TRIBUNA DE ECONOMÍA

Todos los artículos publicados en esta sección son sometidos a un riguroso proceso de evaluación anónima.

Necesidades no satisfechas de las personas dependientes en España*

Cristina Vilaplana Prieto
Universidad Católica San Antonio de Murcia y FEDEA

Resumen

Este trabajo explora el problema de las necesidades no satisfechas de las personas dependientes, clasificándolas de acuerdo con el Baremo de Valoración introducido por la nueva Ley de Dependencia. El grado de dependencia, el tamaño de la población de residencia y los ingresos influyen de forma signficativa sobre las necesidades no satisfechas. También se observan interrelaciones entre las necesidades no satisfechas para diferentes servicios. Las simulaciones realizadas aconsejan un incremento del índice de cobertura del Servicio de Atención Domiciliaria respecto a los Centros de Día, así como una homogenización del reparto de tiempos destinados a tareas domésticas y cuidados personales.

Palabras clave: *necesidad no satisfecha, discapacidad, cuidador, cuidado formal.*
Clasificación JEL: *I18, J14.*

Abstract

This paper analyzes the issue of unmet needs, refered to formal public services, suffered by older dependent people. The level of disability is graded according to the Ranking Scale introduced by the Law of Dependency. Results indicate that the dependency degree, the size of municipality and household income level are significant predictors for the probability of unmet needs. Unmet needs for different social services are positively correlated. Simulations performed counsels an increase in the coverage index of Home Care with respect to Day Centres, as well as an homogeneization of the time devote to personal care and houseoworking across regions.

Keywords: *unmet need, disability, caregiver, formal care.*
JEL classification: *I18, J14.*

1. Introducción

Las personas con discapacidades que precisan ayuda con las actividades de la vida cotidiana y no reciben la atención que necesitan, se enfrentan a un serio problema que debe ser tenido en consideración por los responsables de la toma de decisiones de política social y económica. Actualmente, en torno al 26.5% de los individuos de más de 65 años[1] presentan limitaciones debido a problemas crónicos de salud. Debido a la disminución de la tasa de mortalidad en la cohorte de mayor edad,

* Agradecimientos a la ayuda financiera recibida de los proyectos SEJ2005-08783-C04-01 y e ECO2008-06395-C05-01.

[1] Este porcentaje aumenta al 35,5% para las personas de entre 75 y 84 años, y al 62,2% para los que tienen más de 85 años (*Encuesta de Condiciones de Vida de las Personas Mayores*; IMSERSO, 2004).

este grupo se ha convertido en el de más rápido crecimiento en España[2]. Los problemas más frecuentes son niveles de movilidad reducidos, discapacidades sensoriales (ver, oír), enfermedades crónicas o degenerativas y limitaciones cognitivas[3].

Algunos estudios dentro de la literatura de cuidados de largo plazo han demostrado que existen personas dependientes que no reciben toda la ayuda técnica o personal que necesitarían. Si estas necesidades no satisfechas perduran en el tiempo, pueden desembocar en un incremento del gasto sanitario, debido a una creciente tasa de morbilidad, accidentes en el hogar, estancias hospitalarias más prolongadas y mayor tasa de institucionalización (Allen y Moor, 1997; Long y otros, 2005). A la hora de medir la demanda de servicios sociales por parte de las personas dependientes, existe un amplio consenso sobre la validez de las declaraciones de los propios dependientes o de las proporcionadas por aquellos que actúan como cuidadores principales (Williams y otros, 1997). También se ha contrastado una elevada coincidencia entre las declaraciones del dependiente, o de su cuidador, sobre el número de horas de cuidado formal recibidas y los registros de la Seguridad Social (Albert y otros, 2004).

