

Resumen

Este trabajo muestra una panorámica de la situación de la dependencia en España y en algunos países europeos. El análisis europeo explora la información contenida en la base de datos SHARE respecto a la prevalencia de limitaciones en las actividades diarias en la población adulta. Los resultados para España se complementan con la información de la encuesta EDAD-2008, que permite analizar con detalle la distribución de la dependencia por comunidades autónomas y por grado de severidad (según la metodología de la Ley de Dependencia), así como el nivel de institucionalización y el tipo de cuidados que reciben las personas dependientes.

Palabras clave: dependencia, cuidados de larga duración, EDAD-2008, SHARE.

Abstract

This study presents an overview of the dependency situation in Spain and in some other European countries. The European analysis examines the information contained in the SHARE database with regard to the prevalence of limitations in everyday activities in the adult population. The results for Spain are complemented with the information of the EDAD-2008 survey, which allows us to examine in detail the distribution of dependency by autonomous communities and by degree of severity (according to the Dependency Act methodology), as well as the level of institutionalization and type of care being received by the dependent persons.

Key words: dependency, long-term care, EDAD-2008, SHARE.

JEL classification: I38.

DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL DE LA DEPENDENCIA EN ESPAÑA Y EUROPA

Antonio RODRÍGUEZ SAMPAYO

Universidad de Santiago de Compostela

Eva RODRÍGUEZ MÍGUEZ

Begoña ÁLVAREZ GARCÍA

Universidad de Vigo ()*

I. INTRODUCCIÓN (1)

La atención a las personas en situación de dependencia se ha convertido en uno de los ejes de política social más relevantes en España. Si bien desde los años ochenta se han venido articulando diferentes dispositivos protectores de situaciones específicas de envejecimiento y de discapacidad, a través de prestaciones específicas de la Seguridad Social o mediante los servicios sociales asistenciales de las comunidades autónomas y las entidades locales (2), es la promulgación de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (en adelante, Ley de Dependencia) la que introduce un derecho universal para las personas dependientes. A partir de su entrada en vigor en 2007, la atención a la dependencia se configura como derecho subjetivo de la ciudadanía, y para hacerlo efectivo se crea el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), se homogeniza el procedimiento y las técnicas de evaluación y se implanta un catálogo de servicios y prestaciones con el que se pretende dotar de cohesión y equidad territorial al sistema.

Sin duda, la Ley de Dependencia ha introducido una mejora considerable en las expectativas tanto de las personas dependientes como de

las personas cuidadoras, que ahora disponen de nuevos apoyos para conciliar su vida familiar y laboral. Pero el despliegue del SAAD conlleva, también, un desafío importante para las administraciones públicas, puesto que deben incorporar en su planificación unas previsiones demográficas que apuntan hacia un aumento significativo en la demanda y, al mismo tiempo, deben actuar con restricciones presupuestarias importantes derivadas del proceso de consolidación fiscal que España debe acometer en los próximos años.

Según las proyecciones del INE, el 32 por 100 de la población española tendrá 65 años o más en 2050. El porcentaje de mayores de 80 años pasará de representar el 4,8 por 100 de la población en 2010 a suponer cerca de un 12 por 100 en 2050. En general, las proyecciones para el resto de países europeos muestran tendencias similares, aunque menos acentuadas que en España. Tal y como apuntan Conde-Ruiz y González (2010), el proceso de envejecimiento de la población constituye una buena noticia, ya que es resultado de la mejora espectacular de la esperanza de vida en los países desarrollados conseguida gracias al progreso social y económico de las últimas décadas. La preocupación se deriva de la presión que estas tendencias demográficas imponen en la sostenibilidad de los sistemas de protección social. Concretamen-

te, en el ámbito de la atención a la dependencia, la evidencia muestra que las necesidades de cuidados aumentan exponencialmente entre los 75 y los 85 años de edad (OECD, 2005). Por tanto, la perspectiva de una población cada vez más envejecida supone un reto especialmente importante en aquellos países que tratan de orientarse hacia modelos más centrados en el cuidado formal de las personas dependientes, como es el caso de España.

Las proyecciones para la Unión Europea presentadas en «The Ageing Report 2009» (European Commission y The Economic Policy Committee, 2009) aportan cifras elocuentes a este respecto. En las próximas cinco décadas, el gasto público en cuidados de dependencia de la población mayor de 65 años de la UE-27 duplicará su peso en términos de PIB, pasando del 1,2 por 100 en 2007 al 2,4 por 100 en 2060. El crecimiento de esta ratio será más intenso en España, con unas previsiones de gasto en dependencia que pasarán de representar el 0,5 por 100 del PIB en 2007, al 0,9 por 100 en 2020, y alcanzarán el 1,4 por 100 en 2060.

Desde el punto de vista de la toma de decisiones y la planificación de los recursos destinados a la atención a la dependencia, y con el fin de evitar tensiones imprevistas en la financiación del sistema, es fundamental disponer de previsiones actualizadas sobre el número de potenciales beneficiarios de las ayudas y prestaciones. De hecho, en España, las estimaciones del número de personas con dependencia severa, y por tanto con derecho a las prestaciones de mayor cuantía, presentadas en el *Libro Blanco* de la dependencia (IMSERSO, 2004) se han visto considerablemente sobrepasadas. Esta circunstancia ha motivado la recomendación presentada en diversos estudios de actualizar

las previsiones sobre la población objetivo de la Ley de Dependencia (e.g. Cervera *et al.*, 2009).

El objetivo de este trabajo es analizar, desde un punto de vista descriptivo, la prevalencia de la dependencia en España y en Europa con los datos disponibles más recientes. En el apartado II, se introducen algunos conceptos sobre la definición y medición de la dependencia. En el apartado III, se realiza un análisis comparado de la población dependiente en varios países europeos a partir de los datos de la *Encuesta de salud, envejecimiento y jubilación en Europa* (SHARE 2006/2007). En el apartado IV, se lleva a cabo un análisis más detallado del mapa territorial de la dependencia en España, poniendo un especial énfasis tanto en la medición de la severidad de la dependencia como en el tipo de ayuda (formal o informal) que reciben las personas dependientes. Para ello, utilizamos la información de la última *Encuesta sobre discapacidades, autonomía personal y situaciones de dependencia*, elaborada por el INE en el año 2008. En el apartado V, se presentan las principales conclusiones del estudio.

II. LA MEDICIÓN DE LA DEPENDENCIA

Antes de entrar en el análisis detallado de los datos, es necesario introducir una serie de precisiones sobre la definición y la medición de los conceptos que van a ser objeto de estudio.

El Consejo de Europa definió en 1998 la dependencia como «un estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de reali-

zar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal». Por tanto, cualquier análisis que trate de caracterizar las situaciones de dependencia pasa siempre por el estudio de las diferentes actividades en las que el dependiente puede necesitar ayuda para su realización. Existen diferentes clasificaciones de estas actividades, aunque lo más habitual es clasificarlas en dos grupos: las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Las ABVD son el conjunto de actividades primarias de la persona, encaminadas a su autocuidado y movilidad, que le dotan de independencia básica y le permiten vivir sin necesitar ayuda continua de otros (comer, vestirse, bañarse, trasladarse, etc.). Las AIVD son las que permiten a la persona adaptarse a su entorno y mantener una independencia en la comunidad (usar el teléfono, comprar, cuidar la casa, utilizar transportes, etcétera). Se suele considerar que existe una situación de dependencia cuando la persona necesita ayuda en al menos una de esas actividades.

La medición de la severidad de la dependencia requiere un análisis más minucioso no sólo del número y relevancia de las actividades para las que se requiere ayuda, sino también de la intensidad de esa ayuda. Los primeros estudios que trataron de abordar esta tarea datan de los años sesenta del siglo XX, aunque siguen utilizándose con frecuencia para caracterizar a los dependientes. Los indicadores pioneros en la medición de la dependencia en las ABVD son los de Katz *et al.* (1963) y Mahoney y Barthel (1965). Lawton y Brody (1969), con el propósito de complementar los indicadores anteriores, propusieron una escala que trataba de cuantificar la dependencia en las AIVD. A partir de estos primeros estudios, se han de-

sarrollado multitud de indicadores, haciendo difícil su clasificación y las comparaciones de niveles de dependencia entre diferentes estudios (Kane y Kane, 2000, y Quejeta, 2004, ofrecen una extensa revisión de los instrumentos existentes para medir la dependencia). Algunos de estos indicadores han sido diseñados en un ámbito exclusivamente nacional, como una herramienta complementaria a la hora de diseñar una política pública destinada a proveer ayuda a las personas en situación de dependencia. En esta categoría estaría el actual Baremo de valoración de la dependencia (BVD) aprobado con la Ley de Dependencia. Este indicador será el utilizado en el apartado IV para analizar la severidad de la dependencia en España, así como su distribución territorial.

Sin embargo, no siempre disponemos de la información necesaria para poder aplicar alguno de los indicadores de dependencia previamente mencionados. Cuando esto ocurre, una forma de aproximarse a la severidad de la dependencia es tener en cuenta número de actividades en las que se tienen limitaciones, o analizar si dicha dependencia se produce en las ABVD. Éste será el enfoque adoptado para analizar la situación de la dependencia en Europa a partir de la información contenida en SHARE.

III. PANORÁMICA GENERAL DE LA DEPENDENCIA EN ALGUNOS PAÍSES EUROPEOS

1. Las limitaciones en las actividades de la vida diaria (AVD) de los ciudadanos europeos

Para analizar el grado de limitaciones en las AVD que presen-

tan los ciudadanos europeos, se ha utilizado SHARE. Esta encuesta proporciona una amplia información sobre la salud, y otras muchas variables socioeconómicas, de las personas de 50 años o más (menores si son cónyuges de un encuestado de esa edad) que viven en hogares. Aunque no todos los países europeos han participado en esta encuesta, tenemos una amplia representación de ellos. Los países que han participado en las tres olas que se llevan realizado hasta ahora fueron: Austria, Alemania, Suecia, Holanda, España, Italia, Francia, Dinamarca, Grecia, Suiza y Bélgica. En este epígrafe, se analizará, para los países previamente mencionados, la información correspondiente a la segunda ola, porque la tercera recoge básicamente información retrospectiva sobre la vida del encuestado. En la segunda ola, publicada en 2007, se entrevistó a 33.281 individuos en total y a 2.228 en España.

