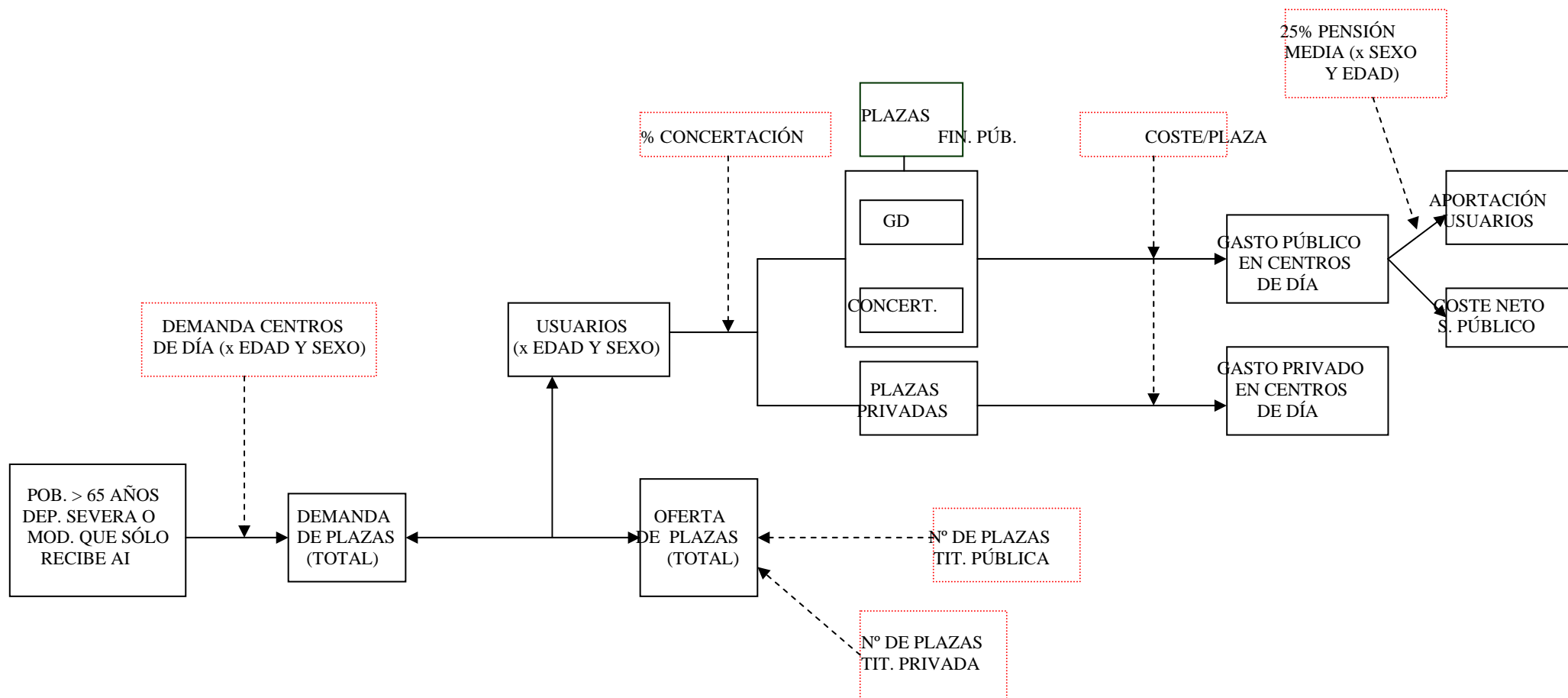


FIGURA 5. EL COSTE TOTAL DE LAS PLAZAS EN CENTROS DE DÍA.



A continuación, vistas las principales características de sus tres componentes, conviene realizar dos observaciones adicionales sobre el diseño general del modelo. En primer lugar, cabe señalar que éste maneja dos tipos de variables. Por un lado están aquellas que podríamos denominar “exógenas”: esto es, se trata de variables cuyos valores no los determina el modelo y, por tanto, sobre ellos es necesario establecer algún tipo de hipótesis. Este sería el caso, por ejemplo, del número total de plazas residenciales que el sector público ofrecerá dentro de diez años. Por otro lado, existe un segundo tipo de variables, a las que podríamos denominar “endógenas”, cuyos valores sí los determina el modelo. Una variable endógena sería, por ejemplo, el gasto público en plazas residenciales dentro de diez años. En las tres figuras anteriores, con la intención de dejar constancia gráfica de esta distinción entre variables endógenas y exógenas, unas y otras aparecen con formato distinto: las primeras con trazo continuo, las segundas con trazo quebrado.

Uno y otro tipo de variables, y ésta es la segunda de las observaciones que queríamos realizar, tienen valores distintos atendiendo al periodo temporal que se considere. De hecho, en ambos casos, hay sólo dos posibilidades. Por un lado están los valores “reales”: esto es, aquellos referidos al año que sirve de base para las proyecciones (1998), en el que ya sabemos lo que ha ocurrido. Por otro lado, para el resto de años (1999-2026), todos los valores obtenidos son “estimaciones”: esto es, si se cumplieran una serie de hipótesis en las variables exógenas, los valores de las variables endógenas serían las que nos dice el modelo.

Así pues, podemos afirmar que el modelo tiene dos utilidades. En primer lugar, como trataremos en el apartado 4, permite comprender la importancia relativa de los distintos factores que determinan el coste actual de los CLD. En segundo lugar, y sobre este punto volveremos en el apartado 5, a partir de los valores actuales de dichos factores, y mediante el establecimiento de hipótesis sobre lo que puede ocurrir con ellos en el futuro, el modelo se revela como un instrumento capaz de simular cuál puede ser en los próximos años la evolución de los recursos que nuestro país destine a los CLD.

En nuestra opinión, una de los mayores atractivos de nuestro modelo, y quizás su principal valor añadido, es la capacidad que éste tiene de simular cambios en la oferta de servicios que no tienen porqué acontecer de una vez por todas, sino que pueden producirse de un modo gradual en el tiempo. En este sentido, nuestra propuesta difiere sustancialmente del enfoque adoptado por los autores del único estudio en que se ha realizado un análisis prospectivo del coste de los CLD en nuestro país (Antares Consulting, 2000). En dicho trabajo, únicamente se valora cuánto dinero haría falta para financiar el nivel de servicios que, a juicio de los autores, permitiría proporcionar una atención adecuada a las personas mayores dependientes, hoy y en el futuro. La estimación, que comprende al igual que nuestro estudio el periodo 1999-2026, se realiza suponiendo que todo el incremento de servicios se produce en el año de partida, aunque lógicamente también se calcula cuántos recursos harían falta para mantener dicho nivel óptimo en los años posteriores.

3.3.2. Los datos de partida del modelo.

Los distintos factores determinantes del coste total de los CLD, que fueron analizados anteriormente, pueden ser clasificados en dos grandes grupos: por un lado, cabe considerar todos aquellos factores que guardan relación con el número total de personas que demandaron CLD en 1998 (*variables de demanda*); por otro lado, estarían aquellas otras variables que determinan la disponibilidad y el coste de los CLD que se ofrecieron en ese mismo año (*variables de oferta*).

Variabes de demanda

Como puede comprobarse en el cuadro adjunto, los datos relativos al envejecimiento demográfico proceden del trabajo de Fernández Cordón (1998). Este estudio realiza proyecciones de la población española hasta el año 2026. Con relación a la población de 1998, se han tomado los datos de este estudio, y no la revisión de 1998 del Padrón de 1996 (INE), por un motivo de coherencia. Así, puesto que las proyecciones demográficas de Fernández Cordón son las más recientes que existen, emplearemos éstas en nuestro posterior ejercicio prospectivo; por ello, para evitar “saltos” en nuestras estimaciones, el dato de 1998 procede del mismo estudio que se utilizará posteriormente.

El siguiente de los factores de demanda considerados es el relativo a las tasas de prevalencia de los problemas de dependencia que se registraron en 1998. Estos datos proceden de la explotación que hemos realizado de la “Encuesta sobre la soledad en las personas mayores” (CIS, 1998), siendo los principales resultados obtenidos los que se comentaron en el apartado 4.3.1. A este respecto, recordar que dichos resultados estaban referidos a la población que en 1998 residía en sus hogares, quedando excluidos, por lo tanto, todos aquellos individuos que estaban ingresados en residencias. Estos últimos, así como las personas que deseaban ingresar en una residencia y no encontraban plaza, constituyen lo que hemos denominado “demanda residencial”. No obstante, debido a su complejidad, merece la pena explicar detalladamente el modo en que hemos obtenido la información sobre esta última variable.

En cuanto a las personas ingresadas en residencias, la información utilizada proviene de la estimación que hemos realizado a partir del Padrón de Habitantes y de los datos del Imsero, siendo los resultados obtenidos los que se comentaron en el apartado 4.3.2. En cuanto a las personas que desean ingresar en una residencia y no encuentran plaza, la cuestión resulta más complicada que antes: no es que no sepamos la edad y el sexo de esas personas, es que sencillamente desconocemos su número. Así, aunque todas las CC.AA reconocen la existencia de listas de espera, éstas no se han hecho públicas en ningún caso. Ante esta situación, se ha optado por suponer que el sexo y la edad de tales personas son idénticos a los de los individuos que sí tienen plaza, y que su número es el sugerido por la única información publicada a este respecto (El País, 14/2/2000).

El siguiente de los factores de demanda considerados, es el relativo a los individuos que utilizan o desearían utilizar los centros de día. De nuevo, en el caso de la demanda efectiva, se utilizan las estimaciones que obtuvimos anteriormente (véase apartado 4.3.1). Por su parte, en cuanto a la demanda

insatisfecha, se ha considerado que su número puede estimarse como la diferencia entre dos cantidades: 1/ el número total de usuarios que hubiera habido en 1998 si las plazas disponibles en dicho año fueran las que recomienda el Plan Gerontológico², y todas ellas estuvieran ocupadas, y 2/ las plazas realmente existentes en 1998.

Finalmente, con relación a la cuantía de los copagos existentes en el caso de las plazas residenciales y de estancia diurna financiadas por el sector público, se han tomado los porcentajes de aportación vigentes en la mayoría de CC.AA: un 75% de la pensión en el caso de las plazas residenciales, y un 25% en el caso de las plazas en centros de día (Imsero, 2001).

² 0,5 plazas por cada 100 personas de 65 años o más.

CUADRO 2. DATOS DE PARTIDA DEL MODELO (1998): VARIABLES DE DEMANDA.																																
		FUENTE	DATOS	OBSERVACIONES																												
DEMANDA	Envejecimiento demográfico	Fernández Cordón (1998)																														
	Tasas de prevalencia de los problemas de dependencia entre la población no institucionalizada	Elaboración propia a partir de: Encuesta s/ la soledad en las personas mayores (CIS, 1998)																														
	Demanda residencial	Elaboración propia a partir de: Padrón Municipal (INE, 1998) Imserso (2001)	% de personas que están ingresadas en una residencia o desearían estarlo: <table border="1"> <thead> <tr> <th>EDAD</th> <th>hombres</th> <th>mujeres</th> <th>total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>65-69</td> <td>1,41</td> <td>1,87</td> <td>1,66</td> </tr> <tr> <td>70-74</td> <td>1,84</td> <td>2,93</td> <td>2,45</td> </tr> <tr> <td>75-79</td> <td>2,68</td> <td>4,95</td> <td>4,03</td> </tr> <tr> <td>80-84</td> <td>5,62</td> <td>10,46</td> <td>8,74</td> </tr> <tr> <td>85 o +</td> <td>11,67</td> <td>21,01</td> <td>18,13</td> </tr> <tr> <td>total</td> <td>2,91</td> <td>6,02</td> <td>4,72</td> </tr> </tbody> </table>	EDAD	hombres	mujeres	total	65-69	1,41	1,87	1,66	70-74	1,84	2,93	2,45	75-79	2,68	4,95	4,03	80-84	5,62	10,46	8,74	85 o +	11,67	21,01	18,13	total	2,91	6,02	4,72	Supuestos: Todas las plazas disponibles están ocupadas. Se cifra la demanda insatisfecha en 100.000 personas.
	EDAD	hombres	mujeres	total																												
	65-69	1,41	1,87	1,66																												
70-74	1,84	2,93	2,45																													
75-79	2,68	4,95	4,03																													
80-84	5,62	10,46	8,74																													
85 o +	11,67	21,01	18,13																													
total	2,91	6,02	4,72																													
Demanda CD	Elaboración propia a partir de: Encuesta s/ la soledad en las personas mayores (CIS, 1998) Imserso (2001)	% de dependientes moderados y severos que acuden a un CD o desearían acudir a uno: <table border="1"> <thead> <tr> <th>EDAD</th> <th>hombres</th> <th>mujeres</th> <th>total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>65-69</td> <td>4,10</td> <td>13,95</td> <td>8,10</td> </tr> <tr> <td>70-74</td> <td>4,72</td> <td>7,34</td> <td>6,29</td> </tr> <tr> <td>75-79</td> <td>4,45</td> <td>5,62</td> <td>5,21</td> </tr> <tr> <td>80-84</td> <td>7,92</td> <td>5,66</td> <td>6,19</td> </tr> <tr> <td>85 o +</td> <td>3,24</td> <td>2,39</td> <td>2,59</td> </tr> <tr> <td>total</td> <td>4,71</td> <td>5,11</td> <td>4,98</td> </tr> </tbody> </table>	EDAD	hombres	mujeres	total	65-69	4,10	13,95	8,10	70-74	4,72	7,34	6,29	75-79	4,45	5,62	5,21	80-84	7,92	5,66	6,19	85 o +	3,24	2,39	2,59	total	4,71	5,11	4,98	Supuestos: Todas las plazas disponibles están ocupadas. Se cifra la demanda insatisfecha en 25.000 personas.	
EDAD	hombres	mujeres	total																													
65-69	4,10	13,95	8,10																													
70-74	4,72	7,34	6,29																													
75-79	4,45	5,62	5,21																													
80-84	7,92	5,66	6,19																													
85 o +	3,24	2,39	2,59																													
total	4,71	5,11	4,98																													
% de aportación de los usuarios	Inmerso (2001)	Residencias: 75% de la pensión CD: 25% de la pensión																														

Nota: CD (centro de día)

Variables de oferta

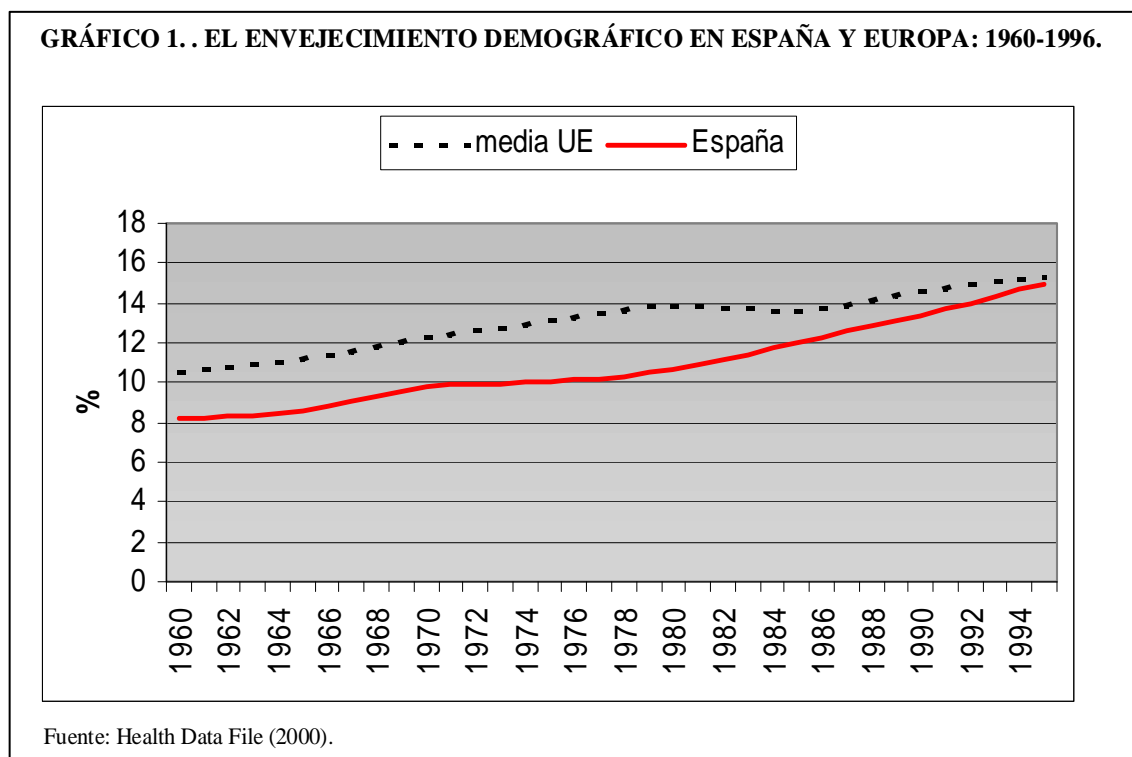
En el siguiente cuadro aparecen, de un modo sintético, cuáles han sido las distintas fuentes de información utilizadas en lo relativo a las variables que determinan la disponibilidad y el coste de los CLD que se ofrecieron en 1998, año de partida del modelo. En relación con los CLD recibidos en los hogares, el dato sobre el coste horario de los SAD proviene de un reciente estudio del Imsero (2001). Por su parte, puesto que no hemos localizado ningún estudio al respecto, en el caso de la ADP se ha supuesto un coste horario idéntico al de los SAD. En cuanto a los centros de día, el coste por plaza que se ha utilizado procede de ese mismo estudio; de nuevo, al carecer de información sobre los costes de las plazas privadas, se ha considerado que éstos son idénticos a los de las públicas. Finalmente, en el caso de las residencias, también procede del estudio del Imsero (2001) la información sobre el número de plazas (públicas y privadas) disponibles en 1998 y el porcentaje de los concertos, así como del coste por plaza de las residencias que en ese año recibían fondos públicos. De nuevo, al carecer de información sobre el coste de las plazas financiadas privadamente, se ha supuesto que éste era idéntico al registrado en el caso de las públicas y concertadas. En cuanto a la tipología de las plazas (válidos o asistidos), los datos proceden de un trabajo recientemente elaborado por la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (2000).

CUADRO 3. DATOS DE PARTIDA DEL MODELO (1998): VARIABLES DE OFERTA.				
	FUENTE	DATOS	OBSERVACIONES	
OFERTA	HOGARES			
	% cobertura AI/SAD/ADP	Encuesta sobre la soledad en las personas mayores (CIS, 1998)		
	Intensidad SAD/ADP (horas/usario)			
	Coste/ hora	Imserso (2001)	SAD: 1.307 ptas. ADP: 1.307 ptas.	Media ponderada del coste/hora registrado en las distintas CC.AA Se supone que el coste/hora de la ADP es idéntica al de los SAD
	CENTROS DE DÍA			
	Nº plazas de titularidad pública	Imserso (2001)	2.841	Se supone que la distribución de las plazas según su titularidad es idéntica a la observada en Cataluña
	Nº plazas de titularidad privada		4.262	
	Porcentaje de concertación (% de plazas privadas contratadas por el sector público)		17,8%	Se supone que el % de plazas concertadas es idéntico al observado en el caso de las residencias
	Coste/plaza (anual)		públicas: 944.086 ptas. privadas: 944.086 ptas.	Media ponderada del coste/plaza registrado en las distintas CC.AA Se supone que el coste/plaza de los centros privados es idéntico al de los públicos
	RESIDENCIAS			
	Nº plazas de titularidad pública	Imserso (2001)	52.113	
	Nº plazas de titularidad privada		146.245	
	Porcentaje de concertación		17,8%	
	% de plazas de válidos vs. asistidos	Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (2000)	Públicas y concertadas: 43% vs.57% Privadas: 58% vs. 42%	Resultados procedentes de una encuesta realizada a 100 residencias (públicas y privadas)
	Coste/plaza (anual)	Imserso (2001)	Públicas: Válidos: 1.614.753 ptas. Asistidos: 2.161.855 ptas. Privadas: Válidos: 1.614.753 ptas. Asistidos: 2.161.855 ptas.	Media ponderada del coste/plaza registrado en las distintas CC.AA Se supone que el coste/plaza de los centros privados es idéntico al de los públicos
	Nota: AI (apoyo informal); SAD (servicio de ayuda a domicilio); ADP (atención domiciliaria privada)			

4. FACTORES DETERMINANTES DEL COSTE DE LOS CLD: SITUACIÓN ACTUAL.

4.1. El envejecimiento demográfico.

Desde hace ya algunas décadas, las poblaciones de todos los países de nuestro entorno económico vienen experimentando, con mayor o menor intensidad, un proceso de envejecimiento sin precedentes. Las causas que hay detrás de este fenómeno de envejecimiento demográfico son idénticas en todos los países: por un lado, un descenso muy acusado de la fecundidad, atribuible fundamentalmente al desarrollo económico; y por otro lado, una reducción sostenida en las tasas de mortalidad, motivada por factores de distinto tipo (avances terapéuticos, mejoras nutricionales y de las condiciones de vida, etc.), que ha permitido que un mayor número de personas alcance edades cada vez más avanzadas. El siguiente gráfico ofrece una cuantificación de dicho proceso de envejecimiento demográfico, en España y en la Unión Europea.