En la literatura de cuidados de la salud, la variable «necesidad» se ha definido como «aquellos requerimientos que permiten a los individuos alcanzar, mantener o recuperar un nivel aceptable de independencia social o de calidad de vida» (Department of Health Social Services Inspectorate, 1991). Una definición algo más práctica es aquella que considera la «necesidad» como «la capacidad de beneficiarse de los servicios de salud» (Stevens y Gabbay, 1991; Stevens y Raftery, 1994). Sin embargo, el problema con esta definición es que no existe ningún buen indicador de salud pública que mida el impacto del tratamiento (Aoun y otros, 2004). En algunos casos, la necesidad no satisfecha se identifica cuando un individuo que tiene necesidades de cuidado, no recibe ningún tipo de atención formal. Por ejemplo, Alonso y otros (2007) consideraron que existía una necesidad no cubierta, cuando las personas con transtornos mentales no habían recibido ningún tipo de atención formal en los últimos doce meses. Por su parte, Allen y Mor (1997) desarrollaron un algoritmo a partir del cual las personas que no recibían ayudas y que presentaban dificultades en actividades de la vida diaria, eran calificadas como individuos con necesidades no satisfechas.

La referencias sobre necesidades no cubiertas en España son, hasta el momento, bastante reducidas. Alonso y otros (2007) estudiaron la prevalencia de necesidades de atención sanitaria mental no cubierta entre los adultos a nivel europeo (2.121

---

[2] Entre 1991 y 2005, la tasa de mortalidad a los 65 años por cada mil habitantes ha disminuido de 19,7 a 15,2 para los hombres y de 8,1 a 5,8 para las mujeres, y a la edad de 80 años, ha descendido de 80,4 a 67,8 para los hombres y de 52,7 a 39,8 para las mujeres (*Indicadores Demográficos Básicos; INE*).

[3] Dificultades para salir fuera de casa (53%), utilizar el transporte público (56%), ir a la compra (40%) o mantener posturas corporales (31%). (*Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud;* INE, 1999). Además, el 46,1% de la población mayor sufre problemas de huesos, el 41,3% elevada presión arterial, el 29,3% enfermedades cardiovasculares, el 13,1% problemas respiratorios y el 13,2% enfermedades mentales (*Encuesta Nacional de Salud*, 2003).

observaciones para España), concluyendo que el 3,1% de la población adulta presentaba carencias a nivel de atención mental. Por lo que se refiere a la población de edad avanzada, Otero y otros (2003) investigaron las necesidades no satisfechas a partir de una muestra de 1.135 personas mayores residentes en Leganés. Sus resultados evidenciaron la existencia de fuertes desigualdades sociales en el acceso a la ayuda formal a domicilio. Las necesidades no satisfechas eran particularmente significativas en los hogares de rentas inferiores, bajo nivel de instrucción, cuando el dependiente vivía solo o cuanto éste presentaba síntomas de depresión. Unas conclusiones parecidas fueron las obtenidas por Tomás y otros (2002) en un estudio para la poblacíon mayor de 75 años del área metropolitana de Zaragoza (N=351). Sus resultados indicaban que más de un tercio de la población mayor de 75 años se podía calificar como dependiente, siendo la incidencia superior entre las mujeres, los individuos de edad muy avanzada y aquellos con peor percepción de su estado de salud. Además, dos de cada diez personas dependientes no tenían cubiertas sus necesidades de cuidado. Por último, Orfila y otros (1997) en un estudio a partir de 1.137 personas mayores residentes en Barcelona calcularon que el porcentaje de necesidades no satisfechas se encontraba entre un 10 y un 25%, y que la tasa de mortalidad y morbilidad en un plazo de cinco años era sustancialmente superior entre los mayores que no recibían la atención debida.