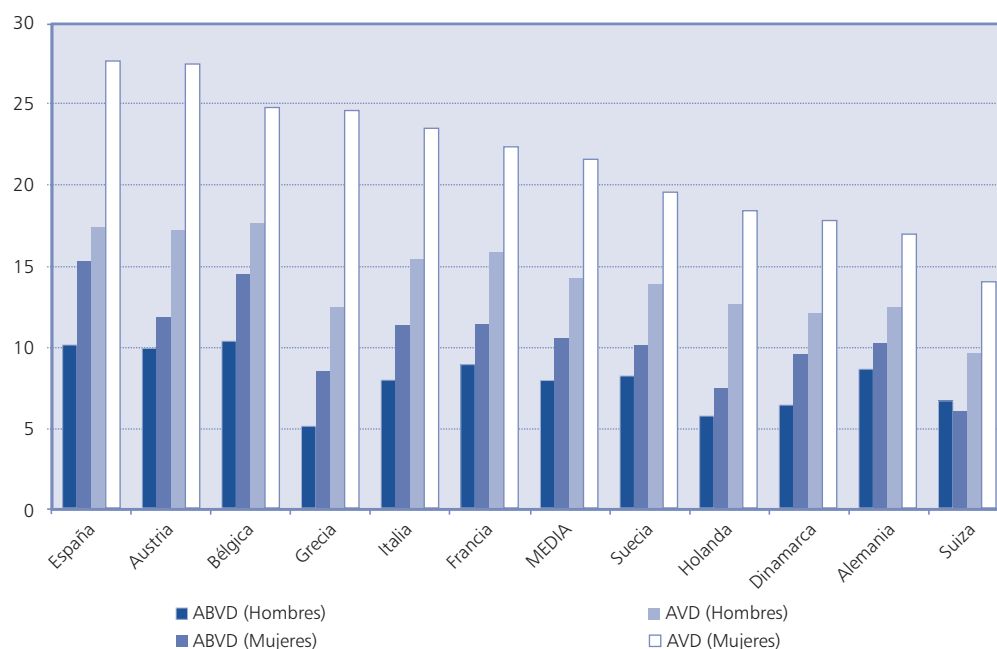
Se analizarán aquí las limitaciones, y no la dependencia, porque en SHARE se pregunta si se tienen limitaciones en cada una de las actividades consideradas, pero no si se necesita ayuda. La información sobre si se necesita ayuda es genérica, y no permite identificar en qué actividades, ni en cuántas, el entrevistado necesita ayuda. Además, incluye algunas actividades en las cuales necesitar ayuda no implica necesariamente una situación de dependencia (por ejemplo, mover un sillón pesado). Como ya ha sido mencionado anteriormente, cuando se analizan las limitaciones en las AVD es habitual distinguir si el individuo tiene limitaciones en las ABVD o en las AIVD. En general, es razonable pensar que las situaciones de dependencia evolucionan de forma gradual, apareciendo primero las limitaciones en las AIVD, seguidas de limitaciones en ABVD. Ésta es una distinción relevante

porque la necesidad de ayuda de terceras personas es muy diferente dependiendo del tipo de limitaciones. SHARE nos permite saber si el individuo tiene limitaciones para realizar las siguientes actividades: vestirse, andar dentro del hogar, bañarse o ducharse, comer, levantarse o acostarse, actividades relacionadas con la micción/defecación, usar un mapa, preparar una comida, comprar alimentos, hacer una llamada telefónica, tomar la medicación, trabajar en la casa/jardín y administrar el dinero. Siguiendo la clasificación tradicional, hemos incluido en limitaciones de las ABVD las seis primeras actividades y en limitaciones AIVD las restantes.

En el gráfico 1 se muestra el porcentaje de personas que tienen limitaciones en al menos una de las trece AVD previamente mencionadas. Para aproximar las situaciones más severas, también se presenta el porcentaje de personas que tienen limitaciones en al menos una de las ABVD. Dado que es difícil encontrar individuos que tengan limitaciones en las ABVD y no en las AIVD, la diferencia entre ambas se puede interpretar como una aproximación de aquellos individuos que únicamente experimentan limitaciones en las AIVD.

Un rasgo común en todos los países considerados es que existe un mayor volumen de mujeres que tienen dificultades para realizar tanto las AVD, en general, como las ABVD en particular. El principal motivo de esta regularidad es que las mujeres tienen una esperanza de vida mayor, lo que está provocando en parte esta situación. Por ejemplo, de las personas mayores de 80 años entrevistadas en SHARE, un 58 por 100 son mujeres. No obstante, también se ha constatado en otros estudios que, incluso controlando por edad, las mujeres presentan un mayor nivel de de-

GRÁFICO 1
PERSONAS DE 50 O MÁS AÑOS CON LIMITACIONES EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA
Y ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA
(Porcentajes)



Fuente: Elaboración propia a partir de SHARE-2007.

pendencia en edades avanzadas (Vilaplana, 2010; Casado, 2007; Albarrán y Alonso, 2009; Schoeni, Freedman y Martin, 2009).

Centrándonos en los datos por países, se observan fuertes diferencias. España es el país con un mayor porcentaje de mujeres que manifiesta tener limitaciones, tanto en las AVD en general como en las ABVD, y ocupa el segundo lugar en lo que respecta a los varones. En general, los países mediterráneos presentan un porcentaje de personas con limitaciones por encima de la media (aunque compartida con Austria y Bélgica).

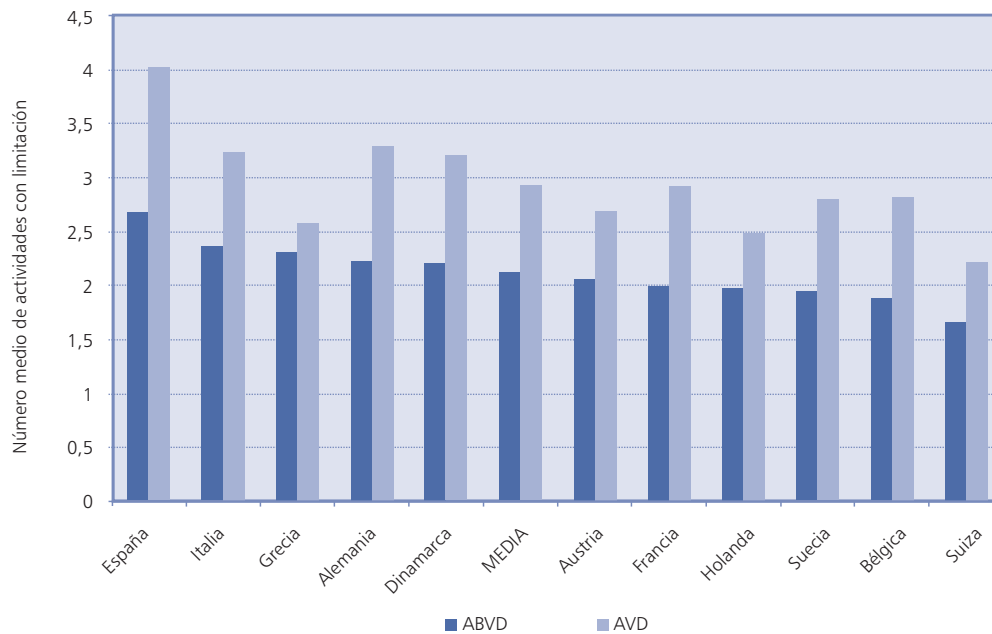
Una forma de identificar la intensidad de las limitaciones a partir de la información contenida en SHARE es tener en cuenta el número

de actividades en las cuales se tienen limitaciones. El gráfico 2 muestra el número medio de AVD y ABVD en las que se tienen limitaciones para aquellas personas que manifiestan tener al menos una limitación. España es el país en el que las personas mayores no institucionalizadas (es decir, viven en el hogar) experimentan un mayor número de limitaciones. Los mayores con limitaciones en AVD experimentan, por término medio, limitaciones en cuatro de las trece actividades mencionadas, frente a las tres de media de los países europeos considerados. Si aceptamos el número de limitaciones en las ABVD como una variable *proxy* de la severidad de las limitaciones, de nuevo los tres países mediterráneos encabezan el *ranking*.

Obviamente, el aumento de las limitaciones es un fenómeno asociado a la edad. Como se puede observar en el gráfico 3, a medida que aumenta la edad aumenta de forma exponencial el porcentaje de personas con limitaciones, tanto en España como en la media de los países considerados. En todo caso, excepto para las AVD en el tramo de edad entre 50 y 59 años, España siempre muestra un porcentaje de personas con limitaciones por encima de la media del resto de países europeos considerados.

Un factor clave para explicar las diferencias encontradas entre países, tanto en el porcentaje de personas con limitaciones como en la intensidad de éstas, es el distinto nivel de institucionalización de las personas mayores. Tenien-

GRÁFICO 2

NÚMERO DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA Y ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA EN LAS QUE SE TIENEN LIMITACIONES. POBLACIÓN CON LIMITACIONES DE 50 AÑOS O MÁS


Fuente: Elaboración propia a partir de SHARE-2007.

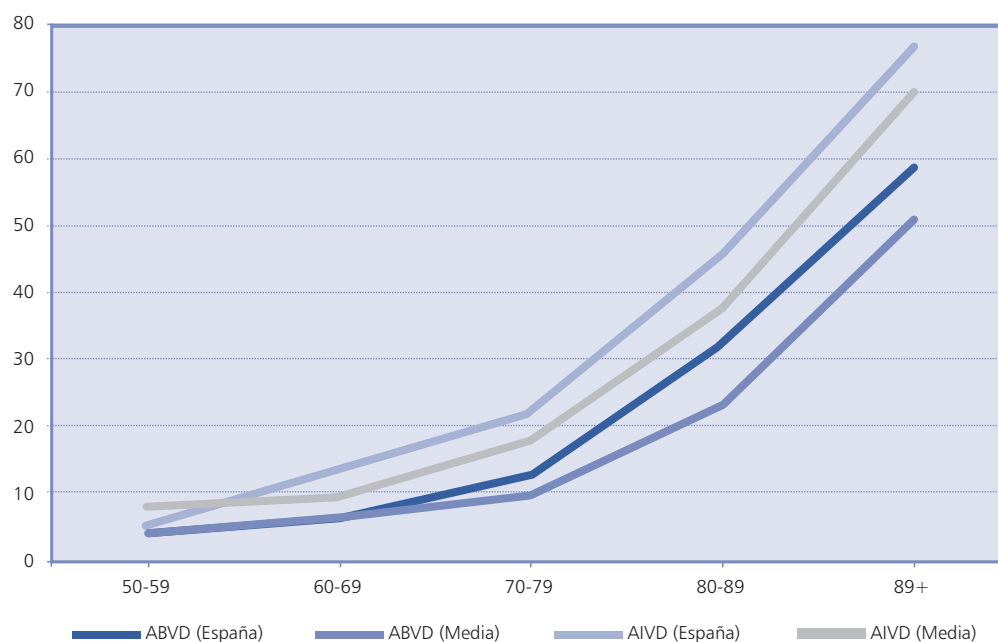
do en cuenta que únicamente se están analizando las personas que viven en hogares, y que la institucionalización se suele producir cuando el nivel de limitaciones es mayor, es más probable que aquellos países con un nivel de institucionalización menor, como es el caso de los países mediterráneos, tenga un mayor número de personas con limitaciones, así como mayor nivel de severidad de las mismas. Así, por ejemplo, la información publicada por la OECD (2009) muestra que en el año 2006 el porcentaje de personas mayores de 64 años institucionalizadas era elevado en los países nórdicos (6,9 por 100 en Holanda y 6,8 en Suecia) y en Francia (6,3 por 100), frente a Alemania y España, que presentan un nivel de institucionalización menor: 3,7

por 100 y 2,1 por 100, respectivamente.

