

ARTÍCULOS



Impacto territorial de la dependencia en España: población afectada y costes asociados a su atención *

Pablo Alonso González, Irene Albarrán Lozano **, Miguel Ángel Fajardo
Caldera ***

RESUMEN: La aprobación y puesta en marcha de la Ley de Dependencia ha supuesto un nuevo campo de actuación para las políticas públicas. De acuerdo a dicha Ley, son las Comunidades Autónomas las responsables de ofrecer los servicios. Por ello parece oportuno plantearse si el impacto será igual en todas ellas. Este trabajo trata de evaluar el número de personas dependientes con derecho a ayudas públicas en cada territorio y el coste asociado a su atención, tanto en el instante actual como hasta 2015, año en el que el sistema público de atención estará plenamente desarrollado.

Clasificación JEL: H53, J11, J14.

Palabras clave: dependencia, coste individual, predicciones.

Effect of dependency in spanish regions: affected people and costs linked to their assistance

ABSTRACT: The approval and implementation of Long Term Care Law has opened a new field for public policies. According to this Law, the Regional Governments will be in charge for offering the services needed. For this reason, it can be adequate to know if the impact of this new service will be the same amongst all the territories. This paper tries to estimate how many dependent people would have the right to receive public aid in each Region and what their cost will be, not only in the present moment but also in 2015. For that time, it is supposed that the public system will be fully implemented.

* Este trabajo ha contado con la financiación del Ministerio de Educación y Ciencia y la ayuda FEDER a través del proyecto SEJ2005-08070/ECON.

** Universidad Carlos III de Madrid.

*** Universidad de Extremadura.

Autor para correspondencia: Pablo Alonso González. Universidad de Alcalá. Facultad de CC. Económicas y Empresariales, Departamento de Estadística, Estructura Económica y OEI Plaza de la Victoria, 3. 28802 Alcalá de Henares (Madrid). Teléfono: +34-91-8854275 (pablo.alonsog@uah.es).

Recibido: 9 de enero de 2009 / Aceptado: 15 de junio de 2009.

JEL Classification: H53, J11, J14.

Keywords: long term care, individual cost, forecasts.

1. Introducción

La aprobación de la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia —en adelante, LAAD—, ha abierto la puerta a la prestación de servicios y ayudas por parte de las Administraciones Públicas a las personas en esta situación. En líneas generales, se trata de un nuevo derecho reconocido a todos los españoles en el que, si bien la Administración General del Estado garantiza unos mínimos básicos para cualquier persona sea cual sea su lugar de residencia, el grueso de los servicios y prestaciones lo han de ofrecer las Comunidades Autónomas¹.

Este planteamiento induce un conjunto de problemas toda vez que la incidencia de esta contingencia no es uniforme en el territorio nacional ni las posibilidades financieras son semejantes entre las diferentes unidades territoriales. Esta combinación de factores puede llevar a que la puesta en marcha del sistema de atención a la dependencia no sea todo lo armónico y eficiente que cabría esperar, traduciéndose estas diferencias de partida, bien en una prestación inadecuada de servicios, bien en un agravamiento de los problemas presupuestarios de las diferentes administraciones territoriales. Este último aspecto es crucial si tenemos en cuenta que la LAAD no lleva aparejada fuentes específicas de financiación tal y como ocurre en países de nuestro entorno, caso de Alemania y Francia.

Este trabajo trata de evaluar el impacto que la implantación de la LAAD tendrá sobre las diferentes Comunidades Autónomas españolas. El periodo de tiempo analizado es el comprendido entre 2009 y 2015, año en el que se supone que el sistema de atención a la dependencia estará plenamente desplegado. Se ha considerado únicamente el gasto asociado al cuidado de estas personas y no las inversiones en equipamiento que harían falta para ofrecer el servicio. Tampoco se ha considerado el efecto que el copago de los servicios pudiera tener pues, aunque esta posibilidad está recogida en el texto legal, aún no existe regulación específica sobre el tema.

Para abordar el estudio, el trabajo se divide en varios bloques. En el primero, el apartado 2, se exponen someramente los aspectos legales que conformarán las estimaciones de población afectada y el coste asociado a su cuidado. El apartado 3 aborda la estimación de dicha población en cada territorio, teniendo en cuenta la definición y limitaciones recogidas en la normativa española. Además, en este apartado

¹ En España, hasta la aparición de la Ley 39/2006, la Seguridad Social no contemplaba dentro de su acción protectora una rama autónoma que cubriera la contingencia específica de dependencia, por lo que sus cuidados y prestaciones estaban repartidas entre la Seguridad Social y la asistencia social. La Seguridad Social cubría ciertas situaciones en las que se requería la asistencia de otra persona en favor de inválidos y ancianos, como por ejemplo, prestaciones complementarias o complementos de la pensión de gran invalidez en determinados casos.

se realizarán predicciones del número de personas que podrán recibir ayudas públicas en los próximos años. El apartado 4 aborda el estudio del coste por unidad territorial, tanto en el presente como en años venideros. Finalmente, el apartado 5 recoge las principales conclusiones del estudio.

2. Dependencia: concepto y situación legal en España

Aunque la LAAD acota claramente qué se entiende por persona dependiente, conviene tener presente que esta definición está enmarcada dentro de las condiciones aceptadas a nivel internacional². Así, el Consejo de Europa (1998) la define como «un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal». Esta definición, que ha sido ampliamente aceptada, exige que se den simultáneamente tres factores para que se pueda hablar de una situación de dependencia: 1) la existencia de una limitación física, psíquica o intelectual que merme ciertas capacidades de la persona; 2) la incapacidad de la persona para realizar por sí misma las actividades de la vida diaria, y 3) la necesidad de asistencia o cuidados por parte de un tercero. A la hora de abordar el impacto de la dependencia, es necesario tener en cuenta que esta contingencia se puede presentar a cualquier edad, tal y como lo reconocen el Consejo de Europa (2000) y Puga (2001), si bien es cierto que la mayor incidencia se da entre las personas mayores. Existen múltiples estudios que unen ambas situaciones, entre los que cabe citar (entre otros) los de Casado y López (2001), Moragas y Cristofol (2003), López *et al.* (2005) y Guillén *et al.* (2006). No obstante, conviene señalar que la dependencia no es una fase obligada de la vida en época senil tal y como señala Zunzunegui (1998).

Por lo que se refiere a la legislación española que regula las ayudas a las personas en esta situación, las dos normas básicas son la LAAD y el RD 504/2007, de 20 de abril, que establece el baremo de valoración de la dependencia —en adelante, BVD—. Estas ayudas se encuadran dentro de los llamados *cuidados de larga duración* —en adelante, CLD— aunque, según Rodríguez (2007), abarcan más cuestiones al ser un «conjunto de intervenciones privadas y públicas, formales e informales, en servicios y prestaciones monetarias, sociales pero también sanitarias, que van dirigidas a prevenir, rehabilitar y cuidar a las personas que por razón de algún tipo de deficiencia contraen déficits funcionales que afectan a la realización de AVD de tipo personal, instrumental y relacional».