En este trabajo se van a abordar varios objetivos. En primer lugar, identificar las características de los individuos más vulnerables a sufrir necesidades no satisfechas, de entre una muestra de dependientes que reciben cuidados informales (*Encuesta de Apoyo Informal*; IMSERSO, 2004). En segundo lugar, estudiar qué combinaciones de variables relativas a los servicios sociales aumentaría la atención formal recibida por las personas dependientes. Con el propósito de relacionar la probabilidad de recibir atención formal con el nivel de dependencia, no se va a utilizar la clasificación habitual de discapacidades en actividades personales o instrumentales, sino que por primera vez en la literatura, se empleará el Baremo de Valoración contenido en la nueva Ley de Dependencia para clasificar a los individuos en los mismos grupos (dependencia severa, moderada o grande). Los resultados revelan que las necesidades no satisfechas para el Servicio de Atención a Domicilio y los Centros de Día se incrementan de un 20% a un 50% al comparar a individuos con dependencia moderada y grande,. También se observan que las necesidades no satisfechas no se dan en un único servicio de forma aislada, ya que existe una relación positiva entre necesidades no satisfechas entre Centros de Día y Servicios de Respiro o entre Atención Domiciliaria y Servicios de Respiro, aunque una mayor cobertura del Servicio de Atención a Domicilio disminuye la probabilidad de necesidades no satisfechas para Centros de Día.

El resto del trabajo se articula como sigue: en la sección 2 se describe la muestra utilizada, la clasificación de los niveles de dependencia de acuerdo con el Baremo de Valoración de la Ley de Dependencia y los estadísticos descriptivos. En la sección 3 se analiza las variables que inciden sobre la probabilidad de recibir cuidados formales y la fracción de cuidados informales respecto al total de cuidados.

En la sección 4 se explora bajo qué circunstancias es más probable que surjan necesidades no satisfechas. A continuación se realiza un ejercicio de simulación para ver cómo se podría mejorar la atención recibida por las personas dependientes. Y finalmente, en la sección 7 se ofrecen las conclusiones y futuras líneas de investigación.

2. Datos

La fuente de datos utilizada es la *Encuesta de Apoyo Informal*, realizada por el IMSERSO en el año 2004. El objetivo de esta encuesta es conseguir información de los cuidadores informales de personas de más 65 años. La recogida de información se llevó a cabo mediante entrevista personal en el hogar al cuidador. Por tanto, las conclusiones obtenidas no pueden ser extrapoladas a la población institucionalizada o a los dependientes que sólo reciben apoyo formal. A partir de una muestra de 25.100 hogares (excluidas Ceuta, Melilla y La Rioja), el tamaño muestral final fue de 1.504 entrevistas.

2.1. Determinación del grado de dependencia

En este trabajo se ha introducido un enfoque innovador aplicando el Baremo de Valoración mencionado por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, aprobado por el Real Decreto 504/2007 de 20 de abril. Este Baremo de Valoración permite determinar el grado de dependencia (moderada, severa o grande[4]) de acuerdo con el grado de autonomía a la hora de realizar actividades cotidianas, tomando en consideración, la necesidad de apoyo o supervisión[5], así como la existencia de limitaciones cognitivas. El Baremo de Valoración contiene 47 tareas agrupadas en 10 actividades (véase Tabla 1 del Apéndice). El cuestionario para las personas con enfermedades mentales o limitaciones cognitivas incluye 6 tareas adicionales refe-

[4] Un individuo padece *dependencia moderada* cuando necesita ayuda para la ejecución de actividades de la vida diaria al menos una vez al día. Sufre *dependencia severa* cuando necesita ayuda dos o tres veces al día, y *gran dependencia* cuando necesita ayuda varias veces al día, y debido a una completa pérdida de la autonomía física, mental, intelectual o sensorial, requiere de apoyo permanente. Se identifican *dos niveles* de dependencia dentro de cada grado. El primer nivel corresponde a los individuos que pueden realizar la actividad sin el apoyo directo de una tercera persona, mientras que el segundo nivel se refiere a las situaciones en donde el dependiente precisa de apoyo específico.