Dada la importancia que puede tener este fenómeno, hemos querido obtener, a partir de la información contenida en la encuesta, alguna evidencia de la existencia de este menor nivel de institucionalización de España respecto al resto de países considerados. Para ello, hemos calculado los siguientes indicadores: a) porcentaje de personas que vive con sus hijos una vez que estos están casados (como una aproximación a la probabilidad de que las personas mayores se integren en el hogar de sus hijos en cuanto surge una situación de dependencia); b) porcentaje de personas de 80 años o más (consideramos que aquellos países con un mayor nivel de institucionalización tendrán un

menor porcentaje de mayores en SHARE), y c) porcentaje de personas que han fallecido en una residencia (a los familiares de las personas que fueron entrevistadas en la primera ola de SHARE y figuran como fallecidas en la segunda ola se les pregunta el lugar en el cual han fallecido). Los resultados de todos estos indicadores muestran indicios de un menor nivel de institucionalización en los países del Sur de Europa en general, y en España en particular. En cuanto al porcentaje de personas que vive con sus hijos una vez que estos están casados, España se sitúa en primer lugar (2,3 por 100), casi triplicando la media de los países considerados (0,8 por 100). Respecto al porcentaje de personas mayores de 79 años que figuran en SHARE, España aparece de nuevo en primer lugar (18

GRÁFICO 3
PERSONAS DE 50 O MÁS AÑOS CON LIMITACIONES EN LAS ACTIVIDADES BÁSICAS E INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA POR EDAD (Porcentajes)



Fuente: Elaboración propia a partir de SHARE-2007.

por 100 frente al 14 por 100 de la media). Aunque España es uno de los países con mayor esperanza de vida de los considerados, no parece razonable pensar que estas pequeñas diferencias en la esperanza de vida (3) sean suficientes para explicar la gran diferencia en el porcentaje de personas mayores. Finalmente, en el conjunto de países considerados, un 13,2 por 100 de los individuos identificados como fallecidos en la segunda ola, murieron en instituciones, sin embargo, en España este porcentaje se reduce al 6,9 por 100.

2. La atención a la dependencia en Europa

Como ya se ha mencionado, SHARE proporciona información

sobre las personas mayores no institucionalizadas, por lo que el análisis de la atención a la dependencia se centrará en describir la ayuda que recibe este colectivo. Para analizar el tipo de cuidados que recibe la población dependiente, distinguiremos entre cuidados informales (ayuda no remunerada proporcionada por el entorno familiar o por amigos) y cuidados formales (adquiridos en el mercado).

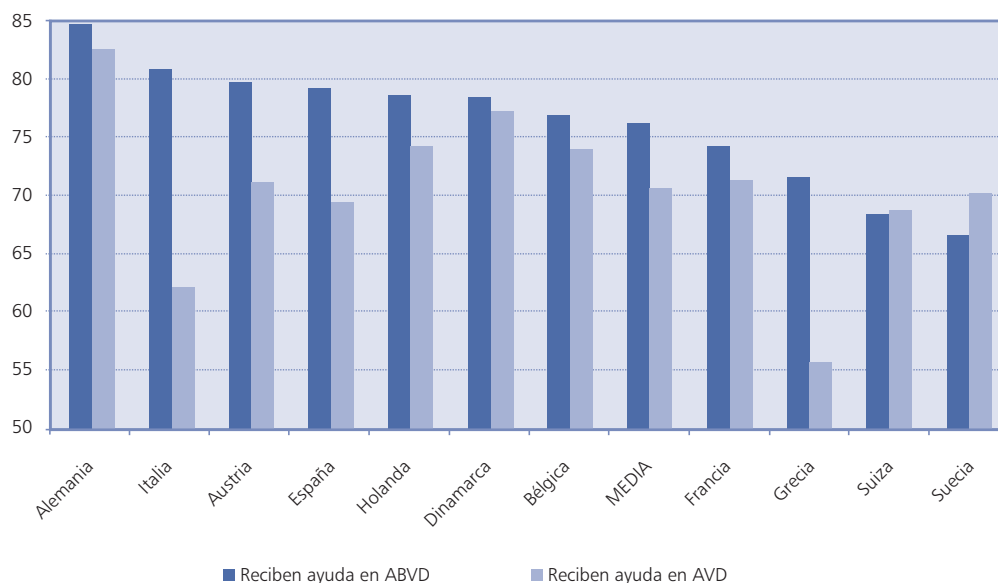
En el gráfico 4 se muestra el porcentaje de personas que, habiendo manifestado algún tipo de limitación en las AVD en general (o en las ABVD, en particular), han recibido ayuda de otras personas para superarlas. Como era de esperar, el porcentaje es mayor cuando las personas tienen limitaciones en las ABVD, aunque existen importan-

tes diferencias a escala europea. España se encuentra por debajo de la media (en el noveno puesto) si tenemos en cuenta el porcentaje de personas con limitaciones en las AVD que reciben ayuda. Sin embargo, ocupa el cuarto puesto si sólo tenemos en cuenta las limitaciones en las ABVD. Si a este dato le añadimos que España es el país que tiene un mayor número de limitaciones por persona, podemos concluir que el nivel de ayuda en España en el año 2007 era deficitario si lo comparamos con el nivel de ayuda de los países de nuestro entorno.

Estas diferencias son todavía más evidentes si distinguimos entre el tipo de ayuda. A partir de la información contenida en SHARE, hemos distinguido entre tres tipos

GRÁFICO 4

PERSONAS DE 50 O MÁS AÑOS CON LIMITACIONES EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA Y ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA QUE RECIBEN AYUDA (Porcentajes)



Fuente: Elaboración propia a partir de SHARE-2007.

de ayuda: ayuda formal, ayuda informal realizada por otros miembros del hogar y ayuda informal externa. Dentro de la *ayuda formal*, hemos incluido aquella ayuda remunerada que reciben las personas con limitaciones en las AVD, tanto para el cuidado personal como para las tareas del hogar, siempre y cuando hayan manifestado que reciben esta ayuda debido a problemas de salud. Para analizar la ayuda informal, hemos distinguido entre ayuda externa (ayuda recibida para cuidado personal en las ABVD, ayuda doméstica o tareas administrativas, por amigos, familiares, etc.) y la ayuda dentro del hogar para la realización de las AVD. El motivo de esta distinción es que SHARE no proporciona esta información de manera homogénea. Así, mientras

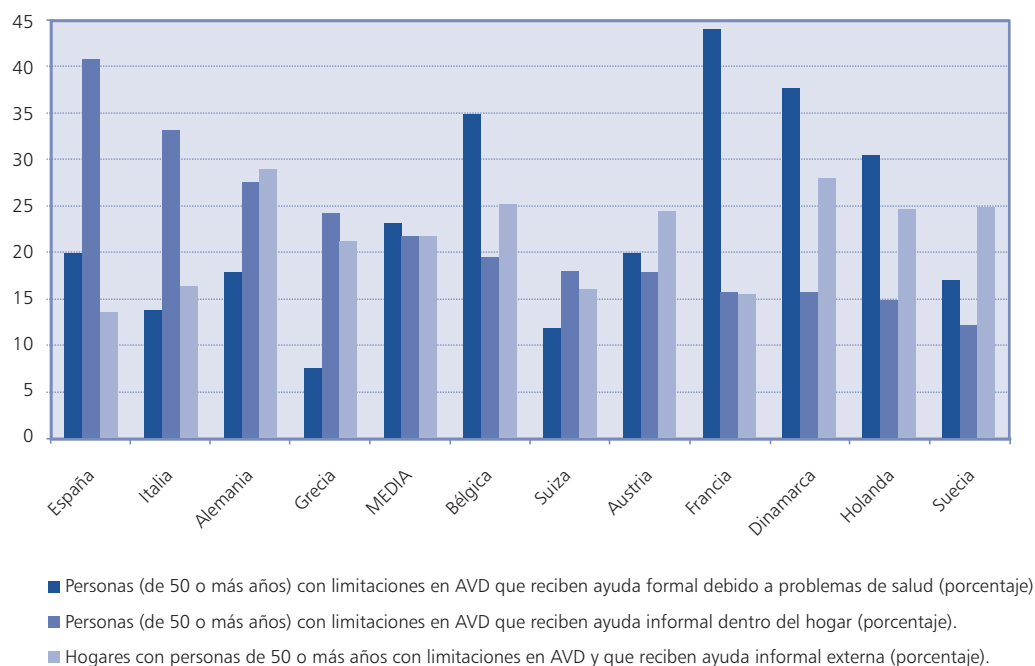
que para la ayuda informal, dentro del hogar tenemos la información a escala individual, para la ayuda informal externa la tenemos por hogar, desconociendo la persona que recibe esa ayuda.

Para simplificar el análisis, se ha integrado la información sobre los tres tipos de ayuda en el gráfico 5. En líneas generales, se observa que aquellos países en los que se recibe más ayuda de otros miembros del hogar son aquellos en los que se recibe menos ayuda externa, tanto informal como formal. Respecto a la *ayuda formal*, España está por debajo de la media en cuanto al porcentaje de personas que reciben este tipo de ayuda (20 por 100 frente al 23 por 100 de media en los países considerados). No obstante, si consideramos la

intensidad de la ayuda, medida por el número de horas semanales de ayuda (no mostrada en el gráfico), España ocupa el tercer puesto (once horas frente a una media de siete horas y media). En general, países con niveles de institucionalización bajos, como son Grecia e Italia, suelen presentar estos patrones: poca ayuda externa profesional, evidenciando un mayor apoyo familiar, pero intensa cuando ésta se recibe, cubriendo en parte la labor que en otros países realizan los servicios residenciales.

La *ayuda informal externa* es recibida por un 22 por 100 del total de hogares de SHARE, para la mitad de los cuales tiene una periodicidad semanal o diaria. Sin embargo, se sitúa en menos del 3 por

GRÁFICO 5
LA AYUDA A LA DEPENDENCIA EN EUROPA



Fuente: Elaboración propia a partir de SHARE-2007.

100 si sólo tenemos en cuenta las ABVD. Por tanto, a nivel agregado, aunque la ayuda informal externa la reciben un número importante de hogares, tiene carácter esporádico, es de menor intensidad y está ligada a actividades de ayuda doméstica o trámites administrativos. En todo caso, este comportamiento agregado responde a patrones muy diferentes por países. España es el país que recibe menos ayuda externa no profesional (14 por 100), patrón que es común con los países mediterráneos, y opuesto al de países del Norte como Holanda, Suecia o Dinamarca. En estos países, la ayuda externa es mucho más frecuente, aunque de menor intensidad debido, en parte, a una menor integración de los ancianos en los hogares de sus hijos.

Finalmente, respecto a la *ayuda informal dentro del hogar*, en media, un 22 por 100 de personas que han manifestado tener limitaciones en las AVD reciben ayuda para la realización de estas actividades por otros miembros del hogar. De nuevo existen notables diferencias entre países. España encabeza el *ranking* con un 41 por 100 de personas con limitaciones que recibe este tipo de ayuda, seguida de Italia, Alemania y Grecia. Los países con un porcentaje menor (inferior al 15 por 100) son Holanda y Suecia. Si sólo consideramos las ABVD (datos no mostrados en el gráfico), de nuevo España encabezaría el *ranking* con un 73 por 100 de personas con limitaciones en las ABVD que recibe este tipo de ayuda, situándose la media de los países consi-

derados en un 43 por 100. Obviamente las diferencias en el nivel de institucionalización, anteriormente mencionadas, explicarían en parte estos resultados.