Los cambios demográficos y sociales están provocando, según Wiener, Tilly y Cuellar (2003) y Zweifel, Fólter y Werblow (2004), una expansión de las necesidades de CLD debido, entre otros aspectos, a la reducción del tamaño de las familias y la incorporación de la mujer a la actividad laboral que suponen una reducción de los cuidados informales y un aumento de los cuidados formales. Courbage y Costa-Font

² El capítulo XI del Libro Blanco de la Dependencia (IMSERSO, 2005) ofrece una visión comparativa del fenómeno de la dependencia y su protección en algunos países de la UE y otros de la OCDE.

(2006) establecen claramente una estrecha relación entre envejecimiento, aumento de los gastos sanitarios y el papel de los seguros públicos y privados en la cobertura de estos servicios. Además, tal como evidencian Rodríguez (1999), Casado y López (2001), Puga (2001), OECD (2005) y OECD (2006) entre otros, aumentarán los gastos sanitarios en las próximas décadas siendo una de las razones principales el proceso de envejecimiento de la población que están experimentando los países desarrollados. Así, uno de los principales fenómenos asociados al envejecimiento demográfico es el deterioro progresivo de la salud y la dependencia. En consecuencia, la dependencia asociada al envejecimiento se convierte en un problema socio-sanitario y económico trascendente según Otero *et al.* (2004).

Volviendo a la legislación española, el art. 2 de la LAAD define dependencia como «el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria». A su vez, en este mismo artículo se definen dichas actividades como las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas. El art. 26 establece la clasificación de los dependientes en tres grados: Grado I —o de Dependencia moderada—, cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día; Grado II —o de Dependencia severa—, cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere la presencia permanente de un cuidador; y finalmente Grado III —o de Gran dependencia—, cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía mental o física, necesita la presencia indispensable y continua de otra persona. Cada uno de ellos se divide en dos niveles. La determinación del grado y nivel correspondiente a cada persona evaluada se efectuará a partir de la puntuación obtenida al aplicarle el BVD. En Alonso y Albarrán (2008) aparece una explicación de la aplicación del BVD. La escala aplicable es la que aparece en la tabla 1.

Tabla 1. Escala de puntuación del baremo

<i>Grado</i>	<i>Nivel</i>	<i>Puntos</i>
I	1	25-39
	2	40-49
II	1	50-64
	2	65-74
III	1	75-89
	2	90-100

Fuente: RD 504/2007.

Por tanto, no todo dependiente tendrá derecho a percibir ayudas públicas, siendo los potenciales beneficiarios los que hayan alcanzado un baremo de, al menos, 25 puntos.

3. Incidencia de la dependencia por territorios

La evaluación de costes por Comunidades choca con dos problemas fundamentales. Por un lado, la ausencia de datos disponibles referidos al número de personas aquejadas por esta contingencia y por otro, las dificultades para estimar el coste de su atención. En este apartado se realiza una propuesta para calcular el número de personas dependientes para, a partir de aquí, obtener el número de dependientes con derecho a ayudas públicas —a partir de ahora, DDAP—, siempre desde una óptica regional. La información disponible es la contenida en la EDDDES (Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud), elaborada por el INE en colaboración con el IMSERSO y la Fundación ONCE durante 1999. Recoge información de 70.500 hogares y de unas 220.000 personas que residen en su domicilio familiar. Cada encuestado lleva asociado un factor de elevación que garantiza la representatividad a nivel nacional. Para cada uno de ellos se recoge información sobre las discapacidades autopercibidas, junto con la severidad con la que las padecen. Se distingue entre 36 discapacidades, agrupadas en diez bloques —recogidas en el Anexo I—, junto con su severidad, que puede ser moderada, grave o total.

La utilización de esta base de datos conlleva tres inconvenientes. El primero, es que se trata de una encuesta sobre discapacidades autopercibidas; el segundo, es que son datos de hace diez años; el tercero y relacionado con el anterior, es que se utiliza la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías —CIDDM— de 1980 (OMS, 1980), que era la vigente en el momento de su elaboración. Este aspecto resulta especialmente problemático al intentar obtener el número de personas afectadas aplicando la definición recogida en el art. 2 de la LAAD sobre la EDDDES, pues la traducción de las discapacidades implicadas no es directa, tal y como se verá más adelante. Por otra parte, lo positivo de usar la EDDDES es que es la única fuente estadística a nivel nacional disponible para el estudio de esta contingencia³.

Conviene tener en cuenta que, para seleccionar a los discapacitados que son dependientes se deben cumplir las tres condiciones citadas anteriormente: 1) la existencia de una limitación física, psíquica o intelectual que merma ciertas capacidades de la persona; 2) la incapacidad de la persona para realizar por sí mismo las actividades de la vida diaria, y 3) la necesidad de asistencia o cuidados por parte de un tercero. Considerando lo anterior y la definición de dependiente que ofrece la LAAD en su art. 2, las

³ Existen otras encuestas como la Encuesta de Población Activa (EPA), Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) y el Panel de Hogares de la Unión Europea (PHOGUE) pero debido a la definición imprecisa de discapacidad que utilizan y/o a la información insuficiente y sin detallar que recogen (no distinguen entre tipos de discapacidades, ni recogen información sobre la severidad ni la necesidad de ayuda de una tercera persona) no pueden utilizarse para analizar el fenómeno de la dependencia.

discapacidades utilizadas para seleccionar la población afectada son las siguientes (los números son los que las identifican en el cuadro del Anexo I): Aprender, aplicar conocimientos y desarrollar tareas (12 a 15), Desplazarse (16 a 18), Desplazarse fuera del hogar (22 a 24), Cuidarse de sí mismo (25 a 28), y Realizar las tareas del hogar (29 a 33). Por su parte, la exigencia de atención por tercera persona se recoge en la EDDDES mediante una variable que recoge seis posibles situaciones: menos de siete horas, entre siete y catorce horas, entre quince y treinta horas, entre treinta y una y cuarenta horas, entre cuarenta y una y sesenta horas y más de sesenta horas. De la aplicación de todas estas exigencias se obtiene que, para el conjunto nacional, de las 3.478.643 personas con seis o más años que había con alguna discapacidad en 1999, 1.398.768 podrían considerarse como dependientes, de los que un 66,9% son mujeres.

Tal y como establece la LAAD, no todo dependiente tiene derecho a percibir ayudas públicas, solamente aquellos que alcancen 25 puntos o más de BVD. Dado que a cada encuestado en la EDDDES se le ha registrado la provincia de residencia, es fácil obtener la clasificación por Comunidades Autónomas. La tabla 2 recoge, para cada unidad territorial, el número de habitantes con al menos seis años de edad, discapacitados, dependientes, DDAP, su clasificación según grados y la tasa de prevalencia (tp) de estos últimos.