[5] Se consideran cuatro posibilidades: *supervisión* (si el dependiente sólo necesita que una tercera persona prepare los elementos para llevar a cabo la actividad), *asistencia física parcial* (cuando la tercera persona debe participar activamente en la actividad), *asistencia física máxima* (cuando la tercera persona debe sustituir al dependiente en la ejecución de la actividad) y *atención especial* (el dependiente sufre trastornos del comportamiento que complican la labor de ayuda de esa tercera persona).

rentes a la capacidad para tomar decisiones[6]. La puntuación final es la suma de los pesos[7] de las tareas en las cuales el individuo tiene dificultad, multiplicado por el grado de supervisión requerido y por el peso asignado a la actividad:

$$\text{Puntuación} = \sum \text{Peso de la tarea realizada con dificultad} * \text{Grado de supervisión} * \\ * \text{Peso de la actividad correspondiente}$$

La Tabla 1 del apéndice compara el cuestionario utilizado en el Baremo de Valoración de la Ley de Dependencia con la información disponible en la encuesta. Debido a las limitaciones de información ha sido preciso adaptar algunas de las preguntas. Por ejemplo, para la actividad «comer y beber», el Baremo diferencia seis tareas diferentes, pero en la encuesta sólo se dispone de información acerca de la capacidad para comer (que intuimos también incluye la capacidad para beber). Con respecto al «control de la micción/defecación», no se dispone de información para las tareas «vestirse y desvestirse» y «adoptar la postura adecuada». Por esta razón, se han sumado sus puntuaciones respectivas, incluyéndolas en la tarea «utilizar el WC». En la actividad «otros cuidados personales», la encuesta no incluye información sobre las capacidades para «peinarse» y «cortarse las uñas», y por consiguiente se han sumado todas las ponderaciones dentro de la tarea «arreglarse». Lo mismo ha ocurrido para la actividad «transferencias corporales», en la cual se han agregado los pesos de las diferentes tareas dentro de la capacidad para «acostarse/levantarse de la cama». Es evidente que son muchas las limitaciones a la hora de reflejar el Baremo a través de las preguntas de una encuesta, pero no deja de ser interesante, tratar de clasificar a los individuos, de la misma forma en que los considera el texto legal.

Con respecto a los grados de apoyo, la Tabla 2 del apéndice muestra cómo se han identificado los cuatro niveles de supervisión a partir de la información de la encuesta.

Por último, se ha calculado la puntuación final y se ha atribuido el correspondiente grado de dependencia, obteniéndose la siguiente tabla:

---

[6] Con la información contenida en la *Encuesta de Apoyo Informal*, se ha considerado que un individuo padece limitaciones cognitivas o discapacidades de tipo intelectual cuando el cuidador informal ha declarado que padece problemas de memoria, demencia, enfermedad mental o Alzheimer.

[7] Las tablas de pesos para actividades y tareas distinguen cuatro intervalos de edad: 3-6, 7-10, 11-17, 18 y más años. Como la *Encuesta de Apoyo Informal* sólo contiene individuos mayores de 65 años, se utilizarán los pesos atribuidos al último intervalo. Los individuos con enfermedad mental tienen otra tabla de pesos para las tareas y actividades que incluye la actividad «toma de decisiones».

TABLA 1
BAREMO DE VALORACIÓN PARA LA DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE DEPENDENCIA

		Ley de Dependencia	Encuesta de Apoyo Informal
Moderado	Nivel 1	25-39	275 (18,28%)
	Nivel 2	40-49	172 (11,44%)
Severo	Nivel 1	50-64	242 (16,09%)
	Nivel 2	65-74	139 (9,24%)
Grande	Nivel 1	75-89	124 (8,24%)
	Nivel 2	90-100	14 (0,94%)