IV. LA SITUACIÓN DE LA DEPENDENCIA EN ESPAÑA

El objetivo de este apartado es mostrar información detallada sobre la situación de la dependencia en España. Para ello se utilizará la *Encuesta sobre discapacidades, autonomía personal y situaciones de dependencia* realizada por el Instituto Nacional de Estadística en 2008 (en adelante EDAD-2008). Esta encuesta es la continuación de las dos ediciones de la *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y esta-*

do de salud (EDDES), realizadas en 1986 y 1999. La encuesta de 1999 sirvió como fuente de información para realizar un diagnóstico de la situación de las personas dependientes en España, que se plasmó en el *Libro Blanco* sobre atención a las personas dependientes en España, publicado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (IM-SERSO, 2004). Los resultados de dicha publicación se erigieron como el elemento fundamental de debate en la elaboración de la posterior Ley de Dependencia. La elaboración de EDAD-2008 es un intento de actualizar la información sobre la situación de discapacitados y dependientes, y es la base estadística sobre la que fundamentaremos nuestro análisis. Uno de los aspectos más novedosos de esta encuesta, respecto a las anteriores ediciones, consiste en que, además de entrevistar a personas que viven en domicilios particulares (se entrevistó a 258.187 individuos, de los cuales 22.795 manifestaron tener algún tipo de discapacidad), también se ha entrevistado a aquellos que viven en residencias e instituciones tanto públicas como privadas (10.567 personas).

1. Identificación del número de dependientes y su nivel de severidad

Para identificar la población dependiente, así como la severidad de la dependencia, se ha aplicado el BVD —Real Decreto 504/2007 (4)— a los microdatos resultantes del *Cuestionario de discapacidades* (para personas que viven en hogares) y del *Cuestionario de personas* (para personas que viven en residencias e instituciones), ambos de EDAD-2008. Estos cuestionarios se aplican a personas de 6 años y más, las cuales suponen el 98,5 por 100 del total de dependientes (5). En el anexo se describe el BVD,

la información, contenida en los cuestionarios de discapacidades y de personas, utilizada para analizar la dependencia, así como los ajustes que hemos realizado para suplir la falta de información en algunos de los ítems.

Hemos identificado como «dependientes» a aquellas personas que cumplen dos requisitos: a) manifiestan tener dificultades para realizar, sin ayuda ni supervisión, al menos una de las actividades que figuran en el BVD, y b) reciben asistencia personal para realizarla (6). Tal y como se describe en el anexo, la puntuación que resulta de aplicar el BVD a las personas dependientes de la encuesta está entre cero y cien puntos. Siguiendo la metodología presentada en el Real Decreto, hemos clasificado a los dependientes en tres grados de dependencia: Grado III-gran dependencia (75-100 puntos); Grado II-dependencia severa (50-74 puntos), y Grado I-dependencia moderada (25-49 puntos). A su vez, cada grado de dependencia se subdivide en dos niveles. Hasta el año 2010, los dependientes con derecho a prestación eran los clasificados como de grados III y II. Desde enero de 2011 también se reconoce el derecho a prestaciones por dependencia a las personas con dependencia de Grado I (nivel 2), que se corresponde con una puntuación de 40-49 puntos, posponiendo hasta enero de 2013 la incorporación del nivel 1 de Grado I.

Aunque el Real Decreto 504/2007 exige tener 25 puntos o más para ser clasificado como dependiente, lo cierto es que si la puntuación es positiva existe ya algún nivel de dependencia, aunque no acredite a la persona para ser perceptora de ayudas. Siguiendo este criterio, y con base en los cálculos que hemos realizado a partir de la información de la EDAD-2008, existen en tor-

no a 2.322.000 dependientes en España (2.069.563 en hogares y 252.423 en residencias), lo que supone un 5 por 100 de la población total (datos referidos a 2008) y un 57 por 100 de la población que padece algún tipo de discapacidad.

Respecto a la severidad de la dependencia, se ha obtenido que a medida que incrementamos los niveles severidad va disminuyendo de forma acusada el número de dependientes. Así, mientras la mitad de las personas dependientes tienen una valoración inferior a 25 puntos, las de Grado I, Grado II y Grado III suponen un 21 por 100, 16 por 100 y 12 por 100, respectivamente.

Como ya se ha mostrado en el epígrafe anterior, el fenómeno de la dependencia está estrechamente relacionado con el envejecimiento y, en menor medida, con el género. Aunque no es el objetivo de este trabajo profundizar en dicho análisis, sí mostraremos una pequeña descripción de la dependencia en función de esas variables. La tasa de prevalencia de la dependencia en las personas mayores de 64 años es del 21 por 100 (12 por 100 si sólo consideramos las de Grado I-III), frente al 1,9 por 100 de la población menor de 65 años (0,7 por 100 si sólo consideramos los de Grado I-III). Paralelamente, también se produce una mayor severidad de la dependencia en ese colectivo. Mientras del total de personas dependientes mayores de 64 años un 15 por 100 lo son de Grado III, para el resto de dependientes este porcentaje es del 7 por 100. Las mujeres representan un 66 por 100 del total de personas dependientes. La tasa de prevalencia de la dependencia entre la población femenina casi duplica la de la población masculina (6,7 y 3,5 por 100 respectivamente).

2. Comparación de los niveles de severidad con otros estudios similares

Antes de proseguir con el análisis territorial de la dependencia, consideramos de especial interés la comparación de nuestros resultados con los obtenidos por Albarrán y Alonso (2009) y Vilaplana (2010), por la similitud de la metodología aplicada. En el primer trabajo, los autores aplican el BVD a la EDD-1999. Comparando sus resultados con los obtenidos a partir de EDAD-2008, podemos identificar los cambios producidos en la prevalencia de la dependencia a lo largo de estos nueve años. Aunque el número de dependientes no institucionalizados, respecto a la población, es mayor en EDAD-2008 que el obtenido por Albarrán y Alonso para el año 1999 (4,6 por 100 frente a 3,8 por 100), el número de dependientes de Grado I-III no ha variado (2,1 por 100), mostrando un estancamiento de la dependencia susceptible de ser financiada por la Ley de Dependencia. Respecto a la distribución de los dependientes por grados de severidad, se produce una reducción de los extremos de la distribución (el peso de los dependientes de Grado III pasa de un 26 por 100 en 1999 a un 24 por 100 en 2008, mientras que los de Grado I pasan de un 49 por 100 a un 45 por 100). Por tanto, el peso de los dependientes de grado II se incrementa en seis puntos porcentuales respecto al año 1999.

Vilaplana (2010) aplica el BVD a EDAD-2008 utilizando una metodología muy similar a la utilizada en el presente trabajo. Como era de esperar, el número de dependientes mayores de 5 años de Grado I-III es muy similar para los residentes en hogares (967.598 en nuestro estudio frente a 959.272 en el trabajo de Vilaplana). Sin embargo,

nuestro trabajo estima un número significativamente superior de dependientes de Grado I-III viviendo en residencias e instituciones (181.709 vs. 139.470). También se observan diferencias en la distribución del total de dependientes de Grado I-III. Mientras el número estimado de dependientes de Grado I es muy similar en ambos estudios (en torno al 43 por 100), Vilaplana obtiene un mayor número de dependientes de Grado III que de Grado II (32 por 100 y 26 por 100, respectivamente, frente a un 25 por 100 y 32 por 100 en nuestro estudio). Consideramos que los principales determinantes de estas diferencias provienen del coeficiente de apoyo utilizado (7): 1) Para aplicar el coeficiente de apoyo, Vilaplana utiliza el nivel de dificultad que tiene la persona dependiente cuando recibe ayuda o asistencia personal, y nosotros el nivel de dificultad antes de recibir ayuda o asistencia personal (8), y 2) Vilaplana asigna asistencia física máxima (coeficiente de apoyo de 0,95) si el dependiente tiene dificultad severa o no puede realizar la actividad (salvo que tenga enfermedad mental o discapacidad intelectual y no colabore con la ayuda), mientras que nosotros solo asignamos asistencia física máxima si el dependiente no puede realizar la actividad, asignándole un coeficiente de apoyo de 0,9 cuando su dificultad es severa. La primera diferencia incide en una mayor estimación del número de dependientes en nuestro estudio, mientras que la segunda incide en una reducción del nivel de severidad.

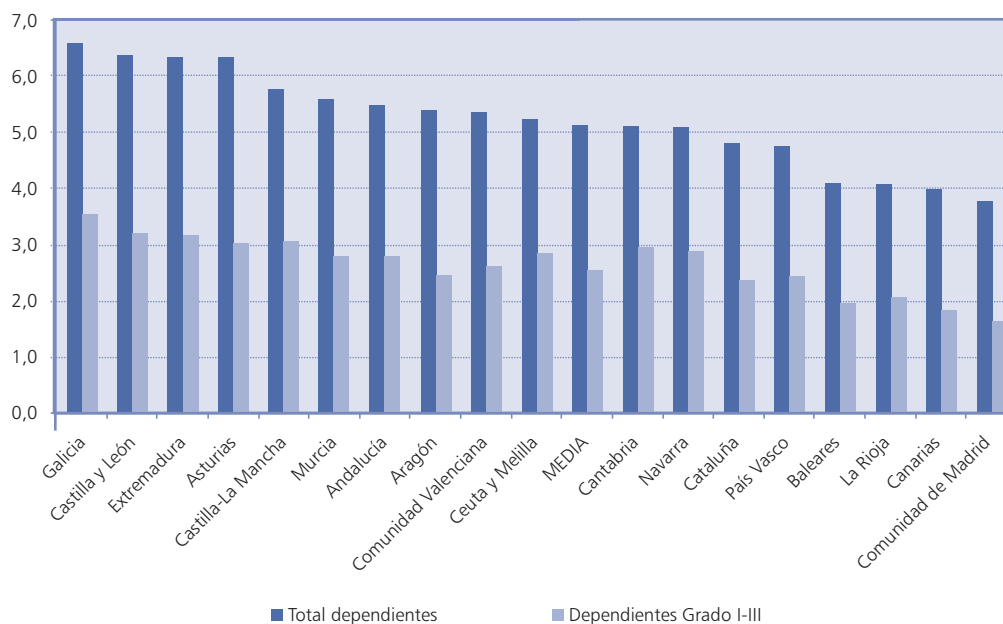
Finalmente, hemos comparado nuestros resultados con las estimaciones derivadas de *Libro Blanco* de la Dependencia (IMSERSO, 2004) realizadas a partir de la información contenida en EDD-1999. Aunque para obtener los niveles de

severidad el *Libro Blanco* no aplica el BVD (inexistente en dicha fecha), los resultados de dicho estudio fueron utilizados como elemento clave en la elaboración de la Ley de Dependencia. Por ese motivo, la comparación con dicho estudio permite analizar en qué medida las previsiones de la evolución de la dependencia que manejaban los responsables de la elaboración de la Ley de Dependencia se alejaban o no de los resultados obtenidos en 2008. Si tenemos en cuenta las previsiones que el *Libro Blanco* realizaba para el año 2010 (las previsiones publicadas más próximas a la evidencia analizada en este trabajo), vemos que se estimaba que un 41 por 100 total de dependientes serían considerados de Grado I-III (frente a un 50 por 100 en nuestro estudio). Por otra parte, la distribución por grados estimada era de 48 por 100 de Grado I, 34 por 100 de Grado II y 18 por 100 de Grado III. Con respecto a nuestros resultados (43 por 100, 32 por 100 y 25 por 100, respectivamente), se mantiene la reducción del peso de los dependientes a medida que se incrementa la severidad, con un ligero incremento de los dependientes de Grado III, en detrimento de los de Grado I.