Hay que señalar que se ha tomado la población de seis o más años por ser la recogida en la EDDDES. Por ello, el tramo analizado de edades tiene como límite inferior la citada edad y como superior los noventa y nueve. En cuanto a la tasa de prevalencia, es el resultado de dividir para cada Comunidad o Ciudad Autónoma el número estimado de DDAP entre la población con una edad de seis o más años. Obviamente, la tasa nacional es el cociente entre la suma de todas y cada una de las cifras estimadas de DDPA para cada unidad territorial y la población española con la edad analizada.

Como puede apreciarse, la incidencia de la dependencia con derecho a ayuda es desigual a lo largo y ancho del territorio nacional. Así, las mayores tasas de prevalencia se dan en Extremadura y Galicia, superando en más de vez y media la tasa media nacional, y a continuación, en Andalucía y Castilla-La Mancha, con una prevalencia que es un 30% superior a la media nacional. En el otro extremo se encuentran País Vasco, Comunidad de Madrid y la Ciudad de Melilla, con tasas que se sitúan en torno a la mitad de la tasa nacional.

Resultaría interesante poder estimar la evolución futura de la población dependiente, más en concreto, la que puede percibir ayudas públicas, para lo cual se hace preciso elaborar un modelo que permita poder llevar a cabo las predicciones. Para ello, en este trabajo la tarea de estimar el número de personas dependientes con derecho a percibir ayudas públicas en 2009 y en el futuro —2015— se realiza a partir de la información disponible, que es la recogida en la EDDDES y en las proyecciones de población por Comunidades Autónomas, elaboradas por el INE para el periodo 2002-2017, las cuales se han realizado mediante el método de componentes (INE, 2007). Como las cifras de inmigración han crecido bastante en los últimos años en España y su evolución futura es sumamente incierta, el INE ha elaborado dos escenarios:

Tabla 2. Población total, discapacitada y dependiente: resumen global (año 1999)

Territorio	Población	Discap.	Depend.	DDAP: número, prevalencia y reparto por grados				
				Número	tp	Grado I	Grado II	Grado III
AND	6.855.927	708.831	324.129	175.551	2,6%	98.681	37.799	39.072
ARA	1.133.888	96.046	37.754	19.537	1,7%	10.246	3.108	6.183
AST	1.048.637	101.003	40.083	22.004	2,1%	10.070	5.834	6.100
BAL	774.885	56.949	22.859	13.146	1,7%	7.356	2.092	3.697
CNR	1.584.174	106.286	32.522	18.448	1,2%	7.763	5.722	4.964
CTB	506.810	48.149	21.440	11.460	2,3%	5.277	2.295	3.888
CLM	1.628.915	164.896	70.095	42.867	2,6%	22.074	10.823	9.970
CYL	2.388.456	275.300	103.517	53.425	2,2%	26.622	12.379	14.424
CAT	5.886.855	564.513	202.152	109.976	1,9%	53.551	29.314	27.110
CEU	67.659	5.469	2.906	939	1,4%	368	322	249
EXT	1.015.646	102.291	51.545	34.271	3,4%	17.459	8.983	7.829
GAL	2.620.862	272.190	129.073	82.748	3,2%	36.362	25.111	21.274
MAD	4.884.331	347.800	104.907	54.064	1,1%	26.110	11.461	16.493
MEL	52.815	6.708	1.756	551	1,0%	162	80	309
MUR	1.057.043	111.259	46.905	24.105	2,3%	12.341	4.904	6.860
NAV	509.659	40.375	21.826	11.076	2,2%	6.048	2.991	2.037
PVA	2.006.937	143.601	47.509	20.564	1,0%	9.530	5.403	5.630
RIO	252.915	14.103	6.420	5.110	2,0%	2.236	1.294	1.579
VAL	3.853.639	312.875	131.370	76.632	2,0%	31.820	21.863	22.949
ESP	38.130.053	3.478.644	1.398.767	776.475	2,0%	384.077	191.781	200.617

Notas: AND = Andalucía; ARA = Aragón; AST = Principado de Asturias; BAL = Illes Balears; CNR = Canarias; CTB = Cantabria; CLM = Castilla-La Mancha; CYL = Castilla y León; CAT = Cataluña; CEU = Ciudad de Ceuta; EXT = Extremadura; GAL = Galicia; MAD = Comunidad de Madrid; MEL = Ciudad de Melilla; MUR = Región de Murcia; NAV = Comunidad Foral de Navarra; PVA = País Vasco; RIO = La Rioja; VAL = Comunitat Valenciana; ESP = España; Discap. = Discapacitados; Depend. = Dependientes; DDAP = Dependientes con derecho a ayudas públicas; tp = tasa de prevalencia.

Fuente: Elaboración propia a partir de EDDDES.

1. En el primero (a partir de ahora, Proyección 1 o P1), se supone que las entradas netas de extranjeros en España evolucionan hasta 2010 de acuerdo a la tendencia más reciente y, a partir de entonces, se mantienen prácticamente constantes ligeramente por encima de 250.000 personas por año, de modo que, para el periodo 2007-2059 las entradas netas de extranjeros serían de 14,6 millones de personas.
2. En el segundo (a partir de ahora, Proyección 2 o P2), se supone que las entradas a medio plazo serán menores que en el escenario anterior, de modo que, si bien las entradas entre 2002 y 2006 son idénticas a las del escenario 1, a

partir de entonces caen hasta situarse en algo más de las 100.000 personas por año, con lo que las entradas netas entre 2007 y 2059 se situarían en unos 5,8 millones de personas.

La hipótesis de trabajo que se ha utilizado para obtener las cifras de dependientes con derecho a ayuda para el intervalo de tiempo considerado, consiste en suponer que el factor de elevación asociado a cada registro de la EDDDES evolucionará en el tiempo de igual forma que lo hace el peso que tiene el tramo de edad en el que se encuentra en relación con la población total de su comunidad autónoma. Es decir, sean $Pob_{TOT,j}^t$ = población total en el año t de la comunidad j ; Pob_{ij}^t = población del tramo i -ésimo de edad en el instante t y en la comunidad j ; $Pob_{TOT,j}^{1999}$ = población total de la comunidad j en el año de partida, es decir, 1999, y Pob_{ij}^{1999} = población del tramo i -ésimo de edad en el instante de partida en la comunidad j . El peso del tramo i -ésimo dentro de la población total en un año t de una comunidad j se expresa como

$$k_{ij}^t = \frac{Pob_{ij}^t}{Pob_{TOT,j}^t} \text{ y en el año de partida como } k_{ij}^{1999} = \frac{Pob_{ij}^{1999}}{Pob_{TOT,j}^{1999}}.$$

Por tanto, la evolución que experimenta esta ponderación a lo largo del tiempo será el cociente entre ambas expresiones, es decir:

$$K_{ij}^t = \frac{k_{ij}^t}{k_{ij}^{1999}} = \frac{\frac{Pob_{ij}^t}{Pob_{TOT,j}^t}}{\frac{Pob_{ij}^{1999}}{Pob_{TOT,j}^{1999}}} \quad (1)$$

con lo que el factor de elevación asociado al individuo k -ésimo de la comunidad j en el año t será $fe_{kj}^t = fe_{kj}^{1999} \cdot K_{ij}^t$. Por ejemplo, si el tramo entre setenta y cinco y setenta y nueve años representa el 2,78% y el 3,26% del total de la población en 1999 y 2009 respectivamente, entonces su peso ha crecido en un 17,55%, con lo que los factores de elevación de los encuestados en la EDDDES en esa franja de edades crecerán a esa tasa entre los dos años considerados. Además de esta hipótesis sobre la evolución de la población, el supuesto implícito que se hace es que no se supone ningún cambio técnico o médico que permitiese modificar el impacto de la dependencia a lo largo de los años venideros. La tabla 3 recoge las estimaciones de DDAP correspondientes a 2009 y 2015 —instantes actual y año en el que se supone que estará plenamente desplegada la LAAD—.