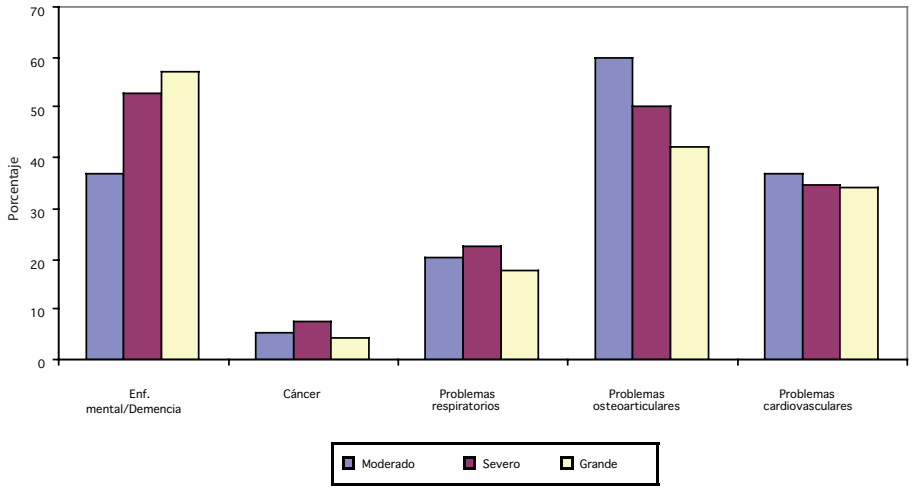
Fuente: Elaboración propia a partir de www.seg-social.es/imserso/dependencia/manualusoBVD.pdf.

De la muestra de 1.504 observaciones, el 35,77% (538) no alcanza el nivel de dependencia más bajo, el 29.72% presenta dependencia moderada, el 25,33% dependencia severa y el 9,18% son grandes dependientes. El hecho de que haya individuos calificados como «no dependientes», pero que sin embargo reciban atención informal no entraña ninguna contradiccion, puesto que un 34% requiere que le ayuden para lavarse, un 20,09% recibe ayuda para preparar comidas y un 17,15% para hacer la compra, aunque en el 40% de los casos el individuo sólo requiere la ayuda «a veces». Por otra parte, este colectivo también es demandante de servicios sociales, ya que un 21,93% declara necesidades no satisfechas de atención a domicilio y un 15,05% necesidades no satisfechas de centros de día. Si bien es cierto que con la nueva Ley de Dependencia, la recepción de servicios formales está restringida a la calificación en alguno de los tres grados de dependencia, en el año 2004 no existían estas restricciones.

El siguiente objetivo es utilizar esta clasificación para determinar cuáles son las características de la población dependiente. La figura 1 muestra la relación entre el grado de dependencia y las patologías consideradas. El 57,25% de los grandes dependientes sufren enfermedades mentales, y un 59,73% de los dependiente moderados tiene problemas osteoarticulares. Los dependientes severos manifiestan los mayores porcentajes para cáncer y problemas respiratorios (7,35% y 22,57%).

FIGURA 1

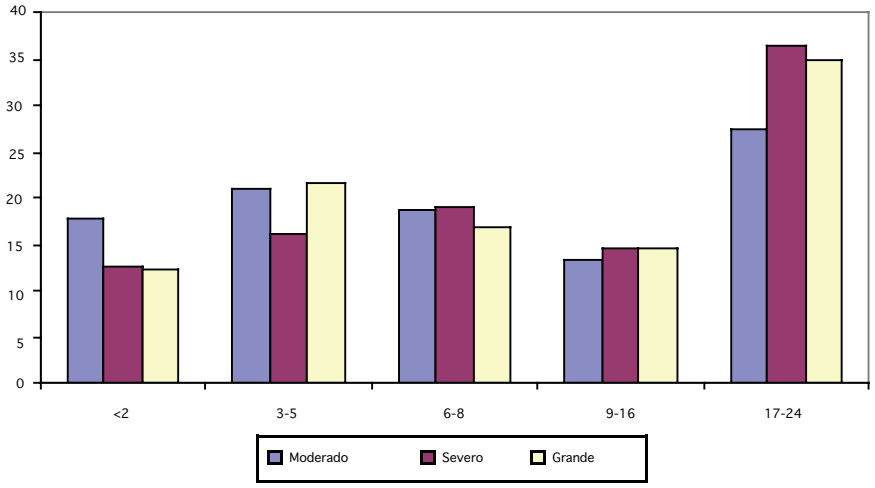
RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE DEPENDENCIA Y LAS PATOLOGÍAS SUFRIDAS



La Figura 2 ofrece la relación entre el número de horas de cuidados informales (CI) y el grado de dependencia. Los dependientes moderados muestran un mayor porcentaje en el intervalo «menos de dos horas al día» (17,9%), mientras que los dependientes severos y grandes alcanzan los mayores porcentajes en los intervalos «17-24 horas al día» (36,48% y 34,78%, respectivamente). Para los intervalos, «de 6 a 8 horas» y «de 9 a 16 horas» no se aprecian diferencias significativas entre los tres grados de dependencia.