No obstante, a pesar del logro social que supone haber aumentado la esperanza de vida de los individuos, el proceso de envejecimiento demográfico también ha tenido su contraparte negativa: un incremento en el número de personas mayores que pasan los últimos años de sus vidas en situaciones de dependencia, es decir, precisando de la ayuda de otras personas para realizar distintas actividades de la vida diaria. El siguiente apartado trata de cuantificar la magnitud de tales problemas entre las personas mayores de nuestro país.

4.2. Prevalencia de los problemas de dependencia.

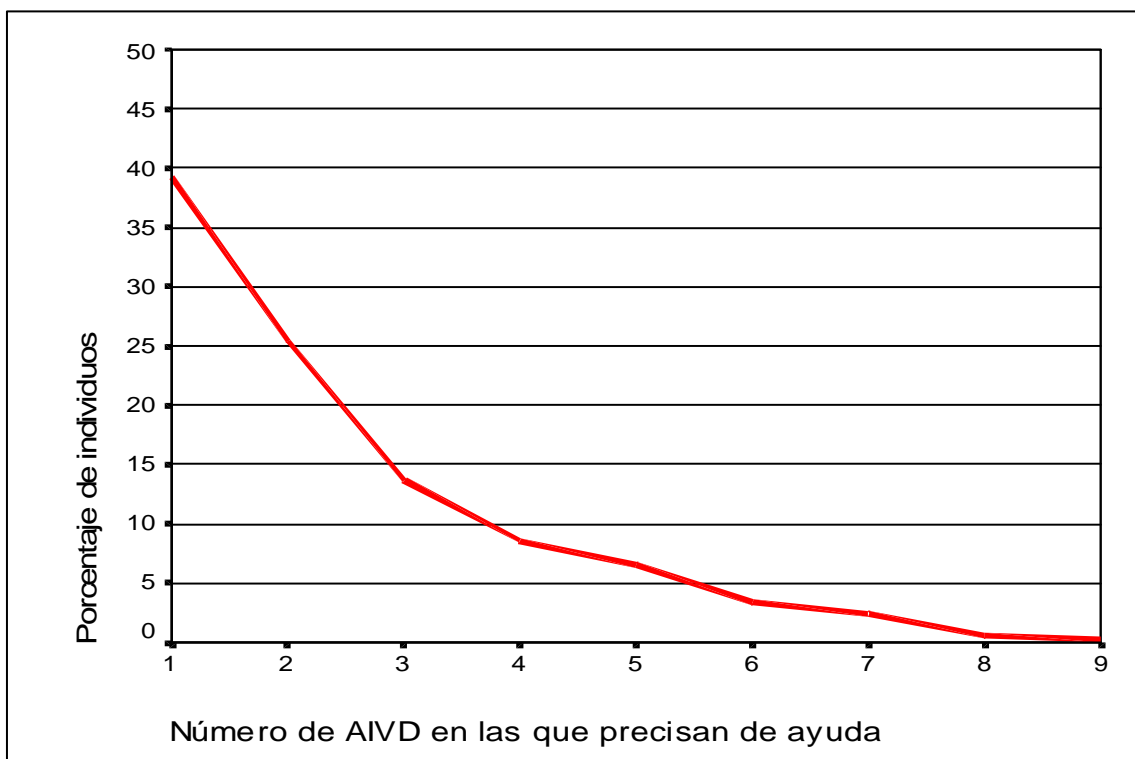
Una primera aproximación a los datos.

En general, la mayoría de estudios sobre dependencia, tanto de ámbito nacional como internacional, señalan la necesidad de diferenciar entre aquellos individuos que exhiben sólo problemas en las AIVD (p.e. cocinar) de aquellos otros, a priori menos numerosos, que tienen también dificultades en las AVDs (p.e. bañarse), por la sencilla razón de que la intensidad de los cuidados que precisan unos y otros se presupone distinta. Siguiendo este esquema, hemos calculado el porcentaje que representan sobre el total de la población mayor de 65 años estos dos grupos de individuos dependientes, adoptando para ello una definición extensiva de dependencia (esto es, se computa como dependiente tanto el que precisa un poco de ayuda, como el que precisa mucha, como el que es totalmente incapaz). Los resultados obtenidos son los siguientes: un 20.8% de los individuos sólo necesitan de la ayuda de alguien para realizar alguna de las 9 AIVDs consideradas; un 13.4% precisa que le ayuden para realizar tanto alguna de esas 9 AIVDs como alguna de las AVDs; finalmente, casi un 66% de las personas mayores es totalmente independiente.

Tras estas cifras agregadas, no obstante, se esconden realidades muy diferentes. En concreto, puesto que no hemos considerado el número de actividades en las que cada individuo tiene problemas, resulta evidente que las personas que comparten una misma categoría de dependencia, ya sea una u otra de las dos definidas hasta ahora, pueden requerir de un volumen de ayuda muy distinto entre sí.

Así, en el caso del grupo de personas que precisan de ayuda sólo en las AIVDs, se constata que cerca de un 40% de las mismas únicamente necesita de alguien para realizar una de las nueve actividades consideradas. De hecho, como puede observarse en el gráfico que sigue, los individuos que dependen de otra persona para realizar 4 o más de esas 9 actividades representan, conjuntamente, menos del 25% del total de individuos pertenecientes a la categoría "dependientes sólo en AIVDs".

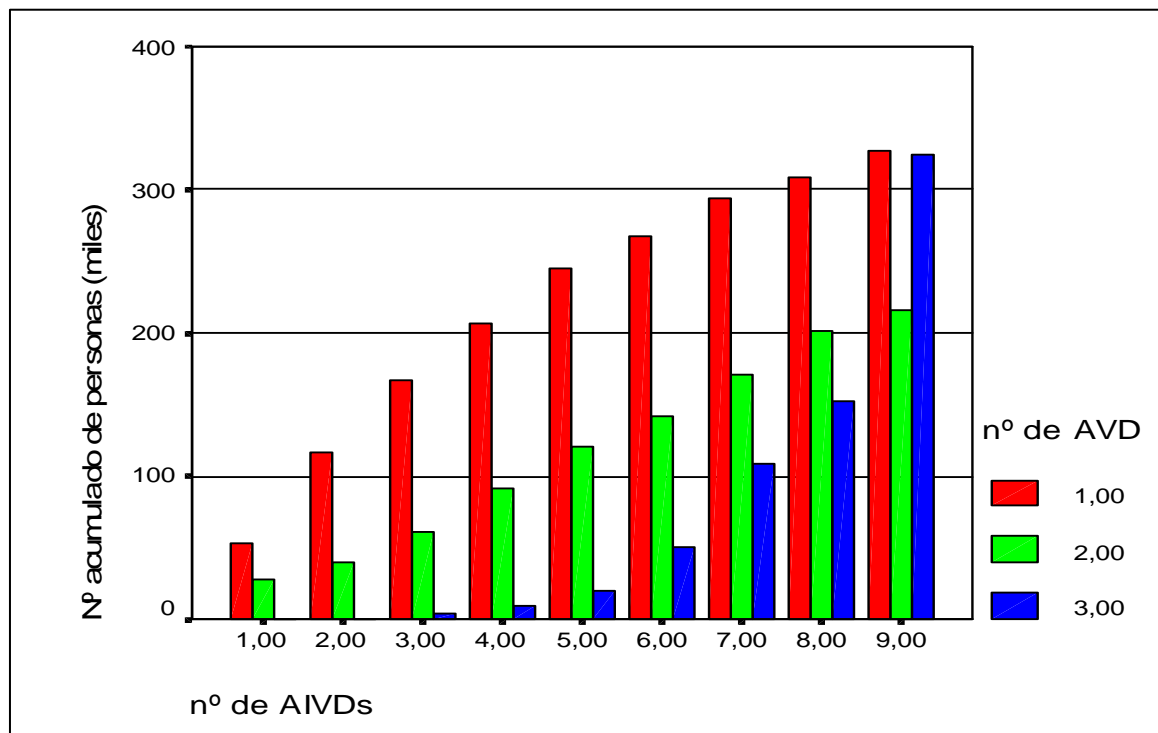
Gráfico 2. Número total de AIVDs en las que precisan de ayuda los individuos independientes en las AVDs: Distribución porcentual (España, 1998).



Fuente: Elaboración propia a partir de la ESPM.

También se aprecian diferencias entre los individuos pertenecientes a la otra categoría de dependencia anteriormente definida. Así, al computar el número de AIVDs en que tienen problemas los individuos que precisan de ayuda en una o más AVDs (gráfico siguiente), aparecen dos aspectos que merece la pena destacar. En primer lugar, como se observa en la última categoría del eje de abscisas, que es por cómo se ha construido el gráfico la que acumula el total de individuos con problemas en una, dos o tres AVDs, cada uno de estos tres subgrupos de individuos tiene un tamaño desigual. En concreto, los sujetos con problemas en una sola AVD son tan numerosos como aquellos que tienen problemas en las tres AVDs consideradas; por su parte, los individuos que precisan ayuda en dos de esas actividades representan un colectivo considerablemente menor de personas. En segundo lugar, también resulta destacable el modo en que se distribuyen los problemas en las AIVDs entre cada uno de los tres grupos que acabamos de mencionar. Así, leyendo el gráfico de izquierda a derecha, se observa cómo los sujetos que sólo tienen problemas en una AVD exhiben, relativamente, un menor número de problemas en las AIVDs en comparación con aquellos otros individuos que tienen más de un problema en las AVDs (2 o 3).

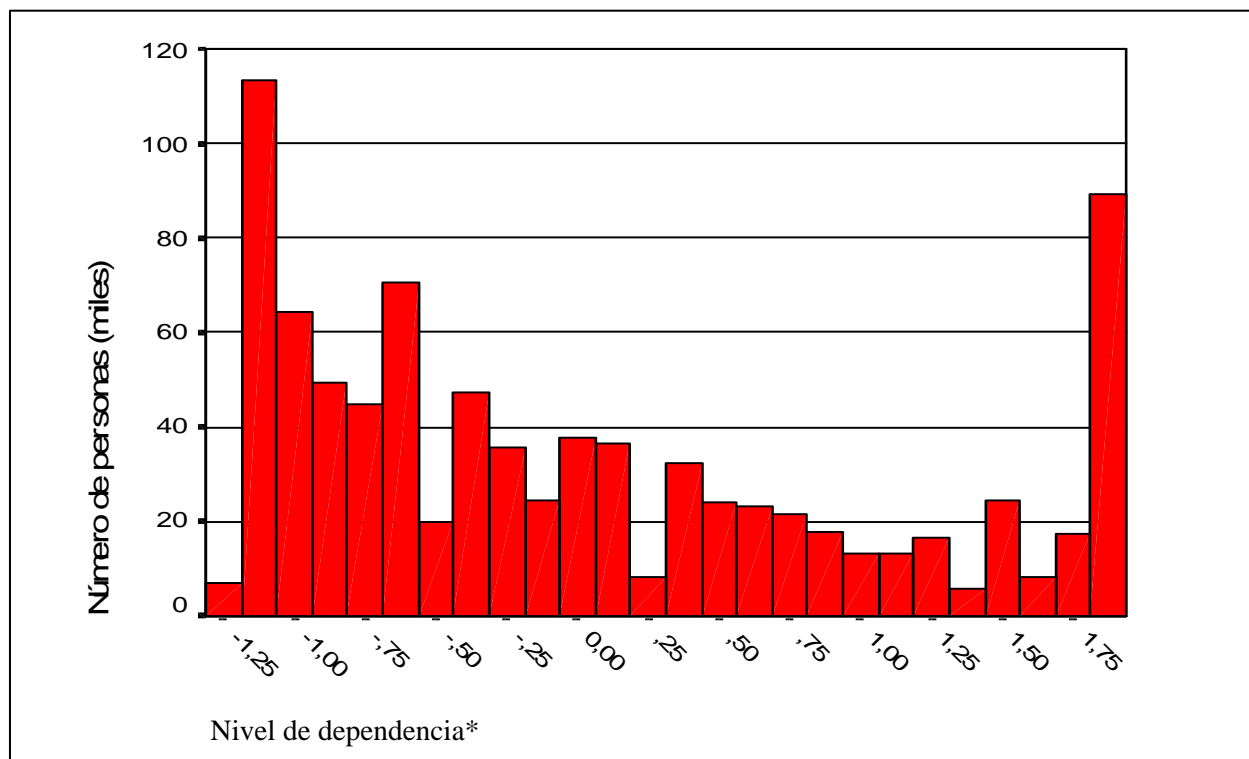
Gráfico 3. Número total de AIVDs y AVDs en las que precisan de ayuda los individuos que tienen problemas con ambos grupos de actividades (España, 1998).



Fuente: Elaboración propia a partir de la ESPM.

En resumen, tanto en el caso de los individuos que sólo exhiben problemas en las AIVDs como en el de los sujetos que también requieren de ayuda en las AVDs, parece claro que las diferencias dentro de ambos colectivos son importantes. Hay que añadir, sin embargo, que en el caso de los primeros, dichas diferencias son menos acusadas. Por ello, en nuestra opinión, creemos que se puede considerar a esa categoría, la de los sujetos que sólo exhiben problemas en las AIVDs, como un grupo bastante homogéneo en cuanto a la intensidad global de los cuidados que precisan. Sin embargo, en el caso de la otra categoría, la de las personas con problemas tanto en las AIVDs como en las AVDs, parece claro que ésta esconde situaciones demasiado dispares como para que todos sus integrantes puedan ser considerados “iguales” desde el punto de vista de los cuidados que precisan. Por ello, mediante el empleo de una técnica estadística denominada “análisis de homogeneidad” (véase sección metodológica), hemos podido obtener una clasificación más precisa de aquellos individuos que tiene problemas para realizar tanto las AIVDs como las AVDs. Así, a partir del nivel de dependencia global de cada uno de esos individuos (gráfico 4), hemos construido dos grandes categorías de dependencia. En concreto, se ha considerado que aquellos individuos con una puntuación superior a 0.25 podían ser reagrupados en una categoría independiente, a la que hemos denominado como “dependencia severa”. Por su parte, todos aquellas personas con una puntuación igual o inferior a 0.25, han pasado formar parte de una nueva categoría: la de individuos con “dependencia moderada”.

Gráfico 4. Nivel de dependencia de las personas con problemas tanto en AIVDs como en AVDs (España, 1998).

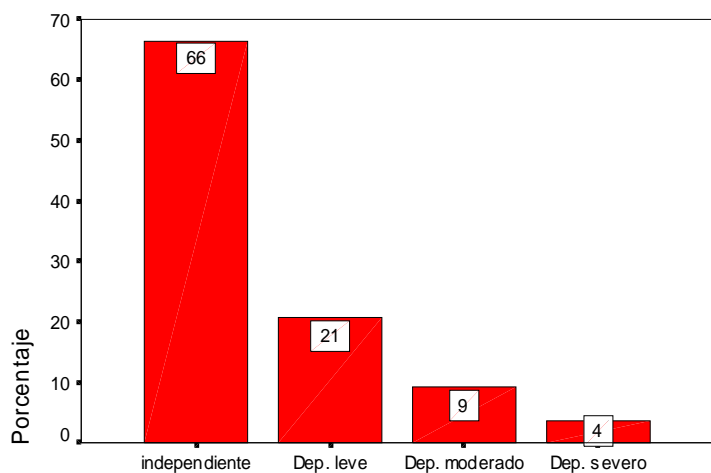


* Una mayor puntuación implica un mayor nivel de dependencia.

Fuente: Elaboración propia.

Una estimación de los problemas de dependencia en España

Gracias a las dos nuevas categorías de dependencia que nos ha permitido construir el análisis anterior, y recuperando a la categoría de individuos que sólo tenían problemas con las AIVDs, que pasamos a denominar de “dependencia leve”, estamos ya en condiciones de ofrecer una fotografía más precisa de la importancia poblacional que tienen los problemas de dependencia entre nuestra población mayor. Así, el siguiente gráfico muestra cuáles son las tasas de prevalencia de las tres categorías de dependencia que finalmente hemos obtenido: leve, moderada y severa.

GRÁFICO 5. LA PREVALENCIA DE LA DEPENDENCIA EN ESPAÑA (1998).

Categorías de dependencia

Dep. leve: sólo en AVDs Dep. moderado: AVDs y AIVDs (media)

Dep. severo: AVDs y AIVDs (alta)

POB. TOTAL > 65 AÑOS:

6.320.000 personas

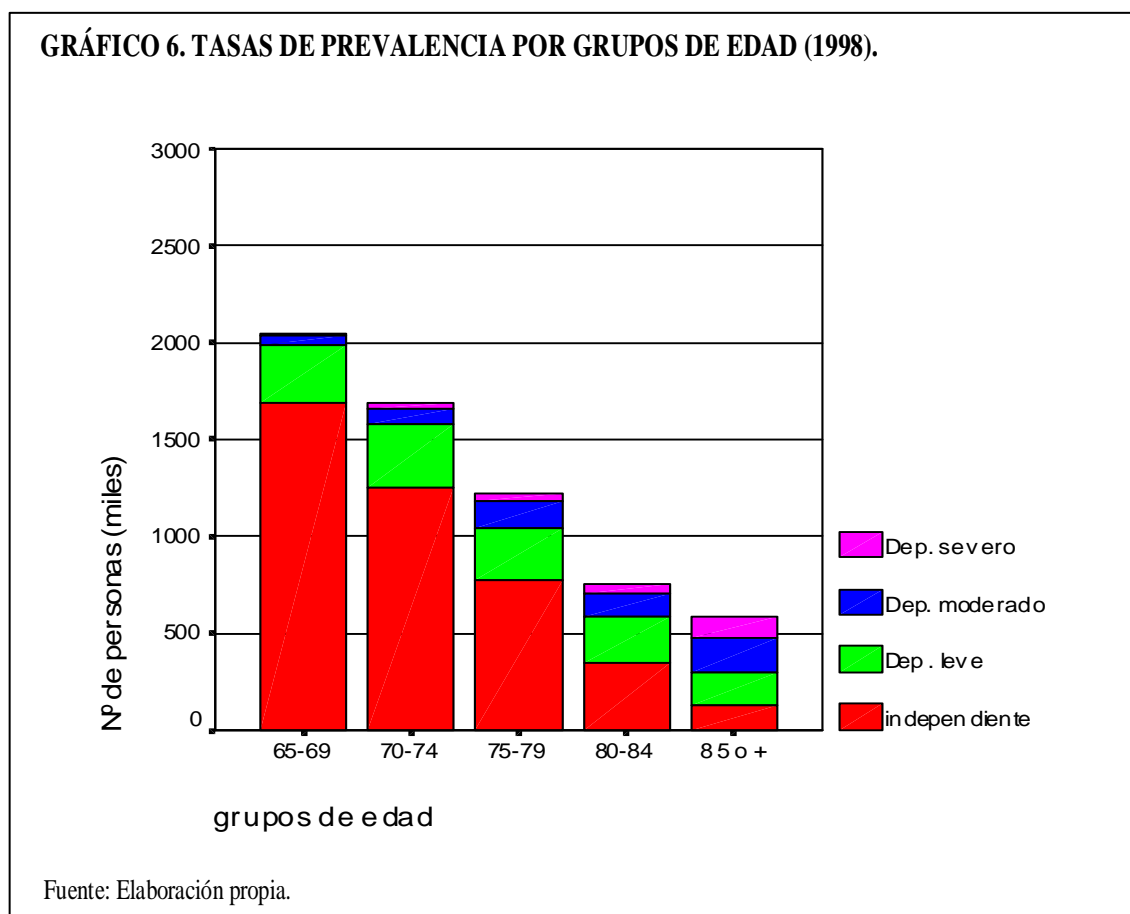
POB. DEPENDIENTE:

2.150.000 personas

Fuente: Elaboración propia.

