

## **Una estimación de los costes de un seguro público de dependencia de los mayores en España**

BRAÑA, FRANCISCO-JAVIER

*Departamento de Economía Aplicada. Universidad de Salamanca.*

Campus Miguel de Unamuno. 37007 Salamanca. Telf.: 923294500 Ext. 1607. E-mail: fjbrana@usal.es

### RESUMEN

El objetivo de este trabajo es analizar y medir el coste de los recursos asociados al cuidado de las personas mayores dependientes, para poder evaluar el coste de un seguro que cubriera el riesgo de caer en una situación de dependencia tras la jubilación. Partiendo de las estimaciones disponibles sobre la población mayor dependiente en España y de los costes reales que conlleva su atención, se calcula para el año 1998 el coste global por persona de atención a la dependencia. Tras la descripción del marco jurídico e institucional de atención a las personas mayores dependientes en España, recogiendo algunos datos comparados sobre el nivel de protección, se ofrece una estimación del coste de dar cobertura a toda la población dependiente, así como del empleo máximo que se podría crear. Se estudia cómo puede evolucionar en el futuro la estructura de edades y, como resultado, la dependencia de las personas mayores, concluyendo con la consideración del problema como un riesgo social que debe ser cubierto con la creación de un seguro público universal y obligatorio.

*Palabras clave:* Personas mayores; Gasto en servicios sanitarios y sociales; Dependencia; Demografía.

## **An estimate of the cost of a public insurance for the elderly dependent population in Spain**

### ABSTRACT

The aim of this paper is to analyze and measure the cost of the resources associated to the dependence of the elderly, to allow for an evaluation of the cost of an insurance scheme covering the risk of being a dependent person after retirement. Departing from existing estimates of Spanish dependent elderly population and the actual cost of care services for dependant individuals, a estimate of the total cost for person in 1998 is provided. After a summary of the of the current legal and institutional framework of care services for elderly dependant population in Spain, also including some figures on the level of protection, estimates of the cost of providing coverage to the whole dependant population in the reference year, as well as of the maximum number of jobs that could be created are offered. It is analysed how it could evolve in the future the age of the Spanish population and, as a consequence, the dependence of the elderly and the related costs of care. The issue is considered as a social risk which should be covered by a public and mandatory insurance scheme.

*Keywords:* Elderly people; Health and social expenditure; Dependence; Demography.

*Clasificación JEL:* J14, H51, I12, J11.

Artículo recibido en abril de 2003 y aceptado para su publicación en marzo de 2004.

La edición completa de este artículo está disponible en la página [www.revista-eea.net](http://www.revista-eea.net), ref.: E-22304.

ISSN 1697-5731 (online) – ISSN 1133-3197 (print)

## **Una estimación de los costes de un seguro público de dependencia de los mayores en España**

BRAÑA, FRANCISCO-JAVIER

*Departamento de Economía Aplicada. Universidad de Salamanca.*

Campus Miguel de Unamuno. 37007 Salamanca. Telf.: 923294500 Ext. 1607. E-mail: fjbrana@usal.es

### RESUMEN

El objetivo de este trabajo es analizar y medir el coste de los recursos asociados al cuidado de las personas mayores dependientes, para poder evaluar el coste de un seguro que cubriera el riesgo de caer en una situación de dependencia tras la jubilación. Partiendo de las estimaciones disponibles sobre la población mayor dependiente en España y de los costes reales que conlleva su atención, se calcula para el año 1998 el coste global por persona de atención a la dependencia. Tras la descripción del marco jurídico e institucional de atención a las personas mayores dependientes en España, recogiendo algunos datos comparados sobre el nivel de protección, se ofrece una estimación del coste de dar cobertura a toda la población dependiente, así como del empleo máximo que se podría crear. Se estudia cómo puede evolucionar en el futuro la estructura de edades y, como resultado, la dependencia de las personas mayores, concluyendo con la consideración del problema como un riesgo social que debe ser cubierto con la creación de un seguro público universal y obligatorio.

*Palabras clave:* Personas mayores; Gasto en servicios sanitarios y sociales; Dependencia; Demografía.

## **An estimate of the cost of a public insurance for the elderly dependent population in Spain**

### ABSTRACT

The aim of this paper is to analyze and measure the cost of the resources associated to the dependence of the elderly, to allow for an evaluation of the cost of an insurance scheme covering the risk of being a dependent person after retirement. Departing from existing estimates of Spanish dependent elderly population and the actual cost of care services for dependant individuals, a estimate of the total cost for person in 1998 is provided. After a summary of the of the current legal and institutional framework of care services for elderly dependant population in Spain, also including some figures on the level of protection, estimates of the cost of providing coverage to the whole dependant population in the reference year, as well as of the maximum number of jobs that could be created are offered. It is analysed how it could evolve in the future the age of the Spanish population and, as a consequence, the dependence of the elderly and the related costs of care. The issue is considered as a social risk which should be covered by a public and mandatory insurance scheme.

*Keywords:* Elderly people; Health and social expenditure; Dependence; Demography.

Clasificación JEL: J14, H51, I12, J11.

Artículo recibido en abril de 2003. Aceptado para su publicación en marzo de 2004.

La referencia electrónica de este artículo en la página [www.revista-eea.net](http://www.revista-eea.net), ref.: E-22304.

## 1. INTRODUCCIÓN

El objetivo de este trabajo es tratar de estimar cuánto costaría en España establecer un seguro que cubriera el riesgo de caer en una situación de dependencia, esto es, no poder valerse por sí mismo, una vez alcanzada la edad de jubilación, seguro que cubriera la atención no sanitaria, dado que la sanitaria está cubierta por el sistema nacional de salud. Para ello, en el segundo apartado se comienza analizando el fenómeno del envejecimiento de la estructura de edades y en qué medida está afectando a la población española, para a continuación estudiar cómo ese proceso de envejecimiento puede llevar a una mayor prevalencia de personas mayores dependientes y, en consecuencia, a unos mayores gastos sanitarios y sociales. Basándose en los trabajos disponibles, el apartado concluye con una estimación del número de personas mayores dependientes en 1998. En el tercer apartado se ofrece una estimación, basada en los micro-datos proporcionados por RODRÍGUEZ y MONTSERRAT (2002), de los costes de atención a las personas mayores dependientes por niveles de dependencia que estaban cubiertas en 1998, diferenciando entre la parte que correspondiente al gasto público y la correspondiente al gasto privado. El paso siguiente es estimar, en función de los datos precedentes, cuánto costaría extender la cobertura a toda la población dependiente, ofreciendo además una estimación de cuánto empleo podría crearse en servicios de atención a la dependencia.

Dado que la estimación se refiere al año 1998, en el cuarto apartado se analiza cómo puede evolucionar en el futuro la estructura de la población y si aumentará o no el número de personas mayores dependientes, así como el impacto que en su caso tendrá sobre los costes sanitarios y sociales, a partir del modelo propuesto por CUTLER y SHEINER (1998). Puesto que los estudios disponibles señalan que en España el número de personas que cuidan de las personas mayores dependientes va ir a descendiendo paulatinamente, y además existe unanimidad en que el número total de personas mayores dependientes va a aumentar en los próximos veinte años, en el quinto apartado se examinan las dos alternativas que se proponen para cubrir los costes de los servicios sociales, un seguro público o un seguro privado con apoyo fiscal, defendiendo la superioridad en términos de eficiencia y equidad del seguro público de dependencia <sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Versiones preliminares de este trabajo se presentaron en el 58 Congreso de International Institute of Public Finance (Helsinki, 2002), en el X Encuentro de Economía Pública (Santa Cruz de Tenerife, 2003) y en la XVII Reunión Anual de ASEPELT-España (Almería, 2003). Agradezco a Barbara Wolfe (Universidad de Wisconsin-Madison) y a los dos evaluadores anónimos sus observaciones y sugerencias, que han contribuido a mejorarlo sustancialmente.

## 2. EL "ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO" Y LA POBLACIÓN DEPENDIENTE MAYOR DE 64 AÑOS EN ESPAÑA

Una de las características recientes, más sobresalientes y más publicitadas de las sociedades desarrolladas de nuestro tiempo es lo que se ha venido en llamar su "envejecimiento demográfico". Con el término "envejecimiento" se hace referencia al incremento de la proporción de personas mayores, entendiéndose por tales las que tienen 65 y más años, por ser esta la edad más frecuente de jubilación de las personas que han tenido un trabajo asalariado. Pero Naciones Unidas está considerando en sus últimos documentos que las personas mayores son las de 60 y más años. Se trata de un concepto, como tantos en ciencias sociales, ambiguo, equívoco y que hace referencia a un conjunto heterogéneo. Es difícil establecer el límite, el momento en que empieza el envejecimiento de una persona, pues es un concepto biomédico, y no tanto laboral o de edad. Por otra parte, es importante señalar que la utilización de la palabra "envejecimiento", con sus connotaciones negativas, es como mínimo desafortunada, puesto que las poblaciones no envejecen realmente, lo que hacen es modificar su estructura por edades. A este respecto, el PARLAMENTO EUROPEO (2002; pg. 9) le recuerda a los servicios de la Comisión Europea "que es especialmente importante evitar los conceptos discriminatorios, como por ejemplo la expresión envejecimiento excesivo, tanto en los textos jurídicos como en sus justificaciones".

Para hacer comparaciones, por ejemplo entre la población de un país y la de una de sus regiones, o entre la población de un mismo lugar en dos momentos de tiempo, lo más indicado es representar la proporción de personas de cada edad respecto al total de la población, obteniendo así la estructura por edades de la misma. Pues bien, si la edad media de una misma población va aumentando en el tiempo, esto es, la proporción de los que tienen mayor edad es creciente y disminuye la proporción de los más jóvenes, decimos que esa población "envejece". Esto es precisamente lo que está ocurriendo en todos los países desarrollados, incluyendo a España, durante el último siglo. No es sólo que hay cada vez más personas mayores, lo importante es que la proporción que representan ha aumentado de manera sensible, debido a que los que aún no han cumplido los sesenta y cinco años no han aumentado con la misma rapidez, produciéndose el "envejecimiento" demográfico.

Es preciso matizar que el "envejecimiento" de la población está causado por la combinación de dos factores: una menor fecundidad y una mayor tasa de supervivencia de las generaciones. A este respecto, la esperanza de vida no es un indicador que proporcione suficiente información para comprender las cambiantes relaciones entre unas edades y otras en una misma población a lo largo del tiempo. Tanto es así, que el aumento de la esperanza de vida puede incluso ser la causa directa de una estructura por edades más joven, no más envejecida: la característica más notable de la mortalidad por edades en el pasado era la elevadísima mortalidad infantil, y fue su reducción la que alimentó los grandes aumentos de la esperanza de vida durante la transición de la mortalidad.

Todos los países de la Unión Europea han experimentado en la segunda mitad del pasado siglo un sensible aumento de la población mayor de 64 años, y lo mismo puede decirse para la población de 80 y más años, con la única excepción de Irlanda. En algunos casos, el porcentaje de población mayor de 64 se ha más que duplicado, como en Portugal, España, Grecia, Italia y Países Bajos.

Por lo que respecta a la esperanza de vida al nacer, en menos de cincuenta años la esperanza de vida ha aumentado en una media de 11,5 años para las mujeres y de 9,8 años para los hombres en el periodo 1950-1998. El progreso en general ha sido mayor en aquellos países donde inicialmente la esperanza de vida era más corta, destacando los casos de Portugal y España, con aumentos muy superiores a la media, lo que les hace situarse en valores muy similares a los de los restantes países y, en el caso particular de España, con la tercera esperanza de vida más alta.. Ello ha sido posible primariamente gracias a la reducción en la mortalidad infantil y actualmente está afectando especialmente a las personas de más de 60 años, gracias a los progresos alcanzados en la prevención y tratamiento de las enfermedades cardio-vasculares y del cáncer, así como al cambio en los estilos de vida.

Por otra parte, la tasa de fertilidad empezó a caer a mediados de los años 60 del siglo pasado, dando lugar a una pirámide de población con una base cada vez más estrecha, y con unos niveles mucho más uniformes entre los países de la Unión Europea hoy que hace cuarenta años, estando todos los países a finales del siglo por debajo de la llamada "tasa de reemplazo"<sup>2</sup>, si bien las variaciones en la tasa de descenso y los diferentes puntos de partida hacen que el proceso de envejecimiento sea diferente según los países.