FIGURA 2

RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE DEPENDENCIA Y EL NÚMERO DE HORAS DE CUIDADOS INFORMALES



Respecto a la relación entre el número de años de CI y el grado de dependencia (Figura 3), para todos los grados, alrededor del 30% de los individuos ha recibido atención durante menos de 2 años. La mayor diferencia entre dependencia moderada y grande corresponde al intervalo 5-8 años (22,37% y 29,71%, respectivamente). La Figura 4 muestra la relación entre el grado de dependencia y el tipo de ayudas formales recibidas. Se observa que el 25,98% (23,19%) de los dependientes severos (grandes) utilizan ayudas técnicas. Aunque podría esperarse que la recepción de

FIGURA 3

RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE DEPENDENCIA Y EL NÚMERO DE AÑOS DE CUIDADOS INFORMALES

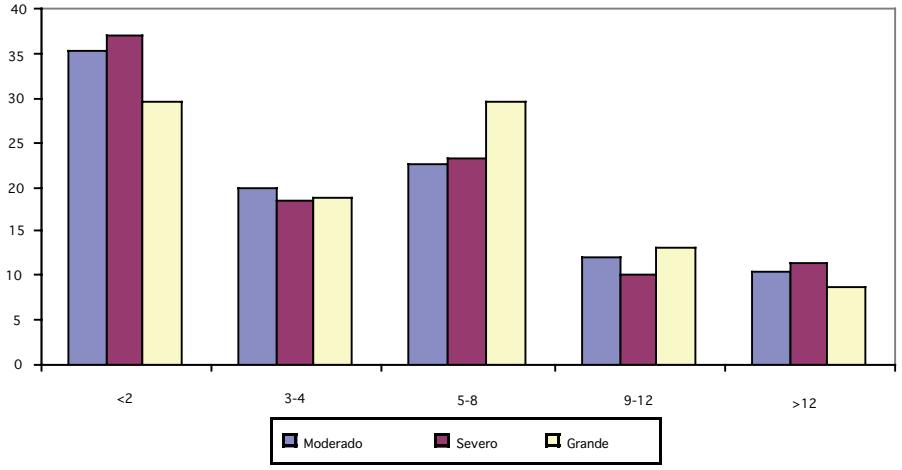
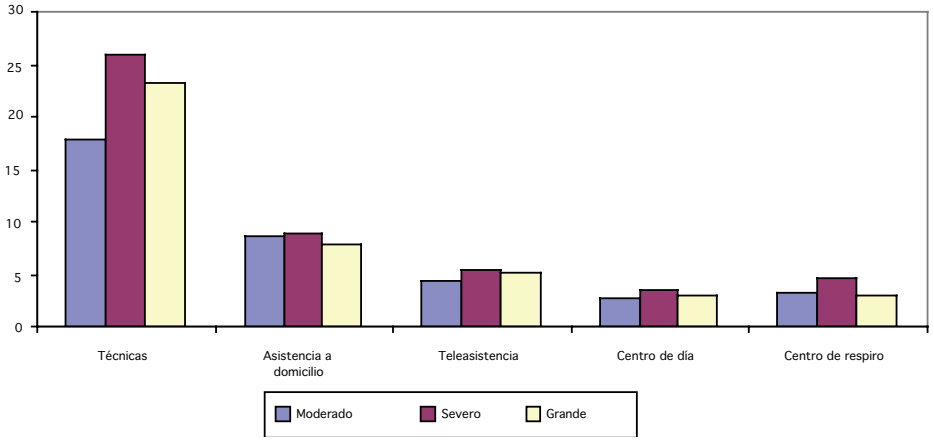