Tal y como se ve, las comunidades con mayor incidencia siguen siendo Extremadura y Galicia, acentuándose la prevalencia, especialmente en la última. En ambas, la tasa se acerca al doble de la registrada para el conjunto de España. En el otro extremo siguen estando la Comunidad de Madrid y la Ciudad de Melilla con tasas muy similares a las de 1999. Sus tasas de prevalencia se sitúan por debajo de la mitad de la media nacional. Es de señalar el crecimiento previsto en la tasa de prevalencia para el País Vasco, pues si se compara la estimación para 2015 con los datos de 1999, dicha tasa crece en medio punto.

Tabla 3. Evolución prevista de los DDAP y su tasa de prevalencia (años 2009 y 2015)

	Proyección 1				Proyección 2			
	2009		2015		2009		2015	
	DDPA	tp	DDPA	tp	DDPA	tp	DDPA	tp
AND	201.511	2,7%	220.641	2,8%	201.364	2,7%	220.729	2,9%
ARA	22.570	1,9%	24.717	2,0%	22.539	1,9%	24.773	2,1%
AST	26.150	2,6%	28.781	2,9%	26.029	2,6%	28.501	2,9%
BAL	13.608	1,4%	14.756	1,4%	13.709	1,4%	15.138	1,5%
CNR	21.034	1,1%	24.281	1,2%	21.053	1,1%	24.516	1,2%
CTB	12.947	2,4%	14.455	2,6%	12.874	2,4%	14.312	2,6%
CLM	46.593	2,5%	48.937	2,5%	46.606	2,5%	49.174	2,6%
CYL	65.101	2,8%	73.036	3,2%	64.728	2,8%	72.219	3,2%
CAT	122.392	1,8%	132.562	1,8%	122.705	1,8%	134.327	2,0%
CEU	1.228	1,9%	1.447	2,4%	1.216	1,9%	1.398	2,2%
EXT	38.730	3,8%	42.837	4,2%	38.560	3,8%	42.427	4,2%
GAL	98.609	3,8%	109.398	4,3%	98.217	3,8%	108.676	4,3%
MAD	58.484	1,0%	65.267	1,1%	58.752	1,0%	66.513	1,1%
MEL	544	0,9%	612	1,0%	545	0,9%	609	1,0%
MUR	26.599	2,0%	28.883	2,0%	26.730	2,1%	29.402	2,2%
NAV	13.084	2,3%	14.585	2,4%	13.056	2,3%	14.612	2,5%
PVA	26.573	1,3%	30.977	1,5%	26.393	1,3%	30.568	1,5%
RIO	5.617	1,9%	5.975	1,9%	5.635	1,9%	6.057	2,0%
VAL	83.548	1,8%	90.271	1,8%	84.059	1,9%	92.233	1,9%
ESP	884.922	2,1%	972.417	2,2%	884.772	2,1%	976.183	2,3%

Notas: AND = Andalucía; ARA = Aragón; AST = Principado de Asturias; BAL = Illes Balears; CNR = Canarias; CTB = Cantabria; CLM = Castilla - La Mancha; CYL = Castilla y León; CAT = Cataluña; CEU = Ciudad de Ceuta; EXT = Extremadura; GAL = Galicia; MAD = Comunidad de Madrid; MEL = Ciudad de Melilla; MUR = Región de Murcia; NAV = Comunidad Foral de Navarra; PVA = País Vasco; RIO = La Rioja; VAL = Comunitat Valenciana; ESP = España; DDAP = Dependientes con derecho a ayudas públicas; tp = tasa de prevalencia.

Fuente: Elaboración propia a partir de EDDDES y proyecciones INE.

4. Estimación de los costes por territorios

Tras la estimación del número de personas que pueden ser beneficiarios de ayudas, el siguiente paso consiste en obtener una estimación del coste asociado a su atención, para a partir de ahí, obtener su reparto por territorios. Para ello, se obtendrá una cifra para el coste individual y a partir de ella, la correspondiente al coste total. Dado que la condición de DDAP y la clasificación dentro de las categorías indicadas dentro

de la LAAD depende de la puntuación obtenida por la aplicación del BVD, se hace necesario encontrar un vínculo entre costes individuales y la valoración obtenida con el baremo de la LAAD, a partir del que se pueda obtener el coste individual. El punto central del análisis se basa en la obtención del coste por cada punto de baremo —a partir de ahora, CPB—, el cual se obtendrá como el cociente entre el coste medio por individuo y año, y el valor del baremo medio asignado a la población dependiente con derecho a ayuda, es decir:

$$CPB = \frac{\text{coste medio anual}}{\text{baremo medio}} \text{ €/punto} \quad (2)$$

Una vez que se estime el valor medio en euros de cada punto de baremo, el coste individual será igual al producto de dicha media por el número de puntos obtenidos por la aplicación del BVD. Como cada individuo incluido en la EDDDES representa a un conjunto de personas, recogido en su factor de elevación, el coste asociado a las personas representadas por ese encuestado será igual al producto anterior por su factor de elevación. Finalmente, hay que considerar tres elementos adicionales para obtener la cifra estimada de coste en un cierto año y en un cierto territorio. En primer lugar, que dada la distinta incidencia de la dependencia según sexo, parece razonable calcular el CPB distinguiendo entre hombres y mujeres. En este sentido, cabe señalar que, de los 776.475 DDDPA estimados para 1999, el 35,4% eran hombres y se espera que dicha proporción se reduzca ligeramente a lo largo de los años. Haciendo la media de los resultados obtenidos con P1 y P2, se espera que dichas proporciones se sitúen en el 35,2% en 2009 y en el 35,0% en 2015. En segundo lugar, dado que la proyección a futuro de la población DDDP se ha realizado teniendo en cuenta las dos proyecciones del INE, también parece adecuado pensar que habrá un factor de elevación por año diferente según la proyección utilizada. En tercer lugar, dado que se está estimando el coste en años futuros, se hace necesario disponer de una tasa de actualización del CPB. Considerando todos estos elementos, el coste para un determinado territorio, en un cierto año, usando una determinada proyección de población, vendrá dado por la siguiente expresión:

$$C_c(t, p) = \sum_{s=1}^2 \sum_{j=1}^{N_s} CPB_s(t_0) \cdot B_{sj} \cdot fe_{sj}(t, p) \cdot (1 + \pi_t)^{t-t_0} \quad (3)$$

siendo t el año al que se refiere el cálculo, p la proyección utilizada ($p = 1$ o 2), s es el sexo del encuestado ($s = 1$ o 2 , según se trate de hombre o mujer, respectivamente), t_0 es el año base, N_s es el número de encuestados por cada sexo, c es el territorio considerado ($c = 1$ a 19), B_{sj} es el baremo del registro j -ésimo correspondiente a un individuo de sexo s , fe_{sj} es el factor de elevación del registro j de sexo s y π_t es la tasa media de actualización del CPB para el año t , la cual se obtiene como media geométrica de las tasas anuales de actualización de la citada variable. Si en vez de considerar un único CPB se aplicase un valor específico para cada uno de los tres grados, entonces la expresión anterior para cada territorio sería:

$$C_c(t, p) = \sum_{s=1}^2 \sum_{g=1}^3 \sum_{j=1}^{N_s} CPB_{sg}(t_0) \cdot B_{sgj} \cdot fe_{sgj}(t, p) \cdot (1 + \pi_i)^{t-t_0} \quad (4)$$

siendo g el grado de dependencia ($g = I$ a III con su correspondiente correspondencia entre la numeración romana y la arábica). Por tanto, además de la proyección utilizada, toda la expresión dependerá de la forma de medir los costes, el año base y la tasa de actualización de costes empleada.

Por lo que se refiere a la cuantificación de los costes, no son muchos los trabajos referidos a datos españoles que se han publicado sobre este aspecto. De ellos, se tomarán como base para realizar los cálculos los citados previamente de Rodríguez y Montserrat (2002) y de Monteverde (2004). En las estimaciones realizadas en ambos casos, se tomará 2006 como año base, por ser el ejercicio en el que se aprobó la LAAD. Por lo que se refiere al primero de los trabajos indicados, estos autores realizaron un estudio con datos de 1998 y evaluaron el coste por dependiente considerando únicamente el caso de personas con al menos sesenta y cinco años. Estimaron un coste medio ponderado teniendo en cuenta una serie de gastos y el nivel de dependencia, distinguiéndose entre tres niveles: moderado, severo y grave. Las cifras empleadas según tipo de gasto y nivel de dependencia se recogen en la tabla 4.

Tabla 4. Gastos estimados por niveles de dependencia (€/año en 1998)

	<i>Moderado</i>	<i>Grave</i>	<i>Severo</i>
Servicios sanitarios	1.600,42	2.689,51	4.318,55
Servicios sociales	2.575,51	5.942,48	10.042,90
Total	4.175,93	8.631,99	14.361,45

Fuente: Rodríguez y Montserrat (2002).

Dado que estiman el número de dependientes en cada una de las categorías en 350.820, 590.137 y 235.387 (moderados, severos y graves respectivamente) y que suponen que el gasto medio en productos farmacéuticos y ayudas técnicas es de 654,20 € por persona en cualquier situación, resulta un coste medio individual de 9.103,73 € por persona. Debe tenerse en cuenta que los cálculos de estos autores se elaboraron para dependientes de sesenta y cinco y más años. Por tanto, para obtener el CPB de la población dependiente recogida en la EDDES habrá que calcularlo con este tramo de población y suponer que ese valor medio se traslada a toda la población dependiente sea cual sea su edad. Caben dos posibilidades:

1. Usar como coste medio individual el coste medio total, obtenido como el cociente entre el coste total estimado y el número de personas afectadas según baremo —es lo que se denominará modelo R1—.
2. Usar como coste medio individual el correspondiente al tramo en el cual se encuentre el dependiente en función de la intensidad de su padecimiento. Habida cuenta que estos autores hablan de tres tipos de dependientes y

que es una catalogación diferente a la que aparece en la Ley, se usará como aproximación que los moderados se corresponden con el grado I, los graves con el grado II y los severos con el grado III de la norma vigente —es lo que se denominará modelo R2—.

Es necesario tener en cuenta un último factor. Para calcular el CPB debe considerarse que los datos de coste y de población dependiente con derecho a ayudas están referidos a años diferentes (1998 y 1999, respectivamente). Se ha optado por calcular el CPB de 1999, año al que se refiere la EDDDES, por lo que se hace necesario actualizar las cifras de coste. Para ello, se genera un índice de precios asociado a los cuidados de la dependencia, siendo necesario seleccionar ciertas rúbricas del IPC con base en 1992 —que era el vigente en 1998— para medir la evolución de los tres tipos de gastos que se contemplan. Así, la evolución de los gastos sociales se mide con la rúbrica *Servicios para el cuidado personal*, los gastos sanitarios, con la media simple de *Servicios extrahospitalarios, de médicos, enfermeros y otros* y con *Cuidados en hospitales y similares*, y los gastos en farmacia y ayudas técnicas con *Medicamentos y otros productos farmacéuticos*. Considerando todos estos elementos y el baremo de aquéllos con al menos sesenta y cinco años, el CPB de 1999 obtenido es de 157,99 €/punto. Diferenciando según sexos, los valores son de 158,38 €/punto para los hombres y 157,85 €/punto para las mujeres. Tras la obtención del CPB de 1999, se calcula el correspondiente a 2006, considerando que en 2001 se produjo un cambio de base en el IPC. En este caso, las rúbricas que se han tomado para medir la evolución de los costes han sido las siguientes: para los gastos sociales, *Servicios sociales*, para los gastos sanitarios, la media simple de *Servicios médicos y paramédicos no hospitalarios* y *Servicios hospitalarios*, y para los gastos de farmacia y ayudas técnicas, *Medicamentos, otros productos farmacéuticos y material terapéutico*. La conexión de series se ha efectuado utilizando el correspondiente factor de enlace. Para construir el índice de precios se ha usado un esquema de Laspeyres en donde los factores de ponderación para cada rúbrica de gastos son el peso de cada uno de ellos dentro del total del gasto en 1999, año para el que se dispone de información tanto de costes como de población. La secuencia completa de tasas desde 2000 hasta 2006 y la variación agregada entre esos años se recoge en la tabla 5.

Tabla 5. Evolución del índice en el periodo 1999-2006: anual y acumulado

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Acumulado 1999-2006
2,72%	3,25%	4,62%	4,46%	4,20%	3,96%	4,62%	31,36%

Fuente: Elaboración propia a partir de Rodríguez y Montserrat (2002).