Hasta el momento, hemos tratado de cuantificar no sólo el número de individuos que tienen dificultades para realizar autónomamente diversas actividades, sino también el distinto grado de dependencia global que éstos exhiben. Sin embargo, aunque ambos aspectos constituyen un punto de partida ineludible en la valoración de los problemas que plantea la dependencia, resulta necesario ampliar nuestro análisis y discutir qué características distinguen a las personas dependientes del resto.

A este respecto, como demuestra toda la evidencia empírica disponible, la edad debería de constituir un factor determinante. Así, cuando se computa cuál es la distribución por edades de las distintas categorías de dependencia introducidas anteriormente, los resultados que se obtienen no pueden ser más elocuentes.



A la luz de estos resultados, parece evidente que son los individuos de más edad los que padecen mayores problemas de dependencia. Y esto es cierto no sólo en términos relativos, sino también en términos absolutos: excepto en aquella categoría que supone un menor nivel de dependencia (ayuda sólo en las AIVDs), para el resto de categorías la inmensa mayoría de sujetos dependientes tiene más de 80 años. Así pues, también en el caso de nuestro país, la senescencia se revela como un factor claramente determinante de la aparición de problemas de dependencia.

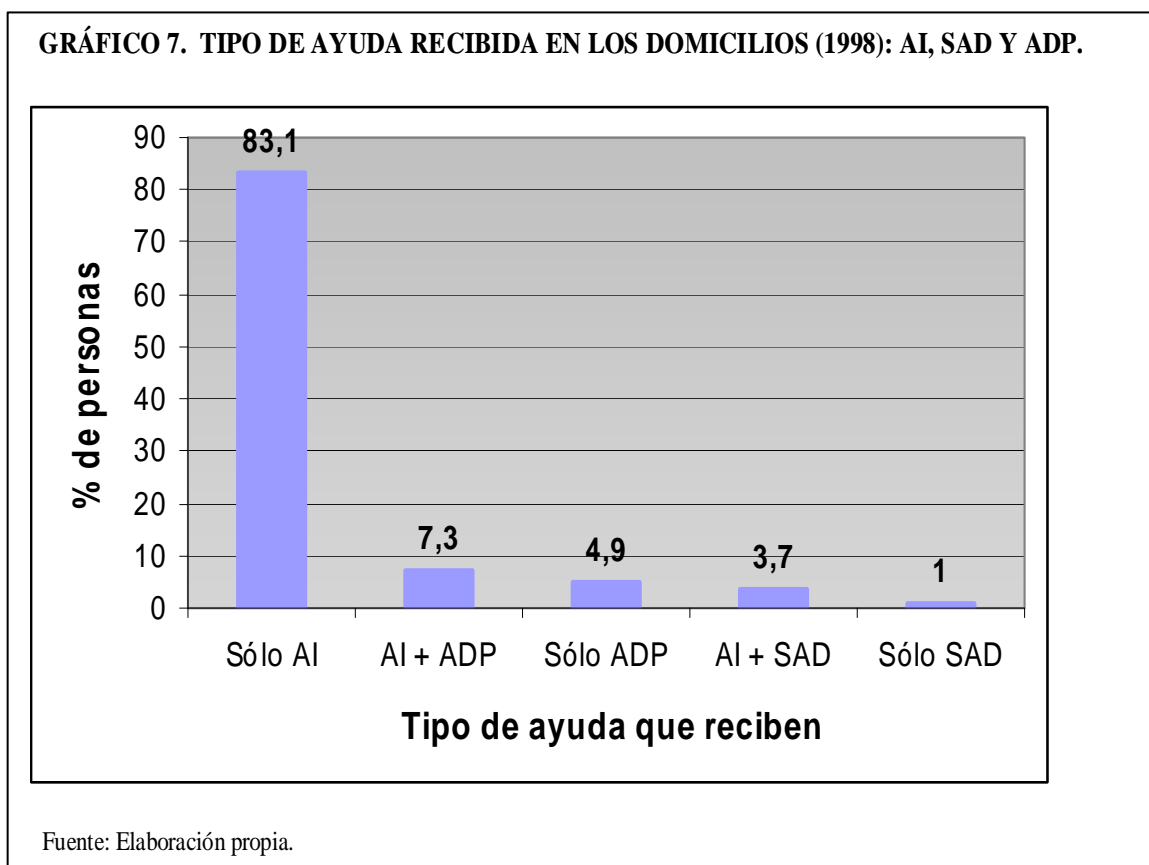
4.3. Oferta y utilización de los distintos servicios.

4.3.1. Sujetos no institucionalizados.

Atención domiciliaria

Los CLD a las personas no institucionalizadas, como mencionábamos en la introducción, se ofrecen en nuestro país de 3 modos distintos: 1/ a través de la ayuda que proporcionan familiares y amigos (apoyo informal), 2/ mediante la atención domiciliaria, pública (SAD) o privada (ADP), y 3/ en plazas en centros de día, que pueden estar financiadas por el sector público o privado. En cuanto a las dos primeras modalidades, la ESPM contiene información sobre la utilización que de éstas realizan los distintos individuos con problemas de

dependencia. Concretamente, en la encuesta se pregunta a los entrevistados quién (o quiénes) le proporcionan la ayuda. Los resultados obtenidos se muestran en el gráfico siguiente.



El gráfico evidencia un hecho sobradamente conocido: en España, el grueso de los CLD que se dispensan en los hogares, los proporcionan los familiares de las personas dependientes que necesitan ayuda. En concreto, y expresado en términos porcentuales, más del 80% de las personas mayores dependientes reciben exclusivamente ayuda del apoyo informal. Asimismo, entre los sujetos que utilizan atención formal pública o privada, una y otra se acompañan en la mayoría de los casos de apoyo informal. Así, si bien es cierto que cerca de un 17% de individuos reciben cuidados formales, no lo es menos que de ese porcentaje nada menos que 11 puntos porcentuales corresponden a personas en las que el apoyo informal también está presente. De hecho, como pone de manifiesto el gráfico anterior, el porcentaje de individuos que sólo recibe cuidados formales, públicos o privados, apenas supera el 4.5% del total.

Si se utilizan no las cifras porcentuales sino los valores absolutos, las conclusiones pueden resultar aún más impactantes. Así, de las 2.150.000 personas mayores dependientes que estimábamos en el apartado anterior había en nuestro país en 1998, nada menos que 1.780.000 recibían exclusivamente cuidados informales. Por su parte, los usuarios de los SAD, independientemente de que también exista o no apoyo informal, representaban un total aproximado

de unos 96.000 individuos³. Finalmente, en cuanto a las personas dependientes que recurrían a la atención domiciliaria privada, complementándola o no con apoyo informal, su número total alcanzaba aproximadamente las 251.000.

Centros de día

En principio, si uno pretende obtener una buena fotografía del modo en que actualmente se atiende a las personas mayores dependientes en nuestro país, parece evidente que para ello debería poder contar con información sobre algunas de las variables que caracterizan a los usuarios de los centros de día. Sin embargo, no existe ninguna fuente que nos permita determinar ni el número de usuarios actuales (“demanda efectiva”), ni el número de personas que quisieran utilizar este servicio y no encuentran plaza (“demanda insatisfecha”), ni, por supuesto, la edad y el sexo de los individuos que componen uno y otro tipo de demanda.

Ante esta situación, con el propósito de ofrecer al menos alguna información tentativa sobre los niveles actuales de utilización de este tipo de servicio, se ha procedido del siguiente modo. En cuanto a la demanda efectiva, hemos supuesto que todas las plazas públicas y privadas de estancia diurna disponibles en 1998 (Imsero, 2001) estaban ocupadas, y que la distribución por sexo y edad de sus ocupantes era la misma que la observada en el caso de los usuarios de las plazas en los centros de día directamente gestionados por el Imsero en 1995⁴. Tras realizar estos cálculos, los resultados obtenidos son los que se reproducen a continuación.

Cuadro 4. Número de usuarios de plazas en centros de día (públicos y privados): 1998.

	Hombres	Mujeres	Total
65-69	301	703	1.004
70-74	387	902	1.288
75-79	504	1.175	1.678
80-84	580	1.353	1.933
85 o +	360	839	1.199
Total	2.131	4.972	7.103

³ Este resultado nos permite, indirectamente, calibrar la bondad global de nuestros resultados. Así, según los datos manejados por el Imsero relativos a 1999 (Imsero, 2001), en ese año el total de usuarios de los SAD a nivel estatal superaba ligeramente los 110.000 individuos. Puesto que ese dato procede de la agregación para el conjunto del Estado de los resultados obtenidos a través de un cuestionario que fue remitido a las CC.AA, nuestra cifra, obtenida mediante una explotación de una encuesta realizada en 1998 a 2.500 personas de toda España, parece resultar una buena estimación (piénsese en el incremento de usuarios que, con toda seguridad, tuvo lugar entre 1998 y 1998).

⁴ En 1995, según información interna del entonces “Imsero” que nos ha sido facilitada, este organismo gestionaba un total de 562 plazas de estancia diurna, repartidas en un total de 32 centros. Hoy en día, totalmente completado el proceso transferencial a las CC.AA, el actual Imsero no gestiona ya ninguno de esos centros.

Fuente: Elaboración propia a partir de Imsero (1995 y 2001).

Aunque estos datos no permiten extraer grandes conclusiones, sí parecen apuntar un hecho que resulta importante: la inmensa mayoría de usuarios de centros de día, concretamente un 44%, son personas que superan los 80 años. Este hecho, lógicamente, tiene mucho que ver con la mayor prevalencia de los problemas de dependencia que se observa entre las personas de mayor edad. Asimismo, debido fundamentalmente a su mayor longevidad y también probablemente a una menor disponibilidad de apoyo informal (viudedad), un 70% del total de usuarios son mujeres. Por otro lado, como ponen de manifiesto la magnitud de las cifras que aparecen en el cuadro anterior, y aunque resulte una obviedad decirlo, añadir que los centros de día constituyen un recurso asistencial muy nuevo en nuestro país y, por ello, la oferta disponible tiene todavía un carácter simbólico en la mayoría de CC.AA; a excepción de Cataluña y el País Vasco, cuyas ratios de plazas por habitante doblan la media estatal (1 plaza por cada 1000 personas mayores de 65 años).

4.3.2. Sujetos institucionalizados.

En cuanto a las personas ingresadas en residencias, las fuentes de información existentes no son mucho mejores. En este caso, sin embargo, sí podemos conocer parcialmente la edad y el sexo de los usuarios. Así, el Padrón de 1996, y más concretamente su revisión de 1998 (INE), contiene datos sobre el número de personas que residen en establecimientos colectivos del tipo “residencias”. No obstante, dicha información no es completa por una sencilla razón: hay muchas personas que, pese a residir en una residencia, siguen empadronadas en el que había sido su domicilio anterior. Así pues, al no existir tampoco ninguna encuesta que haya tratado de valorar a nivel estatal las características de las personas ingresadas en residencias, se ha optado por utilizar dicha información padronal como base para el cálculo de aquella parte de la “demanda residencial” que efectivamente se convirtió en 1998 en “utilización”. En concreto, se ha supuesto que todas las plazas residenciales disponibles en 1998 (Imsero, 2001) estaban ocupadas, y que la distribución por sexo y edad de sus ocupantes era la misma que la contenida en el Padrón. Tras realizar estos cálculos, los resultados obtenidos son los que se reproducen a continuación.

Cuadro 5. Número de usuarios de plazas residenciales (públicas y privadas):1998.

	Hombres	Mujeres	Total
65-69	8.817	13.555	22.371
70-74	9.185	18.438	27.623
75-79	8.884	24.271	33.155
80-84	10.303	34.853	45.156
85 o +	13.912	56.141	70.053
Total	51.101	147.257	198.358

Fuente: Elaboración propia a partir de Imserso (2001) y Padrón de Habitantes (INE).

De nuevo, al igual que sucedía con las plazas en centros de día, las personas que viven en residencias se caracterizan por tener una edad avanzada. De hecho, como se puede comprobar en el siguiente cuadro, el porcentaje de personas institucionalizadas aumenta aceleradamente conforme consideramos cohortes de mayor edad. Así, tomando las cohortes extremas, se observa que mientras sólo un 1% de todos los individuos de entre 65 y 69 años viven en residencias, este porcentaje aumenta hasta el 12% en el caso de las personas que tienen 85 años o más. Este hecho, lógicamente, responde nuevamente a la mayor prevalencia de los problemas de dependencia que se observa entre las personas de mayor edad.

Cuadro 6. Porcentaje de personas que viven en residencias (públicas o privadas). 1998.

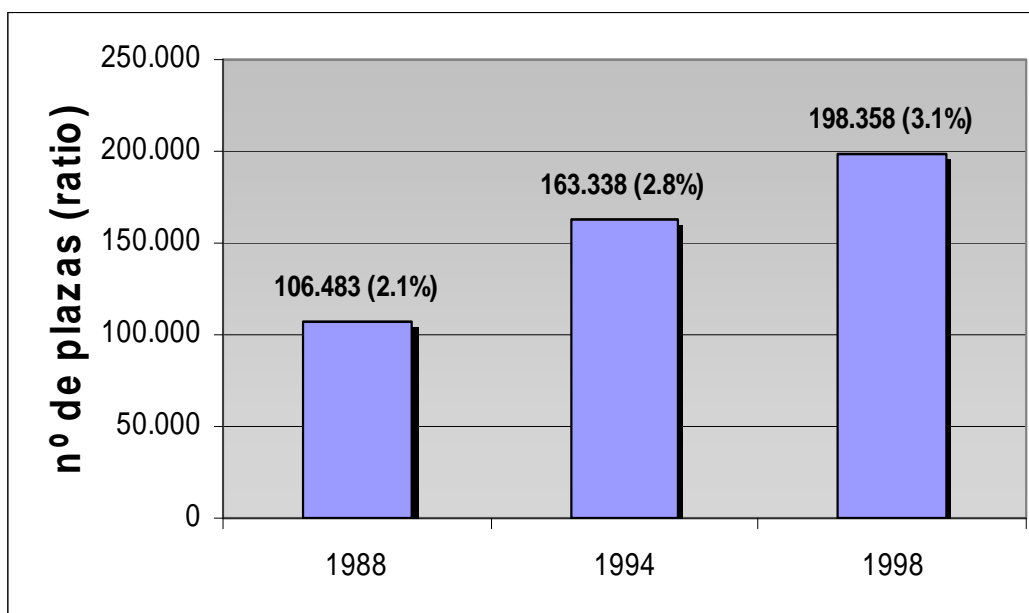
	Hombres	Mujeres	Total
65-69	0,94	1,25	1,10
70-74	1,22	1,95	1,63
75-79	1,78	3,29	2,68
80-84	3,74	6,95	5,81
85 o +	7,76	13,97	12,05
Total	1,93	4,00	3,14

Fuente: Elaboración propia a partir de Imserso (2001) y Padrón de Habitantes (INE).

Asimismo, de las cifras contenidas en el cuadro anterior, merece la pena destacar el distinto comportamiento que se observa entre hombres y mujeres en cuanto a la utilización que ambos realizan de los recursos residenciales. Así, en todos los grupos de edad, se observa cómo los porcentajes de institucionalización son superiores en el caso de las mujeres. Aunque carecemos de la información necesaria para contrastar rigurosamente el porqué de este fenómeno, podemos aventurar algunas hipótesis al respecto. En primer lugar, la mayoría de estudios que han tratado de valorar la prevalencia de los problemas de dependencia, constatan que ésta es sistemáticamente mayor en el caso de las mujeres que en el de los hombres (Casado, 2001). En segundo lugar, puesto que las mujeres tienden a ser más longevas que los hombres, la viudedad constituye una situación más frecuente entre las mujeres que entre los hombres. Por ello, la posibilidad de que el cónyuge actúe como cuidador informal caso de que la pareja tenga problemas de dependencia, es relativamente menos probable para las mujeres que para los hombres. Finalmente, aún en el caso de no padecer problemas de dependencia de ningún tipo, la soledad y/o la pérdida de ingresos que acompaña a la desaparición del cónyuge, constituyen situaciones que por lo dicho anteriormente aparecerán con mayor frecuencia entre las mujeres. Así pues, ya sea por uno u otro de estos tres motivos, lo cierto es que parece lógico que las mujeres utilicen relativamente más que los hombres las residencias.

A diferencia de los centros de día, las residencias constituyen un recurso asistencial que existe en nuestro país desde hace muchos años. De hecho, como pone de manifiesto el gráfico siguiente, tanto el sector público como el privado han expandido notablemente su oferta de plazas residenciales durante la última década. No obstante, debido al crecimiento simultáneo acontecido en el número de personas mayores, lo cierto es que la ratio actual de plazas por habitante no ha conseguido llegar a las 5 por cada 100 habitantes mayores de 65 años que en 1993 recomendaba el Plan Gerontológico Nacional. Por otro lado, destacar que, en el caso de España, la oferta privada representaba casi el 75% del total de plazas disponibles en 1998. Asimismo, añadir que cerca de un 20% de las plazas de titularidad privada fueron concertadas por el sector público en ese mismo año (Imsero, 2001).

GRÁFICO 8. PLAZAS EN RESIDENCIAS POR CADA 100 MAYORES DE 65 AÑOS: 1988-1998.



Fuente: IMSERSO.

4. 4. El coste actual de los cuidados de larga duración en España.

Cuando en la sección metodológica discutíamos las características del modelo de simulación que hemos desarrollado, ya comentamos que éste ha sido construido de tal modo que resulta posible obtener no sólo proyecciones sobre el coste futuro de los CLD, sino también estimaciones acerca de los niveles actuales del mismo. Si los datos sobre servicios sociales fueran mejores de lo que son, la posibilidad de obtener estas estimaciones sería irrelevante. Sin embargo, puesto que las estadísticas disponibles no permiten conocer datos tan elementales como cuánto se está gastando hoy en día en SAD, el poder obtener dichas estimaciones constituye un valor en sí mismo del modelo.

Las cifras contenidas en el cuadro siguiente, que reproducen los resultados obtenidos, ilustran algunos aspectos interesantes. En primer lugar, nos permiten obtener una idea, aunque sea aproximada, del volumen total de recursos que nuestro país destina actualmente a proporcionar CLD a las personas mayores dependientes. Esta cantidad, que supera ligeramente el medio billón de pesetas, viene a representar el 0.6% del PIB que se generó en España en 1998. Ese porcentaje es parecido al observado en los otros países mediterráneos, aunque se sitúa bastante por debajo de la tendencia registrada en el resto de países de la Unión Europea (Jacobzone, 1999). Lógicamente, esta situación se explica por la mayor importancia relativa que siguen teniendo en nuestro país los cuidados informales.

