

El Envejecimiento de la Población y Los Costes de Cuidados de Larga Duración en España

Malena Monteverde (*)
Montserrat Guillén (*)
Mercedes Ayuso (*)

() Departamento de Econometría, Estadística y Economía Española, Universidad de Barcelona*

I. Envejecimiento y Dependencia en España

España es uno de los países del mundo en el que el proceso de envejecimiento de la población es más acentuado. Las diferencias con el resto de los países europeos residen en la rapidez y en la intensidad del proceso (en menos de 30 años ha duplicado el número de personas mayores a 64 años).

Según resultados de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES), llevada a cabo por el Instituto Nacional de Estadística español en el año 1999, la población mayor de 64 años con discapacidades asciende a 2.072.651 personas, lo que equivale a casi un tercio de la población de esa edad.

En algunos países desarrollados, instituciones públicas y privadas juegan papeles muy importantes en la atención de las personas mayores dependientes. Ejemplos de ello son Alemania, los Países Escandinavos y Japón, donde el Estado tiene un rol muy importante en la prestación y financiación de los servicios de Cuidados de Larga Duración (CLD). En Estados Unidos, por su parte, el mercado de seguros privados de dependencia está muy desarrollado.

En muchos otros países, entre ellos España, los cuidados de las personas mayores han estado y continúan estando fundamentalmente a cargo de las familias. Sin embargo, en los últimos años, se están verificando cambios importantes en el seno de las mismas, caracterizados por un menor número de hijos, y una creciente participación de la mujer en el mercado laboral. Estos cambios, limitan y limitarán la capacidad de las familias para prestar el tipo de cuidados que requieren las personas de edades avanzadas. Es lo que viene denominándose como “crisis del modelo informal” y que plantea serios interrogantes acerca de los cuidados que serán demandados¹ y la forma en que estos serán prestados y financiados.

En la actualidad, faltan trabajos que aborden el análisis de la dependencia desde un punto de vista de su duración, distinguiendo niveles de severidad y relacionándola con la longevidad de la población a la que afecta. Ello es cierto especialmente a nivel español, donde el análisis de la discapacidad y de la duración de la vida se ha abordado de manera

¹ Aquí se usa demanda en un sentido amplio de la palabra. Es decir, no solamente se trata de estimar la demanda de servicios al mercado, sino los requerimientos al sector público de un creciente grupo de votantes (las personas mayores).

algo desconectada. También son escasos (o inexistentes) los trabajos que vinculan la duración de la dependencia con el coste de los servicios de cuidados de larga duración.

El objetivo de este estudio es analizar la dependencia desde la perspectiva individual o microeconómica, combinando los costes unitarios de servicios de CLD con las estimaciones de duración en discapacidad. De esta forma, se busca aproximar el coste individual esperado de los cuidados de larga duración (CIE), para un individuo mayor de 64 años en España. Es decir, se busca medir a cuánto ascendería el coste, en promedio, de los servicios de cuidados de larga duración que requerirá una persona mayor en España, durante todo el periodo que se espera la persona permanezca en el estado de dependencia. En el análisis se distingue la población femenina de la masculina, dadas las diferencias en esperanzas de vida y en prevalencias de discapacidad que se observan entre ambos sexos. Igualmente, se suponen distintas edades de referencia, a partir de la cuales se realiza la descomposición de la esperanza de vida en grados de discapacidad y, por lo tanto la cuantificación de los costes esperado de CLD².

II. Clasificación de los Servicios de Cuidados a las Personas Mayores

El presente artículo se centra en los cuidados de larga duración, que son los que no están cubiertos por las prestaciones de salud tradicionales, sino por lo que hoy en día viene asociándose al concepto de dependencia. Este tipo de cuidados, tienen por objetivo que las personas mayores puedan seguir desarrollando de forma normal su vida cotidiana, o al menos, con la mayor calidad posible.

Los servicios destinados al cuidado de personas mayores dependientes (excluyendo la asistencia sanitaria) en España, se pueden agrupar en las siguientes categorías, según el tipo de prestación:

- A- Servicios de Atención Informal (AI).
- B- Servicios de Atención a Domicilio: Servicio Público de Atención a Domicilio (SAD), Servicio a Domicilio Privado (ADP) y Servicios de Teleasistencia (ST).
- C- Servicios de Atención Diurna: Centro de Día (CD) y Hogares y Clubes (HyC).
- D- Servicios de Atención Residencial (CR).
- E- Sistemas Alternativos de Alojamiento: Viviendas Públicas Tuteladas (VT) y Servicio Público de Acogimiento Familiar (SAF).

De estos cinco tipos de servicios, los servicios de atención informal, las residencias, los servicios de atención a domicilio y los servicios de atención diurna son, sin duda, los más importantes en España.

² Los resultados que se presentan aquí, son parte de la Tesis Doctoral desarrollada en el seno del grupo de investigación "Risc en Finances i Assegurances" del Departamento de Econometría, Estadística y Economía Española de la Universidad de Barcelona.

La atención informal constituye más del 80% de las prestaciones. El índice de cobertura formal se estima en algo menos del 18%, medido como el número de usuarios respecto al número de personas con discapacidades.