3. Análisis territorial de la dependencia

La atención a la dependencia en España se rige, principalmente, por la normativa derivada de la Ley de Dependencia, común para todas las comunidades autónomas (CC.AA.). Sin embargo, la gestión del SAAD es competencia de los gobiernos autonómicos, los cuales, además, cofinancian las ayudas, conjuntamente con el Gobierno central y los usuarios. Por ello, creemos que resulta informativo un análisis de la situación de la dependencia a escala autonómica.

GRÁFICO 6
PREVALENCIA DE LA DEPENDENCIA ENTRE LA POBLACIÓN
(Porcentajes)



Fuente: Elaboración propia a partir de EDAD-2008 y Estimaciones de población actual del INE.

El gráfico 6 muestra el porcentaje de población dependiente (residentes en hogares e instituciones) por CC.AA. Como se puede observar, la prevalencia territorial de la dependencia dista mucho de ser homogénea, llegando a diferencias de más del doble entre CC.AA. Galicia es la que presenta un mayor número de dependientes respecto a su población (6,6 por 100), seguida de Castilla y León, Extremadura y Asturias, todas ellas con porcentajes superiores al 6 por 100. Por el contrario, la Comunidad de Madrid es la que tiene un menor número de dependientes respecto a su población (3,8 por 100). Le siguen Canarias, La Rioja y Baleares, con porcentajes inferiores al 4,5 por 100. El patrón es similar si sólo consideramos los dependientes susceptibles de ser beneficiarios de las ayudas establecidas por la Ley de Dependencia, aun-

que se agudizan las diferencias relativas entre las CC.AA. de mayor y menor prevalencia.

Las ayudas derivadas de la Ley de Dependencia son diferentes dependiendo, entre otros factores, del grado de severidad de la dependencia. Por ese motivo, se debe complementar la información anterior con la distribución de la dependencia por niveles de severidad, para obtener una idea más precisa del nivel de esfuerzo financiero que la implementación de la Ley de Dependencia supone para cada comunidad autónoma. El cuadro n.º 1 muestra la distribución de los dependientes por CC.AA. y niveles de severidad. La distribución de la dependencia es también diferente entre comunidades, aunque su variabilidad es menor. El porcentaje de dependientes de Grado I-III oscila entre el 43 por 100 de Madrid y el 58

por 100 de Cantabria. A su vez, existe cierta dispersión en la importancia relativa de cada grado. El porcentaje de dependientes de Grado I sobre el total de Grado I-III varía entre el 31 por 100 de Navarra y el 48 por 100 de Murcia, mientras que para el Grado III el rango de variación se sitúa entre el 20 por 100 de Aragón y el 34 por 100 de Navarra. En general, se observa un ligero incremento del peso de los dependientes de Grado III y una reducción de los de Grado II en aquellas comunidades que presentan una mayor prevalencia de la dependencia.

4. La institucionalización de la población dependiente

Respecto al grado de institucionalización, un 11 por 100 de los dependientes está institucionaliza-

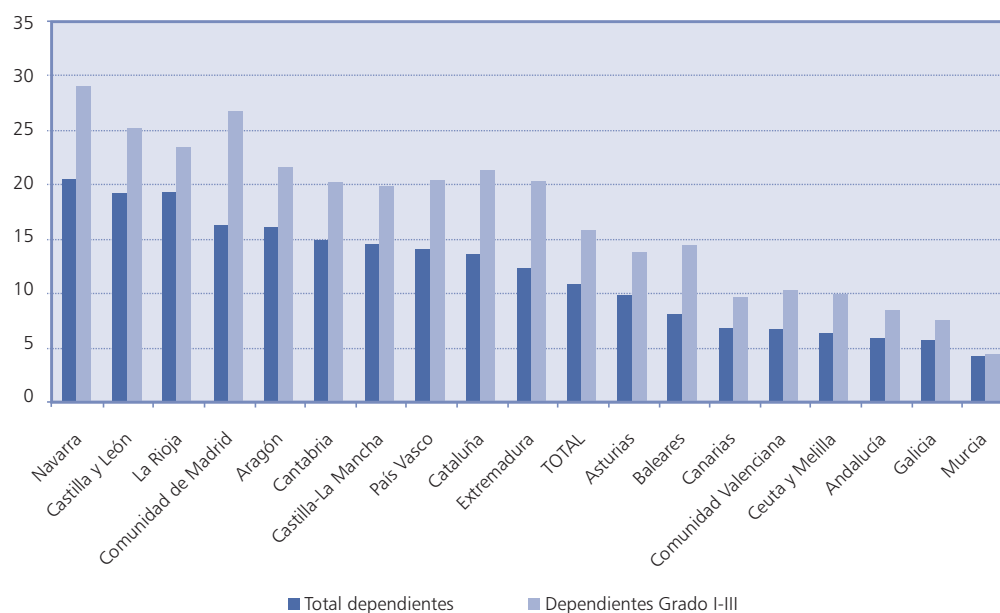
CUADRO N.º 1

DISTRIBUCIÓN DE LOS DEPENDIENTES MAYORES DE 5 AÑOS POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS Y NIVEL DE GRAVEDAD

	Totales	GRADO I-III Porcentaje	GI/GI-III Porcentaje	GII/GI-III Porcentaje	GIII/GI-III Porcentaje
Andalucía	438.583	50,96	42,18	32,20	25,62
Aragón	70.028	45,40	42,52	37,60	19,89
Asturias	66.825	47,72	39,08	34,09	26,83
Baleares	42.720	47,83	39,83	32,14	28,02
Canarias.....	81.776	45,59	41,89	33,60	24,51
Cantabria.....	29.103	57,64	47,61	27,65	24,74
Castilla y León.....	159.013	50,12	47,11	28,39	24,49
Castilla - La Mancha.....	113.870	53,08	46,55	29,00	24,45
Cataluña	347.469	48,90	41,40	33,65	24,94
Comunidad Valenciana.....	261.615	48,53	46,59	31,46	21,95
Extremadura	68.111	50,33	36,09	32,10	31,81
Galicia.....	179.470	53,89	41,30	30,68	28,02
Madrid.....	232.638	43,12	42,25	33,10	24,65
Murcia	78.683	50,10	47,68	30,78	21,54
Navarra.....	30.705	56,96	30,81	34,72	34,47
País Vasco	101.358	51,26	42,63	33,00	24,37
Rioja (La).....	12.628	50,77	46,94	27,37	25,69
Ceuta y Melilla	7.382	54,27	33,54	36,40	30,06
TOTAL.....	2.321.977	49,50	42,86	32,04	25,10

Fuente: Elaboración propia a partir de EDAD-2008.

GRÁFICO 7
NIVEL DE INSTITUCIONALIZACIÓN DE POBLACIÓN DEPENDIENTE
(Porcentajes)



Fuente: Elaboración propia a partir de EDAD-2008.

do, porcentaje que se eleva al 16 por 100 para los dependientes de Grado I-III. Como era de esperar, el porcentaje de institucionalización va creciendo a medida que se incrementa la severidad de la dependencia, siendo el 12 por 100, 18 por 100 y 19 por 100 para los dependientes de Grado I, II y III, respectivamente.

Si realizamos este análisis por CC.AA. (ver gráfico 7), podemos apreciar importantes disparidades en el nivel de institucionalización de las personas dependientes. Así, mientras en Navarra, Castilla y León, La Rioja, Madrid y Aragón la institucionalización está por encima del 15 por 100, en Andalucía, Galicia y Murcia no llega al 6 por 100. Si nos centramos en los dependientes susceptibles de acogerse a la Ley de Dependencia, de nuevo vemos cómo se incrementa el porcentaje de dependientes institucionalizados en todas las CC.AA. Esta variación es

especialmente relevante en las comunidades de Madrid, Navarra, Extremadura y Cataluña, con diferencias superiores a ocho puntos porcentuales.

5. La atención a la población dependiente

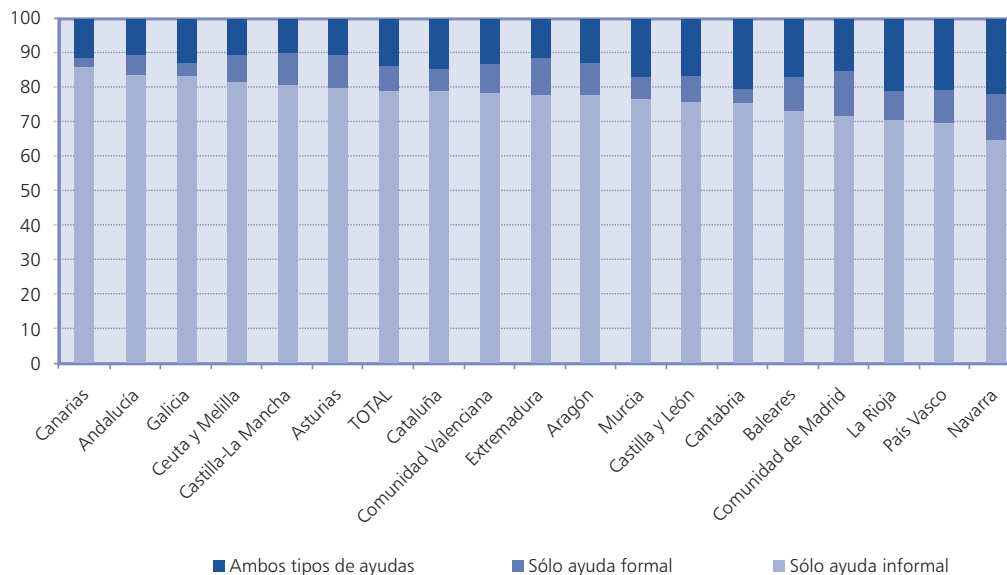
La EDAD-2008 proporciona una amplia información sobre el tipo de cuidados que reciben los dependientes. Para facilitar el análisis, hemos agrupado la ayuda en tres modalidades: sólo cuidado informal (ayuda no remunerada), sólo cuidado formal (ayuda remunerada) y ambos tipos de ayuda. La inmensa mayoría de los dependientes reciben cuidados informales, bien en exclusividad (70 por 100) o combinados con ayuda formal (12 por 100). Un 18 por 100 recibe sólo ayuda formal, de los cuales un 62 por 100 son dependientes institucionalizados (9). Dado que los de-

pendientes institucionalizados ya han sido analizados, en este epígrafe centraremos nuestro análisis en los dependientes no institucionalizados, de los cuales un 79 por 100 recibe ayuda solo informal, mientras que un 14 por 100 combinan ambos tipos de ayuda. Por otra parte, a medida que aumenta la severidad de la dependencia se reduce el porcentaje de dependientes que sólo recibe cuidados informales (83 por 100, 76 por 100 y 68 por 100 de los dependientes de Grado I, II y III, respectivamente), incrementándose principalmente el porcentaje de dependientes que combinan ambos tipos de ayuda (12 por 100, 19 por 100 y 26 por 100, respectivamente).