Por otro lado, en cuanto al esfuerzo relativo realizado por el sector público y el privado, se constata que el grueso de los cuidados formales son provistos a través del mercado. En este sentido, más del 70% del coste total de los cuidados lo realizan agentes privados (residencias, agencias de atención domiciliaria...) que no reciben fondos públicos. Consecuentemente, dichos costes son financiados, vía precios, por aquellas personas mayores que optan por los servicios privados como vía para hacer frente a sus necesidades de cuidados o, en muchos casos, por sus familiares. Con todo, pese a jugar un papel esencialmente subsidiario, el sector público dedica ya hoy más de 140.000 millones de pesetas a la provisión de CLD. Asimismo, pese a la expansión experimentada por los SAD durante los últimos años, cerca del 70% del coste público total corresponde a los servicios residenciales. De hecho, puesto que los casi 100.000 millones destinados a plazas residenciales han sido calculados restando previamente las aportaciones de los usuarios, que se estima fueron de unos 48.000 millones en 1998, la cantidad de recursos realmente movilizados por el sector público en el ámbito residencial sería mayor de la que figura en el cuadro 3 (en concreto, la suma del coste “neto” y de las aportaciones).

Cuadro 7. Coste total estimado de los CLD en España (1998). Millones de ptas.

	<i>Mill. de ptas.</i>	<i>%</i>
Coste público	144.923	24,8
Atención domiciliaria	46.794	8,0
Centros de día	1.863	0,3
Residencias	96.265	16,5
		0,0
Coste privado	438.310	75,2
Copagos residencias públicas	48.000	8,2
Atención domiciliaria	156.009	26,7
Centros de día	2.012	0,3
Residencias	232.289	39,8

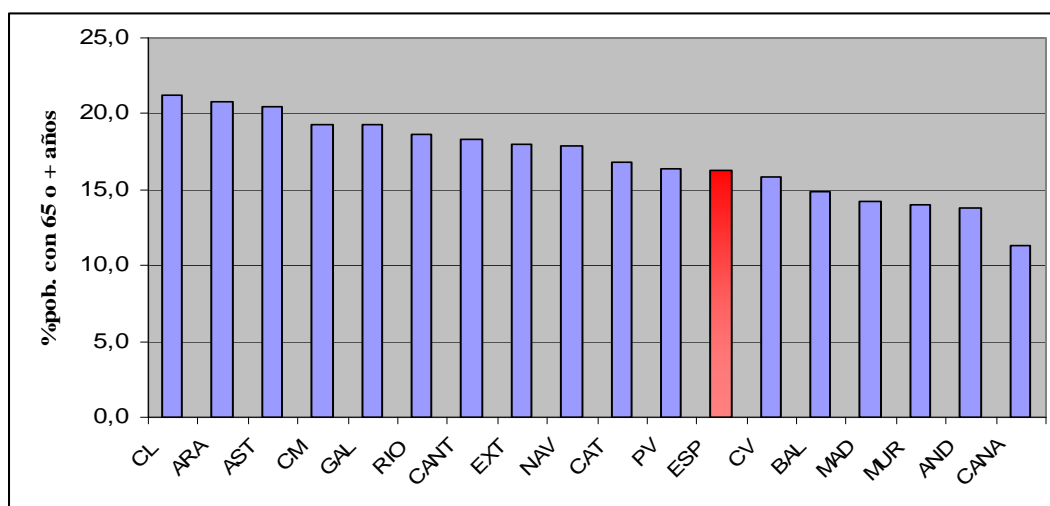
Coste total **583.233** **100**

Fuente: Elaboración propia.

4.5. Disparidades regionales.

Concluiremos nuestro análisis sobre la situación actual de los CLD en nuestro país realizando, muy brevemente, algunos comentarios acerca del modo en que las distintas CC.AA han afrontado el reto asistencial que plantean las personas mayores dependientes. En primer lugar, destacar que el envejecimiento demográfico, que quizás sea el factor que en mayor medida determina la magnitud global del problema, registra valores bien distintos en las diferentes CC.AA. Así, como pone de manifiesto el gráfico siguiente, entre la comunidad más envejecida (Castilla y León) y la más joven (Canarias), median cerca de 10 puntos porcentuales en cuanto al porcentaje que las personas mayores de 65 años representan sobre la población total. Por ello, y a pesar de que no existen datos sobre la prevalencia regional de los problemas de dependencia⁵, estas diferencias nos permiten intuir que, probablemente, las necesidades de CLD no sean las mismas entre las distintas CC.AA.

GRÁFICO 9. PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN CON 65 o MÁS AÑOS POR CC.AA (1998).



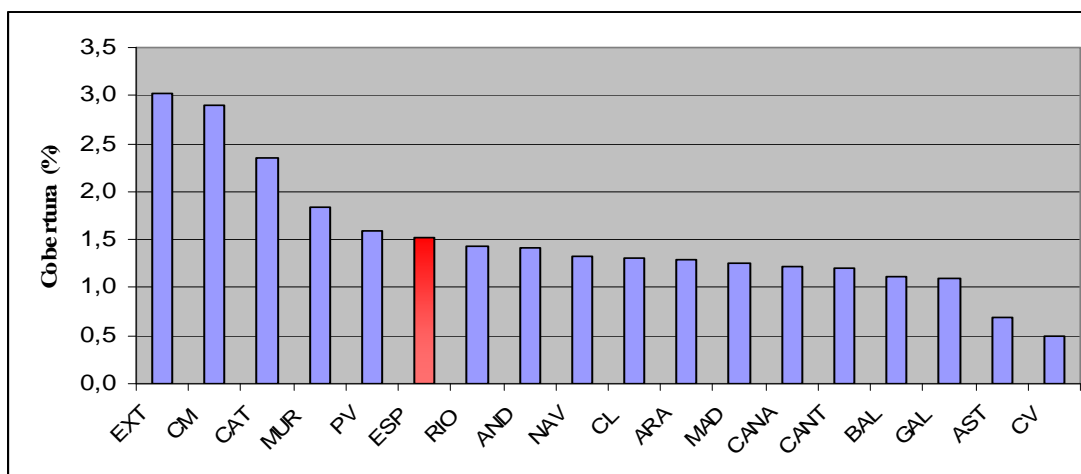
Fuente: INE.

Asimismo, como puede observarse en los dos gráficos siguientes, tampoco el nivel de los recursos disponibles para proporcionar dichos CLD, al menos los relativos a los SAD y a las plazas residenciales, exhiben valores parecidos entre las distintas CC.AA. Así, tomando el número de usuarios de los SAD y las plazas públicas y privadas, y relativizándolos al número de personas mayores de 65 años que hay en las distintas CC.AA, las cifras resultan elocuentes: en el

⁵ La muestra de la ESPM, que recordemos constituye la fuente de datos que hemos utilizado para valorar la prevalencia de los problemas de dependencia en España, no permite extraer resultados representativos a nivel autonómico.

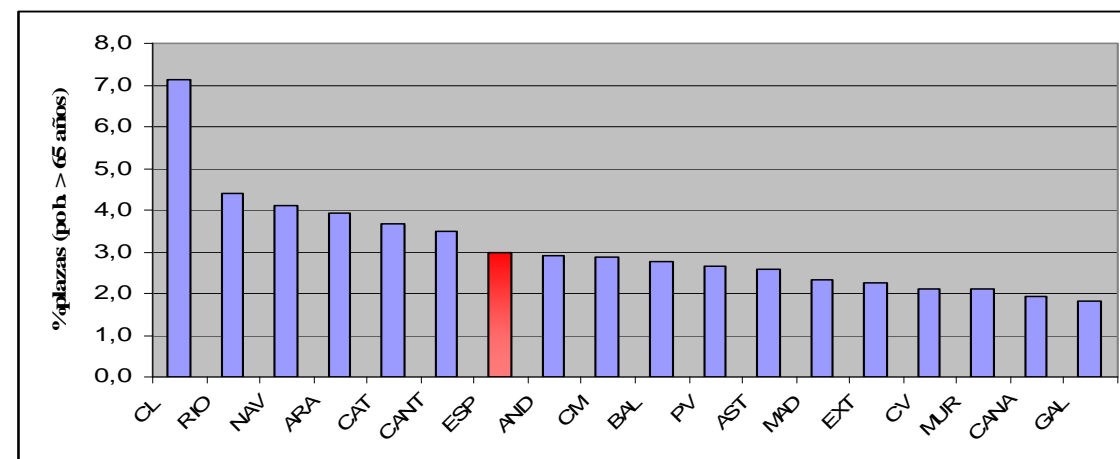
caso de los SAD, la cobertura que ofrece la comunidad mejor dotada (Extremadura) es seis veces superior a la observada en la que cuenta con un dispositivo más reducido (Comunidad Valenciana). Por su parte, en cuanto a la oferta de plazas residenciales, las diferencias se revelan tan o más importante que en el caso de los SAD.

GRÁFICO 10. GRADO DE COBERTURA DE LOS SAD POR CC.AA EN 1998 (% USUARIOS S/ POB. 65)



Fuente: SEGG (2000).

GRÁFICO 11. NÚMERO DE PLAZAS RESIDENCIALES (PÚBL. Y PRIV.) POR CADA 100 H. CON 65 o + AÑOS (1998).



Fuente: IMSERSO.

En suma, el reto asistencial que plantea el dar respuesta a los CLD requeridos por las personas mayores dependientes es, sin lugar a dudas, de una magnitud que difiere de unas CC.AA a otras. Y no sólo eso, también el punto de partida en cuanto a los recursos disponibles para proporcionar dichos cuidados es distinto. Si a todo ello añadimos el hecho de que la gestión de los servicios sociales corresponde a las CC.AA, en el caso de las residencias, y a los ayuntamientos, en el caso de los SAD, la conclusión que cabe extraer a este respecto resulta clara: aunque puede ser útil realizar una valoración global de

las necesidades futuras de nuestro país en cuanto a los CLD, aspecto que trataremos en el siguiente apartado, lo cierto es que la solución futura a esta problemática deberá ser planteada y resuelta a escala autonómica, aunque probablemente el concurso del gobierno central pueda resultar importante.

5. EL COSTE FUTURO DE LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN.

Como señalábamos en la sección metodológica, el modelo de simulación que hemos desarrollado, y que nos ha de permitir obtener proyecciones sobre el coste futuro de los CLD en nuestro país, consta de dos ingredientes fundamentales. Por un lado, sobre la base de los distintos factores que considerábamos determinantes del coste de los CLD, el modelo toma como punto de partida de sus proyecciones los valores de dichos factores en el año 1998, pues en dicho año tales valores son todos conocidos. Por otro lado, mediante el establecimiento de hipótesis sobre el comportamiento futuro de los distintos factores determinantes, el modelo simula distintos escenarios de evolución del coste futuro de los CLD. Puesto que los valores de partida del modelo ya han sido discutidos en la sección metodológica, acometemos en el próximo apartado la descripción de las hipótesis que se han establecido acerca de la evolución futura de los factores determinantes del coste de los CLD.

5.1. Características de los escenarios simulados: hipótesis sobre la evolución futura de los factores determinantes.

Para poder obtener proyecciones sobre los costes futuros de los CLD, nuestro modelo requiere del establecimiento de hipótesis sobre cuál puede ser la evolución futura de los factores que determinan, y seguirán determinando, la cuantía de dichos costes. En principio, puesto que hemos considerado un número considerable de factores al construir el modelo, resulta fácil de entender que la cantidad de combinaciones que podríamos realizar entre ellos resulta prácticamente ilimitada. Es evidente, sin embargo, que no todas esas combinaciones son igual de plausibles. No tendría mucho sentido, por poner sólo un ejemplo, generar un escenario en el que supusiéramos que el apoyo informal va a experimentar un crecimiento sostenido en los próximos años, pues no parece que el previsible aumento en las tasas de actividad femenina permitan contemplar esa posibilidad. En definitiva, dicho en pocas palabras, si queremos que nuestro modelo proporcione estimaciones útiles del coste futuro de los CLD, estamos obligados a valorar un conjunto reducido de escenarios; y, lo que es más importante, éstos deben ser el resultado del establecimiento de hipótesis sustantivas sobre la evolución futura de los factores determinantes de dicho coste, tanto de los de demanda como de los de oferta. Por ello, los siete escenarios que finalmente hemos valorado, y que aparecen recogidos en el cuadro 8, no son fruto del azar, sino que todos ellos tienen su razón de ser. Veamos cuál es ésta en cada caso.

El escenario base pretende analizar cuáles serían los efectos del envejecimiento demográfico sobre el coste futuro de los CLD si todos los factores, excepto el demográfico, permanecieran constantes en el futuro. Su principal utilidad es que nos ha de permitir valorar cuál sería el impacto diferencial sobre el coste de los CLD que tendrían distintas modificaciones en los valores de esos otros factores no demográficos (de ahí su calificativo de “base”). Así pues, cuando en el cuadro 8 se utiliza la abreviatura “cte.”, cosa que sucede siempre en este primer escenario, lo que se quiere decir es que dicho factor registra en cada uno de los años comprendidos entre 1999 y 2026, que es el periodo sobre el que se realiza la proyección, o el mismo valor que tenía en 1998 o, cuando se trata de

variaciones anuales, las observadas en el periodo de tiempo inmediatamente anterior sobre el que se disponga de información (p.e. tasa de variación anual media entre 1988 y 1998 del número disponible de plazas residenciales).

Los seis escenarios restantes se construyen, en contraposición al base, suponiendo que el comportamiento futuro de algunos de esos factores experimenta cambios en relación con su comportamiento actual. Así, los escenarios 1, 2 y 3, tienen en común el hecho de que todos ellos plantean cambios en cuanto a la evolución futura de la oferta de CLD. Básicamente, esos cambios son de dos tipos: por un lado, se supone una disminución en la disponibilidad futura del apoyo informal, que tiene su origen en las transformaciones sociales que se están produciendo en las estructuras familiares; por otro lado, para hacer frente a esta menor disponibilidad de la ayuda informal, se supone que el sector público y el privado aumentan la cantidad de recursos asistenciales destinados al cuidado de las personas mayores dependientes, tanto de aquellos que se proporcionan en el hogar (atención domiciliaria) como fuera de él (centros de día y residencias).

Las diferencias entre estos tres escenarios, como se explica a continuación, provienen de la distinta intensidad con que se supone se van a producir los cambios en la disponibilidad del apoyo informal y, consecuentemente, también en la respuesta del sector público y privado ante esa situación. Así pues, desde un punto de vista conceptual, el modelo considera que la evolución del coste futuro de los CLD va a depender, en última instancia, de cuál sea la reacción del Estado y del mercado frente al previsible colapso que experimentará la familia, que veíamos anteriormente constituye la principal proveedora de CLD en la actualidad.

En este sentido, de los tres escenarios mencionados, el escenario 1 es el que plantea una evolución más favorable del apoyo informal (“crisis débil”). En concreto, se supone que la reducción en la disponibilidad del apoyo informal se produce a un ritmo anual de 0.21 puntos porcentuales, es decir, cada año que pasa el porcentaje de personas dependientes que sólo reciben AI cae en esa cantidad⁶. Por su parte, como puede observarse en el cuadro 2, la respuesta por parte del sector público y privado tiende a ser discreta. Así, en cuanto a la atención domiciliaria, los SAD y la ADP aumentan su cobertura en un porcentaje que permite absorber a partes iguales la pequeña caída en el apoyo informal anteriormente apuntada⁷. Asimismo, con relación a la atención en centros de día, el sector público y el privado expanden su oferta disponible a un ritmo anual de 625 y 825 plazas respectivamente, lo que permitiría alcanzar la

⁶ Esta cifra corresponde al resultado obtenido por Casado (2001) en un ejercicio que pretende valorar cuan importante puede resultar en un futuro la crisis del apoyo informal. Para ello, se utilizaron las proyecciones sobre las tasas de actividad femeninas hasta el año 2025, y se establecieron distintas hipótesis sobre cuántas de las mujeres laboralmente activas durante ese periodo iban a renunciar a asumir, en exclusiva, los cuidados requeridos por sus familiares dependientes.

⁷ Aunque sin duda la intensidad con que se presten los cuidados domiciliarios será un factor importante en cuanto a la evolución futura del coste total, en los escenarios planteados se ha considerado que ésta no variará en los próximos años. De nuevo, al carecer de información y razones que permitan justificar hipótesis alternativas a este respecto, hemos optado por considerar que todo va a seguir igual.

ratio sugerida por el Plan Gerontológico⁸ en el año 2020. Finalmente, en cuanto a los cuidados residenciales, la expansión en el número de plazas públicas y privadas disponibles se produciría a un ritmo anual (4.500 en ambos casos) que permitiría llegar en el año 2020 a las 5 plazas por cada 100 habitantes mayores de 65 años que, en este caso, recomienda el Plan Gerontológico.

Los escenarios 2 y 3, siguiendo con la lógica anteriormente apuntada, plantean una evolución del apoyo informal menos favorable: el primero de ellos, supone una disminución anual de 0.42 puntos porcentuales por año, que llega hasta los 0.77 puntos en el caso del segundo⁹. En cuanto a la respuesta del sector público y del privado, uno y otro escenario suponen una expansión de recursos consecuente con la distinta intensidad de la crisis del apoyo informal barajada en cada caso. Los pormenores de estas diferencias aparecen en el cuadro 8.

Por último, en cuanto a la evolución futura de los costes unitarios de los distintos servicios, que se supone idéntica en los tres escenarios, se ha considerado que se reproducen las tendencias observadas en los últimos años, siendo los valores empleados los que se especifican en el cuadro 8.

Los escenarios restantes (1bis, 2bis y 3bis) constituyen una réplica de los tres escenarios que acabamos de analizar, con una sola diferencia: todos ellos plantean una disminución futura en las tasas de prevalencia de los problemas de dependencia, que se habían supuesto constantes hasta el momento. Así pues, lo que vienen a añadir estos tres escenarios con respecto a los anteriores, es la posibilidad de que los distintos cambios comentados en los factores de oferta, crisis del apoyo informal y respuesta substitutoria de los sectores público y privado, acontezcan en un contexto epidemiológico más favorable. De hecho, como se discute en Casado (2001), ése parece haber sido el caso en los últimos años tanto en España como en el resto de países desarrollados. Por ello, recuperando los resultados obtenidos entonces, estos tres escenarios plantean una disminución anual del 1% en las tasas de prevalencia de las tres categorías de dependencia anteriormente definidas (leve, moderada y severa).

⁸ 0,5 plazas por cada 100 personas mayores de 65 años.

⁹ Estas cifras proceden del mismo ejercicio al que aludíamos en la nota 6.

CUADRO 8. CARACTERÍSTICAS DE LOS ESCENARIOS SIMULADOS.