Según una estimación reciente (Casado y López, 2001), el gasto total en cuidados de larga duración en España para el año 1998, sin contemplar el coste informal, ascendió a 3.200 millones de euros aproximadamente (un 0,6% del PIB de dicho año), un 27% financiado por el sector público y el 73% restante, cubierto privadamente.

III. Procedimiento para la Estimación de Costes Individuales Esperados

El procedimiento que usamos para estimar los costes globales de atención, requiere tres condiciones: La primera es estimar las necesidades de atención a partir del cálculo del número de individuos por estado de salud/dependencia y de las duraciones esperadas individuales en cada uno de los estados. La segunda es generar estimadores de costes por servicios que sean representativos y actualizados para España. Finalmente, la tercera condición es establecer una correspondencia entre el tipo de servicios y la condición de salud/dependencia de la persona mayor. Este punto resulta de especial importancia teniendo en cuenta la escasa literatura sobre el tema y la ambigüedad de interpretación de la existente. A continuación se describe brevemente cada una de estas condiciones.

III.1. Estimación de la necesidad de atención: prevalencias y duraciones esperadas

El cálculo de la prevalencia de la dependencia para hombres y mujeres en España, se ha realizado en base a la EDDDES (INE, 1999). En la misma, se recoge información sobre personas que residen en viviendas familiares en todo el territorio español, con un amplio tamaño muestral (79.000 viviendas y 220.000 personas, aproximadamente). En la encuesta no se incluye a las personas institucionalizadas en residencias, por tanto las prevalencias son algo superiores a las estimadas. Sin embargo, la subestimación de dichas prevalencias no sería muy elevada ya que la tasa de institucionalización para este país es bastante baja (solo el 3% de la población de mayor edad).

En el presente trabajo y en base a la información que brinda la EDDDES, se considera dependiente a toda persona que presente una restricción grave para realizar cualquiera de las siguientes 10 categorías de actividades: Ver; Oír; Comunicarse; Aprender, aplicar conocimientos y desarrollar tareas; Desplazarse, Utilizar brazos y manos; Desplazarse fuera del hogar; Cuidarse a si mismo; Realizar las tareas del hogar; y Relacionarse con otras personas. Se trata entonces de un concepto amplio de dependencia, en el que se incluyen no solo las actividades básicas de la vida diaria, sino también un conjunto de actividades instrumentales y de aptitudes sensoriales y cognitivas que afectan, de una manera u otra, a la capacidad del individuo para valerse por si mismo.

Para el cálculo del número de personas dependientes de otras personas (asociado con los cuidados de larga duración) se tomaron en cuenta solamente a aquellas personas que aun con el uso de ayudas técnicas externas e internas, seguían presentando graves dificultades

para realizar las actividades mencionadas. Es decir, las personas con discapacidades que han superado la dificultad para realizar la actividad (o las actividades) mediante el uso de dichas ayudas técnicas, no fueron incluidas dentro del grupo de personas dependientes.

Por otra parte, se establecieron tres categorías de severidad de la dependencia en función de la severidad de las dificultades para realizar cada una de las actividades (tal y como se recoge en la EDDDES): Dificultad Moderada, Dificultad Grave y No Puede Realizar la Actividad (o dificultad total). En la práctica, cada individuo puede presentar una o más discapacidades, y la severidad de las mismas no siempre es igual. Es decir, un individuo puede tener una dificultad grave para desplazarse y una dificultad moderada para comer. Para determinar el grado de dependencia de cada individuo (y no de cada actividad) fue necesario establecer un criterio general. El criterio seguido en este estudio, fue el de la máxima severidad de todas las discapacidades (o dificultades) padecidas por el individuo. Es decir, si un individuo presenta una dificultad total para desplazarse y una dificultad moderada para oír, el individuo es considerado como dependiente total. La ventaja de este criterio es sin duda su simplicidad, además de que en muchos casos la mayor severidad es un buen indicador de la dependencia global de la persona. Sin embargo, la principal debilidad del mismo es que no contempla pesos diferentes según sea la actividad en la que el individuo presente la dificultad. Por ejemplo, una restricción total para realizar cualquier actividad englobada en la categoría “Cuidarse a si mismo” probablemente generara una mayor dependencia (en términos de intensidad de cuidados) que una restricción total para “Desplazarse fuera del Hogar”. La magnitud o el peso diferencial de la dependencia generada por las restricciones en las diferentes actividades, es sin duda un aspecto fundamental para cuantificar el número de personas con dependencia moderada, grave o total. El criterio adoptado afecta a su vez a la magnitud de la prevalencia de la dependencia por grado de severidad, y ello al cálculo de las duraciones esperadas en cada uno de esos estados. El criterio de máxima severidad utilizado aquí, es una primera aproximación al problema, ya que no existe un criterio o una metodología única que permita establecer una clasificación de la dependencia efectiva desde el punto de vista de la intensidad de los cuidados requeridos. En este sentido, cabe destacar que, índices ampliamente utilizados como el índice de Bathel o el índice de Katz, no resuelven plenamente el problema de los pesos y además consideran un número muy reducido de actividades.

Una de las cantidades fundamentales para la estimación de los costes individuales esperados de los cuidados de larga duración, es el tiempo que, en promedio, el individuo estará en situación de dependencia, es decir la duración de la dependencia. Además, resulta de gran interés poder distinguir el tiempo que se gastará en niveles de mayor de dependencia respecto a niveles de dependencia menores, ya que la intensidad de los cuidados será diferente en función del grado de la misma.