Por lo que se refiere al trabajo de Monteverde (2004), el coste medio individual se obtiene a partir de los datos del IMSERSO correspondientes a 1999 y 2003, en los que se recogen los costes de cada uno de los servicios que se prestan en los cuidados a personas dependientes. Con estos datos se calculan los costes anuales de atención según grado de severidad y tipo de cuidado. En ese trabajo se formularon tres po-

sibles formas de atención, denominadas Alternativas 1, 2 o 3 —a partir de ahora, modelos A1, A2 y A3—. En A1 se supone que las personas con discapacidad total son atendidas en una residencia, las que padecen discapacidad grave asisten a un centro de día y reciben una hora de atención domiciliaria diaria y aquéllas con discapacidad moderada acuden a un centro de día durante tres horas diarias. En este caso, los costes anuales por persona para las severidades moderada, grave y total fueron, respectivamente, de 5.510,49 €, 8.554,59 € y 12.870,34 € en 1999 y de 6.625,20 €, 10.176,65 € y 16.832,30 € en 2003. A2 se diferencia de la anterior en que las personas con discapacidad moderada reciben tres horas de atención domiciliaria diariamente. En este caso los costes son los mismos que en A1 excepto para la severidad moderada, que se estimaron en 9.132,30 € para 1999 y en 10.654,35 € para 2003. Finalmente, A3 considera la ficción de suponer que todos los cuidados que una persona recibiría en una residencia o en un hospital especializado, se los prestarían en su propio domicilio. Este hecho dispara los costes, especialmente en las severidades grave y total, situándolos, respectivamente, en 24.352,80 € y 42.617,40 € en 1999 y en 28.411,60 € y 49.720,30 € en 2003. A la severidad moderada se le asignó el mismo coste que en A2. Este escenario puede considerarse como extremo, por lo que no se va a tener en cuenta en la comparación de resultados. Al igual que en el trabajo de Rodríguez y Montserrat (2002), esta autora estima el coste medio individual para el caso de dependientes con sesenta y cinco y más años de edad. A efectos de la simulación y comparación de resultados, los costes de los dependientes moderados se aplicarán sobre los del Grado I, los de los graves sobre los de Grado II y los totales sobre los de Grado III. De esta forma se obtiene el CPB por grados, sexos y alternativas para 1999 y 2003. Para evaluar el CBP de 2006 se supondrá que los precios crecen a la tasa media que lo han hecho los costes individuales para cada alternativa y grado entre 1999 y 2003. Los resultados para 2006 se recogen en la tabla 6.

Tabla 6. CPB por grado, sexo y alternativa para 2006 (en €)

	A1		A2		A3	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Grado I	211,71	213,61	332,87	335,86	332,87	355,86
Grado II	187,51	188,45	187,51	188,45	515,91	518,48
Grado III	232,47	231,33	232,47	231,33	630,30	627,22

Fuente: Elaboración propia a partir de Monteverde (2004).

Para estimar el coste en años futuros se ha supuesto que la tasa de variación del coste para cada alternativa, i , y grado de dependencia, j , $\hat{\pi}_{ij}$ será la menor de entre la tasa media ponderada en cada alternativa, $\bar{\pi}_i$ y la tasa de variación registrada entre 1999 y 2003, en cada nivel de dependencia y alternativa, π_{ij} es decir, $\hat{\pi}_{ij} = \min \{ \bar{\pi}_i, \pi_{ij} \}$, en donde la tasa media se obtiene ponderando en cada alternativa el ritmo de crecimiento del coste asociado a un cierto grado con el número de personas dependientes con sesenta y cinco y más años en ese grado.

A partir de este conjunto de hipótesis se obtienen ocho escenarios, identificado cada uno de ellos por un código de cuatro caracteres, los dos primeros hacen referencia al modelo de partida y los dos últimos a la proyección del INE empleada. Las estimaciones para 2009 y 2015 se recogen en las tablas 7 y 8, respectivamente. En líneas generales, existen ligeras diferencias en los resultados, según los modelos de cálculo de coste utilizados. Así, los denominados R1 y R2 arrojan unos menores costes. Sin embargo, si se consideran las proyecciones de población del INE empleadas en la estimación, se observa que el uso de P2 produce mayores costes con el paso del tiempo, debido al mayor peso relativo que va teniendo la población de sesenta y cinco y más años en esa proyección.

Tabla 7. Costes por territorios (cifras en millones de euros corrientes) en 2009

	<i>RIP1</i>	<i>RIP2</i>	<i>R2P1</i>	<i>R2P2</i>	<i>AIP1</i>	<i>AIP2</i>	<i>A2P1</i>	<i>A2P2</i>
Andalucía	2.502	2.498	2.464	2.460	2.632	2.793	3.153	3.149
Aragón	304	304	307	307	325	342	376	376
Principado de Asturias	351	349	353	351	368	389	421	419
Illes Balears	175	176	174	176	186	198	221	223
Canarias	285	285	286	286	296	314	337	337
Cantabria	180	179	183	182	192	200	218	216
Castilla-La Mancha	593	592	588	587	621	654	729	728
Castilla y León	856	850	859	853	903	939	1.042	1.036
Cataluña	1.599	1.602	1.589	1.592	1.648	1.738	1.923	1.928
Ciudad de Ceuta	16	16	17	16	17	17	19	18
Extremadura	478	475	473	471	500	517	586	583
Galicia	1.355	1.349	1.358	1.352	1.412	1.477	1.609	1.603
Comunidad de Madrid	778	781	784	787	825	880	952	956
Ciudad de Melilla	9	9	10	10	10	10	10	10
Región de Murcia	357	359	359	360	378	408	439	441
Comunidad Foral de Navarra	161	160	157	156	166	181	200	200
País Vasco	355	352	356	353	372	385	427	424
La Rioja	78	78	78	79	82	86	94	94
Comunitat Valenciana	1.150	1.157	1.162	1.169	1.207	1.265	1.365	1.373
Total España	11.580	11.572	11.556	11.546	12.142	12.493	14.122	14.115

Notas: R1P1 = modelo R1 y proyección 1; R1P2 = modelo R1 y proyección 2; R2P1 = modelo R2 y proyección 1; R2P2 = modelo R2 y proyección 2; A1P1 = modelo A1 y proyección 1; A1P2 = modelo A1 y proyección 2; A2P1 = modelo A2 y proyección 1; A2P2 = modelo A2 y proyección 2.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 8. Costes por territorios (cifras en millones de euros corrientes) en 2015