Las consecuencias que esta estructura envejecida de edades puede tener sobre la sostenibilidad de las finanzas públicas, cuando son tantas las presiones para reducir el tamaño del sector público — y no sólo de los déficit públicos —, ha llevado a las principales instituciones económicas internacionales, y en particular la Comisión Europea y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), a estudiar el futuro de los sistemas públicos de pensiones, la asistencia sanitaria y la atención a las personas mayores<sup>3</sup>, tema sobre el que volveremos más adelante. Una

---

<sup>2</sup> La tasa de reemplazo generacional esta establecida en 2,1 hijos por mujer. Ahora bien, este indicador no está exento de problemas, al resultar engañoso, ya que no tiene en cuenta el papel de la inmigración y deja también de lado el papel de la mortalidad, que se supone estable. Pero si la esperanza de vida aumenta, la fecundidad de reemplazo puede ser menor. De ahí que se haya propuesto un indicador alternativo, *la tasa de reproducción de los años de vida*, que relaciona los años de vida totales de madres e hijas calculando el número medio de hijas que tienen las mujeres de cada generación teniendo en cuenta su mortalidad. Vid. Pérez Díaz (2002, pp. 59-62).

<sup>3</sup> Entre otros Dang, Antolín y Oxley (2001); Gruber, J. and Wise, D. (2001); Hicks (2001); Morrow, K. MC. and Roeger, W. (2001); OCDE (2001); y Economic Policy Committee (2000 y 2001). Pueden verse también las dos recientes comunicaciones presentadas por la Comisión Europea (2001 y 2002).

de las líneas de investigación ha sido la reciente propuesta de elaborar una contabilidad generacional, que trata de mostrar los efectos que podría tener una prolongación de una determinada política económica sobre los impuestos y las transferencias, así como sobre las generaciones futuras <sup>4</sup>.

Pero hay que destacar que este proceso puede terminar afectando también a los menores, al carecer de apoyos en su juventud, tanto en términos de compañía y socialización, como en términos de disponibilidad de recursos económicos. "Y más tarde — y es aquí donde este proceso inter-actúa con el envejecimiento — las personas mayores pueden ser incapaces de obtener la ayuda y el apoyo que necesiten de los hijos con los que sus contactos han sido tan escasos en la edad temprana" (De SANTIS, 2001; pg. 7).

La población española no ha dejado de crecer desde principios del siglo pasado, aunque con una evolución distinta a los países de nuestro entorno. Las reducciones en la tasa de mortalidad ordinaria no se producen hasta después de la Primera Guerra Mundial, casi un siglo después que la mayoría de países europeos. Y el llamado "baby boom" tendrá lugar entre 1957 y 1977, con unos diez años de retraso respecto al resto de países occidentales en los que tuvo lugar este fenómeno, debido a los efectos que tuvo la guerra civil y la larga posguerra. Pero desde entonces se ha producido un descenso muy rápido de la tasa de fertilidad o fecundidad, hasta 1,19 hijos por mujer en 1999, desde los 2,86 en 1960, así como un cambio en el calendario reproductivo, que se retrasa cinco años. Bien es cierto que si en vez de la tasa de fertilidad utilizamos como indicador la tasa de reproducción de los años de vida, la insuficiente reproducción madres-hijas ha coexistido en España con un aumento de la población, al estar dicha tasa siempre por encima de 1 desde 1871, esto es, ninguna de las generaciones ha dejado de reemplazar sus propios años de vida con los de su descendencia, aunque la fecundidad haya disminuido <sup>5</sup>.

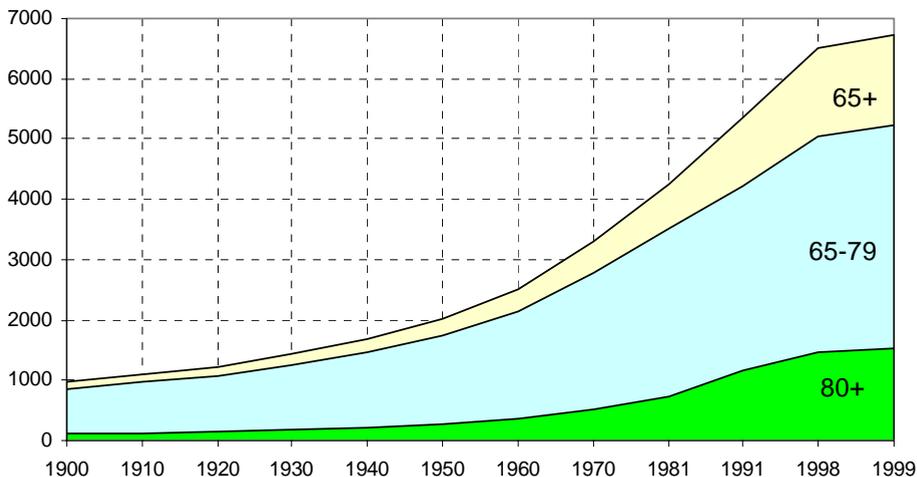
---

<sup>4</sup> "En particular, las cuentas generacionales muestran si la política de impuestos y transferencias de un año base elegido se pueden mantener en un futuro indefinido o si más pronto o más tarde será necesario practicar ajustes para cumplir con la restricción presupuestaria intertemporal del gobierno. La contabilidad generacional aborda explícitamente los problemas que los cambios demográficos plantean a la política fiscal y social" (Jágers y Raffelhüschen, 1999; pg. 1). Desarrollada a partir de la propuesta de Auerbach, Gokhale y Kotlikoff, no está exenta de imperfecciones y limitaciones teóricas y empíricas. Para una exposición de su metodología y las principales objeciones a la misma vid. Raffelhüschen (1999).

<sup>5</sup> De hecho, como señala J. Pérez Díaz, la generación de 1871-1875, con una descendencia final de 4,6 hijos, apenas consiguió una reproducción real superior a la generación de los años cuarenta del siglo pasado, que tuvo sólo 2,5 hijos por mujer, habiendo crecido la población continuadamente al conseguir las madres que las hijas vivan cada vez más años (Pérez Díaz, 2002; pg. 77-78)

Gráfico 1

## Evolución de la población española de edad, 1900-1999 (Miles)



Fuente: *tabla A1 del Anexo.*

El Gráfico 1, basado en la Tabla A1 del anexo, recoge la evolución de la población española mayor de 65 años desde 1900 hasta 1999. Como puede comprobarse, la población de 65 y más años no ha dejado de crecer desde principios del siglo pasado y además ha aumentado su peso sobre el total. Si en 1900 las 967.754 personas de 65 y más años representaban el 5,2% de la población, en 1999 eran 6.739.561, representando el 16,8 de la población total. Por sexos, en 1999 había 3.910.108 mujeres (el 58%) y 2.829.453 hombres mayores de 65 años. Pero también ha aumentado mucho la longevidad, pues si en 1900 las personas de 80 y más años representaban el 0,6% de la población, en 1999 representaban el 3,8%. España se situaba así en 1999 en el quinto país del mundo en porcentaje de población de 65 y más años, tras Italia, Suecia, Grecia y Bélgica.

Ello se debe fundamentalmente al rápido descenso de la mortalidad, tanto la infantil como la del grupo entre 70 y 80 años, lo que ha incrementado notablemente el número de personas mayores y su longevidad <sup>6</sup>. Y como consecuencia, una alta esperanza de vida al nacer de la población española, una de las más altas del mundo, que en 1998 era de 81,7 años para las mujeres y de 74,4 años para los hombres (En 1900 las cifras eran 35,7 y 33,9 respectivamente). Por su parte, la esperanza de vida

<sup>6</sup> Con la mortalidad de 1900, la población de 1991 hubiera sido de 21.270.816 personas, en vez de los 38.727.174 censados, puede incluso que menor ya que, si hubiese sobrevivido un número menor de mujeres hasta edades fecundas, también el número de nacidos hubiese sido inferior. Vid los cálculos de Pérez Díaz (2002; pg. 77-78).

a los 65 años era en 1998 de 20,0 años para las mujeres y de 16,1 años para los hombres (En 1900 las cifras eran 9,2 y 9 años respectivamente) <sup>7</sup>.

Esto nos lleva a preguntarnos sobre el impacto macroeconómico sanitario de esta estructura de edad envejecida. Si quisiéramos saber el mayor gasto sanitario relativo de las personas mayores, deberíamos disponer de información sobre el gasto sanitario que realizan los habitantes de un país según la edad de cada uno de ellos. Las investigaciones realizadas en Estados Unidos de América, con datos de 1987, muestran que las personas de entre 65 y 74 años gastaban 3,3 veces más que las personas entre 35 y 44 años, y las personas de entre 75 y 84 años gastaban 5,5, veces más. Por su parte, la OCDE considera que el gasto sanitario de las personas mayores de 64 años es 3,3 veces superior al del resto de personas (CASADO, 2001). En el mismo sentido, POLDER et al. (2002), con datos de la población de Holanda (que tiene un sistema nacional de salud semejante al de España), llegan a la conclusión de que el envejecimiento causa un incremento de la demanda y de los costes de cuidados sanitarios, a una tasa media anual de entre el 1,9 y el 3,7% para la población de 65 y más años.

Para España, un estudio de ALONSO y HERCE (1998) estima el gasto sanitario por edades para 1996, encontrando que tiene forma de J, siendo muy alto en el primer año de vida, alcanzando un valor mínimo para la cohorte de 5 a 14 años, a partir de la cual empieza a aumentar ininterrumpidamente, de manera que en comparación con la cohorte de 35 a 44 años, las personas de entre 65 y 74 años gastarían alrededor de cuatro veces más, mientras que los mayores de 74 años gastarían algo más de seis veces, superando en ambos casos el gasto en el primer año de vida. Los cálculos realizados por URBANOS y UTRILLA (2001) para 1997-1998 dan un perfil similar tanto para mujeres como para hombres: los gastos son muy altos en los cuatro primeros años, descendiendo hasta los 10-14 años cuando alcanzan su nivel más bajo, aumentando de forma continuada a partir de entonces, sobrepasando las mujeres en la cohorte de los 55-59 años el gasto en los primeros años de vida y cinco años después los hombres, cohortes a partir de las cuales los gastos aumentan de forma exponencial, alcanzando los hombres el máximo en la cohorte de 75-79 años y las mujeres en la cohorte siguiente, disminuyendo ligeramente los gastos para edades posteriores. A destacar que los gastos sanitarios de las mujeres, que son inferiores en los cuatro primeros años de vida, son superiores a los de los hombres hasta la cohorte de 60-64 años, en que empiezan a ser de nuevo inferiores a los de los hombres. En resumen,

---

<sup>7</sup> Puede encontrarse abundante información estadística en IMSERSO (2000). Ha de advertirse que el análisis de los factores sociales, culturales y económicos que explican esta estructura de edades se sale de los objetivos de este trabajo. De la extensa bibliografía disponible, con interpretaciones no siempre coincidentes, remito al lector a los trabajos de Díez Nicolás (2000) y de Pérez Díaz (2002).

gasto en salud y envejecimiento parecen estar altamente relacionados, en la medida en la que tanto los gastos sanitarios como su aumento son mayores para las cohortes de mayor edad <sup>8</sup>.

Pero el hecho de que cada vez haya más personas mayores y que estas vivan más, lo que hemos dicho que debe considerarse cuando menos como un hecho social neutro, aunque pueda tener importantes implicaciones económicas, ha dado lugar a un aumento significativo del riesgo de que las personas mayores sufran una situación de discapacidad, puesto que se vive más, pero parece que también se enferma más, pasando a considerarse la enfermedad como un estado crónico que padecen muchas personas en etapas prolongadas de su vida y, en particular, en los últimos años de la misma. Ello es el resultado de que la esperanza de vida en salud no ha crecido al mismo ritmo que la duración total de la vida.

Según datos de la OCDE (Health Data Base Indicators), en 1986 la esperanza de vida sin padecer incapacidad al nacer era en España de 79,7 años para las mujeres y de 73,3 años para los hombres, mientras que a los 65 años la expectativa era de 6,5 años para las mujeres y de 6,8 para los hombres. Esto quiere decir que en el caso de las mujeres de más de 64 años, les quedaría un 35,3% de los años de vida sin sufrir discapacidad, mientras que a los hombres de más de 64 años les quedaría un 44,4% de vida si sufrir discapacidad. Si bien una década después y según la Encuesta Nacional de Salud de 1997, la esperanza de vida en salud al nacer era 77 años para las mujeres y de 75 para los hombres, es decir, las mujeres mayores pueden estar en situación de discapacidad un 40% de los años que les queden, mientras que los hombres estarían discapacitados un 38% de los años que les queden de vida.