Para el cálculo de dichas las duraciones se ensayaron dos métodos indirectos alternativos basados en el uso de la información disponible para España. Dicha información es la prevalencia de la dependencia a cada edad y la tasa de mortalidad global de la población (también por edad).

El primero de los métodos utilizados es el “Método de las Prevalencias” o “Método de Sullivan”, que consiste en “corregir” la cantidad de existencia entre la edad x y $x+1$ (L_x)

por la prevalencia en el estado cuya duración se busca estimar. La segunda metodología ensayada, fue un modelo de pseudo multi-estado que aproxima las probabilidades de transición utilizando las prevalencias (Monteverde, 2004). Una vez estimadas las probabilidades de transición se estima la esperanza de vida en cada uno de los estados mediante el tradicional método de múltiples decrementos.

Finalmente, aunque las diferencias en la estimación de la duración de la dependencia entre los dos métodos eran pequeñas, se optó por el uso del método de Sullivan, ya que resultaba más sencillo a la hora de descomponer la dependencia en niveles de severidad y porque se ha demostrado que, en general, produce errores pequeños a la hora de estimar la duración de la dependencia (Palloni et al., 2005).

III.2. Estimadores de costes

Los costes utilizados para España, son promedios ponderados de la información que brinda el IMSERSO (2000, 2004) para cada una de las Comunidades Autónomas (CC.AA.). Se ha utilizado como ponderador el porcentaje de personas con discapacidades en cada una de las CC.AA.

La Tabla 1 muestra los costes unitarios para España (en promedio) de los Servicios de CLD en el año 1999, el año 2003 y la variación durante el período 1999-2003.

Tabla 1
Costes por Hora o Año de Servicios de CLD
Promedio ponderado para España
1999, 2003, en euros

Tipo de Cuidado de Larga Duración	1999	2003	Variación % del Coste
Servicio público de ayuda a domicilio (por hora)	8,34	9,73	16,73%
Servicio público de Teleasistencia (anual)	273,53	242,23	-11,44%
Centros público de día* (anual plaza)	5.510,49	6.625,20	20,23%
Plazas residenciales públicas* (anual plaza)	12.870,34	16.832,30	30,78%
Viviendas públicas tuteladas (anual plaza)	4.639,18	4.488,36	-3,25%

* Para personas dependientes

Fuente: Elaboración propia en base a datos del IMSERSO (2000, 2004).

Puede observarse un crecimiento de los costes de los tres principales servicios: La ayuda pública a domicilio, los centros de día y las residencias. Sólo en el primer caso la evolución ha sido aproximadamente la misma que la registrada por la inflación. Las plazas en centros de día y, especialmente en residencias, han sido las que mayores incrementos de precios han verificado durante los últimos años.

III.3. Servicios y condiciones de salud/discapacidad

Además, de los costes unitarios de los servicios, para la estimación de los costes totales, es necesario asignar estos tipos de servicios, así como la frecuencia de los cuidados a cada persona en base a algún criterio. En nuestro caso se consideró el grado de severidad.

En la Tabla 2 se presentan los posibles tipos de cuidados así como las frecuencias requeridas según el grado de severidad de la dependencia. Posteriormente se seleccionan distintas combinaciones de las mismas para definir los diferentes modelos de atención (o alternativas de atención).

Las alternativas o modelos de atención han sido planteadas en función de lo que sugieren algunos estudios sobre cuáles son los servicios más adecuados en cada caso (ver Hennessy, 1995 y Jacobzone, 1998), pensando en los diferentes contextos en los que se pueden encontrar las personas dependientes y, para algunos casos, en función de la alternativa menos costosa pero que cubra los requerimientos mínimos supuestos.

Tabla 2
Alternativas de Cuidados de Larga Duración (CLD)
Según Grado de Severidad

Severidad Moderada	Severidad Grave	Discapitado Total
1. ST	1. CR: 12 meses	1. CR: 12 meses
2. SAD o ADP: 3 hxd	2. CD: 12 meses + SAD o ADP: 1 hxd	2. CD: 12 meses + AI: 3 hxd
3. SAD o ADP: 1 hxd + AI: 2hxd	3. CD: 12 meses + AI: 1 hxd	3. AI: 14 hxd
4. AI: 3 hxd	4. AI: 8 hxd	

CD: Centro de día; ST: Servicio de teleasistencia; SAD: Servicio público de ayuda a domicilio; ADP: Atención privada a domicilio; AI: Ayuda informal; CR: Centro de Residencia; hxd: horas por día.

Fuente: Elaboración propia

En base a los costes unitarios por hora y por año (Tabla 1) y a las diferentes alternativas de cuidados (Tabla 2), se han calculado los costes de atención para un individuo, durante un año, según el grado de severidad que presenta.

En la Tabla 3 se presentan los costes anuales individuales para 1999 y 2003, seleccionando las tres alternativas de cuidados más importantes: los Servicios de Ayuda a Domicilio (SAD), los Centros de Residencia (CR) y los Centros de Día (CD) más Servicios de Ayuda a Domicilio (SAD). Dado que hemos supuesto los mismos costes para el SAD, la Ayuda a Privada a Domicilio (ADP) y la Ayuda Informal (AI), también estaríamos aproximando los costes anuales individuales de estas alternativas.