	R1P1	R1P2	R2P1	R2P2	A1P1	A1P2	A2P1	A2P2
Andalucía	3.540	3.535	3.491	3.485	3.869	4.072	4.515	4.513
Aragón	434	435	440	441	480	500	538	540
Principado de Asturias	498	492	503	497	541	563	602	595
Illes Balears	244	250	243	249	269	287	312	320
Canarias	422	426	424	428	454	483	505	510
Cantabria	257	255	263	260	284	291	313	309
Castilla-La Mancha	805	807	801	802	874	918	999	1.004
Castilla y León	1.246	1.230	1.256	1.239	1.362	1.394	1.528	1.509
Cataluña	2.224	2.252	2.211	2.239	2.382	2.513	2.718	2.755
Ciudad de Ceuta	25	24	26	25	26	27	29	28
Extremadura	682	675	677	670	738	753	846	838
Galicia	1.945	1.930	1.956	1.941	2.095	2.163	2.326	2.309
Comunidad de Madrid	1.115	1.135	1.124	1.143	1.224	1.315	1.378	1.404
Ciudad de Melilla	13	13	15	15	15	15	15	15
Región de Murcia	502	511	506	515	551	593	620	632
Comunidad Foral de Navarra	229	229	223	223	247	269	291	292
País Vasco	535	527	540	531	583	592	651	641
La Rioja	107	108	108	109	116	123	130	132
Comunitat Valenciana	1.596	1.630	1.618	1.653	1.733	1.829	1.910	1.952
Total España	16.419	16.464	16.425	16.465	17.847	18.700	20.229	20.298

Notas: R1P1 = modelo R1 y proyección 1; R1P2 = modelo R1 y proyección 2; R2P1 = modelo R2 y proyección 1; R2P2 = modelo R2 y proyección 2; A1P1 = modelo A1 y proyección 1; A1P2 = modelo A1 y proyección 2; A2P1 = modelo A2 y proyección 1; A2P2 = modelo A2 y proyección 2.

Fuente: Elaboración propia.

Para tener una mejor idea de lo que supone soportar estos costes en cada uno de los territorios, se ha procedido a estimar el coste per cápita para cada uno de los ocho escenarios creados y su relación con el coste individual a nivel nacional. Tomando la media de los ocho escenarios, en 2009 Galicia y Extremadura se sitúan muy por encima del resto, con costes relativos del 192% y 172%, respectivamente. También son de destacar por lo elevado de los costes per cápita, los correspondientes a Castilla y León, Principado de Asturias, Cantabria y Andalucía, con porcentajes del 135%, 129%, 124% y 123%, respectivamente. En el otro extremo se sitúan la Comunidad de Madrid, la Ciudad de Melilla y las Islas Canarias, con porcentajes equivalentes al 49%, 53% y 54%, respectivamente. También son reseñables las cifras del País Vasco y de Illes Balears, con porcentajes del 64% y 67%, respectivamente. Para 2015, hay

que reseñar el previsible empeoramiento en Galicia, Extremadura y en Castilla y León, con porcentajes equivalentes al 204%, 180% y 146% del coste per cápita nacional previsto para ese año. Por su parte, en el otro extremo se sigue manteniendo la Comunidad de Madrid como el territorio con menor coste per cápita relativo (49%), seguido de Islas Canarias, Ciudad de Melilla e Illes Balears (55%, 58% y 63%, respectivamente).

5. Conclusiones

A la hora de extraer los principales resultados y conclusiones del trabajo, conviene tener presentes las limitaciones existentes en la información de partida. Situaciones tales como la ausencia de información estadística detallada sobre el número de DDPA, el escaso número de estudios sobre costes asociados a la atención a este grupo o que éstos, a su vez, están elaborados con criterios diferentes a los recogidos en la LAAD, impone que las conclusiones que se extraigan de este trabajo sean tomadas con una cierta cautela. Estas limitaciones son las que, a su vez, sugieren futuras líneas de investigación, centradas en un refinamiento tanto del cálculo del número de personas afectadas como del coste ligado a su cuidado. En este caso, se espera poder contrastar los resultados aquí obtenidos a partir de la EDDES con los que se obtengan una vez que EDAD (Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, elaborada en 2008 por el INE) se ponga a disposición de los investigadores. Adicionalmente, dado que la LAAD considera la utilización de instrumentos privados de cobertura de la dependencia y relacionado con el impacto territorial de costes, se espera poder cuantificar el impacto que sobre una hipotética prima privada pudiera tener el territorio de residencia.

Una vez expuestas las limitaciones y futuras vías de investigación, los resultados del trabajo sugieren que, tal y como se indicaba en la introducción, la prestación de servicios necesarios para atender a los dependientes va a resultar heterogénea entre las diferentes Comunidades Autónomas. Existen situaciones diferentes entre los distintos territorios pues, ni la prevalencia es homogénea entre ellos ni los costes per cápita son similares. Así, la población afectada es relativamente mayor en Andalucía, ambas Castillas, cornisa cantábrica excepto el País Vasco y sobre todo, en Extremadura y Galicia. Esta situación tiende a agravarse especialmente en estas dos últimas comunidades, llegando su tasa de prevalencia a situarse en 2015 en niveles cercanos al doble de la media nacional. En el otro extremo se sitúan ambos archipiélagos, País Vasco y especialmente la Ciudad de Melilla y la Comunidad de Madrid. En estos dos últimos casos sus tasas se sitúan en torno a la mitad de la media nacional.

Por lo que se refiere al coste, se repiten los patrones indicados para la población, siendo de reseñar los elevados costes per cápita en Extremadura y sobre todo en Galicia y los muy reducidos estimados para Melilla y Madrid. A estas diferencias espaciales hay que añadir que las cantidades que, según la Memoria económica de la LAAD, se destinarán para garantizar las prestaciones y servicios asociados a estos cuidados son muy inferiores a las cifras aquí obtenidas. Por ejemplo, los importes para 2015

se sitúan en casi 2.213 millones de euros por parte de la Administración General del Estado y, al menos, otro tanto por las administraciones autonómicas, mientras que las estimaciones aquí presentadas se mueven en una horquilla entre los 16.419 y los 20.298 millones de euros para ese año.

Todo ello conforma un panorama en el que se hace difícil conseguir el objetivo buscado por la LAAD, que es el de poder disfrutar de un nuevo derecho en igualdad de condiciones, se viva donde se viva. No obstante, es justo reconocer que la LAAD prevé la firma de Convenios que regulen la cooperación entre las Administraciones Públicas implicadas, tal y como se establece en el art. 10 y se desarrolla en el art. 32. En concreto, en este último se indica que dichos acuerdos recogerán los criterios de reparto teniendo en cuenta la población dependiente, la dispersión geográfica, la insularidad, emigrantes retornados y otros factores. Aquí es donde cabría incorporar elementos tales como la diferente prevalencia de la dependencia en cada una de las distintas unidades territoriales, así como aspectos económicos ligados al nivel de desarrollo o a las posibilidades financieras de cada una de las comunidades y ciudades autónomas obligadas a prestar el servicio. Por ello, la conclusión final sería que si se desea que la prestación del servicio sea semejante en cualquier parte del territorio nacional, se van a requerir no sólo la firma de los convenios ya previstos en la Ley para así reducir las diferencias de partida entre los distintos territorios, sino también, y fundamentalmente, unos volúmenes de recursos mucho mayores de los inicialmente estimados.