Ahora bien, a diferencia de otros trabajos, que estudian este proceso de envejecimiento de las sociedades occidentales desde la perspectiva del pronunciado incremento de la ratio de población mayor de 64 años sobre la población en edad de trabajar y su impacto en los sistemas públicos de pensiones, o su impacto en el gasto sanitario, el proceso de envejecimiento sólo nos interesa específicamente en la medida en que pueda llevar a una mayor prevalencia de personas dependientes y, como consecuencia, a unos mayores gastos sanitarios y sociales. Conviene definir ya lo que se entiende por dependencia, para lo que en este trabajo utilizamos la definición del Consejo de Europa (1998): "Dependencia es un estado en que las personas, debido a

---

<sup>8</sup> Este perfil es muy similar en los otros diez países de la Unión Europea estudiados en el informe del Economic Policy Committee (2001; pp. 34 y ss.). La estimación de Ahn, Mseseguer y Herce (2003) para 1999 no hace sino confirmar el perfil en forma de J encontrado en los dos estudios citados.

la falta o pérdida de capacidad física, psicológica o mental, necesitan algún tipo de ayuda y asistencia para desarrollar sus actividades diarias" <sup>9</sup>.

En la última década se han realizado varias mediciones de la población dependiente en España. La Tabla 1 sintetiza algunas de ellas y las fuentes estadísticas en que se han basado. Como puede comprobarse, las diferencias para un mismo año son importantes, debidas tanto a la fuente estadística, como a la metodología empleada para caracterizar a una persona como dependiente.

**Tabla 1**  
**Estimaciones de la población mayor dependiente en España**

<i>Autor</i>	Pérez (1993)	Morán (1999)	Defensor del Pueblo (2000)	CECS (2001)	Casado y López (2001)	I.N.E. (2003)
<i>Fuente</i>	I.N.E.	E.N.S.	C.I.S. (2072)	E.N.S.	C.I.S. (2279)	I.N.E. (*)
<i>Año</i>	1986	1993	1993	1997	1998	1999
<i>Dependientes</i>	1.077.989	1.943.373	1.500.000	1.691.799	2.300.000	2.072.652
<i>% s/población de 65 y más</i>	12	36,1	26,8	26,0	34,2	32,2

I.N.E.: Instituto Nacional de Estadística.

E.N.S.: Encuesta Nacional de Salud (Año de referencia).

C.I.S.: Centro de Investigaciones Sociológicas (Nº del estudio).

(\*) Se refiere al colectivo más amplio de personas mayores con alguna discapacidad.

*Fuente: Autores citados y elaboración propia.*

De lo que no cabe duda es de que la población mayor dependiente ha crecido en los últimos años. El estudio de Puga para la Fundación Pfizer, que es el que vamos a utilizar a efectos de ofrecer una estimación del coste de la asistencia socio-sanitaria a la población mayor dependiente, puesto que proporciona una explicación metodológica clara de la misma, ofreciendo los datos desagregados, realiza una comparación para

<sup>9</sup> En un documento posterior del Consejo de Europa (O'Shea, 2003), se amplía la definición con un nuevo párrafo: "La dependencia podría también estar originada o verse agravada por la ausencia de integración social, relaciones solidarias, entornos accesibles y recursos económicos adecuados para la vida de las personas mayores". El concepto es pues bien distinto del utilizado en los trabajos sobre los sistemas de pensiones, en los que se define un índice de dependencia como la proporción de las personas de 64 y más años respecto a la población en edad de trabajar.

los años 1993 y 1998 con los datos de dos fuentes distintas, pero que mantienen cada una la continuidad en el cuestionario, tomando actividades equivalentes (Tabla 2).

**Tabla 2**  
**Evolución de la dependencia en España, 1993-1998**  
**(% sobre población de 65 y más años)**

	<b>1993</b>	<b>1998</b>
Encuesta Nacional de Salud	25,7	26,0
Centro de Investigaciones Sociológicas	30,3	32,5

*Fuente: Informe Pfizer (2002).*

Con base en la Encuesta Nacional de Salud de 1997, Puga estima que en 1998 había 2.099.884 personas mayores discapacitadas, de las cuales se pueden considerar dependientes 1.691.799, entendiendo por dependencia la limitación en la realización de actividades habituales, precisando la ayuda de otra persona. A esta última cifra habría que añadir unas 136.010 personas <sup>10</sup> que ocupan plazas de asistidos en residencias de ancianos (suponiendo que todas las plazas disponibles en 1998 estaban ocupadas, ya que quedan fuera del muestreo de la Encuesta Nacional de Salud, pues esta sólo se realiza en viviendas familiares).

La Tabla 3 ofrece el desglose de la población dependiente estimada por su nivel de dependencia. A destacar que del total de población dependiente estimada, un 69% son mujeres y que el porcentaje de mujeres aumenta con la gravedad de la dependencia. Además, los estudios disponibles (CASADO y LÓPEZ, 2001; INFORME PFIZER, 2002) ponen de relieve que tener un pobre estado de salud y un bajo nivel educativo son factores fuertemente asociados al hecho de ser dependiente.

**Tabla 3**  
**Población mayor dependiente en España, 1998**

	Población	%	% Mujeres	% Hombres
Mayores 65 años y más	6.503.766	100,0	58,1	41,9
Total dependientes	1.827.809	28,1	69,0	31,0
- Dependencia leve	883.950	13,6	66,4	33,6
- Dependencia grave	567.836	8,7	72,3	27,7
- Dependencia severa	240.013	3,7	71,0	29,0
- En residencias	136.010	2,1	n.d.	n.d.

*Fuente: Informe Pfizer (2002) y elaboración propia.*

<sup>10</sup> Esta cifra se ha obtenido considerando que el 72,5% de las plazas en residencias están ocupadas por dependientes, por lo que de la cifra para 1999, proporcionada por el IMSERSO (2001), se ha restado el incremento medio anual de nuevas plazas registrado entre 1988 y 1998 que proporcionan Casado y López (2002; Pg. 166).

Por lo que respecta a los niveles de dependencia <sup>11</sup>, se considera dependencia leve presentar limitaciones en alguna actividad instrumental de la vida diaria, siempre que el número de actividades sea inferior a cinco, excluyendo a aquellas personas que sólo sufren limitaciones para cortarse las uñas de los pies (estimadas por Puga en 237.084). Se considera que existe dependencia grave cuando se presentan limitaciones en una o dos actividades de la vida diaria, o en más de cinco actividades instrumentales de la vida diaria, incluyendo las personas que tan sólo necesitan ayuda para bañarse o ducharse (146.766) y excluyendo las que sólo necesitan ayuda para no quedarse solas toda la noche (129.832), que se han considerado como dependientes leves. Por último, se considera dependencia severa cuando las personas se ven restringidas en tres o más actividades básicas de la vida diaria, considerando también como dependencia severa estar en una residencia ocupando plaza de asistido. En términos comparados, la situación en España no es tan grave como en otros países de la Unión Europea, puesto que el porcentaje de personas de 65 y más años dependientes con alguna discapacidad severa en 1999 era del 14%, frente a una media del 21% para los 15 países y un 34% para los Estados Unidos (EUROSTAT, 2003).

### **3. LOS COSTES DE LA DEPENDENCIA DE LOS MAYORES Y SU COBERTURA EN ESPAÑA**

Para tratar de estimar los costes que genera la atención a las personas mayores dependientes, superando las limitaciones de las estimaciones macroeconómicas a las que ya hemos hecho referencia, se ha utilizado la información proporcionada por RODRÍGUEZ y MONTSERRAT (2002), basada en 177 historias clínicas de personas de 65 y más años que manifestaban algún nivel de dependencia en el momento de la recogida de la información, que se realizó en 1998. Se trata por tanto de un estudio de casos, no pudiendo hablar por ello de una muestra estadística significativa y representativa de la población dependiente, lo que por otra parte sería muy difícil de obtener, dada la gran variedad y la casuística de los servicios sociales actualmente existentes <sup>12</sup>.

El promedio de años de vida desde los 65 años de las personas participantes fue de 19,44, de los cuales fueron dependientes durante 7,73 años. Una de las conclusiones

---

<sup>11</sup> La medición de la demanda de cuidados personales que necesitan las personas dependientes no está exenta de dificultades. Para una descripción de los principales condicionantes de la medición del concepto de dependencia puede verse CECS (2001; pg. 202).

<sup>12</sup> Agradezco la ayuda proporcionada por la Dra. Montserrat en el uso de estos datos. Aunque nada dicen los autores, podríamos hablar de una cierta representatividad "ecológica", en el sentido en que se utiliza este término en estudios sociológicos cuando no es posible tomar muestras estadísticamente significativas y representativas, pero se han incluido ejemplares de los principales elementos de la población.

del estudio citado es que casi el 90% del volumen de recursos sanitarios y sociales consumidos se concentra en esos siete años y medio, que coinciden con los años de dependencia. En cuanto a los costes, en el estudio se procedió a pedir el coste del servicio unitario a cada uno de los centros y se calculó el coste medio ponderado en función del número de personas consumidoras de cada servicio. La Tabla A2 del anexo recoge los costes resultantes <sup>13</sup>.

**Tabla 4**  
**El coste global de la dependencia (€/persona/año)**

	<b>Sin dependencia</b>	<b>Con dependencia</b>	<b>Dependencia leve</b>	<b>Dependencia grave</b>	<b>Dependencia severa</b>
<b>Servicios sanitarios</b>	414,48	2.855,56	1.600,42	2.689,51	4.318,55
<b>Servicios sociales</b>	485,88	6.159,14	2.575,51	5.942,48	10.042,90
<b>Gasto en Farmacia</b>	27,35	567,97	105,59	177,45	284,93
<b>Ayudas técnicas</b>	0	58,91	58,91	58,91	58,91
<b>TOTAL</b>	927,71	9.641,58	4.340,43	8.868,35	14.705,29

Fuente: *Elaboración propia.*

Con estos datos es posible ofrecer una estimación del coste por persona y año del conjunto global de recursos consumidos por las personas dependientes, si bien hemos tenido que realizar dos supuestos. En primer lugar, se ha supuesto que en la fase de no-dependencia no son necesarias las ayudas técnicas. Y en segundo lugar, respecto al importe del consumo en productos farmacéuticos, dado que Rodríguez y Montserrat

<sup>13</sup> Dadas las dificultades de medición del concepto de dependencia más arriba señaladas, parece obvio que la utilización de otras variables o pesos podría dar lugar a resultados diferentes. En particular, Rodríguez y Montserrat utilizan el coste medio, que equivale al precio medio, por ser este el criterio generalmente aplicado en la práctica empresarial como término de referencia, dejando pues a un lado la polémica teórica de si se deben utilizar costes marginales. Tampoco han considerado la posible existencia de economías de escala en alguno de los servicios, como las residencias, lo que exigiría por otra parte determinar su tamaño óptimo, investigación que sale de los objetivos de este trabajo, pero considero que no altera sustancialmente sus resultados. Por otra parte, comparando los costes obtenidos por Rodríguez y Montserrat con los de otras fuentes (que en ningún caso cubren tantos servicios), los suyos son más altos, por lo que de haber un riesgo sería de sobrevaloración. Véase los costes proporcionados por Rivera (200; pp. 258 y ss.1) para los cuidados de ancianos con demencia, los proporcionados por Casado y López (2001) para los cuidados de larga duración (si bien no explican cómo estiman los costes totales), y los proporcionados por el IMSERSO (2000; Cap. 8) para diferentes servicios a partir de los datos suministrados por las Comunidades Autónomas.

no diferencian entre las fases de no-dependencia y de dependencia, se ha estimado el consumo en cada nivel repartiendo la cifra de 595,32 • ponderando en función del coste de los servicios sanitarios. Los resultados se recogen en las Tablas 4 y 5.

**Tabla 5**  
**El coste global de la dependencia (%)**

	Sin dependencia	Con dependencia	Dependencia leve	Dependencia grave	Dependencia severa
<b>Servicios sanitarios</b>	44,68	29,62	36,87	30,33	29,37
<b>Servicios sociales</b>	52,37	63,88	59,34	67,01	68,29
<b>Farmacia</b>	2,95	5,89	2,43	2,00	1,94
<b>Ayudas técnicas</b>	0,00	0,61	1,36	0,66	0,40
<b>TOTAL</b>	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

*Fuente: Elaboración propia.*

Como conclusión general, en la fase de no-dependencia el coste de los servicios sociales representa la mayor parte del total, seguido por los servicios sanitarios. El coste de los servicios sanitarios, pero sobre todo el de los sociales, aumenta con el nivel de dependencia, tal como hemos visto, pues si en la fase de no-dependencia las cuantías están relativamente equilibradas, en la fase final de dependencia severa el coste los servicios sociales supera en más del doble al de los sanitarios.

En consecuencia, al caer en la dependencia, los servicios sociales van aumentando su importancia relativa según aumenta el nivel de dependencia, llegando a representar más de dos tercios del coste total en la dependencia severa. Es importante destacar que los costes totales de la dependencia se multiplican por 6,46 veces respecto a los costes de las personas mayores no dependientes, con un salto muy importante al pasar de la no-dependencia a la dependencia leve, y que se multiplican por 16 si se pasa de una situación de no-dependencia a la de dependencia severa.