Tabla 3
Coste Anual Individual de los CLD
Año 1999, en euros

Coste anual por cada individuo año 1999							
Severidad	Coste hora SAD	Horas anuales SAD	Coste anual SAD	Coste anual CR	Diferencia de coste entre SAD y CR	Horas anuales SAD con CD	Coste anual SAD con CD
Total	8,34	5.110	42.617,40	12.870,34	29.747,06	1.095	14.642,79
Grave	8,34	2.920	24.352,80	12.870,34	11.482,46	365	8.554,59
Moderado	8,34	1.095	9.132,30	12.870,34	-3.738,04	0	5.510,49
Coste anual por cada individuo año 2003							
Total	9,73	5.110	49.720,30	16.832,30	32.888,00	1.095	17.279,55
Grave	9,73	2.920	28.411,60	16.832,30	11.579,30	365	10.176,65
Moderado	9,73	1.095	10.654,35	16.832,30	-6.177,95	0	6.625,20

Fuente: Elaboración propia. SAD Servicio público de atención a domicilio; CR Centro de Residencia; CD Centro de día.

Podemos comprobar que las alternativas de cuidados menos costosas son: Las residencias (CR) para las personas con máximo grado de severidad, los centros de día combinados con una hora por día de atención a domicilio (CD+SAD) para las personas con discapacidad grave, y los centros de día para las personas con discapacidad moderada (ya que los requerimientos de atención a domicilio, para personas con discapacidad moderada que asisten a centros de día, se suponen igual a cero).

Por tanto, en base a lo anterior, se contemplaron 3 alternativas de cuidados, según la combinación de servicios de atención según el grado de severidad.

Alternativa 1

La primera alternativa, contempla el uso de las modalidades menos costosas (en términos económicos, no solo monetarios) para la atención de las personas con discapacidades, según los grados de severidad. Bajo esta alternativa, las personas con discapacidad total reciben cuidados en Residencias; las personas con discapacidad grave reciben cuidados en Centros de Día más una hora de Cuidados a Domicilio, y las personas con discapacidad moderada, en Centros de Día.

Alternativa 2

La segunda alternativa considera las modalidades de cuidados que sugieren los resultados de los estudios sobre los servicios más adecuados para cada caso, comentado anteriormente. Según esta alternativa las personas con discapacidad moderada reciben Cuidados a Domicilio, y para las demás se suponen los mismos servicios que para la alternativa 1.

El criterio de selección seguido para esta alternativa ha sido el de cobertura adecuada a la severidad para la mayoría de los casos y, a la vez, la opción de menor coste. Por ello, para las personas con severidad grave, que aún cuentan con algún grado de autonomía, no se seleccionó el servicio en residencias. Por su parte, para las personas con discapacidad moderada, se tuvieron en cuenta los servicios de atención a domicilio y no los servicios de tele-asistencia, ya que en muchos casos la atención telefónica puede ser insuficiente (aunque sin duda es menos costosa).

Alternativa 3

Esta última alternativa plantea el caso en el que toda la ayuda es a domicilio (de carácter informal o formal, público o privado). Así, la única variación de los cuidados según la severidad es el número de horas de cuidados domiciliarios. En el caso de las personas con discapacidad total se supone reciben 14 horas por día (5.110 horas al año); 8 horas por día para las personas con discapacidad grave (2.920 horas al año), y 3 horas por día para las personas con discapacidad moderada (1.095 horas al año).

III.4. Proyección

Para el análisis prospectivo se ha buscado medir qué impacto tendrá el incremento de la longevidad de las personas mayores conjuntamente con los cambios en las prevalencias de las discapacidades, sobre los costes individuales esperados.

Para este análisis se han considerado los costes de los servicios a niveles de 1999. Por tanto, los resultados que se obtienen, no son una medición de los costes futuros individuales esperados, sino un análisis de sensibilidad de los costes frente a las perspectivas de longevidad y dependencia de la población española.

En la Tabla 1 del apartado anterior, se muestra el fuerte incremento que han registrado los precios de dos de los servicios más importantes de cuidados de larga duración en España (las plazas en residencias y en centros de día). De continuar dicha tendencia, el incremento futuro de los costes individuales esperados sería sin duda elevado. Si embargo, dado el interés político que está cobrando la atención de las personas mayores y la eventual aplicación de medidas que amplíen la oferta de servicios, cabría esperar una evolución más atenuada de los precios, aunque en la práctica, ello también dependerá de la reacción de la demanda ante la expectativa de un mayor acceso y calidad de los servicios de atención.

Para el análisis prospectivo de las duraciones, se han proyectado las tasas de prevalencia de las discapacidades y se han utilizado las proyecciones de mortalidad global de la población española que elabora las Naciones Unidas (ONU, 2004).

Para la proyección de las prevalencias de las discapacidades se ha utilizado la tendencia registrada en Catalunya durante el período 1994-2002 en base a la información que brindan las Enquestes de Salut de Catalunya (ESCA, 1994 y 2002), dada la falta de información de dicha tendencia a nivel Español³.