Bibliografía

- Albarrán, I., y Alonso, P. (2006): «Clasificación de las personas dependientes a partir de la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999», *Revista Española de Salud Pública*, 80, 341-352.
- Alonso, P., y Albarrán, I. (2008): «Long term care in Spain: Extent, Costs and Challenges», ESTESTR Alcamientos 0806, <http://hdl.handle.net/10017/2376>.
- Casado, D., y López, G. (2001): *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración en España*, Barcelona, Fundación La Caixa.
- Consejo de Europa (1998): *Recomendación núm. (98)9 del Comité de Ministros a los Estados miembros relativa a la dependencia*.
- (2000): *Políticas Sociales Innovadoras en la Ciudad*, Conferencia de Oslo 22-24 junio 2000, vols. 1 y 2, Estrasburgo.
- Courbage, C., y Costa-Font, J. (2006): «On Health, Ageing and Insurance», *The Geneva Papers on Risk and Insurance - Issues and Practice*, 31, 551-556.
- Guillén, M. (dir.), Albarrán, I.; Alcañiz, M.; Ayuso, M.; Blay, D., y Monteverde, M. (2006): *Longevidad y dependencia en España. Consecuencias sociales y económicas*, Madrid, Fundación BBVA.
- Haberman, S., y Pitacco, E. (1999): *Actuarial Models for Disability Insurance*, London, Chapman and Hall.
- IMSERSO (2005): *Libro Blanco sobre la Dependencia. Atención a las personas en situación de dependencia en España*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- INE (2002): *Base definitiva de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999*, Madrid.

- (2002): *Metodología de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud*, 1999, Madrid.
- (2007): *Proyecciones de población: resultados nacionales (periodo 2002-2060)*, consultado el 10 de septiembre de 2008 en <http://www.ine.es/inebase/cgi/um?M=%2Ft20%2Fp251&O=inebase&N=&L=>.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia, *BOE* núm. 299, de 15 de diciembre 2006.
- López, G. (dir.), Comas, A.; Monteverde, M.; Casado, D.; Caso, J. R., e Ibern, P. (2005): *Envejecimiento y dependencia. Situación actual y retos de futuro*, Barcelona, Caixa Cataluña.
- Monteverde, L. M. (2004): *Discapacidades de las personas mayores en España: prevalencias, duraciones e impacto sobre los costes de cuidados de larga duración*, Universidad de Barcelona, Tesis Doctoral.
- Moragas, R., y Cristofol, R. (2003): *El coste de la dependencia al envejecer*, Barcelona, Herder.
- OECD (2005): *Long-term Care for Older People*, The OECD Health Project.
- (2006): *Projecting OECD health and long-term care expenditures: What are the main drivers?*, Economics Department Working Papers, núm. 477.
- OMS (1980): *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías de 1980, (CIDDM-1)*, Madrid, INSERSO.
- Otero, A.; Zunzunegui, M. V.; Rodríguez-Laso, A.; Aguilar, M. D., y Lázaro, P. (2004): «Volumen y tendencias de la dependencia asociada al envejecimiento en la población española», *Rev. Esp. Salud Pública*, 78, 201-213.
- Puga, D. (2001): *Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España, una previsión a 2010*, Madrid, Fundación Pfizer.
- Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, *BOE* núm. 96, de 21 de abril de 2007.
- Rodríguez, G. (1999): *La protección social de la dependencia*, Madrid, IMSERSO.
- (2007): «El marco institucional de la protección social de la dependencia en España», *Estudios de Economía Aplicada*, 25-2, 341-372.
- Rodríguez, G., y Montserrat, J. (2002): *Modelos de atención sociosanitaria. Una aproximación a los costes de la dependencia*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría General de Asuntos Sociales, IMSERSO.
- Society of Actuaries (2002): Long Term Care Experience Committee, Intercompany study: 1984-1999, September 2002, USA, SOA.
- Wiener, J. M.; Tilly, J., y Cuellar, A. E. (2003): *Consumer-Directed Home Care in the Netherlands, England and Germany*, Washington DC, Public Policy Institute.
- Zunzunegui, M. V. (1998): *Envejecimiento y salud*, Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS).
- Zweifel, P.; Felder, S., y Werblow, A. (2004): «Population ageing and health care expenditure: New evidence for the “red herring”», *The Geneva Papers on Risk and Insurance - Issues and Practice*, 29(4), 652-666.

Anexo I. Codificación y agrupación de las discapacidades por tipo

<i>Tipo de discapacidad</i>	<i>Tipo de discapacidad</i>
<p>VER</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Discapacidad para recibir cualquier imagen 2. Discapacidad para tareas visuales de conjunto 3. Discapacidad para tareas visuales de detalle 4. Otras discapacidades de la visión 	<p>UTILIZAR BRAZOS Y MANOS</p> <ol style="list-style-type: none"> 19. Trasladar-transportar objetos no muy pesados 20. Utilizar utensilios y herramientas 21. Manipular objetos pequeños con manos y dedos
<p>OIR</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Discapacidad para recibir cualquier sonido 6. Discapacidad para la audición de sonidos fuertes 7. Discapacidad para escuchar el habla 	<p>DESPLAZARSE FUERA DEL HOGAR</p> <ol style="list-style-type: none"> 22. Deambular sin medio de transporte 23. Desplazarse en transportes públicos 24. Conducir vehículo propio
<p>COMUNICARSE</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Comunicarse a través del habla 9. Comunicarse a través de lenguajes alternativos 10. Comunicarse a través de gestos no signados 11. Comunicarse a través de escritura-lectura convencional 	<p>CUIDAR DE SÍ MISMO</p> <ol style="list-style-type: none"> 25. Asearse solo: lavarse y cuidarse de su aspecto 26. Control de las necesidades y utilizar solo el servicio 27. Vestirse, desvestirse, arreglarse 28. Comer y beber
<p>APRENDER, APLICAR CONOCIMIENTOS Y DESARROLLAR TAREAS</p> <ol style="list-style-type: none"> 12. Reconocer personas, objetos y orientarse en el espacio 13. Reconocer informaciones y episodios recientes y/o pasados 14. Entender y ejecutar órdenes sencillas y/o realizarlas 15. Entender y ejecutar órdenes complejas y/o realizarlas 	<p>REALIZAR TAREAS DEL HOGAR</p> <ol style="list-style-type: none"> 29. Cuidarse de las compras y el control de suministros y servicios 30. Cuidarse de las comidas 31. Cuidarse de la limpieza y el planchado de la ropa 32. Cuidarse de la limpieza y el mantenimiento de la casa 33. Cuidarse del bienestar de los demás miembros de la familia
<p>DESPLAZARSE</p> <ol style="list-style-type: none"> 16. Cambios y mantenimiento de las diversas posiciones del cuerpo 17. Levantarse, acostarse, permanecer de pie o sentado 18. Desplazarse dentro del hogar 	<p>RELACIONES CON OTRAS PERSONAS</p> <ol style="list-style-type: none"> 34. Mantener relaciones de cariño con familiares próximos 35. Hacer amigos y mantener la amistad 36. Relacionarse con compañeros, jefes y subordinados

Fuente: Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (OMS, 1980).