El gráfico 8 muestra la distribución de las tres modalidades por CC.AA. La situación más frecuente en todas ellas es que los dependientes reciban sólo ayuda informal. Sin embargo, el porcentaje

GRÁFICO 8

TIPO DE AYUDA RECIBIDA POR LA POBLACIÓN DEPENDIENTE NO INSTITUCIONALIZADA (Porcentajes)



Fuente: Elaboración propia a partir de EDAD-2008.

de dependientes no institucionalizados que recibe sólo este tipo de ayuda difiere significativamente entre CC.AA., oscilando entre el 86 por 100 de Canarias y el 65 por 100 de Navarra. En líneas generales, se observa que aquellas comunidades que presentaban un porcentaje de dependientes institucionalizados elevado son las que presentan también un mayor nivel de cuidados formales en el hogar. Por tanto, si incluimos los institucionalizados en el análisis (incorporándolo en la modalidad de cuidados sólo formales) las diferencias entre comunidades se agudizan: el porcentaje de personas que recibe sólo cuidado informal oscila entre el 80 por 100 de Canarias y el 51 por 100 de Navarra, y el que recibe sólo cuidado formal entre el 9 por 100 de Galicia y el 31 por 100 de Navarra.

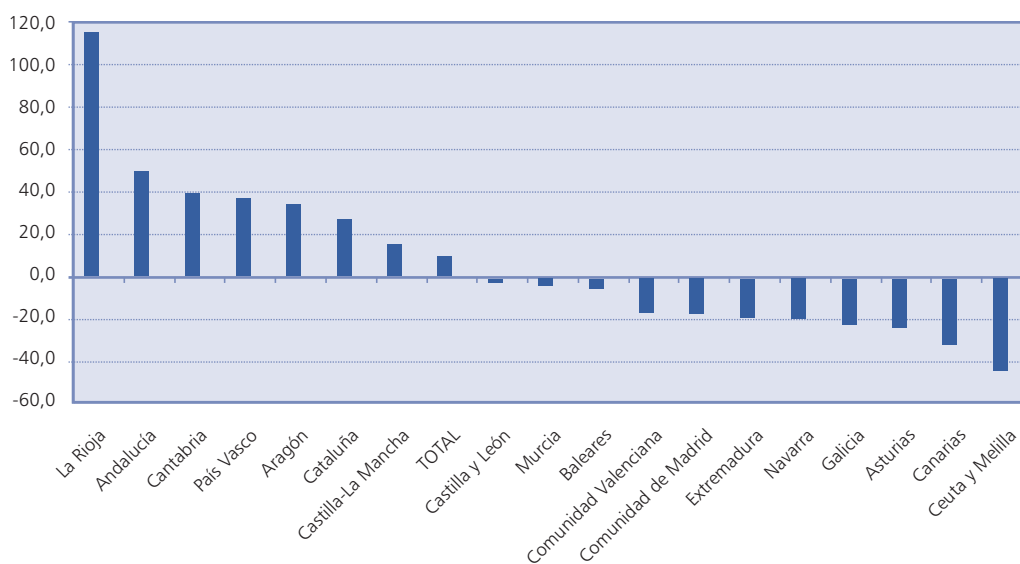
6. Comparación del número real de beneficiarios que tienen derecho a prestación con el resultante de aplicar el BVD a EDAD-2008

El número de dependientes derivado de la encuesta se puede comparar con el registro de beneficiarios reales con derecho a prestación publicados por el IMSERSO. Con esa finalidad, hemos proyectado la tasa de prevalencia de la dependencia de Grado II y III en el año 2008 sobre la población de 2009 para compararla con el registro de dependientes de Grado II y III a 1 de enero de 2010. Hemos elegido el año 2010 por considerar que en dicha fecha ya se había producido un amplio desarrollo del SAAD, apenas incipiente en el año de realización de la encuesta. Los grados

de dependencia seleccionados son los que otorgaban derecho a las prestaciones derivadas de la Ley de Dependencia en dicha fecha.

El gráfico 9 muestra la tasa de variación del número de beneficiarios con derecho a prestación derivado de las estadísticas oficiales respecto al predicho con base en la información contenida en EDAD-2008. En principio, cabría esperar un resultado ligeramente negativo, es decir, una estimación del número de beneficiarios potenciales mayor que los datos de beneficiarios reales, dado que puede haber candidatos a una valoración positiva que no hayan presentado su solicitud. Sin embargo, a nivel agregado, el número de beneficiarios reales supera al número estimado en un 10 por 100, observándose fuertes diferencias entre CC.AA.

GRÁFICO 9
DESVIACIÓN ENTRE EL NÚMERO REGISTRADO DE DEPENDIENTES DE GRADO II Y III EN ENERO DE 2010 RESPECTO AL ESTIMADO A PARTIR DE EDAD-2008 (Porcentajes)



Fuente: Elaboración propia a partir de EDAD-2008 y SAAD-IMSERSO.

Así, mientras en seis de las dieciocho CC.AA. se obtiene una desviación positiva superior al 20 por 100, en otras cinco se produce una desviación negativa superior al 20 por 100, que podría estar indicando un despliegue más lento de la Ley de Dependencia en esas comunidades. Obviamente, puede haber algún sesgo derivado del envejecimiento de la población que se haya podido producir en estos dos años, pero difícilmente explicaría la magnitud de la desviación encontrada en algunas CC.AA., como por ejemplo La Rioja o Andalucía. Por otra parte, el posible sesgo derivado de la encuesta, homogénea para todas las CC.AA., tampoco explicaría las fuertes diferencias encontradas entre ellas.

Aunque analizar las causas que explican estos desfases se aleja de los objetivos de este trabajo, dicho análisis sería de gran relevancia de cara a una adecuada evaluación del grado de desarrollo de la Ley de Dependencia en las diferentes CC.AA. En todo caso, varios estudios apuntan hacia comportamientos que podrían explicar, en parte, las desviaciones positivas observadas. En concreto, Rodríguez y Jiménez (2010), la Agencia Estatal de Evaluación de Políticas Públicas (2008) o Cervera y otros (2009) sugieren (aunque no documentan) que se han realizado reconocimientos de grado muy permisivos y, en ocasiones, sin aplicación expresa y adecuada del baremo.

Las conclusiones que se derivan del gráfico 9 deben tomarse con toda la cautela que exige el hecho de que estamos comparando los beneficiarios de prestaciones de dependencia registrados con estimaciones calculadas a partir de una encuesta que, además, ofrece información incompleta sobre algunos de los ítems que se valoran en el baremo oficial. No obstante, una vez hechas estas

salvedades, es importante subrayar que uno de los resultados centrales de nuestro estudio es que la distribución territorial de la dependencia no es uniforme. Es decir, el peso de la población dependiente de una comunidad autónoma respecto al total de personas dependientes de España, no se corresponde con el peso relativo de la población de dicha comunidad. Por ese motivo, cualquier conclusión sobre el grado de aplicación de la Ley de Dependencia en las CC.AA., basado en el peso que representan los beneficiarios con derecho a prestación reconocido respecto a la población de esa comunidad, puede conducir a evaluaciones erróneas.

V. CONCLUSIONES

Este trabajo ha mostrado una panorámica general sobre la situación actual de la dependencia en España y en algunos países europeos. Los principales resultados han sido obtenidos a partir de la *Encuesta sobre discapacidades, autonomía personal y situaciones de dependencia* realizada por el INE en 2008 y *The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*, correspondiente al año 2007.

Las conclusiones más destacadas son las siguientes:

1. Existe una amplia heterogeneidad respecto al nivel de limitaciones y al tipo de ayuda que recibe la población mayor de 50 años, no institucionalizada, en los países europeos que han participado en SHARE (Austria, Alemania, Suecia, Holanda, España, Italia, Francia, Dinamarca, Grecia, Suiza y Bélgica). Estos países se podrían clasificar en tres grupos: Sur (España, Italia y Grecia), Norte (Dinamarca, Suecia y Holanda) y el resto de países, en los que se combinan carac-

terísticas de ambos. Los países del Sur se caracterizan por un mayor porcentaje de personas con limitaciones, pero sobre todo, por una mayor intensidad de éstas. España es el país donde la prevalencia de personas con limitaciones y el número medio de limitaciones entre ellas es mayor. El menor nivel de institucionalización de los países del Sur, podría explicar en parte estas diferencias.

2. Respecto al tipo de ayuda, también se observan grandes diferencias entre países. Los países del Sur, encabezados por España, en relación con los países del Norte, duplican el porcentaje de personas mayores con limitaciones que reciben ayuda informal dentro del hogar. Por el contrario, los países del Sur presentan un porcentaje menor de ayuda externa profesional, pero intensa cuando ésta se recibe, cubriendo en parte la labor que en otros países realizan los servicios residenciales. Mientras Francia presenta una situación muy similar a los países del Norte, la situación de Alemania es más semejante a la de los países del Sur.

3. En España existen en torno a dos millones de dependientes, los cuales suponen un 5 por 100 de la población. La tasa de prevalencia de la dependencia en las personas mayores de 64 años es del 21 por 100. La tasa de prevalencia de la dependencia entre la población femenina casi duplica la de la población masculina (6,7 y 3,5 por 100 respectivamente).

4. Aplicando el Baremo de valoración de la dependencia (derivado de la Ley de Dependencia) a la información contenida en EDAD-2008, se observa que el número de dependientes se reduce a medida que se incrementa el nivel de severidad. Así, mientras la mitad de los dependientes españoles tienen una va-

loración inferior a 25 puntos, los de Grado I, Grado II y Grado III suponen un 21 por 100, 16 por 100 y 12 por 100, respectivamente.

5. La prevalencia territorial de la dependencia dista mucho de ser homogénea, llegando a diferencias de más del doble entre CC.AA. Galicia es la comunidad que presenta un mayor número de dependientes respecto a su población, seguida de Castilla y León, Extremadura y Asturias, todas ellas con porcentajes superiores al 6 por 100. Por el contrario, Madrid, Canarias, La Rioja y Baleares son las comunidades que presentan porcentajes inferiores al 4,5 por 100. La distribución de la dependencia de Grado I-III es también diferente entre comunidades. Se observa un ligero incremento del peso de los dependientes de Grado III y una reducción del Grado II en aquellas comunidades con mayor prevalencia de la dependencia.

6. En España, un 11 por 100 de los dependientes está institucionalizado. El nivel de institucionalización va creciendo conforme se incrementa la severidad de dependencia, llegando al 19 por 100 para los dependientes de Grado III. Existen fuertes diferencias entre CC.AA. respecto al nivel de institucionalización de los dependientes, oscilando entre 4 por 100 de Murcia y el 21 por 100 de Navarra.

7. La inmensa mayoría de los dependientes españoles recibe cuidados informales, bien en exclusividad (70 por 100) o combinados con ayuda formal (12 por 100). Del 18 por 100 de dependientes que sólo recibe ayuda formal, un 62 por 100 están institucionalizados. A medida que aumenta la severidad de la dependencia, se reduce el porcentaje de dependientes no institucionalizados que sólo reciben cuidados informales, incrementán-

dose principalmente el porcentaje de dependientes que combinan ambos tipos de ayuda.

8. Aunque en todas las CC.AA. la situación más frecuente es que los dependientes reciban sólo ayuda informal, existen fuertes diferencias entre ellas. El porcentaje de dependientes que recibe sólo cuidado informal oscila entre el 80 por 100 de Canarias y el 51 por 100 de Navarra, y el que sólo recibe cuidado formal varía entre el 9 por 100 de Galicia y el 31 por 100 de Navarra.