FIGURA 4

RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE DEPENDENCIA Y LAS AYUDAS FORMALES UTILIZADAS

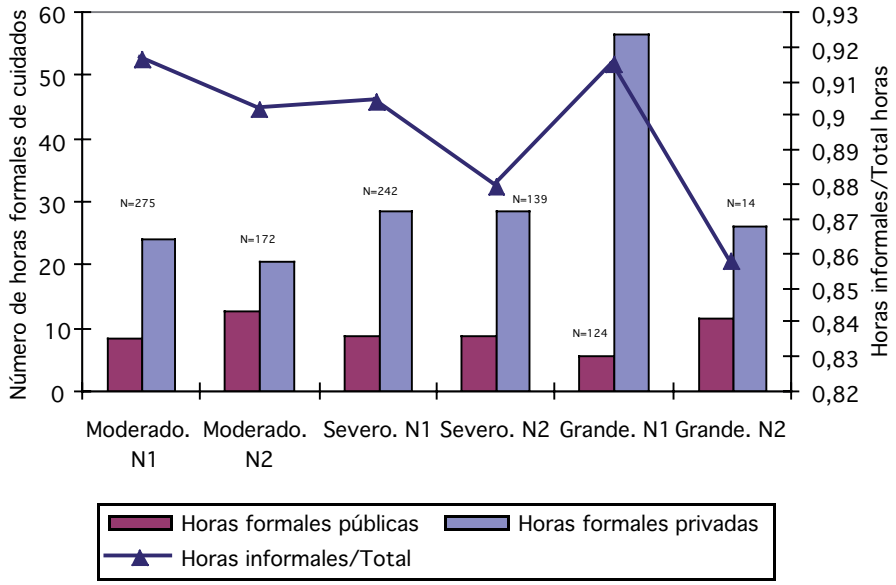


ayudas formales incrementase con el grado de dependencia, los niveles de utilización del servicio de Teleasistencia, Atención a Domicilio, Centro de Día y Servicios de Respiro son aproximadamente los mismos para todos los niveles. Por ejemplo, solo el 2,9% (7,9%) de los grandes dependientes acude a un Centro de Día (o recibe Atención a Domicilio).

Por último, la Figura 5 resume toda la información disponible sobre ayudas formales e informales recibidas[8]. Para tomar en consideración la relevancia de los CI se ha calculado la fracción de los mismos respecto al total de horas de cuidado recibidas. Los CI suponen en torno al 90% del total de cuidados. El número de horas de cuidados formales (CF) privados aumenta al pasar de dependientes moderados (nivel 2) a severos (nivel 1) (de 20.47 horas a 28,28), y paralelamente hay un descenso del número de horas de CF públicas (de 12,79 a 8,76 horas) lo que puede indicar una sustitución de un tipo de cuidado por otro debido a un problema de necesidades no satisfechas.

FIGURA 5

RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE DEPENDENCIA, EL NÚMERO DE HORAS DE CUIDADO FORMALES Y LA FRACCIÓN DE CUIDADOS INFORMALES



[8] Con respecto a las ayudas formales, se distingue entre públicas (de los servicios sociales) y privadas (de empleados del hogar o de empresas privadas). El número medio de horas de cuidado públicas y privadas se ha calculado únicamente para la submuestra de individuos que han declarado recibir este tipo de cuidado.

A continuación, para cada uno de los seis grados de dependencia se ha calculado el porcentaje de individuos con necesidades insatisfechas, a partir de la información sobre aquellos individuos que han solicitado un servicio, pero cuya petición ha sido rechazada. Se aprecia que los grandes dependientes tienen los mayores porcentajes de necesidades no satisfechas para ayudas técnicas, Atención a Domicilio, Centros de Día y Centros Residenciales.