Antes de tratar de estimar cuál el coste de atención a los mayores dependientes, parece de interés conocer, al menos de manera sintética, cuál es el marco jurídico de la protección pública de los mayores en general, como parte del contexto institucional, así como el nivel de protección efectiva.

Puede decirse que a pesar de los planes de acción que han sido aprobados, en la última década del siglo pasado, el primero el Plan Gerontológico de 1992 y posteriormente el Plan de Acción para los mayores, 2000-2005, España ha carecido hasta la fecha de un modelo de atención para las personas mayores dependientes. Para empezar, así como existe para las pensiones un sistema de Seguridad Social y para la sanidad un Sistema Nacional de Salud, no se puede hablar de un Sistema Nacional de Servicios Sociales.

Es posible distinguir entre seis tipos de prestaciones que pueden disfrutar las personas mayores, pero de cuya gestión se encargan los tres niveles de las administraciones públicas<sup>14</sup>. Por lo que respecta a las prestaciones sanitarias y como es de sobra conocido, se encuentran descentralizadas a las Comunidades Autónomas. Y en los servicios sociales lo que nos encontramos es que la responsabilidad recae en las Comunidades Autónomas, pero también en las Administraciones Locales, por lo que según el lugar de residencia pueden estar o no disponibles y, de estarlo, tener un alcance y una forma de acceso diferentes<sup>15</sup>. Hay que señalar que la estructura actual de cuidados a los ancianos, en la medida en que no responde a sus necesidades específicas, ha recibido severas críticas (MARTÍNEZ ZAHONERO, 2000; pp. 74-75).

Por lo que respecta a los gastos en protección social (sin incluir los gastos en educación) en la función "vejez", como en tantos otros indicadores, España está por debajo de la media de la Unión Europea, aunque el esfuerzo por crecer que, en términos absolutos, tuvo lugar hasta 1996 se ha visto cortado, disminuyendo junto a todos los gastos sociales en los últimos años. Así, si el gasto en vejez llegó a pasar del 66,8% de un patrón europeo estimado, hasta alcanzar en 1991 un máximo del 71,3% (BOSCÁ, FERNÁNDEZ y TAGUAS, 1997), desde entonces y hasta el último año de la estimación (1994) la cobertura ha venido descendiendo y parece lícito suponer que ese descenso se haya agravado en los seis años siguientes, puesto que si en 1994 representaron el 8,4% del PIB, en el 2000 se redujeron hasta el 8,3%<sup>16</sup>. Hay que destacar que la mayor parte del gasto en personas mayores corresponde al gasto en pensiones, que representaban el 79%, distribuyéndose el resto en un 19% en sanidad y sólo un 2% en servicios sociales (MONTSERRAT, 2000).

Para completar la descripción de la protección pública a los mayores en España, la Tabla 6 recoge la población atendida por los diversos servicios de atención y cuidado

---

<sup>14</sup> Jubilación e invalidez contributivas, prestaciones por muerte y supervivencia, jubilación e invalidez no contributivas, pensiones de clases pasivas, subsidios de la ley 13/82 de integración social de los minusválidos, pensiones asistenciales, asistencia sanitaria y servicios sociales.

<sup>15</sup> Para una revisión exhaustiva de la normativa y las prestaciones de la legislación estatal y autonómica, ver respectivamente los trabajos de Manuel Aznar y Antoni Vilá recogidos en Rodríguez Cabrero (1999). Terminado de redactar este artículo, el Consejo de Ministros aprobó en su sesión del 29 de agosto de 2003 un "Plan de Acción para las personas mayores, 2003-2007" que, dentro del área "Igualdad de oportunidades", incluye como objetivo 2 "Avanzar en las políticas de protección a las personas mayores en situación de dependencia", si bien las medidas propuestas son a mi juicio demasiado generales, sin cuantificación alguna.

<sup>16</sup> La media de la Unión Europea de 15 países fue del 10,7% en 1994 y del 10,9% en 2000. En unidades de poder de compra, España gastó 1.522,1 unidades por habitante en 2000, siendo la media de la UE-15 de 2.451 unidades, según los datos de Eurostat recogidos por Navarro y Quiroga (2003).

a los mayores, con datos para 1999 <sup>17</sup>. Puede comprobarse que la cobertura es mínima. De hecho, una encuesta del Instituto de Estudios Fiscales sobre utilización de los servicios públicos por los hogares españoles (DELGADO, SALINAS y SANZ, 2001), analiza la utilización de diferentes servicios para mayores válidos en los últimos tres meses <sup>18</sup> y de programas subvencionados especialmente diseñados para ellos. Los resultados muestran que un 83,8 % de los hogares no ha utilizado ningún servicio, siendo el servicio más utilizado por el restante 15,2% el centro de día para mayores, que incluye los hogares y clubes de pensionistas <sup>19</sup>.

**Tabla 6**  
**Servicios sociales para los mayores en España, 1999**

	<b>Personas atendidas</b>	<b>% Población de 65 y +</b>
Ayuda a domicilio	112.797	1,82
Tele-asistencia	48.574	0,78
Centros de día	7.103	0,11
Residencias públicas	52.113	0,84
Residencias privadas (*)	146.245	2,36
Estancias temporales	1.683	0,03
Viviendas tuteladas	3.052	0,05
<i>Total de usuarios</i>	<i>371.567</i>	<i>6,00</i>

(\*) Incluye 26.023 plazas concertadas con el Estado.

Fuente: IMERSO (2001), Capítulo 8 y elaboración propia.

Los datos anteriores se confirman con los obtenidos de un estudio del Centro de Investigaciones Sociológicas <sup>20</sup>, en los que se desglosa además la utilización de los servicios para mayores según sean o no dependientes, una vez que declaran tener conocimiento de su existencia, puesto que para algunos servicios es llamativo el alto grado de desconocimiento, como son los casos de los centros de día, las estancias temporales o la tele-asistencia. Los servicios más utilizados por ambos colectivos son los de ocio, hogares y clubes de pensionistas, vacaciones y viajes. Los restantes servicios son muy poco utilizados (Tabla 7).

<sup>17</sup> He mantenido en el texto los datos para 1999 para permitir las comparaciones, si bien el resumen del "Informe 2002. Las personas mayores en España", publicado por el IMERSO en 2003 (versión electrónica con el título *Las personas mayores en España. Indicadores básicos*), proporciona cifras para el año 2001, en las que se observa un muy modesto incremento de la cobertura que representa ahora el 6,42% de la población mayor de 64 años en 1999.

<sup>18</sup> El artículo no proporciona información sobre el año en el que se realizó la encuesta, aunque parece que habría sido en 2000.

<sup>19</sup> Un 14,5% utilizó los centros de día, un 2,8% la asistencia domiciliaria, un 0,1% los comedores y otro 0,1% la asistencia domiciliaria.

<sup>20</sup> "Encuesta sobre la soledad de las personas mayores". Estudio 2.279. 1998

**Tabla 7**  
**Uso de servicios para mayores (%)**

Servicios	Dependientes	No dependientes
Residencias	1,0	0,7
Hogares o clubes de pensionistas	24,8	32,2
Vacaciones o viajes	12,7	21,7
Ayuda a domicilio	7,9	0,9
Balnearios	4,6	4,4
Comedores	3,6	3,0
Voluntariado	1,1	0,3
Centros de día	0,8	2,2
Estancias temporales	0,2	0,0
Tele-asistencia	6,0	1,0
Teléfono dorado	1,8	n.a.

Fuente: CECS (2001; pg. 236).

El bajo grado de cobertura de los servicios sociales para los mayores en España se debe a que actualmente la mayoría de las personas mayores dependientes en España son atendidas gracias a los cuidados de la familia, fundamentalmente mujeres (el 82,9%), en su mayoría auto-clasificadas como amas de casa (50%), la mayor parte entre 40 y 64 años, siendo sobre todo las hijas (38,3%), seguidas por el cónyuge de quien precisa la ayuda (21,5%) <sup>21</sup>. En la medida en que probablemente esta sea la última de generación de mujeres dispuestas a cubrir con el sacrificio de sus proyectos vitales la intolerable carencia de servicios sociales, cualquiera que sea la solución, "esta situación no da más de sí" <sup>22</sup>.

Por todo ello, y si se quiere abordar con rigor el diseño de un modelo de atención a las personas mayores dependientes, hasta ahora inexistente, se hace necesario conocer con cierta precisión cuáles son los costes de atención a las mismas, tarea para la que vamos a utilizar los micro-datos recogidos al comienzo de este apartado. Para ello, el primer paso es calcular el gasto total, que se obtiene multiplicando el coste por persona por el número de dependientes estimado en cada nivel. El gasto total según nuestra estimación ascendió a 14.402,02 millones de Euros en el año 1998, según se detalla en la Tabla 8. El gasto total de los recursos sanitarios y sociales de las personas mayores dependientes representaba el 2,73% del PIB en el año 1.998.

<sup>21</sup> Información procedente de IMSERSO (2001), Capítulo 8. Para un análisis de los cuidados informales y la población cuidadora, pueden verse CECS (2001; pp. 218 y ss) y Rodríguez Cabrero (1999; Cap. 4).

<sup>22</sup> Elena Arnedo *et al.*, "No da más de sí". *El País*. Sábado 9 de noviembre de 2002. Pg. 14.

**Tabla 8**  
**El gasto total de las personas dependientes en recursos sanitarios y sociales en 1998.**

<b>GASTO POR NIVELES DE DEPENDENCIA</b>	<b>Personas</b>	<b>Coste/persona (€)</b>	<b>Gasto total (millones €)</b>
Dependencia leve	883.950	4.340,43	3.836,73
Dependencia grave	567.836	8.868,35	5.035,77
Dependencia severa	376.023	14.705,29	5.529,53
<b>TOTAL</b>	<b>1.827.809</b>	<b>7.879,39</b>	<b>14.402,02</b>

Fuente: Elaboración propia.

La financiación del gasto de la dependencia se distribuye entre el Estado y la familia, ya que hay servicios y recursos pagados por el Estado. Así, diremos que el gasto público es la parte que asume el Estado en función del sistema de protección social establecido. En el contexto de la política social española, la financiación del gasto sanitario y del gasto social es diferente. Los gastos sanitarios son financiados, con carácter universal, por el Estado, cubriendo teóricamente a todas las personas dependientes, mientras que la financiación pública del gasto social está sometida a la prueba de medios económicos del individuo y sólo alcanza a una parte de las personas dependientes que, a partir de los datos de la Tabla 6, se pueden estimar en 317.019 personas en 1999, al descontar de los que están en residencias los que no son dependientes (Vid. Nota a pie de página nº 10).

En cuanto al sistema sanitario, se ha considerado que el Estado financia el servicio en su totalidad, excepto en el caso de las unidades de media y larga estancia en Cataluña, en las cuales el usuario debe aportar el coste correspondiente al módulo social (mantención y alojamiento), que Rodríguez y Montserrat estiman como media en un 7% del coste total del servicio. Y por lo que se refiere a los servicios sociales, los datos recogidos por RODRÍGUEZ y MONTSERRAT (2002; Capítulo 5) ponen de manifiesto que los usuarios, como media, financian entre un 20 y un 30% del coste del servicio. Por ello, se ha estimado que la aportación media del usuario al coste de los servicios sociales es del 25%, siendo financiado por la Administración Pública el 75% restante. La Tabla 9 recoge el reparto de los costes por niveles de dependencia según la financiación sea pública o privada.

**Tabla 9**  
**Financiación de los costes de la dependencia (%)**

<b>Dependencia</b>	<b>Nivel 1</b>		<b>Nivel 2</b>		<b>Nivel 3</b>	
	<i>Pública</i>	<i>Privada</i>	<i>Pública</i>	<i>Privada</i>	<i>Pública</i>	<i>Privada</i>
SS. Sanitarios	98,89	1,11	97,90	2,10	96,59	3,41
SS. Sociales	61,58	38,42	67,31	32,69	70,41	29,59
Farmacia	100	0	100	0	100	0
Ayudas técnicas	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00
<b>TOTAL</b>	<b>76,11</b>	<b>23,89</b>	<b>77,13</b>	<b>22,87</b>	<b>78,59</b>	<b>21,41</b>

Fuente: Elaboración propia.

La Tabla 10 cuantifica los costes según estén financiados por el Estado o por los usuarios, en función de las hipótesis establecidas. A partir de los datos de la Tabla 10, se ha calculado la cuantía del gasto total, suponiendo que todas las personas mayores dependientes estuvieran atendidas de acuerdo con la demanda estimada de servicios en cada nivel, diferenciando el gasto soportado por el Estado del que asumen los usuarios, que correspondería a la financiación privada. La parte que correspondería al sector público representaría en 1998 un 2,11 por ciento del PIB, mientras que la aportación de las personas mayores dependientes asumiría el equivalente al 0,62 por ciento del PIB.