9. El número de beneficiarios con derecho a prestación (grados II y III), publicado por el IMSERSO en enero del 2010, es un 10 por 100 superior al número estimado a partir de la información contenida en EDAD-2008. Son especialmente llamativas las grandes diferencias encontradas entre CC.AA., alcanzando seis de ellas desviaciones superiores al 20 por 100. Por el contrario, en otras cinco comunidades el número oficial de beneficiarios con derecho a prestación es un 20 por 100 inferior al estimado.

NOTAS

(*) Los autores agradecen la ayuda económica recibida del Centro de Investigación Económica y Financiera (CIEF) de la Fundación Caixa Galicia, de la Consellería de Innovación e Industria de la Xunta de Galicia (PGIDITO-6PXIB300217PR), y del Ministerio de Ciencia e Innovación (ECO 2008-05771). Los dos primeros autores desean agradecer a la *Personal and Social Services Research Unit* (PSSRU), de la *London School of Economics*, su invitación para realizar una estancia de investigación, durante la cual se realizó parte de este estudio. La visita del primero de los autores ha recibido financiación procedente del programa de movilidad de investigadores «José Castillejo» del Ministerio de Educación y Ciencia.

(1) Este artículo utiliza datos de la segunda ola de SHARE (versión 1.0.1). La recogida de datos en SHARE (2004-2007) ha sido financiada principalmente por la Comisión Europea a través del V y VI Programas Marco (proyecto QLK6-CT-2001-00360; RII-CT-2006-062193, CIT5-CT-2005-028857). También se quiere agradecer financiación adicional recibida del U.S. National Institute on Aging (U01 AG09740-13S2; P01

AG005842; P01 AG08291; P30AG12815; Y1-AG-4553-01; OGHA 04-064; R21 AG025169), así como de varias fuentes de financiación nacionales (ver www.share-project.org para una lista completa de las instituciones financiadoras).

(2) En MARBÁN (2009) se puede consultar una revisión del mapa de prestaciones y reformas en la política de atención a la dependencia.

(3) Según los datos de la OCDE, en el año 2007 España tenía una esperanza de vida de 81 años, frente a una esperanza de vida de 80,1 años que, en media, tienen los países participantes en SHARE.

(4) En febrero de 2011 se ha aprobado un nuevo BVD que entrará en vigor en febrero de 2012 (Real Decreto 174/2011).

(5) A los niños menores de 6 años se les aplica otro cuestionario que no proporciona información sobre el grado de apoyo de cada tarea, con lo cual no podemos aplicar el coeficiente de apoyo que utiliza el BVD para niños entre 3 y 5 años. Para los niños menores de 3 años existe, además, un BVD distinto, que no ha sido analizado en este estudio.

(6) Se identifica, por tanto, dependencia con necesidad de ayuda de terceras personas, y no con dependencia en sentido amplio, que podría incluir dependencia de asistencia técnica exclusivamente.

(7) Siguiendo el BVD, la puntuación de un dependiente está en función de las tareas en las que necesita ayuda y de la intensidad de la ayuda (ver anexo). Dependiendo de la intensidad de la ayuda, se aplica un coeficiente de apoyo distinto, el cual oscilará entre 0,9 (sólo necesita supervisión o ayuda parcial) y 1 (necesita asistencia especial).

(8) Para ser estrictos en la aplicación del manual del Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales (2007), se debería considerar el nivel de dificultad que tiene el dependiente después de la ayuda técnica y antes de la ayuda personal. Como no disponemos de esa información, hemos preferido analizar la dependencia usando el nivel de dificultad antes de cualquier tipo de ayuda y no después, optando por un potencial sesgo al alza en la evaluación frente a un sesgo a la baja.

(9) Los resultados de este epígrafe deben ser tomados con cautela debido a que no tenemos información sobre el tipo de cuidados que reciben un 20 por 100 de los dependientes.

BIBLIOGRAFÍA

ALBARRÁN, I., y P. J. ALONSO (2009), «La población dependiente en España: estimación del número y coste global asociado a su cuidado», *Estudios de Economía*, volumen 36 (2): 127-163.

AGENCIA ESTATAL DE EVALUACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS Y LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS (2008), *La participación de la Administración General del Estado en el Sistema para la Auto-*

<p><i>nomía y Atención a la Dependencia</i>, Ministerio de la Presidencia, Madrid.</p> <p>CASADO, D. (2007), <i>Efectos y abordajes de la dependencia: un análisis económico</i>, Elsevier Masson, Barcelona.</p> <p>CERVERA MACIÀ, M.; J. A. HERCE SAN MIGUEL; G. LÓPEZ CASASNOVAS; G. RODRÍGUEZ CABREIRO, y S. SOSVILLA RIVERO (2009), «Informe final del grupo de expertos para la evaluación del desarrollo y efectiva aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia», Madrid. Disponible en: http://www.imserso-mayores.csic.es/documentos/documentos/comisionexpertos-informe-01.pdf.</p> <p>CONDE-RUIZ, J.I., y C.I. GONZÁLEZ (2010), «Envejecimiento: pesimistas, optimistas, realistas», <i>Panorama Social</i>, 11: 112-233.</p> <p>EUROPEAN COMMISSION (DG ECFIN), y THE ECONOMIC POLICY COMMITTEE (AWG) (2009), «The Ageing Report 2009: Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060)», <i>European Economy</i>, 2.</p> <p>IMSERSO (2004), <i>Atención a las personas en situación de dependencia en España, Libro Blanco</i>, Madrid.</p>	<p>KANE, R., y R. KANE (2000), <i>Assessing Older Persons Measures, Meaning, and Practical Applications</i>, Oxford University Press, Nueva York.</p> <p>KATZ, S.; A.B. FORD; R.W. MOSKOWITZ; B.A. JACKSON, y M.W. JAFFE (1963), «Studies of illness in the aged. The Index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function», <i>Journal of the American Medical Association</i>, 185: 914-919.</p> <p>LAWTON, M.P., y E.M. BRODY (1969), «Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental Activities of Daily Living», <i>Gerontologist</i>, 9: 179-186.</p> <p>MAHONEY F.I., y D. BARTHEL (1965), «Functional evaluation: The Barthel Index», <i>Maryland State Medical Journal</i>, 14: 56-61.</p> <p>MARBÁN, V. (2009), «Atención a la dependencia», en MORENO, L. (ed.), <i>Reformas de las políticas de bienestar en España, Siglo XXI</i>, Madrid.</p> <p>MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES (2007), <i>Manual de uso para el empleo del baremo de valoración de la dependencia</i>. Dirigido a profesionales valoradores, disponible en http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/manualbvd.pdf.</p>	<p>OECD (2005), «The OECD Health Project: Long-term care of older people», <i>Social Issues</i>, volumen 5 (11): 1-140.</p> <p>— (2009), <i>Society at a Glance 2009 - OECD social indicators</i>, disponible en http://www.oecd.org/document/24/0,3746,en_2649_34637_2671576_1_1_1_1,00.html.</p> <p>QUEREJETA, M. (2004), <i>Discapacidad/dependencia: unificación de criterios de valoración y clasificación</i>, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.</p> <p>RODRÍGUEZ, A., y A. JIMÉNEZ (2010), «La atención a la dependencia y el empleo», <i>Documento de trabajo 159</i>, Fundación Alternativas.</p> <p>SCHOENI, R. F.; V. A. FREEDMAN, y L. G. MARTIN (2009), «Socioeconomic and demographic disparities in trends in old-age disability», en CUTLER, D. M., y D. A. WISE (eds.), <i>Health at Older Ages: The Causes and Consequences of Declining Disability Among the Elderly</i>, University of Chicago Press, Chicago.</p> <p>VILAPLANA, C. (2010), «Estimación de la dependencia en España a partir de EDAD 2008», <i>Hacienda Pública Española/Revista de Economía Pública</i>, 194 (3): 125-175.</p>
---	---	--

ANEXO

BAREMO DE VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA (BVD)

En el Real Decreto 504/2007 (BOE 21 de abril de 2007) se proponen dos tipos de baremos en función de si la persona es menor de 3 años o no. A todas las personas de 3 ó más años se le aplica el BVD que figura en el anexo A del Real Decreto (que denominaremos BVD-A). Además, si la persona evaluada presenta discapacidad intelectual, enfermedad mental o cualquier limitación perceptivo-cognitiva se le aplicará también el BVD que figura en el anexo B del citado Real Decreto (BVD-B), asignándole los puntos resultantes del BVD que le otorgue mayor puntuación. El cuadro A.1 describe el peso asignado por el BVD-A y el BVD-B a cada una de las actividades, así como la puntuación de cada una de las tareas en que se subdividen las diferentes actividades. Estas tareas deberán ponderarse en función del grado de apoyo que la persona necesite para realizarlas. Los valores que puede tomar el grado de apoyo se muestran al final del cuadro A.1. A partir de la información contenida en dicho cuadro, se puede calcular la severidad de la dependencia de un individuo en cada una de las diez actividades (once en el BVD-B), agregando el peso de cada una de las tareas que la componen ponderado por el grado de apoyo que necesita para su realización. Una vez obtenida la puntuación parcial en cada una de las tareas, la puntuación total que recibe el dependiente es la que resulta de sumar las puntuaciones parciales obtenidas en cada una de las diez actividades (u once para el anexo B), ponderadas por el peso que tiene esa actividad en el BVD (por ejemplo, para mayores de 17 años el peso de comer y beber es 17,8). Por construcción, la puntuación de este baremo oscila entre 0 y 100 puntos.

Aplicación del BVD a EDAD-2008

La información contenida en EDAD-2008 no permite una aplicación directa del BVD por diferentes motivos, entre los que destacan los siguientes. En primer lugar, en EDAD-2008 no tenemos información para muchas de las tareas mostradas en el BVD (aunque sí para las actividades). En segundo lugar, para poder aplicar el BVD-B necesitamos información sobre la capacidad de la persona para tomar decisiones; sin embargo, en EDAD-2008 no disponemos de esa información de manera directa. En tercer lugar, para aplicar la ponderación de 1 (asistencia especial) a una determinada tarea, necesitamos conocer si la persona tiene problemas perceptivos-cognitivos que dificultan la ayuda. En EDAD-2008 sabemos si la persona presenta ese tipo de problemas, pero no en qué medida dichos problemas dificultan la ayuda. Creemos que la variable referente a si el dependiente colabora o se resiste, en combinación con tener problemas mentales, sería un buen criterio para asignar asistencia especial, pero, debido a que en el nivel de colaboración/resistencia hay una tasa de no respuesta del 20 por 100 entre los entrevistados dependientes, la hemos usado como motivo de inclusión, pero no de exclusión. Por todo lo anteriormente mencionado, hemos establecido algunos supuestos que nos permiten diseñar un sistema de equivalencias para poder aplicar el BVD a EDAD-2008. Dichas equivalencias se muestran en el cuadro A.1, siguiendo una presentación similar a Vilaplana (2010) para facilitar las comparaciones.