		ESCENARIOS							
		Escenario Base	Escenario 1	Escenario 1bis	Escenario2	Escenario 2bis	Escenario 3	Escenario 3bis	
HIPÓTESIS	FACTORES DE...								
	DEMANDA	Envejecimiento demográfico	Fernández (98)						
		Tasas de prevalencia	Cte.	Cte.	↓ 1% año	Cte.	↓ 1% año	Cte.	↓ 1% año
		Demanda residencial	Cte.						
		Demanda CD	Cte.						
		% aportación usuarios	Cte.						
	OFERTA	HOGARES							
		% cobertura AI/SAD/ADP	Cte.	Crisis "débil" AI (↓ 0,21 pts. porcentuales/año)... ...absorbida por el sector público y el privado a partes iguales.		Crisis "moderada" AI (↓ 0,42 pts. porcent./año)... ...absorbida por el sector público y el privado a partes iguales.		Crisis "notable" AI (↓ 0,77 pts. porcent./año)... ...absorbida por el sector público y el privado a partes iguales.	
		Intensidad SAD/ADP	Cte.						
		Coste/ hora (SAD/ADP) ¹	5% ²						
		CENTROS DE DÍA							
		Nº plazas titularidad pública ¹	220 ³	Expansión débil: Ratio "0.5%" en 2020		Expansión moderada: Ratio "0.5%" en 2015		Expansión notable: Ratio "5%" en 2010	
		Nº plazas titularidad privada ¹	330 ³						
		% concertación	Cte.						
		Coste/plaza ^{1,4}	3% ⁵						
		RESIDENCIAS							
		Nº plazas titularidad pública ¹	3.800 ³	Expansión débil: Ratio "5%" en 2020		Expansión moderada: Ratio "5%" en 2015		Expansión notable: Ratio "5%" en 2010	
		Nº plazas titularidad privada ¹	4.000 ³						
		% concertación	Cte.						
"mix" val. / asis.		Cte.							
Coste/plaza ¹	Val./púb.: 5.3% Val./priv.: 4.7% Asis./púb.: 3% Asis./priv.: 3%								

Nota: AI (apoyo informal); SAD (servicio de ayuda a domicilio); ADP (atención domiciliaria privada); Val. (plaza de válido); Asis. (plaza de asistido).

1 Variación anual.

2 Ése ha sido el incremento anual medio registrado entre 1994 y 1999 en el sub-grupo "atención doméstica" del IPC (INE). Asimismo, hemos supuesto un comportamiento idéntico para los SAD y la ADP.

3 Ése ha sido el incremento anual medio registrado entre 1994 y 1998, en el caso de las plazas en CD, y entre 1988 y 1998 en el caso de las plazas residenciales (SEGG, 2000).

4 Se supone que la variación anual es idéntica en el caso de las plazas públicas que en el de las privadas.

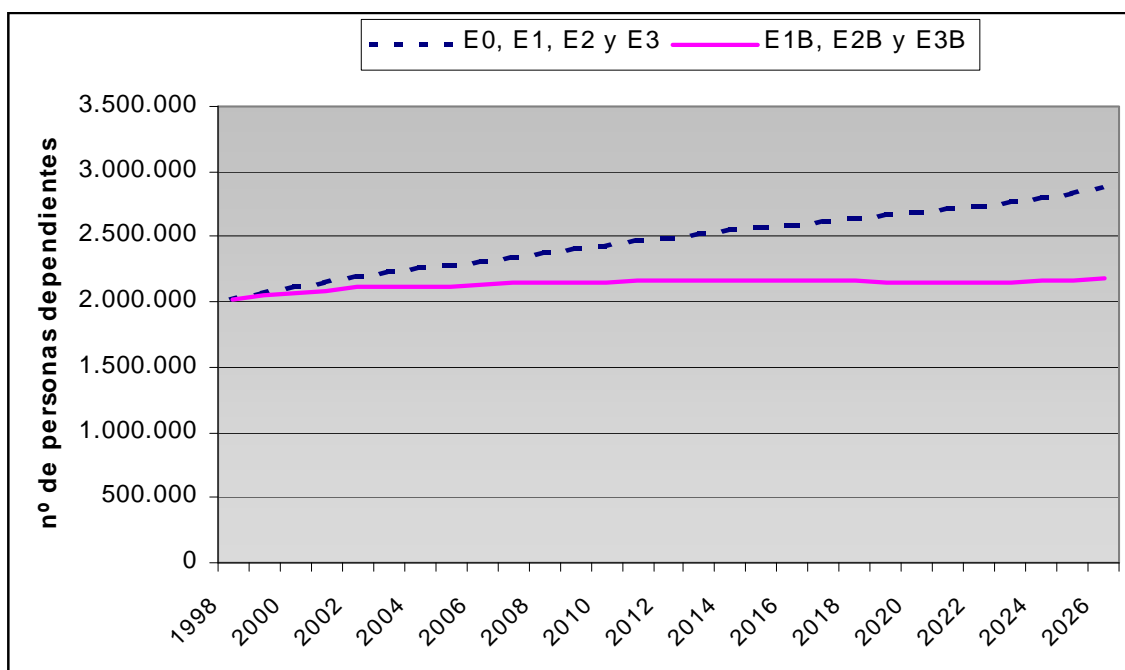
5 Se supone la misma variación anual que la registrada en el caso de las plazas residenciales para válidos durante el periodo 1990-1995 (Imsero, 1999).

6 Ésas han sido las tasas de variación anual registradas entre 1990 y 1995 (Imsero, 1999).

5.2. Resultados del modelo.

Antes de comentar los resultados obtenidos, conviene precisar cuál es el impacto global que sobre los distintos escenarios va a tener una de las variables que en mayor medida los diferencia: la evolución futura del número de personas dependientes. A este respecto, como explicábamos en el apartado anterior, existen dos grupos de escenarios: por un lado están aquellos que suponen un comportamiento constante de las tasas de prevalencia de los problemas de dependencia (escenarios 0, 1, 2 y 3); por otro lado, están los que han sido construidos suponiendo una disminución anual del 1% en dichas tasas (escenarios 1B, 2B y 3B). El gráfico siguiente muestra cuál sería el número de personas mayores dependientes que habría en España de producirse en el futuro una u otra pauta epidemiológica.

Gráfico 12. Personas mayores dependientes en España: 1999-2026.

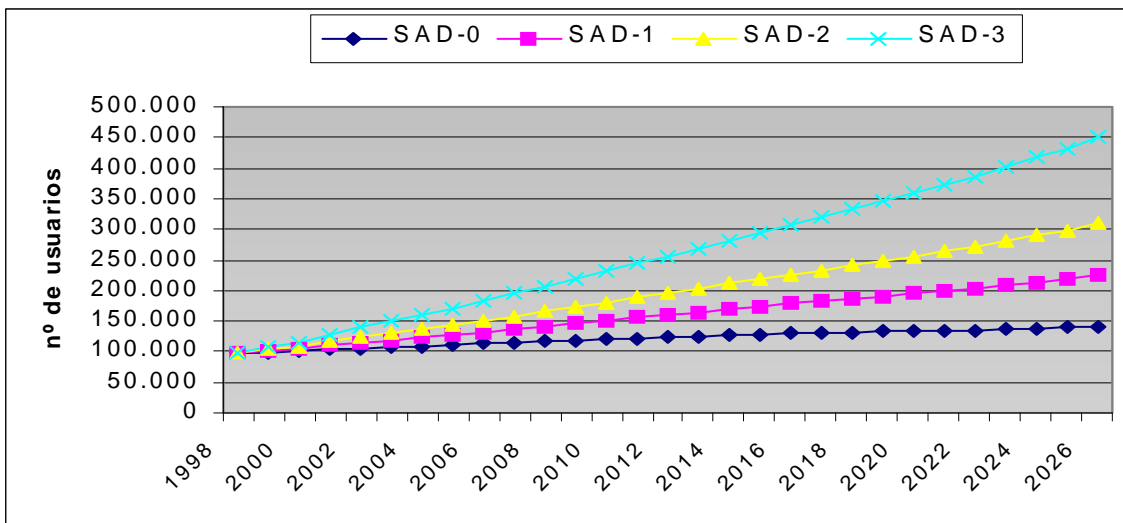


Fuente: Elaboración propia.

5.3.1. Evolución del número de usuarios de los distintos servicios.

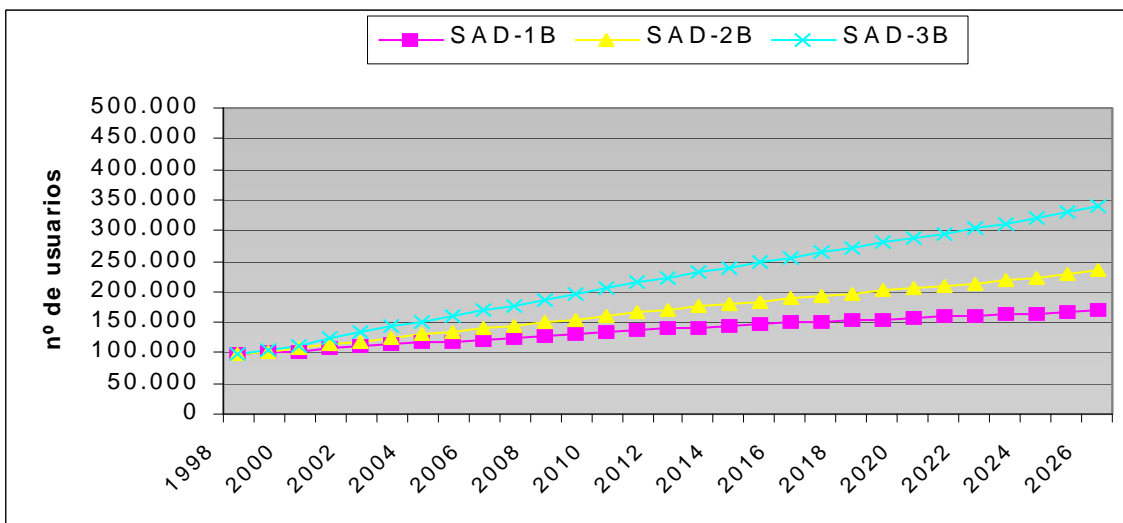
Si empezamos nuestra discusión de los resultados fijándonos en el número de usuarios de los SAD que hemos obtenido en los distintos escenarios, se puede observar claramente cómo las diferencias que a este respecto aparecen entre los dos grupos de escenarios (gráficos 13 y 14 respectivamente), son enteramente atribuibles al hecho de que en uno y otro caso el número de personas mayores dependientes es distinto.

Gráfico 13. Usuarios de los SAD en el supuesto de que las tasas de prevalencia permanezcan constantes: 1999-2026.



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 14. Usuarios de los SAD en el supuesto de que las tasas de prevalencia disminuyan un 1% anual: 1999-2026.



Fuente: Elaboración propia.

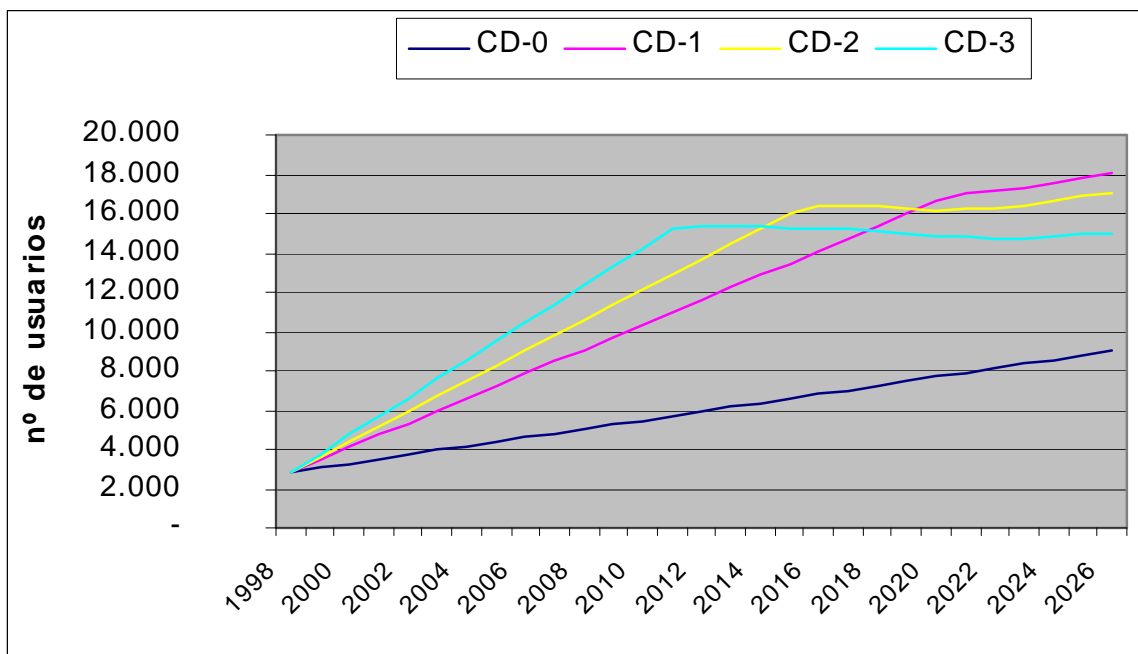
No obstante, como puede observarse en los gráficos anteriores, también existen diferencias importantes entre los escenarios que pertenecen a un mismo grupo. Así, aún suponiendo que las tasas de prevalencia no se modificaran en el futuro (gráfico 13), lo cierto es que el número de usuarios de los SAD resultaría bien distinto en función de cuál acabase siendo la intensidad de la crisis del apoyo informal y, sobre todo, de cuál fuera la respuesta de la Administración ante esa situación. Si no existiera crisis alguna del apoyo informal, que es lo que supone el escenario base (SAD-0), entonces el número de usuarios de los SAD en los próximos años serían el resultado directo de unos niveles de cobertura como los actuales aplicados a una población con más personas mayores dependientes. Esta situación, sin embargo, no parece la más probable. Por el contrario, en línea con los

resultados obtenidos en los escenarios 1, 2 y 3 (SAD-1, SAD-2 y SAD-3), lo que cabe más bien esperar es un incremento del número de usuarios mayor que el sugerido en el escenario base. Sin embargo, como también puede observarse en el gráfico 13, la magnitud de dicho incremento dependerá, en última instancia, de cuán importante resulte la crisis del apoyo informal.

Lógicamente, todos estos comentarios, aunque referidos a unos niveles de usuarios siempre inferiores, son igualmente válidos en aquellos escenarios (SAD-1B, SAD-2B y SAD-3B) que han sido construidos suponiendo una disminución en las tasas de prevalencia de los problemas de dependencia (gráfico 3). Asimismo, como puede comprobarse en los gráficos 1 y 2 del anexo, la situación es muy parecida en cuanto a la previsible evolución de los usuarios de la atención domiciliar privada.

Respecto a los usuarios de plazas en centros de día financiados públicamente, y considerando de nuevo en primer lugar los escenarios en los que las tasas de prevalencia permanecen constantes, los resultados obtenidos son los que se muestran en el gráfico siguiente.

Gráfico 15. Usuarios de centros de día públicos en el supuesto de que las tasas de prevalencia permanezcan constantes: 1999-2026.



Fuente: Elaboración propia.

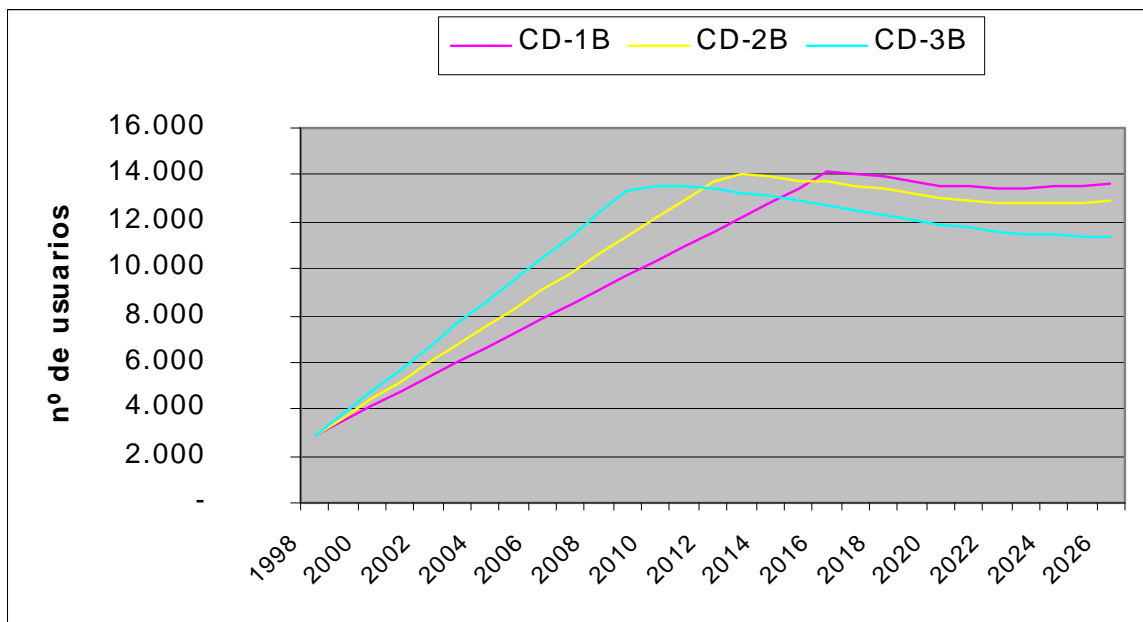
Al igual que en el caso anterior, cuando suponemos un futuro en el que no existe crisis alguna del apoyo informal (escenario base), la tímida evolución futura del número de usuarios de los centros de día públicos, constituye el reflejo de la lenta crecimiento en el número de plazas que se produciría si los ritmos de expansión de este recurso fueran los mismos que los registrados en los últimos años. Sin embargo, cuando debido a la previsible crisis del apoyo informal, se suponen respuestas más expansivas por parte de la Administración, los resultados cambian. En el caso del escenario 3, que recordemos planteaba la expansión más vigorosa, el número de usuarios se multiplica por cinco en apenas diez años, siendo el crecimiento en los otros dos escenarios menos acelerado. No obstante, en todos ellos, se puede

apreciar una estabilización en el número de usuarios a partir de cierto instante, tanto más lejano en el tiempo cuanto menor sea la intensidad de la expansión. Este fenómeno responde, en los tres casos, a las mismas causas: por un lado, constituye el reflejo del aumento simultáneo en la disponibilidad de los cuidados domiciliarios, que recordemos se producen en los tres escenarios aunque a distinto ritmo¹⁰; por otro lado, son el resultado de la previsible desaceleración que se producirá en las tasas de crecimiento de las cohortes de individuos de mayor edad a partir del año 2015. De nuevo, como puede apreciarse en el gráfico siguiente, los resultados obtenidos son idénticos, aunque referidos a unos niveles de usuarios inferiores, en aquellos escenarios que suponen una disminución en las tasas de prevalencia de los problemas de dependencia¹¹.

¹⁰ No hay que olvidar, como se apuntó en la sección metodológica, que los escenarios han sido contruidos contemplando las interacciones que se producen entre la disponibilidad de recursos domiciliarios (AI, SAD y ADP) y la demanda de centros de día.

¹¹ En cuanto a los usuarios de plazas en centros de día privados, los resultados en los distintos escenarios pueden encontrarse en los gráficos 3 y 4 del anexo, siendo la esencia de los mismos la que ya hemos apuntado para los centros de día públicos.

Gráfico 16. Usuarios de centros de día públicos en el supuesto de que las tasas de prevalencia disminuyan un 1% anual: 1999-2026.