**Tabla 10**  
**Gasto público y privado de la dependencia, 1998 (Millones de •)**

Dependencia	Nivel 1		Nivel 2		Nivel 3		Total Gasto	
	Pública	Privada	Pública	Privada	Pública	Privada	Pública	Privada
<b>Total</b>	2.920,27	916,46	3.883,99	1.151,77	4.345,74	1.183,78	11.150,01	3.252,02
<b>% PIB</b>							<b>2,11</b>	<b>0,62</b>

Fuente: Elaboración propia.

En consecuencia, el sector público en España cubría en 1998 la (casi) totalidad de los servicios sanitarios, pero sólo atendió a una parte de la población mayor dependiente, que se ha estimado en 317.019 personas. Sin embargo, no conocemos la distribución de este colectivo atendido por niveles de dependencia, por lo que la información se ofrece agregada.

¿Cuánto le costaría al Estado dar cobertura con servicios sociales a toda la población dependiente de 1998 no cubierta, es decir a 1.510.790 personas que se entiende que estaban siendo atendidas gracias a los cuidados informales? Tal como se muestra en la Tabla 11, teniendo en cuenta que el coste medio por persona y año de los servicios sociales de las personas mayores dependientes es de 6.159,14 • (Tabla 4), resultaría que el gasto público que habría que destinar al cuidado de los mayores dependientes representaría el 1,76 por ciento del PIB de 1998. Si se cubriera sólo a las personas con dependencia grave y severa, ello tan sólo supondría un 0,39% del PIB de 1998.

**Tabla 11**  
**Incremento del gasto público necesario para cubrir los costes de la población mayor dependiente en España, 1998**

	Número personas	€Millones / Año	% PIB
Total dependientes	1.827.809	11.150,1	2,11
Cobertura actual	317.019	2.288,53	0,35
Incremento propuesto	1.510.790	9.305,17	1,76
Sólo dependientes severos y graves	943.859	2.083,05	0,39

Fuente: Elaboración propia.

Una de las consecuencias de este incremento de gasto público es si duda la creación de empleo en el sector de servicios sociales. La Tabla 12 ofrece una estimación de cuánto empleo podría crearse en los cuatro servicios más importantes, tomando como base la población dependiente estimada para 1998 y con unos porcentajes de cobertura sugeridos por los expertos (MARTÍNEZ GÓMEZ, 2002), teniendo en cuenta que algunas personas serán usuarios de más de uno, ya que la tele-asistencia es compatible con la utilización de los centros de día y con la ayuda a domicilio. El empleo total que podría crearse es de más de medio millón de personas, considerando que los 327.000 empleos de los servicios de ayuda a domicilio fueran de media jornada. Es importante señalar que se trata de empleos adicionales a los que ahora existen <sup>23</sup>.

**Tabla 12**  
**Estimaciones de creación de empleo en los servicios de atención a la dependencia, 1998**

	Tele- asistencia	Ayuda a domicilio (*)	Centros de día	Residencias	TOTAL
Cobertura actual	48.784	112.797	7.103	136.010	304.694
Objetivo (%)	40	33	10	20	n.a.
Cobertura propuesta	731.124	603.177	182.781	365.562	1.882.644
Incremento cobertura	682.340	490.380	175.678	229.552	1.577.950
Ratio Centro/Usuario	4.000	10	30	120	n.a.
Nº centros	171	3	5.896	1.913	n.a.
Empleo / Centro	13	2	10	60	n.a.
<b>Empleo Total</b>	<b>2.218</b>	<b>326.920</b>	<b>58.559</b>	<b>114.776</b>	<b>502.473</b>

(\*) En el servicio de ayuda a domicilio la celda "Ratio centro/usuario" es el número de horas a la semana por persona dependiente, la celda "Nº de centros" es el nº de personas dependientes a atender por cada empleo y la celda "Empleo/centro" recoge el supuesto de que el empleo sea a media jornada; n.a.: no aplicable.

Fuente: *Elaboración propia.*

Es obvio que pueden hacerse también estimaciones de cuánto se reduciría la tasa de desempleo y del impacto sobre los ingresos públicos por mayor recaudación impositiva y por reducción en los gastos de desempleo. Pero teniendo en cuenta que la

<sup>23</sup> La discusión sobre los posibles modelos de cobertura de la atención a la dependencia se realiza en el último apartado.

cobertura de los objetivos no puede hacerse en un solo año, tales estimaciones a nuestro juicio carecen de interés, mientras que la creación de empleo puede considerarse un dato objetivo y contrastable.

Los resultados que acaban de exponerse no están exentos de limitaciones, en la medida en que sólo ofrecen una fotografía para el año 1998. Para conocer la dinámica de los costes sería necesario hacer una nueva estimación para un año posterior, así como realizar proyecciones. A la segunda cuestión se dedica el siguiente apartado a partir de la información ya disponible.

#### 4. LA EVOLUCIÓN FUTURA DE LA DEPENDENCIA

¿Cómo va evolucionar la población española en los próximos años? ¿Habrá un mayor porcentaje de personas mayores dependientes? Si aumenta el número de dependientes ¿cómo influirá sobre los costes de la atención sanitaria y social?

Por lo que respecta a la evolución de la población española en los próximos años, la Tabla A1 incluye una proyección hasta el año 2050, año al que llegan la mayoría de las proyecciones que se están realizando y cuyo objetivo básico es saber qué puede pasar con el actual sistema de pensiones de reparto. Y es curioso comprobar que lo que nos presentan es un escenario catastrófico sobre el futuro del sistema de pensiones, debido al "envejecimiento" de la población, que obligaría a sustanciales recortes en las prestaciones y al fomento de los planes de pensiones privados <sup>24</sup>. Es más, se teoriza que un incremento en la ratio de dependencia (entendida como el número de personas mayores de 64 años sobre la población activa), que se prevé para el año 2030, puede llevar a una menor recaudación por impuestos o a transferencias sociales menos generosas de las personas en edad de trabajar hacia las personas jubiladas. Por ello, se afirma que los activos actuales apoyarían sistemas de capitalización, con objeto de reducir las transferencias a los jubilados, rompiendo en consecuencia el actual pacto entre generaciones, uno de los pilares básicos del Estado del Bienestar <sup>25</sup>.

<sup>24</sup> Los estudios de la OCDE son los adelantados en este tipo de propuestas. Como ejemplo puede verse el trabajo de Dang, Antolin y Oxley (2001), en el que se concluye que las pensiones deberían reducirse como media un 17% en un país tipo representativo de la OCDE para garantizar la sostenibilidad financiera del sistema. Para las opiniones de los expertos de la Comisión Europea puede verse el informe del Economic Policy Committee (2001).

<sup>25</sup> Vid. Razin, Sadka y Swagel (2002). Hay que observar que el artículo utiliza un modelo basado en el llamado teorema del votante mediano, a pesar de que la contrastación empírica del mismo es cuando menos discutible, en particular en países con más de dos partidos políticos, así como destacar que los autores sólo "sugieren" sus conclusiones, obtenidas a partir de una estimación econométrica cuyo resultado es que la ratio de dependencia disminuyó en el periodo objeto de estudio (1965-1992) en trece países desarrollados, de lo que deducen, con un alarde de fe en la reversibilidad del comportamiento humano, que si la ratio de dependencia aumenta, disminuirán los impuestos y las transferencias.

Ahora bien, es generalmente admitido que el grado de fiabilidad de las proyecciones demográficas es alto sólo para un período de 10 a 15 años <sup>26</sup>. Como señala el informe del ECONOMIC POLICY COMMITTEE (2002; pg. 9): "todas las proyecciones a largo plazo son inciertas, pues cambios pequeños ya sea en las condiciones de partida o en la evolución de los parámetros clave pueden dar lugar a un fuerte impacto sobre las proyecciones, en particular cuánto más se alejen en el tiempo." Considerando que las divergencias entre diferentes estimaciones llegan al 60%, el Parlamento Europeo considera que "las previsiones de la evolución social a lo largo de un período de más de cincuenta años deben tratarse con precaución y en ningún caso pueden considerarse resultados probados" (PARLAMENTO EUROPEO, 2002; pg. 7).

De las diversas proyecciones de población existentes <sup>27</sup>, hemos recogido la realizada por el Instituto Nacional de Estadística (Tabla A1 del Anexo), según la cual y circunscribiéndonos a un periodo de 20 años, el llamado proceso de envejecimiento de la población española se prevé que continúe de manera intensa. En el año 2010 la población de 65 y más años se prevé que represente el 17,8%, y de ella el 5,1% tendrá 80 y más años. Y diez años más tarde, en 2020, la población de 65 y más años se prevé que representará un 19,7%, y de ella el 5,7% tendrá 80 y más años.

Por lo que respecta a las estimaciones de población mayor dependiente, todas las proyecciones consultadas muestran aumentos de la misma <sup>28</sup>. La estimación a nuestro juicio más rigurosa disponible, elaborada por Puga para el Informe Pfizer y referida al año 2010, contempla seis escenarios, según la mortalidad y la dependencia sean

---

<sup>26</sup> Como muestra de lo arriesgado de las proyecciones demográficas, el estudio de la Fundación Pfizer (Informe Pfizer, 2002) parte del dato de población real de 1998, ofreciendo una proyección hasta el año 2010 (sin tener en cuenta ni los nacimientos ni la emigración) con dos hipótesis: una baja, asumiendo una tasa de mortalidad constante (manteniendo los niveles de la esperanza de vida de 1996) y otra alta asumiendo una mortalidad decreciente (con un crecimiento de la esperanza de vida). Pues bien, ya para el año 1999 la discrepancia es importante, dando una población total entre 39.471.000 (hipótesis baja) y 39.480.000 (hipótesis alta) personas, cuando la población real (sin nacimientos ni emigración) fue de 39.600.000. Las proyecciones de la población de 65 y más años son también muy distintas, muy superior en la proyección del INE (17,8%) respecto a las de la Fundación Pfizer (entre 14,7% y 13,5%), aunque en valores absolutos se acerquen (7.525.000 el INE, frente a una horquilla de 7.112.000 - 7.404.000 en la estimación del estudio de la Fundación Pfizer).

<sup>27</sup> Además de las realizadas por los expertos de la Comisión Europea y de la OCDE, en los documentos ya citados, puede verse también Fernández Cordon (2001), por ser el autor de las proyecciones en las que se basan los documentos de FEDEA.

<sup>28</sup> Vid. Morán (1999) que llega al año 2005; Casado y López (2002) que llegan al 2026 con dos escenarios, aunque en su trabajo los resultados sólo se muestran en gráficos, no proporcionando las cifras; Rodríguez y Montserrat (2002) hasta el año 2010 basándose en las de Morán; Informe Pfizer (2002); y Eurostat (2003) para el año 2020, que prevé un incremento del 18% en las personas de 65 y más años con alguna limitación severa en su vida diaria, que contrasta con el 30% de incremento previsto para los 15 países de la UE.

crecientes, constantes o decrecientes. Partiendo de una población dependiente en 1998 de 1.691.799 personas (al no incluir las que estaban en residencias), en los seis escenarios la población dependiente aumenta respecto al año base (1998), variando el total entre 1.724.694 y 2.352.797 personas, lo que representa respectivamente entre un 22,5 y un 29,4 de la población mayor.

La cuestión que surge es si esta estructura envejecida, con un mayor número de personas mayores dependientes, va a conllevar unos mayores gastos sanitarios y en servicios sociales. En lo que se refiere a estos últimos, a nuestro juicio está bien claro que dependerá de una decisión política, de cuánto se quiera gastar en los mismos en función de que se renuncie o no a seguir con el actual "modelo" de que la familia, es decir, la mujer, soporte la mayoría de los costes. Aún así, algunos países han estudiado la distribución por edades de los gastos per cápita en cuidados de larga duración <sup>29</sup>, mostrando un rápido incremento para las personas mayores, con un extremo en el caso de Dinamarca donde llegan a representar el 90% del PIB per cápita en los mayores de 95 años, mientras que en el otro extremo, en Italia, no llegan al 5%, siendo por lo general mayores para las mujeres que para los hombres. La predicción del Economic Policy Committee es que si en el año 2000 representaban el 1,3% del P.I.B. en los diez países que realizaron estimaciones, entre este año y el 2050 aumentarán un 0,9% en términos per cápita.

En lo que se refiere a los gastos sanitarios, la discusión se ha centrado en averiguar el número de años que las personas mayores podrán vivir sin caer en la dependencia, habiéndose propuesto dos teorías contrapuestas denominadas "teoría de la compresión de la morbilidad" y "teoría de la expansión de la morbilidad".