Analizando cómo ha sido la tendencia de la prevalencia de las discapacidades en los últimos años por grupos de edad (dentro de los mayores de 64 años), se observa que para algunos grupos se han registrado caídas y para otros incrementos durante el período en cuestión. Este comportamiento podría estar indicando que en la evolución de las tasas hay

³ Se espera que la tendencia de comportamiento observada en Catalunya sea representativa de lo que sucede en España en su conjunto, dado que las tasas en el año 1999 para dicha Comunidad Autónoma son muy similares a las registradas en el territorio español.

una componente generacional que está influyendo. Es decir, que en realidad, no hay una tendencia por edades, sino que dependiendo de la generación de la que se trate y las condiciones socio-económicas y sanitarias en las que hayan nacido y/o crecido, presentarán unas tasas de discapacidad u otras. Por ello, se ha analizado la evolución pasada por generación de las tasas de discapacidades.

Los resultados de dicho análisis indican una clara reducción de la proporción de personas con discapacidades (respecto a la población total de la misma edad) durante el período analizado (Monteverde, 2004).

Sin embargo, para el análisis de la tendencia no fue posible distinguir entre niveles de severidad, ya que la información que brindan las ESCAs no hace tal distinción. Por tanto, para la proyección, se considera la reducción de la tasa de discapacidad global y se supone que la distribución por severidad, para cada edad, permanece igual a la distribución observada en el año 1999.

IV. Resultados

IV.1 Esperanzas de Vida en Salud

A continuación se presentan las estimaciones de las esperanzas de vida según niveles de discapacidad para la población española de 64 años y más. En particular interesan las duraciones de la dependencia Moderada (Em_x), Grave (Eg_x) o Total (Et_x).

Dichos resultados, para algunas edades seleccionadas son los que se muestran en las siguientes tablas, distinguiendo los resultados para hombres y para mujeres.

Tabla 4
Estimación de las Esperanzas de Vida en Salud para España
Hombres de 65 y más años
Año 1999

Edad	Eld _x	Esd _x	Em _x	Eg _x	Et _x	E _x
65	11,67	0,06	1,46	1,25	1,67	16,11
70	8,68	0,06	1,25	1,14	1,53	12,66
75	6,12	0,05	1,05	1,06	1,31	9,59
80	4,06	0,04	0,83	0,86	1,23	7,02
85	2,47	0,01	0,54	0,72	1,17	4,91
90	1,37	0,00	0,38	0,61	1,00	3,36
95	0,58	0,00	0,23	0,28	0,90	1,99
100	0,05	0,00	0,26	0,00	0,19	0,50

Donde: Eld_x = esperanza de vida libre de discapacidad para un individuo de edad x;
Esd_x = esperanza de vida con discapacidad pero sin dificultad, para un individuo de edad x;
Ed_x = esperanza de vida con discapacidad (sin distinguir el grado de severidad);
Em_x = esperanza de vida con discapacidad moderada para un individuo de edad x;
Eg_x = esperanza de vida con discapacidad grave para un individuo de edad x;
Et_x = esperanza de vida con discapacidad total a la edad x (no puede realizar la actividad).

Fuente: Elaboración propia en base a EDDDES (1999) e información sobre mortalidad global de la población española en 1999 (INE, 2002)

Tabla 5
Estimación de las Esperanzas de Vida en Salud para España
Mujeres de 65 y más años
Año 1999

Edad	Eld _x	Esd _x	Em _x	Eg _x	Et _x	E _x
65	13,25	0,08	1,75	1,95	3,05	20,09
70	9,71	0,07	1,48	1,77	2,82	15,85
75	6,62	0,06	1,18	1,53	2,55	11,94
80	4,09	0,04	0,84	1,18	2,37	8,52
85	2,20	0,03	0,50	0,87	2,13	5,72
90	0,94	0,02	0,23	0,60	1,85	3,65
95	0,20	0,02	0,01	0,29	1,48	1,99
100	0,00	0,00	0,02	0,05	0,43	0,50

Donde: Eld_x = esperanza de vida libre de discapacidad para un individuo de edad x;
Esd_x = esperanza de vida con discapacidad pero sin dificultad, para un individuo de edad x;
Ed_x = esperanza de vida con discapacidad (sin distinguir el grado de severidad);
Em_x = esperanza de vida con discapacidad moderada para un individuo de edad x;
Eg_x = esperanza de vida con discapacidad grave para un individuo de edad x;
Et_x = esperanza de vida con discapacidad total a la edad x (no puede realizar la actividad).

Fuente: Elaboración propia en base a EDDDES (1999) e información sobre mortalidad global de la población española en 1999 (INE, 2002)

De las tablas 4 y 5 se desprende que los años esperados de vida de las personas de 65 años y más se reducen con la edad, independientemente del estado de salud.

Si bien la tendencia es a la reducción de los años de vida, la disminución no se produce en la misma proporción para todos los estados de salud considerados, con lo que los años de

vida con discapacidad, y dentro de ellos, los de discapacidad más severa, van ganando participación dentro de la esperanza de vida residual total. Este último comportamiento estaría indicando que, en los últimos tramos de edades además de producirse un cambio entre la proporción de años de vida activa y años de vida con discapacidad, se experimenta un agravamiento de las discapacidades y por tanto un incremento en la proporción de los años esperados de vida con dificultad máxima para realizar actividades de forma autónoma.