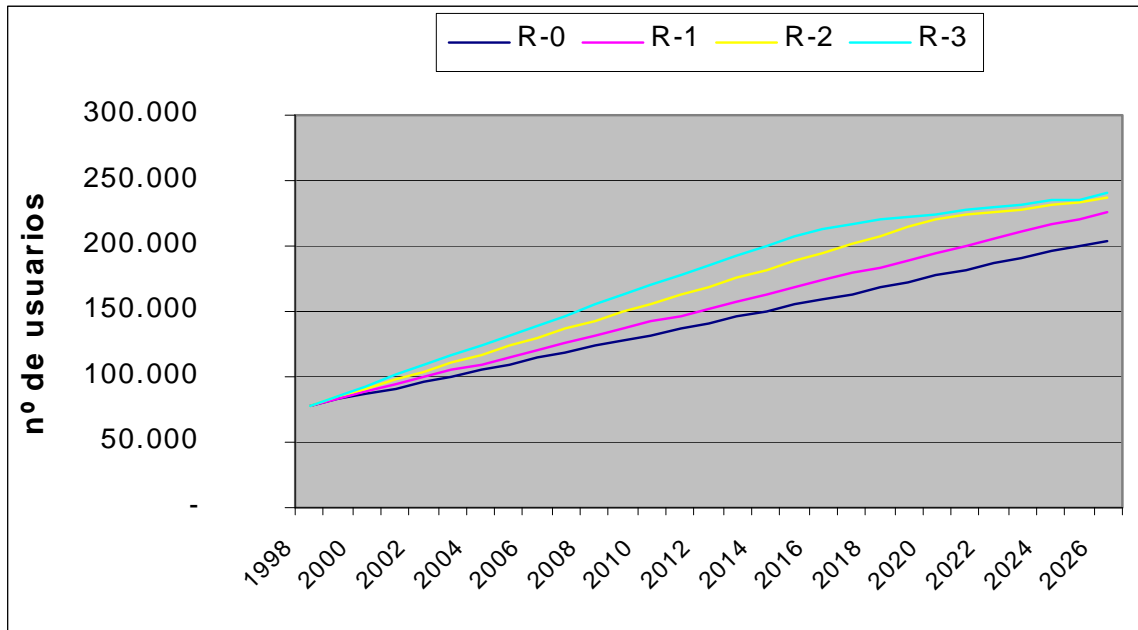


Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a los usuarios de plazas residenciales, y considerando en primer lugar el caso de los cuatro escenarios epidemiológicamente menos favorables, los resultados obtenidos son los que aparecen en el gráfico 17. De nuevo, frente a la expansión moderada de usuarios que se registra en el escenario base (R0), cabe contraponer los mayores aumentos que caracterizan al resto de escenarios (R1, R2 y R3). En estos dos últimos, la estabilización en el número de usuarios que acontece a largo plazo tiene que ver, nuevamente, con la desaceleración a partir del año 2015 en las tasas de crecimiento de las cohortes de mayor edad, que recordemos son las que en mayor medida optan por la solución residencial. Asimismo, el que dicha estabilización acontezca primero en el caso del escenario 3, obedece al hecho de que en éste escenario la ratio de plazas recomendada por el Plan Gerontológico, 5 por cada 100 mayores, se alcanza cinco años antes que en el escenario 2. Asimismo, como puede observarse en el gráfico 5 del anexo, estas tendencias se reproducen en el caso de los usuarios de plazas residenciales financiadas exclusivamente con fondos privados¹².

¹² En el caso de la demanda residencial, debido a las razones que ya se comentaron en la sección metodológica, el modelo ha sido construido sin considerar los posibles efectos de variaciones en las tasas de prevalencia de los problemas de dependencia. Por ello, tanto en los escenarios epidemiológicamente favorables como en los desfavorables, los resultados obtenidos son los mismos; de ahí que no se reproduzcan los gráficos correspondientes a los escenarios 1B, 2B y 3B, ni en el caso de las plazas públicas ni en el de las privadas.

Gráfico 17. Usuarios de plazas residenciales financiadas públicamente: 1999-

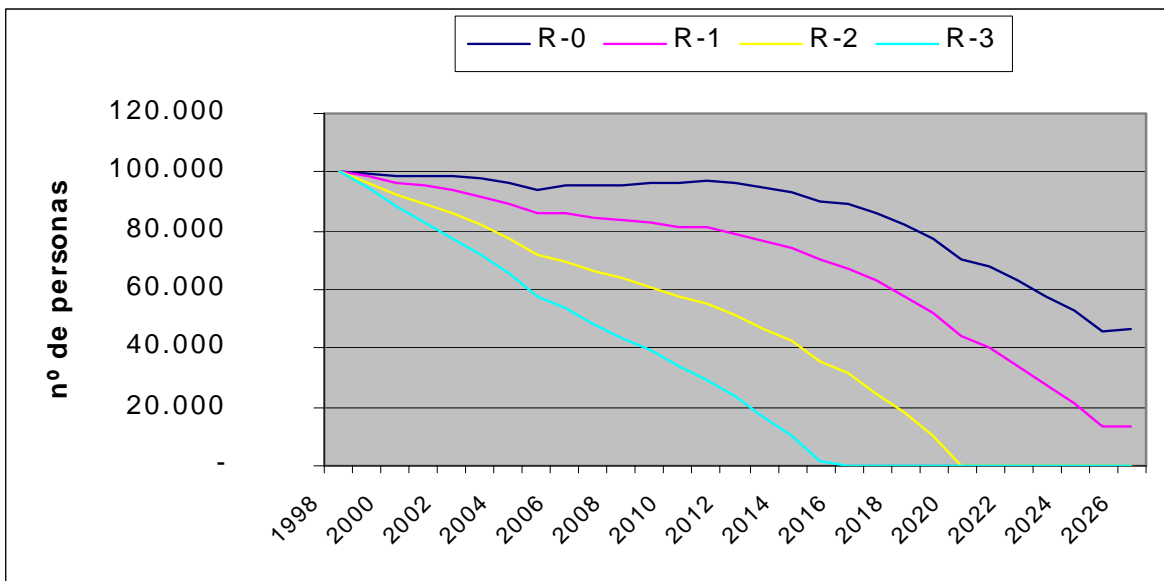


2026.

Fuente: Elaboración propia.

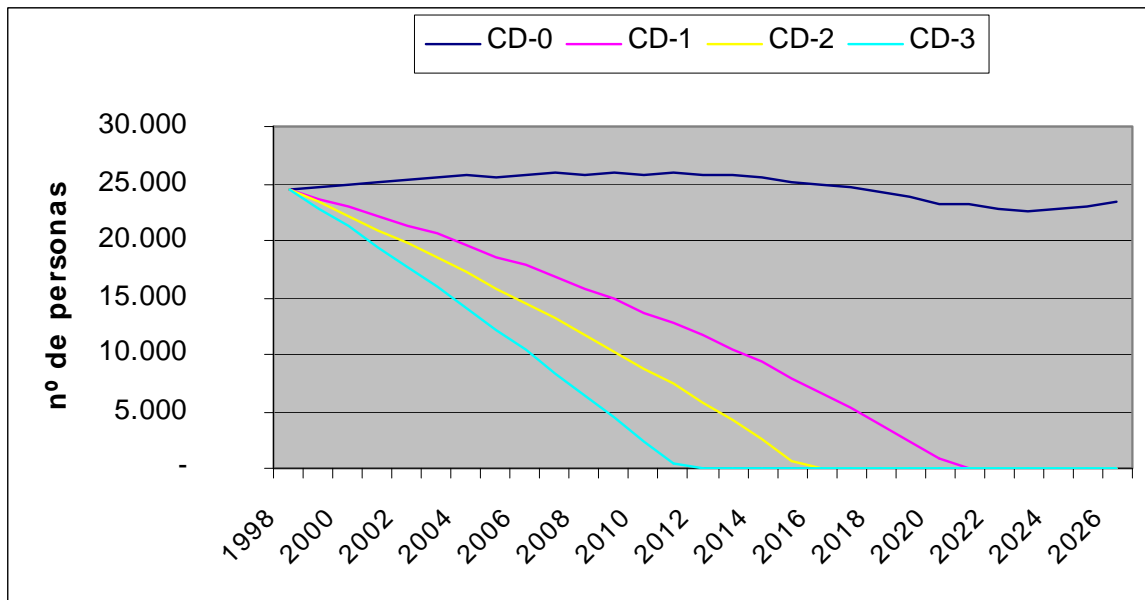
Una de las virtualidades del modelo desarrollado es que permite valorar, en el caso de los centros de día y de las residencias, cuántos de los individuos que desearían utilizar uno y otro tipo de recursos no podrán hacerlo por falta de plazas disponibles. El número de esos individuos, que componen lo que anteriormente hemos definido como “demanda insatisfecha”, difiere entre los distintos escenarios. Así, como ponen de manifiesto los dos gráficos siguientes, se observa cómo la cantidad de insatisfechos decrece más rápidamente –como es lógico– en aquellos escenarios que plantean una expansión de recursos más pronunciada (por orden, el 3, el 2 y el 1).

Gráfico 18. Demanda insatisfecha de plazas en residencias públicas y privadas: 1999-2026.



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 19. Demanda insatisfecha de plazas en centros de día públicos y privados: 1999-2026.



Fuente: Elaboración propia.

En definitiva, si ante la previsible crisis del apoyo informal y el aumento simultáneo en el número de personas mayores dependientes, el sector público y el privado no reaccionan ampliando los actuales niveles de oferta -tanto de plazas residenciales como de centros de día-, la cantidad de personas que verán frustrados sus deseos de utilizar estos servicios se mantendrá en cotas elevadas. Asimismo, como apuntábamos anteriormente, a esa presión sobre los servicios proporcionados fuera de los hogares, habría que sumar la creciente demanda de aquellos otros cuidados que se proveen en los domicilios (SAD y ADP). En suma, aún en el caso de que supongamos unas tasas de prevalencia de los problemas de dependencia a la baja, el envejecimiento demográfico y los cambios en las estructuras familiares serán de tal magnitud que, según nuestras estimaciones, en los próximos años se requerirá de una

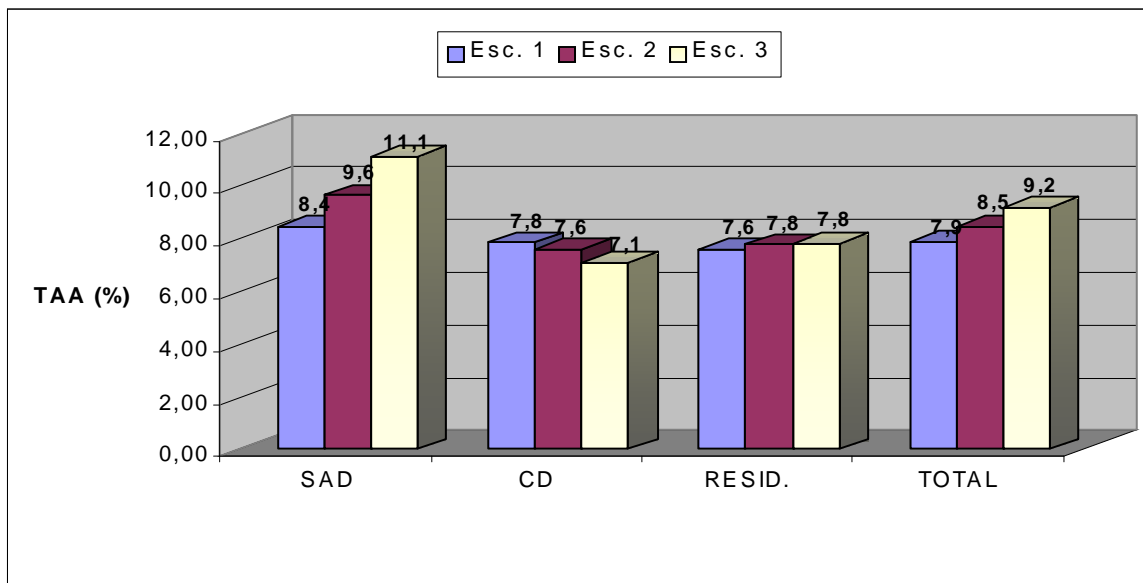
mayor implicación de los sectores público y privado en la provisión de los cuidados de larga duración. Esta mayor implicación, lógicamente, exigirá de unos niveles de gasto superiores a los actuales. En los próximos apartados, ofrecemos algunas estimaciones sobre este extremo.

5.3.2. El coste futuro de los CLD en España: 1999-2026.

Con la intención de ofrecer una medida que ilustre adecuadamente el esfuerzo financiero que comportaría alcanzar los niveles de gasto obtenidos en los distintos escenarios, hemos calculado cuáles deberían ser las tasas anuales de variación acumulativa en cada caso. Estas tasas nos indican a qué ritmo anual uniforme tendrían que crecer los recursos destinados a CLD, en términos porcentuales, para que se registraran las pautas de expansión de gasto que sugieren los distintos escenarios. En el caso de los escenarios 1, 2 y 3, en los que recordemos se plantea un mantenimiento para el futuro de las

actuales tasas de prevalencia, los resultados obtenidos en cuanto a la evolución de los costes públicos se reproducen a continuación.

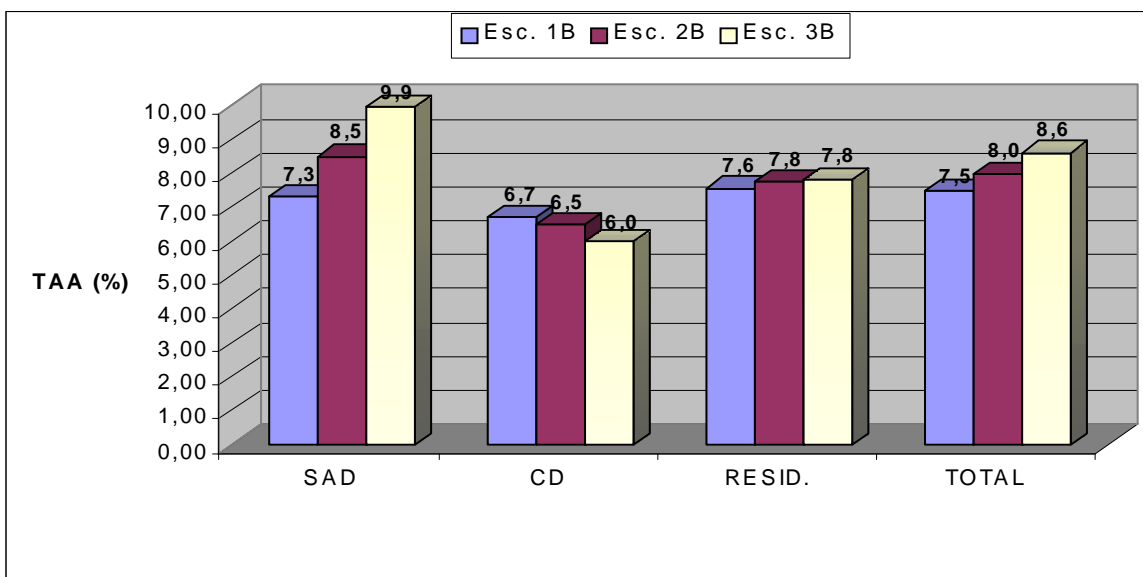
Gráfico 20. Coste total de los CLD públicos: tasas anuales acumulativas 1999-2026.



Fuente: Elaboración propia.

Así pues, a la luz de estos resultados, los recursos totales que el sector público destina a la provisión de CLD deberían crecer a un ritmo anual que se situaría entre casi el 8%, si suponemos un escenario optimista en cuanto a la crisis del apoyo informal (escenario 1), y más del 9%, si finalmente dicha crisis fuera de mayor calado (escenario 3). Asimismo, en cuanto a la composición relativa de dichos incrementos, los mayores esfuerzos en términos relativos deberían producirse en la atención domiciliaria. Debido a ello, como también puede apreciarse en el gráfico, la cantidad de recursos destinados a financiar las plazas en centros de día, podría crecer a tasas más modestas. En cuanto al gasto residencial, y debido al importante peso en términos absolutos que supone y supondrá esta partida, éste evoluciona en los distintos escenarios de un modo prácticamente simétrico al que lo hacen los costes totales. Estos resultados, como pone de manifiesto el gráfico siguiente, se mantienen esencialmente inalterados cuando se consideran los escenarios más favorables epidemiológicamente (1B, 2B y 3B), siendo las diferencias con respecto a sus homónimos sólo ligeramente inferiores.

Gráfico 21. Coste total de los CLD públicos, si las tasas de prevalencia disminuyeran un 1% anual: TAA 1999-2026.



Fuente: Elaboración propia.

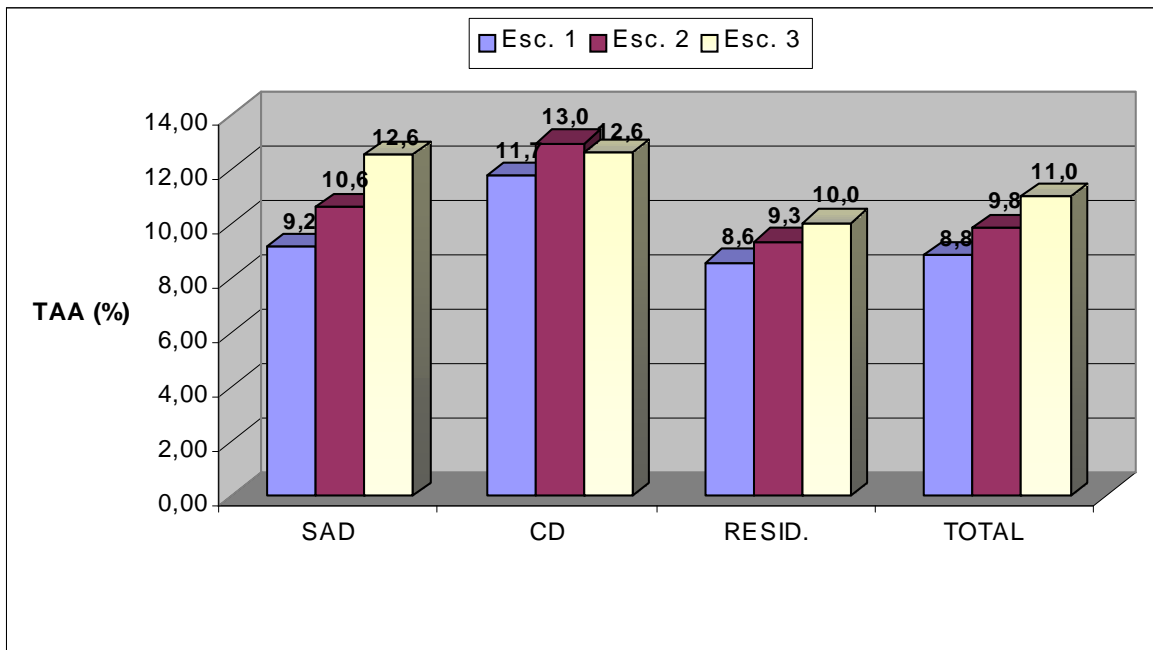
Si uno pretende hacerse una idea de cuán importantes resultan -en términos económicos- estas tasas de crecimiento, puede resultar útil compararlas con la evolución registrada recientemente por alguna variable similar¹³. Así, si consideramos la partida de gasto social de los Presupuestos Generales del Estado para el año 2001 (Banco de España, 2000), comprobamos que ésta experimenta un crecimiento del 7,3% en relación con el año anterior, siendo asimismo esa partida la más dinámica de cuántas componen el presupuesto. Sin embargo, como ponen de manifiesto los dos gráficos anteriores, en todos nuestros escenarios las tasas de crecimiento anual obtenidas superan dicha cifra. Además, hay que tener en cuenta que, a diferencia del incremento que se contempla en los Presupuestos, las tasas anuales que nosotros hemos calculado deberían mantenerse, año tras año, durante un periodo cercano a los treinta años. En suma, resulta poco probable que las necesidades de gasto que apuntan nuestros resultados puedan ser alcanzadas sin recurrir a nuevas fórmulas de financiación.

Aunque útiles para realizar una primera valoración del esfuerzo financiero que puede requerirse en el futuro, las anteriores tasas anuales acumulativas, al estar referidas a un periodo de tiempo muy largo, no nos permiten capturar cuál puede ser la evolución del gasto público en CLD a más corto plazo. Por ello, hemos recalculado dichas tasas para dos subperiodos de tiempo: el que va desde 1999 hasta 2015, y el comprendido entre los años 2016 y 2026. En cuanto a los escenarios epidemiológicamente desfavorables, éstos son los resultados obtenidos¹⁴.

Gráfico 22. Coste total de los CLD públicos: tasas anuales acumulativas 1999-2015.