La teoría de la compresión de la morbilidad ha sido formulada por FRIES (1980), quien sostiene que los avances médicos y los estilos de vida más saludables están no sólo reduciendo las tasas de mortalidad, sino también que las enfermedades crónicas y las incapacidades funcionales se produzcan durante periodos cada vez más cortos y cercanos a la muerte, estando el límite biológico de la vida según esta teoría alrededor de los 85 años (esperanza de vida al nacer). La teoría de la expansión de la morbilidad ha sido formulada por KRAMER (1980), y sostiene que la mayor longevidad debe atribuirse a que los avances médicos permiten que más personas mayores sobrevivan a la enfermedad, pero como el estado de salud acaba en la mayoría de los casos siendo muy pobre, la mayor longevidad se traduce en un empeoramiento del estado de salud medio de la población anciana.

Para analizar el impacto futuro sobre el gasto sanitario del envejecimiento demográfico, CUTLER y SHEINER (1998) han propuesto un modelo en el que el gasto

---

<sup>29</sup> Que incluyen: cuidados de personas mayores dependientes, cuidados a domicilio, cuidados en residencias y hogares y servicios para los discapacitados. (Economic Policy Committee, 2002; Pg. 101). Los datos que siguen están extraídos de este mismo informe, pp. 36-38.

sanitario depende de tres variables: un factor asistencial, que recoge el gasto sanitario medio condicionado al estado de salud, que dependerá del precio relativo de los tratamientos, de la intensidad con que se utilicen y de la tecnología médica utilizada; un factor epidemiológico, que recoge el estado de salud de esas personas, por lo que dependerá de sus necesidades; y un factor demográfico, que recoge el número de personas mayores y su nivel de dependencia.

Respecto al factor epidemiológico, hay un debate sobre si los ancianos de hoy son o no más dependientes que sus predecesores y si por ello en el futuro aumentarán los costes sanitarios debido al envejecimiento de la población. La evidencia empírica sobre el estado de salud es contradictoria, debido en parte a que al ser la salud un concepto plurifacético, no hay una única medida para estudiar los cambios en la salud. La investigación de CUTLER (2001) para los Estados Unidos llega a la conclusión de que en las dos últimas décadas se ha producido un descenso sostenido en el porcentaje de personas mayores con problemas de autonomía personal, en torno al 1% anual, lo que a la hora de hacer proyecciones supondría un gasto sanitario un 33% inferior que si no se tuvieran en cuenta las mejoras en el estado de salud. Los trabajos de Manton y Gu<sup>30</sup> van en la misma línea: en el período 1989-1999 el porcentaje de personas mayores dependientes se redujo en 6,5 puntos porcentuales (del 26,2 al 19,7%), con una reducción también en valores absolutos, a pesar de que la población de 64 y más años aumentó en Estados Unidos más del 30% en dicho periodo.

La evidencia para otros países es diversa. El estudio de JACOBZONE, CAMBOIS Y ROBINE (2000), referido sólo a nueve países, distingue tres grupos según la evolución de la discapacidad:

- A) Aquellos con nulas o pequeñas mejoras, que incluye a Austria, Países Bajos y Reino Unido;
- B) Aquellos con resultados moderados, que incluye a Canadá y Suecia; y
- C) Los que han experimentado reducciones significativas, que incluye a Alemania, Francia, Japón y Estados Unidos.

En resumen y por lo que respecta a la influencia del factor epidemiológico, los trabajos disponibles parecen avalar la teoría de la compresión de la morbilidad. A juzgar por los datos de Estados Unidos (CUTLER y SHAINER, 1998), el aumento en la edad media de fallecimiento y la menor discapacidad entre los que sobreviven, suponen una reducción del gasto medio por persona del 3% hasta el año 2.010 y del 13% hasta el año 2.050, cuando si se mantuvieran constantes las tasas de discapacidad

---

<sup>30</sup> National Institutes of Health News Release, May 7, 2001: "Dramatic Decline in Disability Continues for Older Americans" ([www.nia.nih.gov/news/pr/2001/0507.htm](http://www.nia.nih.gov/news/pr/2001/0507.htm)).

por edad, se produciría un incremento del 9%. La proyección (aclarando los autores que no se trata de una previsión) que realizan por su parte JACOBZONE, CAMBOIS Y ROBINE (2000) para nueve países, proporciona resultados muy distintos según se suponga que se mantienen las tendencias del pasado en lo que respecta a las tasas de institucionalización de los mayores dependientes o que no hay cambios. En particular, se deja notar la influencia de las políticas de institucionalización, sean explícitas o implícitas. Pero la conclusión general, para todos los países, es que los efectos combinados de las ganancias en salud y el fuerte incremento en la población de 65 y más años parecen conducir a un descenso real en la tasa de prevalencia de discapacidades para el año 2020.

Por lo que respecta al factor asistencial, la cuestión a responder es qué es lo que impulsa el gasto sanitario, siendo la respuesta más generalizada que los cambios en la tecnología médica. Cutler y Sheiner, en el trabajo citado (1998), señalan tres factores que tienen efectos contrapuestos: A) la extensión de las políticas preventivas para muchos cuesta más que el tratamiento de unos pocos; B) muchas enfermedades han pasado de no tratarse a tratarse, aumentando el gasto; y C) los avances en el conocimiento pueden ayudar a la prevención de enfermedades, reduciendo el gasto. De la conjunción de estos tres factores, incluso con una reducción en la mortalidad, Cutler y Steiner estiman que la proporción de gasto sanitario sobre el Producto Interior Bruto de Estados Unidos se puede multiplicar por seis en 50 años.

Un reciente trabajo ha tratado de estudiar la importancia del factor asistencial o de utilización de los servicios sanitarios, a partir del número de altas hospitalarias en España en el período 1986-1996, diferenciando el efecto de dicho factor del efecto del factor demográfico (CASTELLS, MERCADÉ y RIU, 2002). Los resultados muestran que del 27,2% de incremento de las altas hospitalarias en España, el 2,2% se atribuye al mayor número de habitantes, el 9,9% al aumento del número de personas mayores y el 15,1% a una mayor utilización hospitalaria o frecuentación. En particular, esta mayor utilización hospitalaria se produce en el grupo de edad de 65 a 74 años y muy especialmente en el de 74 años o más. Los autores realizan una comparación con cuatro países europeos (Noruega, Reino Unido — diferenciando entre Inglaterra, Irlanda del Norte y País de Gales — República de Irlanda y Austria), encontrando que en todos ellos hay un incremento en el número de altas hospitalarias y de las tasas de frecuentación antes y después de ajustar por la edad, siendo el factor más relevante o que más contribuye a dicho incremento en todos ellos el de utilización, con una aportación relativa mayor incluso que en España. En conclusión, la presencia de los pacientes mayores de 65 años en los hospitales es muy superior a la esperada por la evolución de la estructura de edad de la población, y no sólo se ingresa a personas de más edad, sino también por otras causas (patología neoplásica, cirugía electiva, patologías del sistema musculoesquelético o cardiopatías). La explicación recae en el lado de la oferta, por la aplicación constante de nuevas tecnologías y nuevos

tratamientos, así como por la mayor accesibilidad de los servicios, complementado con el aumento en el nivel de renta.<sup>31</sup>

Por último y sobre el factor demográfico, la proyección realizada por AHN, ALONSO y HERCE (2003) hasta 2050 sugiere que el gasto sanitario total, solamente debido al envejecimiento (cambio en la estructura de edades y en el tamaño de la población), sufriría un crecimiento acumulativo anual del 0,68% hasta 2043, para estabilizarse y descender moderadamente en los años posteriores, si bien la proyección se ve influida fuertemente por los supuestos sobre el flujo de emigrantes y el índice de fecundidad.

De la suma de los tres factores, una conclusión razonable es que España puede ver aumentar el gasto sanitario en las personas dependientes en los próximos años, debido al efecto positivo del número de personas dependientes y del factor asistencial, que no compensarían la reducción que puede conseguirse por un previsible descenso en la tasa de prevalencia.

## **5. ALTERNATIVAS PARA UN SEGURO DE DEPENDENCIA DE LOS MAYORES DEPENDIENTES**

Los estudios disponibles señalan que el número de personas que cuidan de las personas mayores dependientes va ir a descendiendo paulatinamente, debido a la creciente incorporación de la mujer al mercado de fuerza de trabajo, pues como ya hemos comentado, actualmente la inmensa mayoría de las personas cuidadoras son mujeres y no está claro si los hombres maduros asumirán su papel. Además existe unanimidad, aunque haya diferencias importantes en cuanto a la magnitud, en que el número total de personas mayores dependientes va a aumentar en los próximos veinte años, lo que agravará el problema, pues habrá que buscar alternativas para cuidar de esas personas, al menos de los dependientes graves y severos.

En esta búsqueda, el punto de partida lo ha establecido la Carta Social Europea revisada del Consejo de Europa en 2000 (O'SHEA, 2003; pg. 12), que en sus artículos 11, 15 y 23 enuncia tres derechos fundamentales de las personas mayores dependientes:

- el derecho a la protección sanitaria;
- el derecho de las personas con discapacidad a la independencia, integración social y participación en la vida comunitaria;
- el derecho de las personas mayores a la protección social.

---

<sup>31</sup> Los resultados son muy similares a los obtenidos por Gornemann y Zunzunegui (2002), al estudiar el cambio ocurrido entre 1985 y 1994 en las tasas de alta hospitalaria por grupos de edad, que en la cohorte de 65 a 74 años se atribuye en un 40,71% al envejecimiento poblacional, y en los mayores de 74 se le atribuye un 28,74%, siendo atribuido el resto a la demanda y a la oferta de servicios, con una media del 34,66% frente al 36,40% del estudio de Castells et. al.

Por su parte, la Comisión de las Comunidades Europeas ( 2003; pg. 9) acaba de reconocer que nos encontramos ante un riesgo social que exige la intervención del Estado: "El coste de los cuidados de larga duración rebasa a menudo, al igual que la asistencia médica, los ingresos de la persona necesitada de cuidados y puede consumir rápidamente el patrimonio de dicha persona. La necesidad de cuidados de larga duración es por tanto un riesgo social importante para el que es evidentemente necesario disponer de mecanismos de protección social".

El debate abierto en estos momentos es cómo abordar el coste de la cobertura de las personas mayores dependientes actualmente no cubiertas, así como los mayores costes ya no sólo en servicios sociales, puede que también en servicios sanitarios, derivados del previsible incremento en la población mayor dependiente y de una mayor tasa de utilización de los mismos. Pero a la hora de redefinir el actual marco asistencial y con carácter previo, deberían tomarse en consideración dos elementos:

"En primer lugar, que existe un amplio reconocimiento internacional sobre la conveniencia de no separar al anciano de su entorno si su estado de salud no lo hace estrictamente necesario" (MANCEBÓN y SÁNCHEZ, 2002; pg. 330). Es más, las personas mayores parecen haber expresado su preferencia por la atención domiciliaria frente a la institucionalización. "Esta preferencia debería quedar reflejada, a la hora de planificar, en un compromiso económico que apoye y priorice la atención domiciliaria" (O'SHEA, 2003; pg. 13).

"En segundo lugar, que entre las diferentes alternativas asistenciales dirigidas a mantener al anciano en su entorno, el modelo familiar presenta una importante ventaja relativa" (MANCEBÓN y SÁNCHEZ, 2002; pg. 330), que, sin embargo, debe ser matizada por las deficiencias que presenta si se pretende que sea el instrumento único de protección, haciendo inviable tal pretensión. Y, en particular, debe tenerse mucho cuidado con las medidas de apoyo familiar, pues pueden tener el efecto perverso de condenar a las mujeres a seguir asumiendo en solitario la carga de la dependencia al tiempo que se les excluye socialmente <sup>32</sup>. Ello supone que el papel del sector público debe ser complementario, pues de su aportación va a depender el funcionamiento adecuado del modelo que se escoja. En particular, "los hospitales de día, servicios de respiro familiar o la atención diaria son partes importantes de la infraestructura social,

---

<sup>32</sup> Tal como destacan Jenson y Jacobzone (2000), en aquellos países que han implantado un sistema de ayudas a las mujeres cuidadoras, el impacto está siendo positivo cuando suponen un apoyo a largo plazo, dependiendo su efecto de la cuantía de la ayuda. En la medida en que en muchos casos se trata de apoyos simbólicos, los datos aportados por Jenson y Jacobzone muestran que no parece que ayuden a reducir las desigualdades por sexo en los cuidados. En España, el ejemplo es el escaso éxito del modelo aplicado en la Comunidad Valenciana, con ayudas de baja cuantía y que además han sufrido año tras año recortes presupuestarios, alcanzando a un colectivo que en seis años escasamente superó las 7.000 personas. Vid. *El País*, lunes 30 de septiembre de 2002; pg. 31.

al igual que los servicios de visitas como las que realizan los profesionales de la salud o de ayuda a domicilio. Las nuevas tecnologías deberían igualmente desarrollarse en el ámbito de las personas mayores que viven en sus domicilios con el fin de crear un entorno lo más accesible posible." (O'SHEA, 2003; pg. 13).