Por otra parte, se observan diferencias importantes entre hombres y mujeres. Por un lado, la esperanza de vida residual (total) de las mujeres es mayor que la de los hombres, excepto para las dos últimas edades.

Si bien para las mujeres de 65 a 80 años se observa una mayor esperanza de vida libre de discapacidad, también se observa una mayor esperanza de vida con discapacidades (para todas las severidades). Así mismo para ellas, la esperanza de vida con discapacidad total es siempre mayor que la de los hombres.

IV.2 Costes Individuales Esperados de Cuidados de Larga Duración: 1999, 2010

En las Tablas 9 y 10 se presentan los costes individuales esperados de cuidados de larga duración, que se han obtenido vinculando las duraciones con discapacidad, con los costes unitarios de los servicios asociados a cada modalidad de cuidados (las Alternativas 1, 2 y 3 anteriormente descritas).

Se muestran los resultados para las edades seleccionadas y se distinguen los resultados por sexo, dadas las diferencias en las duraciones observadas entre hombres y mujeres.

El análisis de las duraciones no toma en cuenta la edad exacta en la que los individuos pasan de un grado de severidad a otro y, por tanto, no se conocen los costes asociados a cada momento. Por ello, se han tomado los costes (conocidos) para 1999 y 2003, en torno a los cuáles estarán los costes individuales esperados para una persona dependiente durante dicho periodo. La Tabla 9 corresponde a los precios de 1999 y la Tabla 10 a los precios de 2003.

Otra alternativa para la estimación de dichos costes (o el valor actual de los mismos), es establecer algún supuesto sobre el momento en el que las personas cambian de estado, así como sobre la evolución de los precios de los servicios. Actualmente se está trabajando en un escenario en el cual la reactivación no es posible y los precios de los servicios siguen un comportamiento lineal determinado por los valores observados en 1999 y 2003.

Tabla 9
Costes Individuales Esperados de CLD en España
En euros, a costes de 1999

Coste Individual Esperado de CLD						
	Alternativa 1		Alternativa 2		Alternativa 3	
Edad	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
65	40.221,23	65.669,15	45.515,41	72.017,35	114.901,99	193.712,82
70	36.326,87	59.614,19	40.849,34	64.976,76	104.360,48	176.886,41
75	31.741,02	52.472,07	35.554,68	56.747,04	91.312,11	156.903,39
80	27.745,45	45.216,61	30.752,12	48.254,13	80.903,74	137.403,29
85	24.215,01	37.604,83	26.186,63	39.411,09	72.356,89	116.501,20
90	20.209,71	30.261,98	21.586,23	31.099,60	61.023,72	95.702,84
95	15.216,19	21.563,66	16.059,51	21.614,96	47.143,97	70.121,81
100	3.875,78	6.051,36	4.833,69	6.128,31	10.423,14	19.634,71

Fuente: Elaboración propia en base a EDDDES (1999), mortalidad global de la población española en 1999 (INE,2002) e IMSERSO (2000).

Tabla 10
Costes Individuales Esperados de CLD en España
En euros, a costes de 2003

Coste Individual Esperado de CLD						
	Alternativa 1		Alternativa 2		Alternativa 3	
Edad	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
65	50.490,57	82.889,90	56.380,18	89.952,08	134.052,32	225.998,29
70	45.626,11	75.318,36	50.657,21	81.284,05	121.767,77	206.367,48
75	39.832,21	66.388,86	44.074,78	71.144,63	106.554,47	183.053,96
80	34.937,63	57.457,65	38.282,46	60.836,79	94.418,62	160.303,84
85	30.623,70	48.006,87	32.817,08	50.016,27	84.450,64	135.918,07
90	25.590,91	38.833,59	27.122,25	39.765,42	71.228,85	111.653,31
95	19.480,09	27.900,18	20.418,26	27.957,25	55.035,14	81.808,78
100	4.915,05	7.848,53	5.980,71	7.934,14	12.176,17	22.907,16

Fuente: Elaboración propia en base a EDDDES (1999), mortalidad global de la población española en 1999 (INE,2002) e IMSERSO (2004).

Por ejemplo, según los resultados expuestos en las Tablas 9 y 10, cabe esperar que los costes de cuidados de larga duración a lo largo de toda la vida, para un hombre de 65 años, que recibe cuidados bajo la alternativa 1, sean en torno a los 40,2 mil a 50,5 mil euros. Mientras que bajo la Alternativa 3, los mismos oscilarían entre los 114,9 mil y los 134 mil euros.

La principal conclusión que se extrae de estos resultados, es el elevado coste en un sistema de cuidados de larga duración basado exclusivamente en la ayuda a domicilio. Si la ayuda fuese informal, dicha cifra podría ser interpretada como el coste de oportunidad de las familias, que son los principales cuidadores informales (en especial la mujer o la hija de la persona dependiente). Sin embargo, esta cifra es sólo una aproximación y sería necesario un estudio más exhaustivo del perfil socio-económico de los cuidadores informales, para poder hacer una estimación más precisa del verdadero coste de oportunidad. En este sentido, es importante destacar que la mayor parte de los cuidadores informales en España son mujeres de entre 40 y 55 años (en edad activa) y que ellas son personas cada vez más cualificadas, es decir profesionales que deben resignar de forma parcial o total su vida en el

mercado laboral, para dedicarse al cuidado de las personas mayores dependientes (generalmente sus propios padres). Por tanto, cabe esperar que el coste de oportunidad de un sistema de cuidados informales en España sea cada vez mayor.