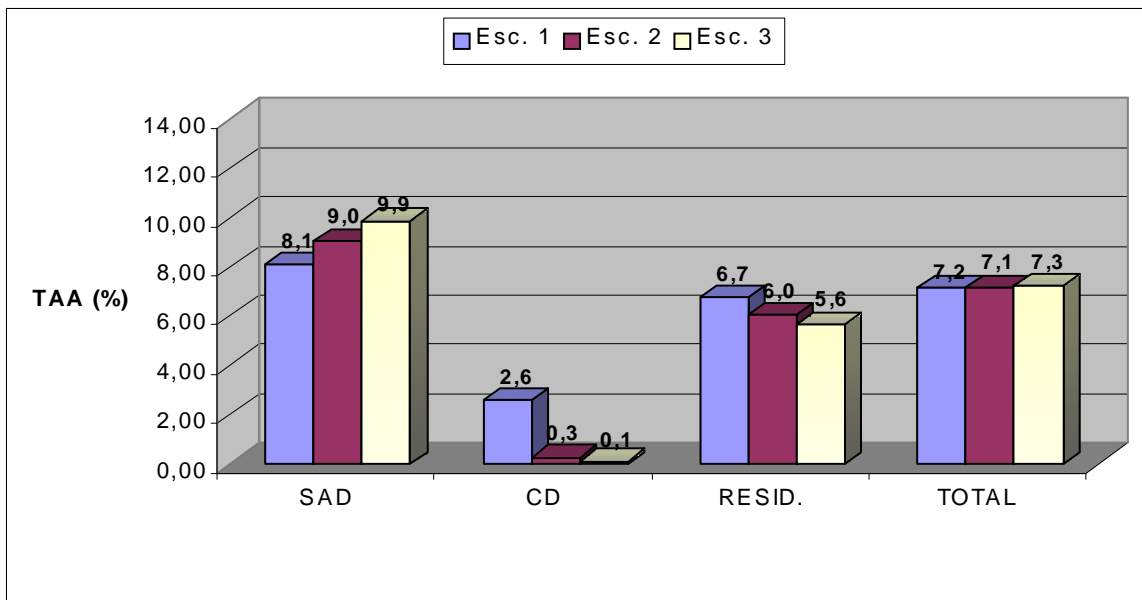
¹³ Idealmente, lo más apropiado sería tratar de compararlas con la evolución pasada del gasto público en CLD. Lamentablemente, como indicábamos anteriormente, la información disponible no permite realizar este ejercicio con la suficiente fiabilidad.

¹⁴ En el caso de los escenarios epidemiológicamente favorables, los resultados se reproducen en los gráficos 6 y 7 del anexo.



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 23. Coste total de los CLD públicos: tasas anuales acumulativas 2016-



2026.

Fuente: Elaboración propia.

Los dos gráficos anteriores ponen de manifiesto un fenómeno que, en el fondo, ya se intuía cuando analizábamos la previsible evolución de los usuarios de los distintos servicios disponibles, y que no es otro que el relativo al “timing” con el que deberían producirse los incrementos de recursos que sugieren nuestros escenarios. Así, debido a la previsible desaceleración a partir del año 2015 del ritmo al que crecerán las cohortes poblacionales de mayor edad, el grueso del esfuerzo inversor por parte del sector público tendría que producirse en los próximos años. Aunque nos hemos centrado en el gasto público, lo cierto es que el esfuerzo por parte del sector privado también

deberá ser importante, como se puede comprobar en los distintos gráficos que aparecen en el anexo (del 8 al 13).

6. CONCLUSIONES.

La dependencia entre las personas mayores no es un problema nuevo. De hecho, como ha revelado nuestro análisis sobre la situación actual de los CLD en nuestro país, son muchas las personas mayores que hoy en día están recibiendo ayuda para poder llevar a cabo diversas actividades cotidianas. No obstante, el grueso de esa asistencia la proporcionan cuidadores informales, que en la mayoría de los casos no son sino los familiares directos de la persona dependiente. En este sentido, el pobre desarrollo de los cuidados formales que se observa en España con relación a otros países europeos, más que el reflejo de una inhibición por parte del sector público y privado en esta materia, debe ser entendido como el resultado de la existencia de un “modelo familiar” que, hasta el momento, se ha revelado suficiente para atender las necesidades de las personas mayores dependientes.

Sin embargo, la viabilidad futura de ese modelo de atención dista mucho de estar clara. En nuestra opinión, este hecho, lejos de ser un aspecto negativo, constituye un efecto más de las transformaciones que están viviendo las estructuras familiares y, más concretamente, del papel que en ellas desempeñan las mujeres. Así pues, ante esta nueva realidad, lo más probable es que observemos cómo en los próximos años las familias empiecen a demandar la expansión de los servicios formales, conscientes de que éstos son la única vía efectiva de lograr compaginar la actividad laboral y los cuidados requeridos por los ancianos.

Ante esta situación, los agentes que deberán dar respuesta a esta creciente demanda serán, lógicamente, el sector público y el privado. A este respecto, no obstante, las alternativas son muy variadas. En última instancia, cómo hemos tratado de recoger en el modelo, el que se acabe optando por una mayor o menor implicación en la provisión de CLD, constituye una decisión que compete a nuestros decisores políticos, en el caso de los servicios públicos, y a las empresas en el caso de los servicios privados. Y, de nuevo, el grado de incertidumbre sobre cuál será el signo de éstas decisiones resulta elevado. Por ello, en este sentido, nuestro modelo, más que un artefacto que pretende adivinar el futuro, puede entenderse cómo un intento por ofrecer un método que nos ayude a calibrar el impacto económico de las distintas alternativas que se abren a nuestra sociedad para proporcionar CLD en el futuro.

De todos modos, aunque las posibilidades son varias, debe quedar claro que lo más probable es que en todos los casos sea necesario un esfuerzo financiero importante por parte de los sectores público y privado. De hecho, la magnitud de los incrementos del gasto que sugieren nuestros resultados, con ritmos de crecimiento anual especialmente intensos para los próximos quince años, obliga a no posponer por más tiempo un debate sereno acerca de cómo nuestro país puede conseguir los recursos necesarios para hacer frente a una demanda creciente de CLD.

BIBLIOGRAFÍA.

Antares Consulting (2000): “Seguro de dependencia. Estimación del nivel de dependencia, necesidades de recursos y proyecciones de futuro”. UNESPA.

Casado D y López Casanovas G.[2001]: *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro*. Barcelona: Fundació “La Caixa”.

Cutler, D. y Sheiner, L. (1998):"Demographics and medical care spending: standard and non-standard effects". NBER. Working Paper n° 6866.

Fernández Cordón, J.A. (1998):"Proyección de la población española". FEDEA: Documento de trabajo 98-11.

Greenacre MJ (1993). *Correspondence analysis in practice*. London/New York: Academic Press.

Imsero (1999). *La protección social de la dependencia*. Madrid: Imsero.

Imsero (2001). *Informe 2000. Las personas mayores en España: datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas*. Madrid: Imsero.

Imsero (1995): “Programa de estancias diurnas. Datos gestión 1995”. Imsero (mimeo).

Jacobzone et al. (1999):"The health of older persons in OECD countries: Is it improving fast enough to compensate for population ageing?". OECD: Labor Market and Social Policy. Occasional Paper n° 37.

Rivlin AM y Wiener JM (1988). *Caring for the disabled elderly. Who will pay?*. The Brookings Institution: Washington D.C.

Royal Commission on Long Term Care (1999). *With Respect to Old Age*. The Stationery Office, London, March 1999.

Schulte, B. (1996): “Social Protection for Dependence in Old Age: The Case of Germany”. En: Eisen, R. and Sloan, F.A. *Long-term care: Economic issues and policy solutions*. Kluwer Academic Publishers, Boston-Dordrecht-London, 1996.

Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (2000). *Geriatría XXI: Análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España*. Madrid: Edimsa, 2000.

Wiener JM et al. (1994). *Sharing the Burden*. The Brookings Institution: Washington D.C.

Wittenberg, R., Pickard, L., Comas-Herrera, A., Davies, B. and Darton R (1998). *Demand for Long-Term Care: Projections of Long-Term Care Finance for Elderly People*. PSSRU: University of Kent.

ANEXO

Gráfico 1. Usuarios de la ADP en el supuesto de que las tasas de prevalencia permanecen constantes: 1999-2026.

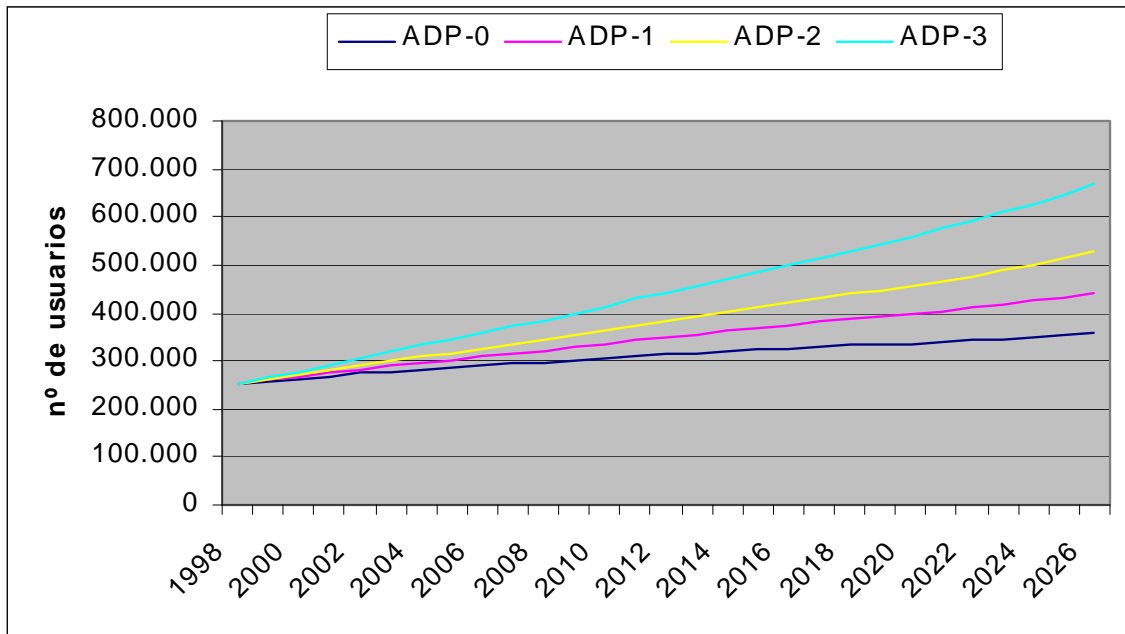


Gráfico 2. Usuarios de la ADP en el supuesto de que las tasas de prevalencia disminuyan un 1% anual: 1999-2026.

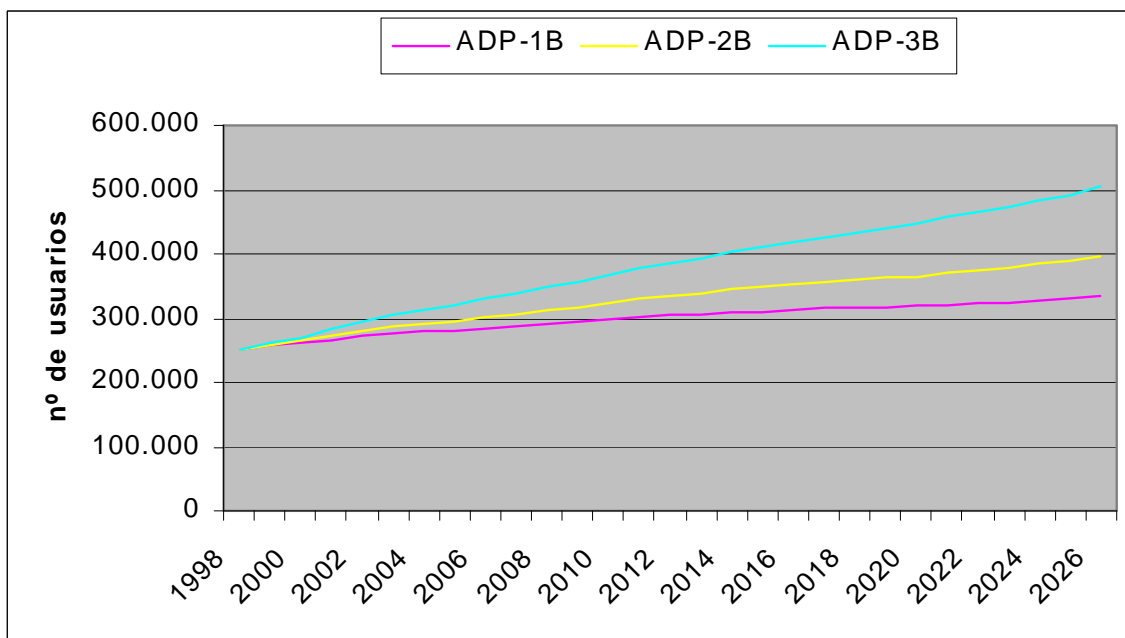


Gráfico 3. Usuarios de plazas en centros de día públicos en el supuesto de que las tasas de prevalencia permanecen constantes: 1999-2026.

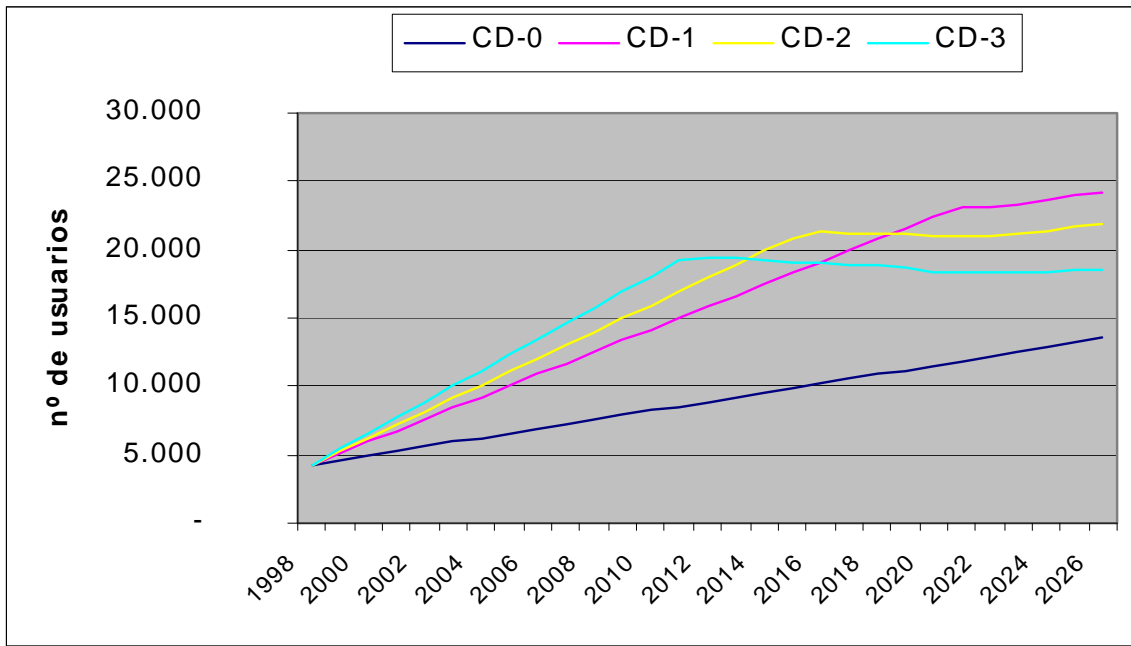


Gráfico 4. Usuarios de plazas en centros de día públicos en el supuesto de que las tasas de prevalencia disminuyan un 1% anual: 1999-2026.

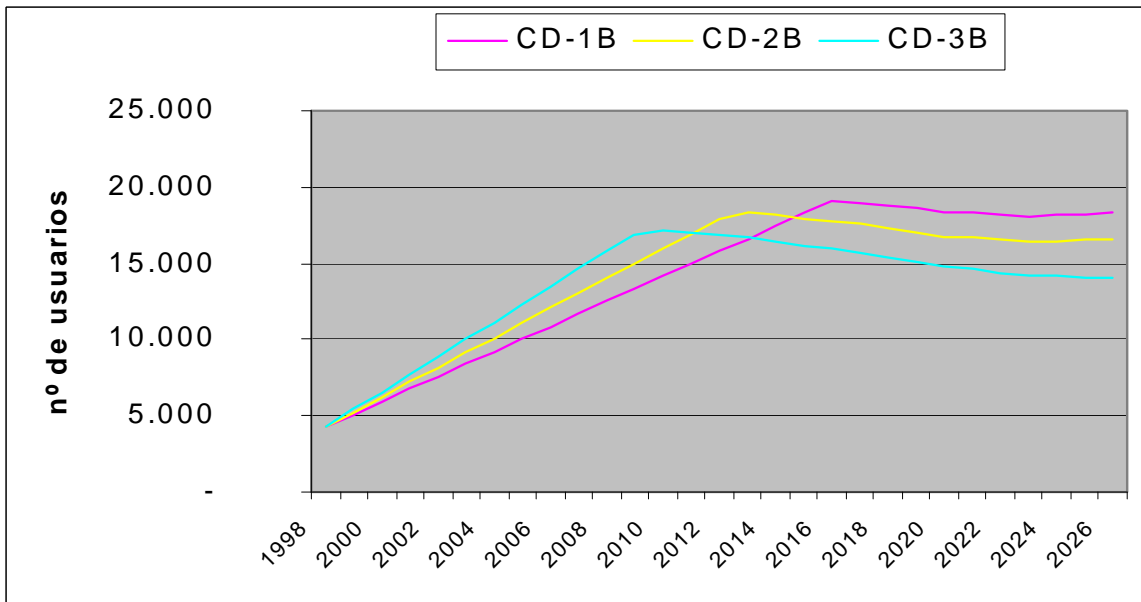
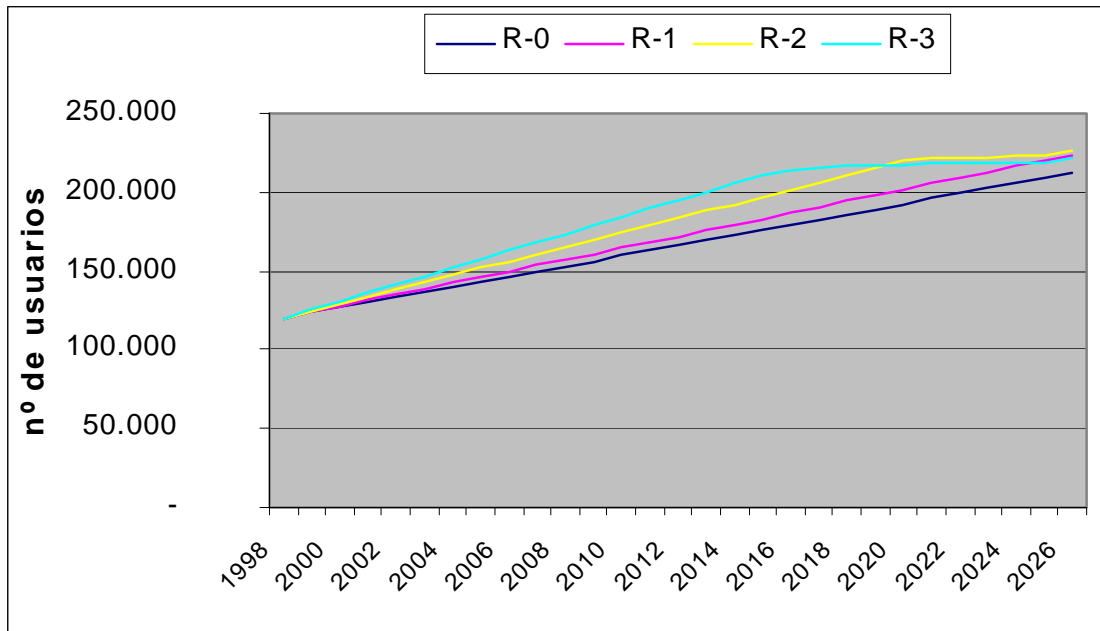


Gráfico 5. Usuarios de plazas residenciales financiadas privadamente: 1999-



2026.