Se plantean dos alternativas, referidas ambas exclusivamente a los servicios sociales, consistentes en la implantación de un seguro que ha de tener carácter obligatorio, ante los problemas de infravaloración de riesgos en las edades en que se está activo y sano.

La primera de ellas consiste en implantar un seguro público de dependencia con carácter universal. El Sector Público asumiría los costes de su financiación, que a su vez admitiría dos posibilidades. La primera es que el Estado financie los servicios, pudiendo por razones de incentivos y de equidad introducir un sistema de co-pago por los usuarios, en función de su nivel de renta, sería el modelo de Dinamarca. La segunda consiste en que el Estado da la posibilidad a las personas dependientes de recibir las prestaciones en especie u optar por recibir una prestación en metálico, cuya cantidad variaría en función del grado de dependencia, es el modelo de Alemania, Austria y Luxemburgo <sup>33</sup>.

La alternativa del seguro público se encuentra ante el dilema de aumentar los impuestos o de reducir otras partidas de gasto manteniendo el gasto total. Aumentar los impuestos parece hoy en día que es ir a contracorriente, a pesar de que en nuestra opinión hace transparente para los ciudadanos los costes del seguro. Para los países pertenecientes a la Unión Monetaria Europea, el Pacto de Estabilidad, que ha puesto límites al déficit público, supone una restricción adicional a incrementos del gasto público. Por ello me parece importante recoger la opinión del Parlamento Europeo (2002; pg. 10) cuando "advierte del peligro de que se sobrevalore el objetivo de la sostenibilidad financiera a expensas de la accesibilidad y de la calidad". Pero hay poderosas razones para elegir la opción de un seguro público, algunas de las cuales han sido señaladas por BERDÚN, MANCEBÓN y SÁNCHEZ (2002):

- A) Permite combinar criterios actuariales y redistributivos, haciendo factible la cobertura de determinados segmentos de la población y evitando la selección de riesgos típica de las empresas privadas de seguros. Hay que destacar que los ancianos — y entre ellos sobre todo las mujeres — son el colectivo más expuesto a situaciones de riesgo social.
- B) Garantiza recursos cualquiera que sea la extensión del periodo de necesidad, ofreciendo prestaciones independientemente de la evolución de los tipos de interés y las tasas de inflación.

---

<sup>33</sup> Para un análisis de los modelos actualmente existentes, puede verse el trabajo de Pacolet et al. Recogido en Rodríguez Cabrero (1999; pp. 68 y ss.) y el excelente y más reciente de Sarasa (2003).

- C) Puede funcionar desde el primer día, mientras que un plan privado debería formar previamente una reserva de capital.
- D) Los programas públicos conllevan menores costes de transacción y administración que los privados.
- E) Aunque un seguro público no elimina las situaciones de abuso moral (o riesgo de manipulación) y de selección adversa, permite reducir los costes derivados de las mismas, al distribuir el posible coste del abuso entre toda la población y agregar todos los riesgos en un único plan. Para evitar los casos de abuso moral y fraude por parte o a favor de los descendientes, pueden instrumentarse sistemas de control del patrimonio de los beneficiarios durante el período anterior a la percepción de las ayudas, tal como se realiza actualmente en Navarra.
- F) Está en consonancia con el modelo de Estado de Bienestar de nuestro país, donde gran parte de las prestaciones sociales se financian por medio de cotizaciones. Hasta ahora las cotizaciones están diseñadas para (supuestamente) mantener la renta al dejar de trabajar, pero no para soportar los costes de caer en la dependencia. Apoyar un seguro público de dependencia supone pues mantener el pacto entre generaciones característico del sistema de reparto, siendo además la alternativa que más apoyo recibe de los expertos <sup>34</sup>.

Es bien cierto que hay una serie de cuestiones a resolver (CASADO, 2003): los criterios de acceso, las prestaciones que estarían cubiertas, la intensidad de la cobertura, la forma de financiación y la gestión de las prestaciones <sup>35</sup>. Respecto a esta última cuestión, la Comisión Europea (2003; pg. 13) ha llamado la atención sobre los problemas que ya está planteando el hecho de que "el sector de los cuidados de larga duración funciona de manera muy descentralizada y que las autoridades locales y regionales disponen de un gran margen de libertad en la aplicación de las normas", dando lugar a que los programas estén mal orientados, su control sea desigual y falten iniciativas para mejorar la calidad. Ello ha llevado a que en el Reino Unido se haya creado un organismo nacional independiente que ha asumido la responsabilidad de regular los servicios sociales y los servicios independientes de asistencia sanitaria para los mayores.

---

<sup>34</sup> Para la opinión de los expertos, vid. los resultados del estudio Delphi, recogidos en el capítulo 8 de Rodríguez Cabrero (1999).

<sup>35</sup> Existen estudios en los que se detalla la configuración del seguro en España, en particular cuestiones tan relevantes como el tipo de cobertura, quiénes cotizarían y la relación entre prestaciones, cotizaciones, necesidades de asistencia y recursos económicos, entre ellos los de Cruz Roche y Rodríguez Cabrero (en Rodríguez Cabrero, 1999), Berdún, Mancebón y Sánchez (2002) y Sarasa (2003).

La segunda alternativa es implantar un seguro privado de dependencia, asumiendo el Estado parte del coste para los usuarios concediendo beneficios fiscales, así como la cobertura — que puede ser total o parcial — de aquellas personas que no hubieran podido acceder a suscribir el seguro por falta de recursos. Esta segunda alternativa, en la medida en que su implantación va asociada a un tratamiento fiscal favorable, aparte de ser muy discutible por sus efectos sobre la equidad y de la falta de transparencia que conllevan todos los gastos fiscales, requerirá un período transitorio muy largo para que sea efectiva. De hecho un reciente estudio, aunque aborda de manera superficial el problema, reconoce que un modelo de capitalización, aparte de renunciar a la solidaridad entre generaciones, puede ser demasiado oneroso, proponiendo un sistema de capitalización mixto con ayudas fiscales (Peña, 2003). Esta parece la opción del Gobierno actual, a juzgar por las reducciones en la base que se han introducido en el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas tras la última reforma a aplicar en 2003 <sup>36</sup>.

En definitiva, parece que la opción más adecuada, tanto desde el punto de vista de la eficiencia como desde la equidad, es un seguro público, financiado con impuestos y con criterios de elegibilidad universales, esto es, el modelo danés, ya que "muestra claros indicios de mayor eficacia sobre todo si consideramos aspectos relacionados con la proporción de población dependiente cubierta y con la promoción del empleo. También es superior la equidad del modelo danés, sobre todo entre géneros" (SARASA, 2003; pg. 43). Hay que destacar que en este modelo cabe la iniciativa privada, por la vía de la producción de servicios sociales como residencias y la ayuda a domicilio, complementando la oferta del sector público.

En ambas opciones es posible la creación de empleo, de hecho hay diversos estudios sobre los nuevos yacimientos de empleo en los que ocupan un lugar destacado los servicios sociales. Sin embargo, no cabe ignorar los problemas para encontrar personas que quieran trabajar en este sector, que en los momentos actuales se está cubriendo en buena medida con fuerza de trabajo femenina inmigrante y, en todo caso, con muy baja sino nula cualificación. Por ello hay que insistir en la necesidad de profesionalizar, dignificar y retribuir adecuadamente estos puestos de trabajo, para lo que se necesitarán políticas públicas activas, dadas las enormes limitaciones, sino

---

<sup>36</sup> Una versión de cuáles deberían ser los contenidos de la norma legal que regulara un seguro de dependencia basado en la iniciativa privada se puede encontrar en el documento "Propuesta de Edad&Vida sobre la definición de un seguro de dependencia", presentado en las *Jornadas sobre dependencia Edad&Vida*, celebradas el 4 de marzo de 2003 en Madrid (Versión electrónica en [www.edad-vida.org](http://www.edad-vida.org)). En particular, se propone que el seguro público cubra sólo la dependencia severa, mientras que los niveles leve y grave se cubrirían de forma voluntaria por un seguro privado, si bien con una ayuda del Estado en forma de cheque e incentivos fiscales para los que desearan mejorar. En todos los niveles se propone que los costes de manutención sean soportados por los usuarios en función de la pensión.

fallos, del mercado en este ámbito. En consecuencia, los cálculos que hemos efectuado en el apartado 2 deben considerarse como una aproximación al potencial de creación de empleo, constituyendo un máximo, puesto que habrá empleos que no se generarán, por estar cubiertos actualmente por el sector informal.

Por último, en el diseño del sistema de asistencia social a las personas mayores dependientes, conviene no olvidar los efectos potencialmente perniciosos y no deseados de otras políticas no dirigidas a mayores. En particular aquellas reformas en el mercado de fuerza de trabajo que tienen por objetivo fomentar la movilidad geográfica, sin que al tiempo se corrija la temporalidad y la precarización, cuyo efecto "puede modificar las redes actuales de cuidadores potenciales y, a falta de ellos, aumentar la presión sobre el conjunto de cuidadores y crear una mayor demanda de servicios públicos de cuidados" (CECS, 2001; pg. 195). Piénsese en lo que puede ocurrir si los potenciales cuidadores se ven obligados a cambiar de ciudad, haciendo imposible la atención a sus mayores. Efecto que puede adquirir aún mayor importancia si la política social pretende favorecer el envejecimiento en casa, frente a la institucionalización, pues podría fracasar ante los cambios experimentados en la naturaleza y extensión de los cuidados y la tradicional respuesta familiar a este problema. Lo mismo puede decirse de las políticas de vivienda y de transportes y comunicaciones, cuando una parte sustancial de las prestaciones sociales está bajo la responsabilidad de los ayuntamientos, muchos de los cuales no van a poder asumir la asistencia a una población mayor que en muchos casos puede superar el 25% del total del municipio, siendo necesario su traslado diario a centros comarcales o provinciales.

En conclusión, el cambio de la estructura de edades de la población y los problemas de aumento en la dependencia de las personas mayores suponen un reto para la sociedad española, que exige respuestas no sólo a las políticas social y sanitaria, sino a toda la estructura política y económica, al requerir un cambio profundo en la sociedad en su actitud ante los mayores. Y sólo será posible diseñar esas políticas disponiendo de información precisa y consistente sobre su coste, objetivo último de este trabajo. Parece existir unanimidad en que, por lo que respecta a los costes de la atención social, se hace necesario establecer un seguro que cubra los riesgos de caer en la dependencia al llegar a la jubilación. Las dos alternativas existentes son que el seguro sea privado —con incentivos fiscales— o que sea un seguro público universal financiado con impuestos, defendiendo en este trabajo la idoneidad, en términos de eficiencia y equidad, del seguro público. En todo caso no cabe ignorar que la elección que se haga estará sino determinada, al menos fuertemente influida por la opción político-ideológica que se adopte respecto al Estado del Bienestar (MUÑOZ DEL BUSTILLO, 2000), por lo que me parece conveniente recordar que la evidencia empírica es contundente (NAVARRO, 2002): son los países con mayores Estados del Bienestar, esto es, los que tienen una actividad redistributiva mayor, los que más han crecido, con un menor desempleo, unas mayores tasas de empleo — y de participación femenina — una mayor inversión y una menor desigualdad.

## ANEXO.

Tabla A1.

## Evolución de la población mayor. España, 1900-2050 (miles)

Años	Población					
	total	65 y más	65-79	80 y más	65+ %	80+ %
1900	18618	968	853	115	5,2	0,6
1910	19996	1106	973	133	5,5	0,7
1920	21390	1217	1074	143	5,7	0,7
1930	23678	1441	1264	177	6,1	0,7
1940	25878	1690	1467	223	6,5	0,9
1950	27977	2023	1750	273	7,2	1,0
1960	30529	2505	2136	369	8,2	1,2
1970	34041	3291	2767	524	9,7	1,5
1981	37683	4237	3512	725	11,2	1,9
1991	38872	5352	4204	1148	13,8	3,0
1998	39853	6504	5043	1460	13,8	3,7
1999	40202	6740	5224	1516	16,8	3,8
2010	42270	7525	5354	2171	17,8	5,1
2020	43356	8562	6084	2478	19,7	5,7
2030	43387	10301	7503	2798	23,7	6,4
2040	42791	12351	8998	3353	28,9	7,8
2050	41304	12867	8757	4109	31,2	9,9

Nota: De 1900 a 1999 los datos son reales; de 2010 a 2050 se trata de proyecciones.

Fuente: INE, Censos de población. Padrón municipal, renovaciones, varios años.

INE, Proyecciones de la población de España, 2001, versión electrónica.