También resulta importante destacar que, aunque significativamente menores que bajo la alternativa 3, los costes globales de atención a la población española con discapacidades bajo las alternativas 1 y 2 resultarían ser elevados y, difícilmente, puedan ser cubiertos exclusivamente por el Estado o privadamente.

IV.3 Compresión de la morbilidad y mayor longevidad: impacto sobre los costes futuros

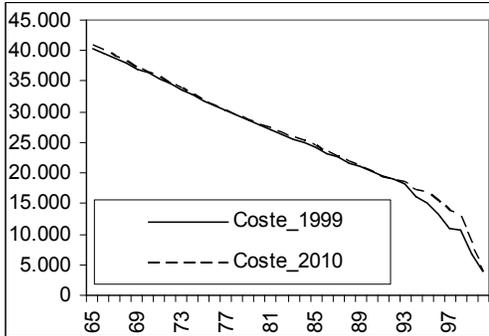
En la Gráfica 1, se muestran los cambios en los costes individuales esperados, como resultado del incremento de la esperanza de vida global de la población española y la reducción de la prevalencia de las discapacidades durante el período 1999-2010, siguiendo la metodología sugerida en el apartado III.4. Es decir, se analiza el efecto del cambio en las duraciones de los estados, sobre los costes de cuidados individuales esperados, suponiendo para ello costes unitarios constantes de los servicios.

Este análisis se ha realizado para las tres alternativas de cuidados y distinguiendo entre hombres y mujeres. Observar que las diferencias de costes entre hombres y mujeres queda reflejado en la diferencia de escala del eje de las ordenadas de las figuras de la Gráfica 1.

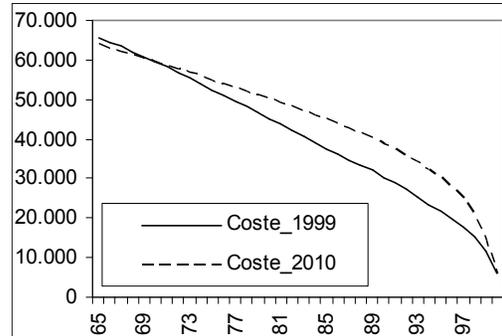
Los resultados mostrados gráficamente, nos permiten visualizar que aún bajo un escenario favorable de reducción de las prevalencias (según la tendencia registrada en el pasado por generación), en ningún caso se producirían reducciones de los costes individuales esperados.

El análisis de la evolución de las duraciones durante el período considerado (1999-2010), indicaría que la población española está transitando por un proceso de compresión de la morbilidad de las discapacidades. Sin embargo, dicha compresión sólo sería en términos relativos (menor proporción de años vividos con discapacidades respecto al total de años), y las duraciones con discapacidad estarían incrementándose en términos absolutos, como consecuencia de la mayor esperanza de vida global de la población.

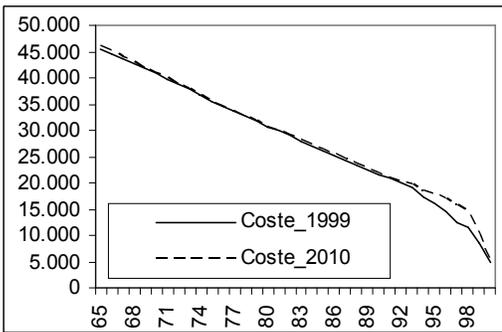
Gráfica 1
Costes Individuales Esperados de CLD 1999 – 2010
a costes de 1999



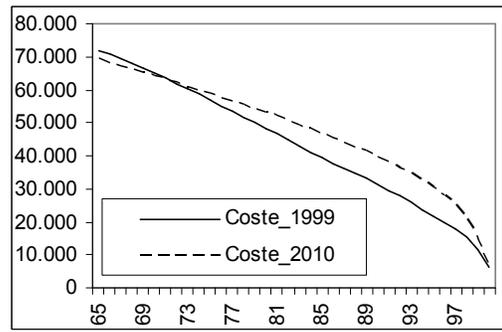
Costes Alternativa 1, 1999 – 2010
Varones



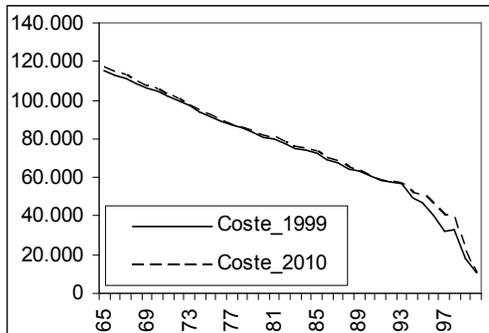
Costes Alternativa 1, 1999-2010
Mujeres



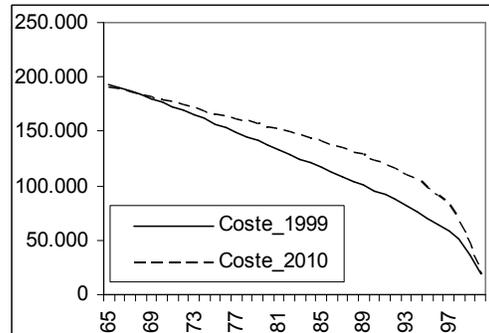
Costes Alternativa 2, 1999 – 2010
Varones



Costes Alternativa 2, 1999 – 2010
Mujeres



Costes Alternativa 3, 1999 – 2010
Varones



Costes Alternativa 3, 1999 – 2010
Mujeres

V. Conclusiones y recomendaciones

Se ha utilizado una metodología para estimar los costes individuales de cuidados de larga Duración (CLD), en base a las duraciones esperadas en los distintos niveles de dependencia a modo de esperanzas de vida en cada situación de discapacidad (o esperanzas de vida en salud).