Gráfico 6. Coste total de los CLD públicos, si las tasas de prevalencia disminuyeran un 1% anual: TAA 1999-2015.

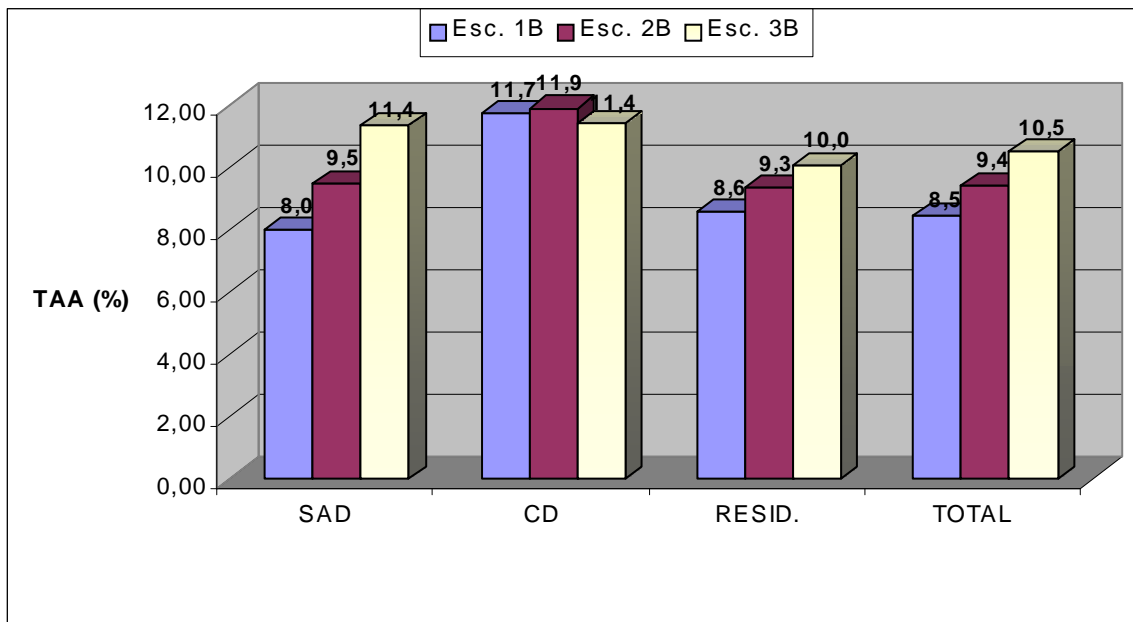


Gráfico 7. Coste total de los CLD públicos, si las tasas de prevalencia disminuyeran un 1% anual: TAA 2016-2026.

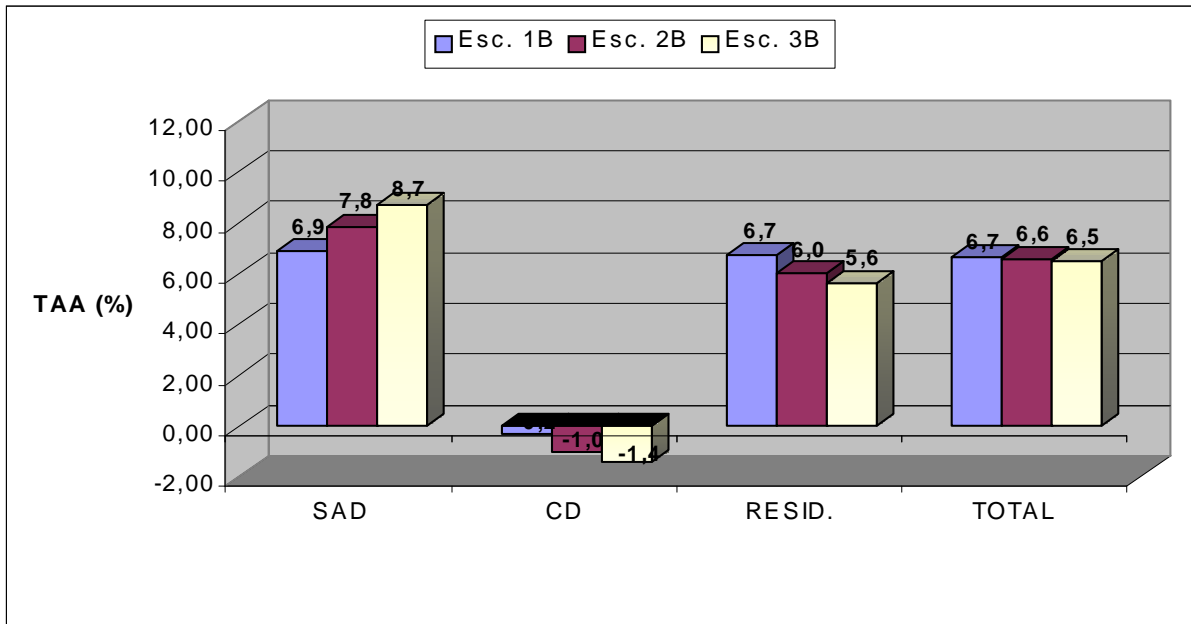


Gráfico 8. Coste total de los CLD privados: tasas anuales acumulativas 1999-2026.

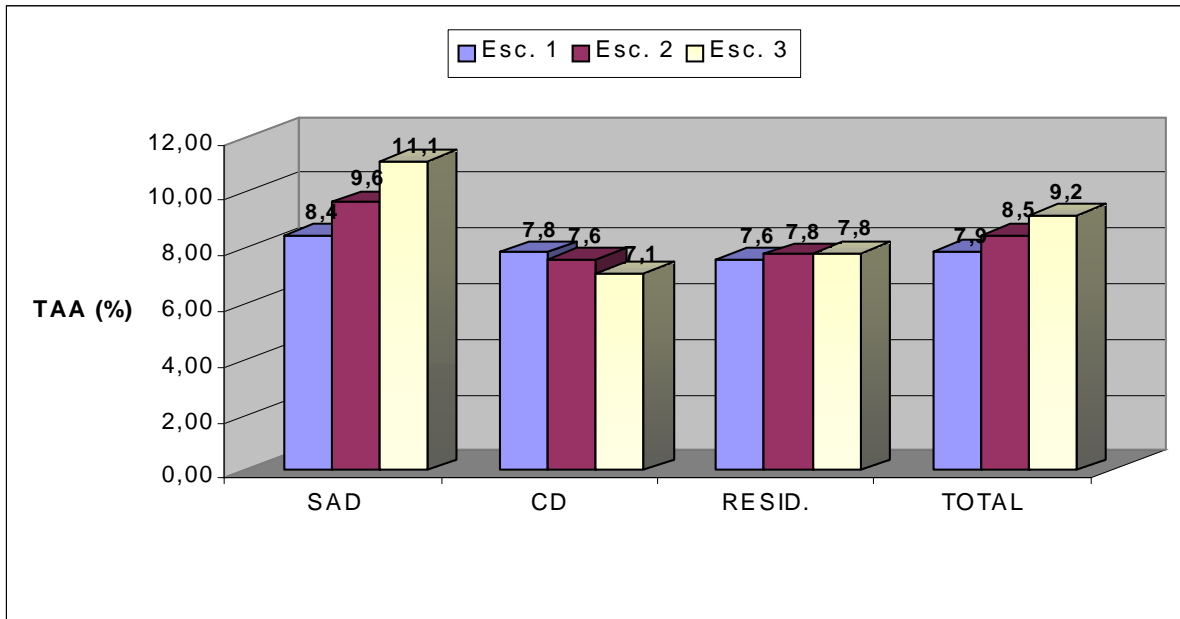


Gráfico 9. Coste total de los CLD privados, si las tasas de prevalencia disminuyeran un 1% anual: TAA 1999-2026.

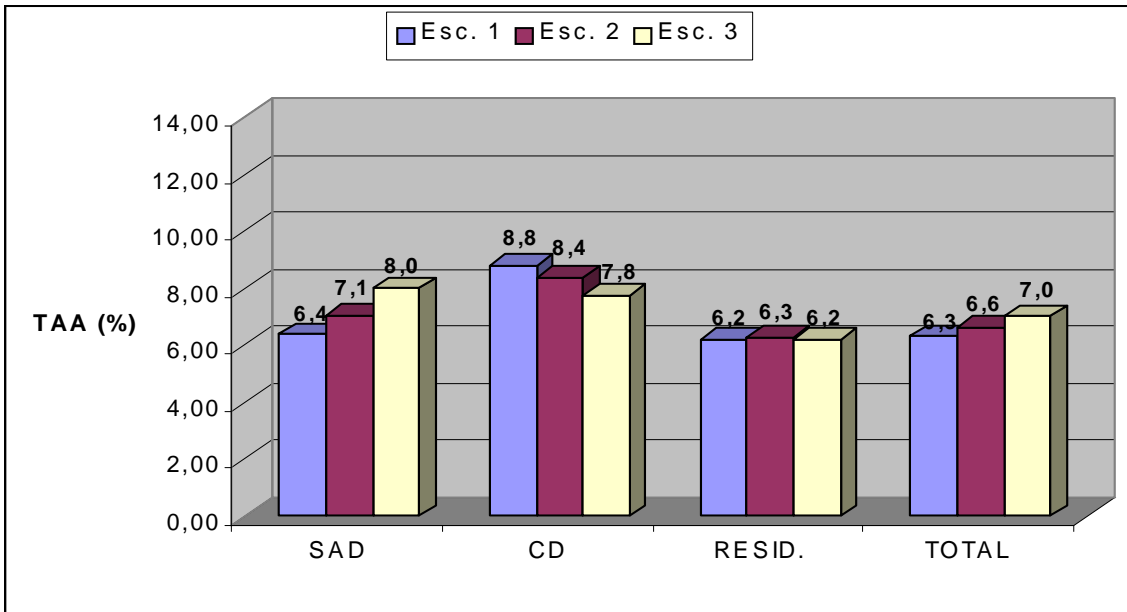


Gráfico 10. Coste total de los CLD privados: tasas anuales acumulativas 1999-2015.

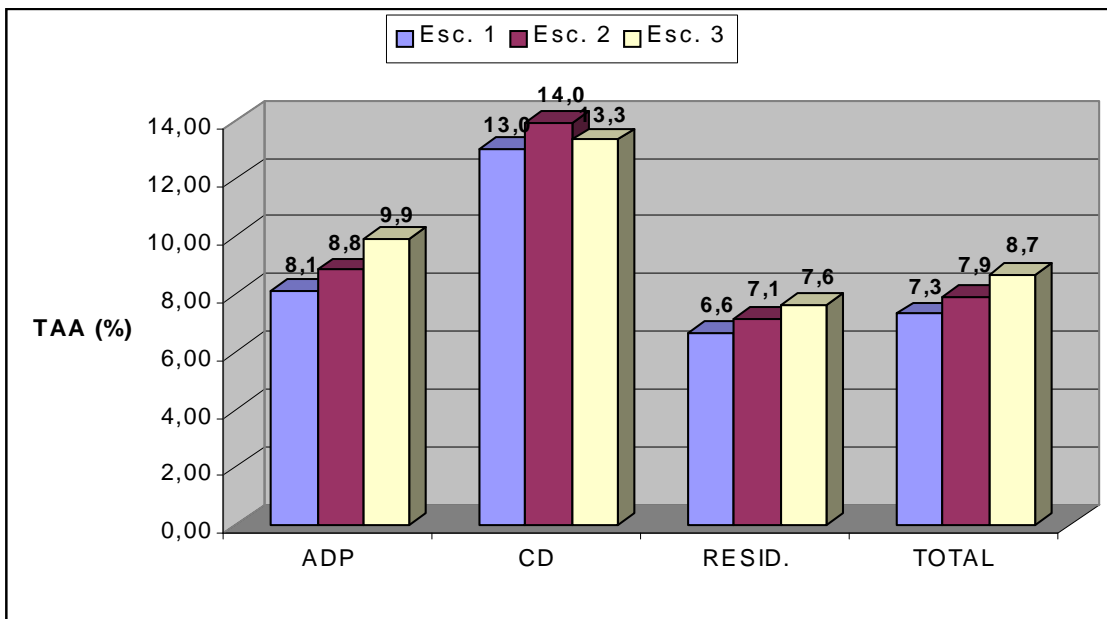
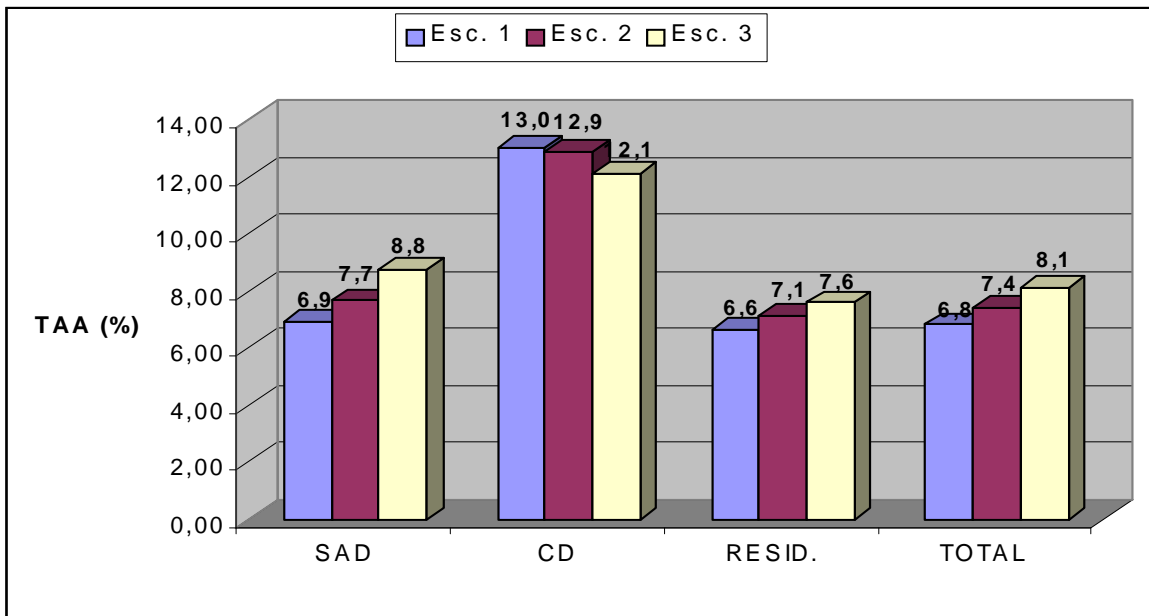


Gráfico 11. Coste total de los CLD privados, si las tasas de prevalencia disminuyeran un 1% anual: TAA 1999-2015.



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 12. Coste total de los CLD privados: tasas anuales acumulativas 2016-2026.

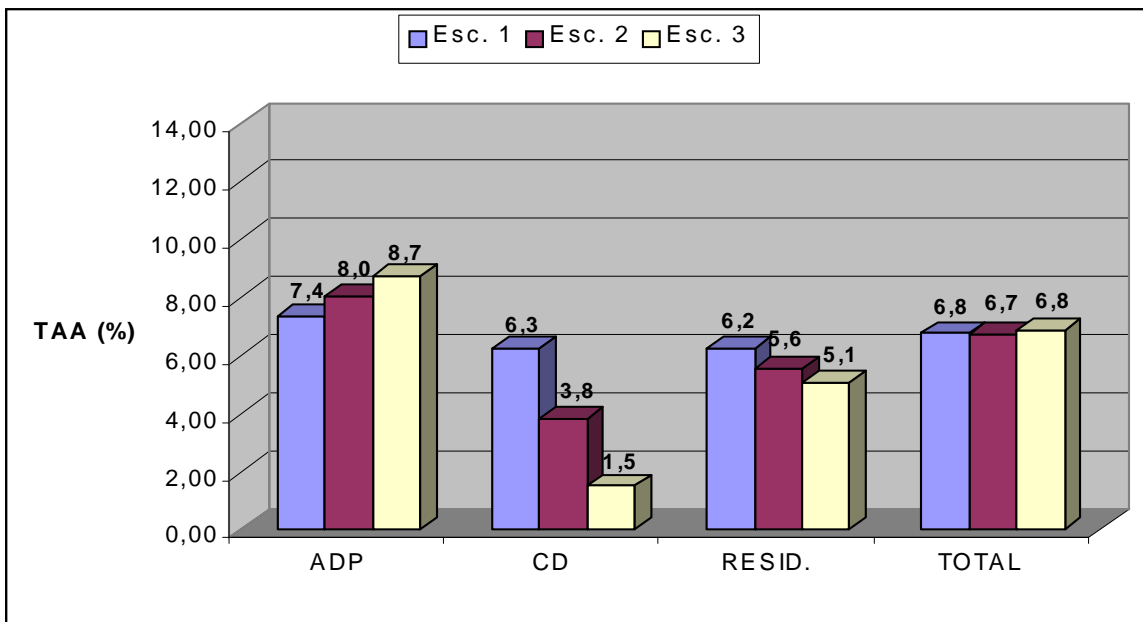
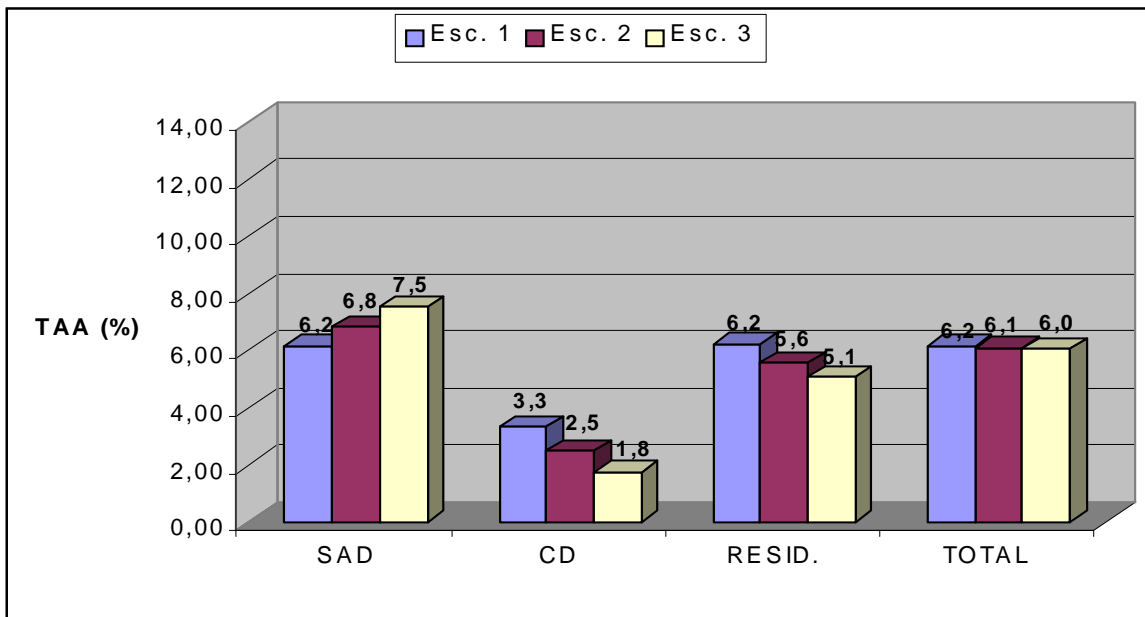


Gráfico 13. Coste total de los CLD privados, si las tasas de prevalencia disminuyeran un 1% anual: TAA 2016-2026.



GLOSARIO

ADP: Atención domiciliaria privada.

AI: Apoyo informal.

AIVD: Actividades instrumentales de la vida diaria.

AVD: Actividades de la vida diaria.

CD: Centros de día.

CLD: Cuidados de larga duración.

GD: Plazas de gestión directa (titularidad pública).

SAD: Servicios de ayuda a domicilio (atención domiciliaria pública).

TAA: Tasa anual acumulativa.