ANEXO (continuación)

CUADRO A.1

ADAPTACIÓN DEL BAREMO DE VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA A LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN LA ENCUESTA SOBRE DISCAPACIDADES, AUTONOMÍA PERSONAL Y SITUACIONES DE DEPENDENCIA (EDAD-2008)

BVD (RD504/2007) - ANEXO A (ANEXO B)

EDAD-2008

	Edad del dependiente				
	3-6	7-10	11-17	+17	
1. Comer y beber.....	29,1 (18,3)	19,3 (10,9)	19,3 (10,9)	17,8 (10)	17,8 (10)
Comer y beber.....	0,99	1	1	1	1
Comer y beber.....	NA	0,10	0,10	0,10	0,10
Abrir botellas y latas.....	NA	0,25	0,25	0,25	0,25
Cortar o partir la carne en trozos.....	0,38	0,25	0,25	0,25	0,25
Usar cubiertos para llevar la comida a la boca.....	0,23	0,15	0,15	0,15	0,15
Sujetar el recipiente de la bebida.....	0,23	0,15	0,15	0,15	0,15
Acercarse el recipiente de la bebida a la boca.....	0,15	0,10	0,10	0,10	0,10
Sorber las bebidas.....	0,15	0,10	0,10	0,10	0,10
2. Regulación de la micción/defecación.....	24,2 (12,8)	16,1 (7,6)	16,1 (7,6)	14,8 (7)	14,8 (7)
Controlar las necesidades o realizar actividades relacionadas con la micción.....	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
Controlar las necesidades o realizar actividades relacionadas con la defecación.....	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
Controlar las necesidades o realizar actividades relacionadas con la defecación.....	0,13	0,10	0,10	0,10	0,10
Continencia micción.....	0,19	0,15	0,15	0,15	0,15
Continencia defecación.....	0,19	0,15	0,15	0,15	0,15
3. Lavarse.....	14,5 (14,7)	9,6 (8,7)	9,6 (8,7)	8,8 (8)	8,8 (8)
Lavarse las manos.....	0,50	0,15	0,15	0,15	0,15
Lavarse la cara.....	0,50	0,15	0,15	0,15	0,15
Lavarse la parte inferior del cuerpo.....	NA	0,35	0,35	0,35	0,35
Lavarse la parte superior del cuerpo.....	NA	0,35	0,35	0,35	0,35
4. Otros cuidados corporales.....	NA (NA)	3,2 (2,2)	3,2 (2,2)	2,9 (2)	2,9 (2)
Peinarse.....	NA	0,33	0,30	0,30	0,30
Cortarse las uñas.....	NA	NA	0,15	0,15	0,15
Lavarse el pelo.....	NA	0,33	0,25	0,25	0,25
Lavarse los dientes.....	NA	0,33	0,30	0,30	0,30
5. Vestirse.....	NA (NA)	12,9 (12,6)	12,9 (12,6)	11,9 (11,6)	11,9 (11,6)
Calzarse.....	NA	0,15	0,15	0,15	0,15
Abrocharse botones.....	NA	0,15	0,15	0,15	0,15
Vestirse prendas de la parte inferior del cuerpo.....	NA	0,35	0,35	0,35	0,35
Vestirse prendas de la parte superior del cuerpo.....	NA	0,35	0,35	0,35	0,35
6. Mantenimiento de la salud.....	NA (NA)	3,2 (12)	3,2 (12)	2,9 (11)	2,9 (11)
Aplicarse medidas terapéuticas recomendadas.....	NA	0,50	0,25	0,25	0,25
Evitar riesgos dentro del domicilio.....	NA	0,50	0,25	0,25	0,25
Evitar riesgos fuera del domicilio.....	NA	NA	0,25	0,25	0,25
Pedir ayuda ante una urgencia.....	NA	NA	0,25	0,25	0,25
1. Comer y beber.....	29,1 (18,3)	19,3 (10,9)	19,3 (10,9)	17,8 (10)	17,8 (10)
Comer y beber.....	0,99	1	1	1	1
2. Regulación de la micción/defecación.....	24,2 (12,8)	16,1 (7,6)	16,1 (7,6)	14,8 (7)	14,8 (7)
Controlar las necesidades o realizar actividades relacionadas con la micción.....	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
Controlar las necesidades o realizar actividades relacionadas con la defecación.....	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
3. Lavarse.....	14,5 (14,7)	9,6 (8,7)	9,6 (8,7)	8,8 (8)	8,8 (8)
Lavarse o secarse las diferentes partes del cuerpo.....	1	1	1	1	1
4. Otros cuidados corporales.....	NA (NA)	3,2 (2,2)	3,2 (2,2)	2,9 (2)	2,9 (2)
Realizar los cuidados básicos del cuerpo.....	NA	0,99	1	1	1
5. Vestirse.....	NA (NA)	12,9 (12,6)	12,9 (12,6)	11,9 (11,6)	11,9 (11,6)
Vestirse o desvestirse.....	NA	1	1	1	1
6. Mantenimiento de la salud.....	NA (NA)	3,2 (12)	3,2 (12)	2,9 (11)	2,9 (11)
Cumplir prescripciones médicas.....	NA	0,5	0,25	0,25	0,25
Evitar situaciones de peligro en la vida diaria.....	NA	0,5	0,5	0,5	0,5
Usar el teléfono.....	NA	NA	0,25	0,25	0,25

ANEXO (continuación)

CUADRO A.1 (continuación)

ADAPTACIÓN DEL BAREMO DE VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA A LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN LA ENCUESTA SOBRE DISCAPACIDADES, AUTONOMÍA PERSONAL Y SITUACIONES DE DEPENDENCIA (EDAD-2008)

BYD (RD504/2007) - ANEXO A (ANEXO B)

EDAD-2008

Edad del dependiente	3-6	7-10	11-17	+17	Edad del dependiente	3-6	7-10	11-17	+17
7. Transferencias corporales	12 (3,7)	8 (2,2)	8 (2,2)	7,4 (2)	7. Transferencias corporales	12 (3,7)	8 (2,2)	8 (2,2)	7,4 (2)
Sentarse.....	0,15	0,15	0,15	0,15	Cambiar el cuerpo de postura.....	0,45	0,45	0,45	0,45
Tumbarse.....	0,10	0,10	0,10	0,10	Mantener el cuerpo en la misma postura.....	0,55	0,55	0,55	0,55
Ponerse de pie.....	0,20	0,20	0,20	0,20	8. Desplazarse dentro del hogar	20,2 (22,2)	13,4 (13,2)	13,4 (13,2)	12,3 (12,1)
Transferir mientras está sentado.....	0,25	0,25	0,25	0,25	Realizar desplazamientos vinculados al autocuidado.....	0,50	0,50	0,50	0,50
Transferir mientras está acostado.....	0,30	0,30	0,30	0,30	Realizar desplazamientos no vinculados al autocuidado.....	0,25	0,25	0,25	0,25
Acceder a los elementos comunes de las habitaciones.....	0,10	0,10	0,10	0,10	Acceder a las estancias comunes de la vivienda habitual.....	0,15	0,15	0,15	0,15
Acceder a las estancias comunes de la vivienda habitual.....	0,15	0,15	0,15	0,15	9. Desplazarse fuera del hogar	NA (NA)	14,3 (14)	14,3 (14)	13,2 (12,9)
8. Desplazarse dentro del hogar	20,2 (22,2)	13,4 (13,2)	13,4 (13,2)	12,3 (12,1)	Acceder al exterior del edificio.....	NA	0,42	0,25	0,25
Realizar desplazamientos vinculados al autocuidado.....	0,50	0,50	0,50	0,50	Desplazarse alrededor del edificio.....	NA	0,42	0,25	0,25
Realizar desplazamientos no vinculados al autocuidado.....	0,25	0,25	0,25	0,25	Realizar desplazamientos cercanos.....	NA	0,17	0,10	0,10
Acceder a los elementos comunes de las habitaciones.....	0,10	0,10	0,10	0,10	Realizar desplazamientos lejanos.....	NA	NA	0,15	0,15
Acceder a las estancias comunes de la vivienda habitual.....	0,15	0,15	0,15	0,15	Utilizar medios de transporte.....	NA	NA	0,25	0,25
9. Desplazarse fuera del hogar	NA (NA)	14,3 (14)	14,3 (14)	13,2 (12,9)	10. Tareas domésticas	NA (NA)	NA (NA)	NA (NA)	8 (8)
Acceder al exterior del edificio.....	NA	0,42	0,25	0,25	Preparar comidas.....	NA	NA	NA	0,45
Desplazarse alrededor del edificio.....	NA	0,42	0,25	0,25	Hacer la compra.....	NA	NA	NA	0,25
Realizar desplazamientos cercanos.....	NA	0,17	0,10	0,10	Limpiar y cuidar la vivienda.....	NA	NA	NA	0,20
Realizar desplazamientos lejanos.....	NA	NA	0,15	0,15	Lavar y cuidar la ropa.....	NA	NA	NA	0,10
Utilizar medios de transporte.....	NA	NA	0,25	0,25	11. Tomar decisiones	0 (28,3)	0 (16,7)	0 (16,7)	0 (15,4)
10. Tareas domésticas	NA (NA)	NA (NA)	NA (NA)	8 (8)	Actividades de autocuidado.....	0,42	0,38	0,33	0,30
Preparar comidas.....	NA	NA	NA	0,45	Actividades de movilidad.....	0,29	0,25	0,22	0,20
Hacer la compra.....	NA	NA	NA	0,25	Tareas domésticas.....	NA	NA	NA	0,10
Limpiar y cuidar la vivienda.....	NA	NA	NA	0,20	Relaciones interpersonales.....	0,29	0,25	0,22	0,20
Lavar y cuidar la ropa.....	NA	NA	NA	0,10	Gestión del dinero.....	NA	0,12	0,11	0,10
11. Tomar decisiones	0 (28,3)	0 (16,7)	0 (16,7)	0 (15,4)	Uso de servicios a disposición del público.....	NA	NA	0,11	0,10
Llevar a cabo tareas sencillas.....	0,71	0,62	0,62	0,55					
Mostrar afecto/respeto por otras personas.....	0,29	0,25	0,25	0,20					
Llevar a cabo tareas complejas.....	NA	0,13	0,13	0,25					

ANEXO (continuación)

CUADRO A.1 (continuación)

ADAPTACIÓN DEL BAREMO DE VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA A LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN LA ENCUESTA SOBRE DISCAPACIDADES, AUTONOMÍA PERSONAL Y SITUACIONES DE DEPENDENCIA (EDAD-2008)

COEFICIENTE DE APOYO (RD504/2007)

EDAD-2008

0,9	Supervisión/preparación o asistencia física parcial: necesita que otra persona supervise la actividad o colabore físicamente en la realización de la misma.		Dificultad moderada o severa, excepto si padece alguna enfermedad mental o deficiencias perceptivo-cognitivas, o se resiste a la ayuda.
0,95	Asistencia física máxima: necesita que otra persona le sustituya en la realización física de la actividad.	Tiene dificultad para realizar la tarea, recibe asistencia personal y:	No puede realizar la actividad, excepto si padece alguna enfermedad mental o deficiencias perceptivo-cognitivas, o se resiste a la ayuda.
1	Asistencia especial: la persona presenta trastornos de comportamiento y/o problemas perceptivos-cognitivos que dificultan la prestación del apoyo		Padece alguna enfermedad mental o deficiencias perceptivo-cognitivas, o se resiste a la ayuda, o es sordo-ciega.

NA: No Aplica

* El anexo B del BVD se aplica cuando la persona presenta discapacidad intelectual, enfermedad mental o cualquier limitación perceptivo-cognitiva. Sólo se muestra la información sobre este baremo (entre paréntesis) cuando difiere de la puntuación asignada en el anexo A.