Las estimaciones de las esperanzas de vida en salud para la población española, arrojan conclusiones similares a las observadas en otros países. Aunque la esperanza de vida de las mujeres supera a la de los hombres en las edades avanzadas, se espera que para las mujeres de más de 64 años, parte de esa mayor esperanza de vida sea en situación de dependencia.

De la proyección de dichas esperanzas de vida, cabe esperar que en los próximos años se produzca una compresión relativa de la morbilidad en España, es decir, una menor proporción de años vividos con discapacidades respecto al total de años que se espera que vivan las personas. Sin embargo, las duraciones con discapacidad estarían incrementándose en términos absolutos como consecuencia de la mayor esperanza de vida global de la población.

Dada la falta de información de carácter longitudinal para España, el análisis de las duraciones ha sido llevado a cabo a través de un método indirecto (el método de Sullivan). Este método produce estimaciones de las duraciones en estados de discapacidad que son aproximadas y que pueden contener errores. Por lo tanto, los cálculos que hemos presentados están sujetos a cierto grado de incertidumbre. Para cálculos más robustos de dichas cantidades, es necesario contar con información homogénea en el tiempo sobre el estado de salud de la población. Idealmente, esta información tendría que conseguirse a través de un estudio longitudinal donde se siga a las mismas personas incluidas en una muestra representativa de la población por un período prolongado de tiempo. Pero al menos, sería deseable que las encuestas que se realicen en adelante, sigan siempre un criterio homogéneo, por ejemplo a través de la aplicación del mismo cuestionario de preguntas.

Por otra parte, los resultados obtenidos revelan el elevado coste económico implícito (en términos de coste de oportunidad de las personas que atienden a los ancianos) en un sistema de cuidados de larga duración basado exclusivamente en la atención informal.

Del análisis de los costes esperados a nivel individual, se observa un mayor coste para las mujeres que para los hombres asociado con el mayor número de años que se espera que ellas vivan con discapacidades.

A futuro, se espera un impacto positivo sobre los costes como consecuencia del incremento de la longevidad de las personas mayores, aún cuando las prevalencias de las discapacidades se reduzcan según la tendencia registrada en el pasado.

En todos los casos analizados, y exceptuando situaciones en que se produjese un shock no predecible, se producirían incrementos sustanciales en los requerimientos de atención. Las perspectivas de una menor capacidad de las familias para atender las necesidades de

dependencia y el ínfimo grado de cobertura actual, alertan sobre la necesidad de un planteamiento a corto plazo de políticas de atención a los mayores discapacitados más intensas.

Bibliografía

Albarrán I, Ayuso M, Guillén M, Monteverde M. Medición del Envejecimiento y Discapacidad de la Población en España a partir de la Esperanza de Vida Residual. Anales del Instituto de Actuarios Españoles 2002; 7-, 107-135.

Casado Marín D, López i Casanovas G. Vejez, dependencia y cuidados de larga duración, situación actual y perspectivas de futuro. Colección Estudios Sociales N° 6, Fundación “la Caixa”; 2001.

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

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

IMSERSO. Las Personas Mayores en España. Informe 2000. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. Observatorio de Personas Mayores, Madrid: Imsero; 2000.

IMSERSO. Servicios sociales para personas mayores en España: Enero 2002. Boletín sobre envejecimiento N° 8, Observatorio de Personas Mayores, Madrid: Imsero; 2003.

IMSERSO. Servicios sociales para personas mayores en España: Enero 2003 [citado 3 de ago. 2004].

<http://www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/informacion/indicadoresociales/indsociales2003.html>

INE, Tablas de Mortalidad de la Población de España 1998-1999; 2002.

Jacobzone S. Ageing and care for frail elderly persons: An overview of international perspectives. OECD: Labour Market and Social Policy. Occasional paper 1998 n° 38 [citado 4 de ago. 2004].

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

Monteverde L.M. Discapacidades de las Personas Mayores en España: Prevalencias, Duraciones e Impacto sobre los Costes de Cuidados de Larga Duración. Tesis Doctoral, Universidad de Barcelona; 2004.

ONU. Life tables obtained from World Population Prospects: The 2002 Revision. United Nations Population Division, Special Tabulations, New Cork; 2004.

Palloni A, Guillén M, Monteverde M, Ayuso M and White R. "A Microsimulation Model to Estimate Errors in Cross-Sectional Estimates of Life Expectancy in Disability". Paper presentado en el PAA Meeting Philadelphia 2005.

Servei Càtala de la Salut. Enquesta de Salut de Catalunya 1994; 2002.

Sullivan, D. F. "A single index of mortality and morbidity." American Journal of Public Health 86:347-354; 1971.