Fuente: *Envejecer en España*. IMSERSO. Madrid, 2002.

Tabla A2.

## Costes medios ponderados de los servicios

Servicios sanitarios	€/ día (*)
Hospital de agudos	243,80
Unidad de convalecencia	82,31
Centro socio-sanitario	46,67
Hospital geriátrico	158,33
Hospital de día	120,11
Atención sanitaria domiciliaria	44,65
Atención primaria	27,06
<b>Servicios sociales</b>	
Resistencia asistida pública	63,17
Residencia psicogeriátrica	82,44
Residencia privada	30,53
Centro de día	24,54
Centro de día psicogeriátrico	82,44
Atención domiciliaria pública	10,79
Servicio doméstico	6,01

(\*) Excepto Atención sanitaria domiciliaria y Atención primaria, que es el coste por visita y Atención domiciliaria pública y Servicio doméstico, donde el coste es por hora.

Fuente: RODRÍGUEZ y MONTSERRAT (2002).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALONSO, J. Y HERCE, J.A. (1998): El gasto sanitario en España: Evolución reciente y perspectivas. Textos Express, 98-01. FEDEA. Madrid.
- AHN, N., ALONSO, J. Y HERCE, J.A. (2003): Gasto sanitario y envejecimiento de la población en España. Fundación BBVA. Documentos de Trabajo, nº 7.
- BERDÚN, P., MANCEBÓN, M<sup>a</sup>. J. Y SÁNCHEZ, A. (2002): Envejecimiento y dependencia: una valoración de las alternativas de financiación de los cuidados de larga duración. IX encuentro de Economía Pública. Vigo. Febrero.
- BOSCA, J. E., FERNÁNDEZ, M. Y TAGUAS, D. (1997): "El Gasto en Protección social en España: índices de Cobertura respecto a la Unión Europea". Hacienda Pública Española. Nº 141/142 . (pp. 61-73).
- CAIXA DE CATALUNYA (2002): "Report monográfico : progresivo envejecimiento de la población española. Características de los hogares donde los sustentadores principales tienen más de 64 años". Consumo y Economía Familiar. nº 27, Marzo. (pp. 47-61). Versión electrónica.
- CASADO, D. (2001): Los efectos del envejecimiento demográfico sobre el gasto sanitario: mitos y realidades. Informe Técnico. Asociación de Economía de la Salud. Versión electrónica ([www.aes.es](http://www.aes.es)). Publicado en Gaceta Sanitaria, 2000; 15 (2): pp. 154-163.
- (2003): "El futuro del seguro de dependencia". Gaceta Sanitaria. Nº 1-Vol. 17- Enero-Febrero; pp.1-3.
- CASADO, D. Y LÓPEZ, G. (2002): Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Fundación La Caixa, Barcelona.
- CASTELLS, X., MERCADÉ, LL. Y RIU, M. (2002): "Envejecimiento y utilización hospitalaria". En Informe Sespas 2002. La salud y el sistema sanitario en España. Capítulo 5. Versión electrónica [www.sespas.aragob.es](http://www.sespas.aragob.es)
- CECS (2001): "La dependencia entre los mayores". En Informe España 2001. Fundación Encuentro, Madrid.
- COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS (2001): El futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores: garantizar la accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera. Comunicación de la comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones. COM (2001) 723 final. Bruselas, 5 de diciembre.
- (2002): La respuesta de Europa al envejecimiento a escala mundial. Promover el progreso económico y social en un mundo en proceso de envejecimiento. Contribución de la Comisión Europea a la segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Comunicación de la comisión al Consejo, al Parlamento Europeo. COM (2002) 143 final. Bruselas, 18 de marzo.
- (2003): Asistencia sanitaria y atención a las personas mayores: apoyar las estrategias nacionales para garantizar un alto nivel de protección social. Comunicación de la comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones. COM (2002) 774 final. Bruselas, 3 de enero. Propuesta de informe conjunto.

- CONSEIL DE EUROPE (1998): Recommandation núm. R(98)9, du Comité des ministres aux états membres relative à la dépendance. Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo.
- CUTLER, D. AND SHEINER, L. (1998): Demographics and medical care spending: standard and non standard effects. NBER Working Paper Series nº 6866, 1998;
- CUTLER, D. (2001): "Declining disability among the elderly". Health Affairs. 95(6); (pp. 11-27).
- DANG, T. T., ANTOLÍN, P. Y OXLEY, H. (2001): Fiscal Implications of Ageing: Projections of Age.related Spending. OECD Economics Department Working Papers, nº 305.
- DEFENSOR DEL PUEBLO (2000): La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológico y otros aspectos conexos. Oficina del Defensor del Pueblo, Madrid.
- DELGADO, M<sup>a</sup>. L., SALINAS, J. Y SANZ, J. F. (2001): "El consumo de bienes y servicios públicos en los hogares españoles". Presupuesto y Gasto Público. Nº 26. (pp. 253-263).
- DE SANTIS, G. (2001) : Population Ageing in Industrialized Countries : Challenges and Issues. International Union for the Scientific Study of Population, IUSSP. Policy and Research Paper Nº 19.
- DÍEZ NICOLÁS, J. (2000): "Envejecimiento y políticas hacia los mayores en la Unión Europea". En S. Muñoz Machado, J. L. García Delgado y L. González Seara, Las Estructuras del Bienestar en Europa. Editorial Civitas. Madrid.
- ECONOMIC POLICY COMMITTEE (2000): Progress report to the Ecofin Council on the Impact of ageing populations on public pension systems. EPC/ECFIN/581/00-EN - Rev.1 Brussels, 6 November. Versión electrónica.
- (2001) : Budgetary challenges posed by ageing populations : the impact on public spending, on pensions, health and long-term care for the elderly and possible indicators of the long-term sustainability of public finances. EPC/ECFIN/655/01-EN final. Brussels, 24 October. Versión electrónica.
- EUROSTAT (2001): The social situation in the European Union 2000. European Commision. Directorate-General for Employment and Social Affairs. Unit E-1. Versión electrónica.
- (2003): Feasibility Study -Comparable Statistics in the Area of Care of Dependent Adults in the European Union. Office for Official Publications of the European Communities. Working Papers and Studies. Theme 3, Population and social conditions. Luxembourg.
- FERNÁNDEZ CORDÓN, J.A. (2001): "Demografía, dependencia y oferta de trabajo". En Mercado de trabajo, inmigración y Estado del Bienestar. Aspectos económicos y debate político. FEDEA y CEA. Madrid. (pp. 45-72).
- FRIES, J. F. (1980): "Aging, Natural Death and the Compresion of Morbidity". New England Journal of Medicine. 303. (pp. 130-135).
- GORNEMANN, I. Y ZUNZUNEGUI, M.V. (2002): "Incremento en la utilización de servicios hospitalarios por las personas mayores de 55 años: envejecimiento poblacional y respuesta del sistema de servicios de salud". Gaceta Sanitaria. Nº2-Vol. 16. Marzo-Abril; pp 156-159.
- GRUBER, J AND WISE, D., (2001): An international perspective on policies for an ageing society, National Bureau of Economic Research-WP 8103, 2001.

- HICKS, P. (2001): Public Support for Retirement Income Reform. OECD Labour market and social policy. Occasional Papers nº 35. December. Versión electrónica.
- IMSERSO (2000): Las personas mayores en España. Informe 2000. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO). Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid.
- (2002): Envejecer en España. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2003): Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud 1999. Resultados nacionales detallados. Madrid.
- INFORME PFIZER (2002): Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España. Previsión al año 2010. Fundación Pfizer, Madrid.
- JACOBZONE, S.; CAMBOIS, E., ROBINE, J. M. (2000): "Is the health of older persons in OECD countries improving fast enough to compensate for population ageing?". OECD Economic Studies. Nº 30/1 (pp. 149-190).
- JÄGERS, T. AND RAFFELHÜSCHEN, B. (1999): "General accounting in Europe: an overview". European Economy, Reports and Studies, nº 6. (pp. 1-16).
- JENSON, J. AND JACOBZONE, S. (2000): Care allowances for the frail elderly and their impact on women care-givers. OECD, Labour Market and Social Policy, Occasional Papers, nº 41. July. Versión electrónica.
- KRAMER, M. (1980): "The rising pandemic of mental disorders and associated chronic diseases and disabilities". Acta Psychiatrica Scandinavica. Nº 62, suppl. 283. (pp. 382-397).
- LÓPEZ, M. Y SOTO, G.M. (2000): "Dinámica de la participación femenina en el mercado de trabajo español: actividad, empleo, estado civil y nivel de estudios (1977-1977)". Hacienda Pública Española. Nº 152. (pp. 77-94).
- MANCEBÓN, M<sup>a</sup>. J. Y SÁNCHEZ, A. (2002): "Envejecimiento y dependencia". En S. Muñoz Machado, J. L. García Delgado y L. González Seara, Las Estructuras del Bienestar en Europa. Propuestas de reforma y nuevos horizontes. Editorial Civitas. Madrid.
- MARTÍNEZ GÓMEZ, J.M. (2002): Envejecimiento y dependencia: Un reto del siglo XXI. Presentación a la II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento. Madrid, abril.
- MARTÍNEZ ZAHONERO, J. L. (2000): Economía del envejecimiento. Consejo Económico y Social, Madrid.
- MONTSERRAT, J. (2000): "El gasto social en personas mayores". Revista Multidisciplinar de Gerontología. 10(3); 168-176.
- MORÁN, E. (1999): "Estimación de la población dependiente y de sus características demográficas". En IMSERSO, La protección social de la dependencia. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid.
- MORROW, K. MC. AND ROEGER, W. (2001): The economic consequences of ageing populations (a comparison of the EU, US and Japan). Directorate-General for Economic and Financial Affairs of the European Commission.
- MUÑOZ DEL BUSTILLO, R. (2000): "Retos y restricciones del Estado de Bienestar en el cambio de siglo". En Rafael Muñoz del Bustillo (ed.), El Estado de Bienestar en el cambio de siglo. Alianza. Madrid.

- NAVARRO, V. (2002): Bienestar insuficiente, democracia incompleta. Sobre lo que no se habla en nuestro país. Anagrama. Barcelona.
- NAVARRO, V. Y QUIROGA, A. (2003): La protección social en España y su desconvergencia con la Unión Europea. (Versión electrónica en [www.vnavarro.org](http://www.vnavarro.org))
- O'SHEA, EAMON (2003): La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes. Consejo de Europa. Enero, 2003. (Versión electrónica descargada de [www.imsersomayores.csisc.es/](http://www.imsersomayores.csisc.es/))
- PARLAMENTO EUROPEO - COMISIÓN DE EMPLEO Y ASUNTOS SOCIALES (2002): Informe sobre la Comunicación de la comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones - El futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores: garantizar la accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera (COM (2001) 723 - C5-0163/2002 -2002/2071 (COS)). Final A5-0452/2002. 17 de diciembre.
- PEÑA, J. IÑAKI DE LA (2003): El impacto del envejecimiento de la población en el seguro de salud y de dependencia. FEDEA. Estudios sobre la Economía Española, EEE 155. Versión electrónica. Enero.
- PÉREZ, M. (1993): "La imagen de la vejez a través de los planes gerontológicos". Papers, 40: 89-98.
- PÉREZ DÍAZ, J. (2002): La madurez de masas. IMSERSO, Septiembre de 2002. Versión electrónica [www.imsersomayores.csisc.es/](http://www.imsersomayores.csisc.es/)
- POLDER, J.J. ET AL. (2002): "Age-specific increases in health care costs". European Journal of Public Health. 12; 57-62.
- RAFFELHÜSCHEN, B. (1999): "General accounting: method, data and limitations". European Economy, Reports and Studies, nº 6. (pp. 17-28).
- RAZIN, A., SADKA, E. Y SWAGEL, P. (2002): "The Aging Population and the Size of the Welfare State". Journal of Political Economy. Vol. 110, nº 4. (pp. 900-918).
- RIVERA, JESÚS (2001): Redes familiares en el cuidado del anciano con demencia. Consejo Económico y Social, Comunidad de Madrid. Madrid.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. (Coordinador) (1999): La protección social de la dependencia. IMSERSO. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.
- RODRÍGUEZ, G. Y MONTSERRAT, J. (2002): Modelos de atención sociosanitaria. Una aproximación a los costes de la dependencia. IMSERSO. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.
- SARASA, S. (2003): Una propuesta de servicios comunitarios de atención a personas mayores. Documento de trabajo 15/2003. Fundación Alternativas.
- URBANOS, ROSA MARÍA Y UTRILLA, ALFONSO: "El nuevo sistema de financiación sanitaria y sus implicaciones económicas en las Comunidades Autónomas". Revista de Administración Sanitaria. Volumen V. Número 20. Octubre/diciembre 2001. pp.25-48.