TABLA 2
PORCENTAJE DE INDIVIDUOS CON NECESIDADES NO SATISFECHAS

	Dependencia moderada		**Dependencia severa**		**Gran dependencia**	
	Nivel 1	**Nivel 2**	**Nivel 1**	**Nivel 2**	**Nivel 1**	**Nivel 2**
Ayudas técnicas	4,36	7,56	6,61	5,76	4,84	14,29
Asistencia a Domicilio	6,18	5,23	9,92	8,63	8,87	14,29
Teleasistencia	1,45	1,74	0,83	2,88	1,61	0
Centros de Día	2,91	1,16	1,24	3,60	0,81	7,14
Servicios de Respiro	1,82	2,33	2,89	2,88	1,61	7,14
Total	275	172	242	139	124	14

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Apoyo Informal (2004).

Con la finalidad de tener una idea aproximada del número de personas que pueden estar sufriendo necesidades personales no satisfechas en España, se ha combinado información de la *Encuesta de Discapacidades Deficiencias y Estado de Salud* (INE, 1999) y de la *Encuesta de Apoyo Informal*. De la primera se han utilizado las tasas de dependencia para mayores de 65 años por Comunidades Autónomas para calcular el número de dependientes por Comunidad. A partir de la segunda encuesta mencionada, se ha calculado el porcentaje de individuos que conocen las ayudas (1), aquellos que las han solicitado (2) y los que no han recibido el servicio solicitado (3). El número estimado de individuos con necesidades personales no satisfechas es el resultado de multiplicar el número de personas dependientes por los tres factores mencionados anteriormente. Estas cifras responden a un propósito ilustrativo, puesto que de acuerdo con la *Encuesta de Apoyo Informal*, no existen necesidades personales no satisfechas ni en Cantabria ni Navarra. Tomando en consideración todas estas simplificaciones, alrededor de 90.000 personas mayores de 65 años sufren necesidades personales no satisfechas.

En el Real Decreto 727/2008, de 8 de junio, sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, se ha establecido que el Servicio de Atención a Domicilio estará incluido entre las prestaciones correspondientes a los grados de dependencia grande y severa (niveles 1 y 2). A continuación, se ha pro-

TABLA 3
ESTIMACIÓN DEL NÚMERO DE PERSONAS CON NECESIDADES PERSONALES NO SATISFECHAS

	Tasa de Dependencia	Población +65 años	Población dependiente	% Conocen ayudas personales	% Ha solicitado ayudas personales	% Personas con necesidades no satisfechas	Estimación población con necesidades personales no satisfechas
Andalucía	218	1.073.970	234.125	95,95	18,87	46,27	19.614
Aragón	120	258.491	31.019	100	13,79	37,50	1.604
Asturias	159	233.035	37.053	100	21,05	50,00	3.900
Baleares	136	123.576	16.806	100	27,27	33,33	1.528
Canarias	126	203.651	25.660	98,15	24,53	76,92	4.752
Cantabria	183	102.383	18.736	100	11,11	0,00	0
Cataluña	145	1.103.283	82.904	94,08	20,28	24,14	7.368
C. Mancha	193	348.431	67.247	100	17,31	66,67	7.761
C. León	149	556.406	159.976	98,61	18,31	38,46	5.757
C. Valenciana	158	682.496	107.834	93,33	14,29	44,12	6.345
Extremadura	204	201.987	41.205	93,62	15,91	14,29	877
Galicia	187	567.323	106.089	95,62	19,08	48,00	9.291
Madrid	108	789.486	85.264	93,27	31,96	51,61	13.117
Murcia	231	171.214	39.550	93,62	13,64	83,33	4.209
Navarra	166	100.508	16.684	90,91	20	0,00	0
País Vasco	116	373.229	43.295	100	19,23	46,67	3.886
Total							90.008

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Apoyo Informal (2004) y Libro Blanco de la Dependencia (2004). Las ayudas personales incluyen Asistencia a Domicilio, Ceentros de Día y Servicios de Respiro.
Tasa de dependencia obtenida del Libro Blanco de la Dependencia (2004).

cedido a calcular el número de individuos que tendrían derecho a dicha prestación. En primer lugar, se ha obtenido el número aproximado de personas con dependencia severa (grande)[9] para cada Comunidad Autónoma[10]. En segundo lugar, se ha calculado el número de dependientes severos (grandes) que no reciben Atención a Domicilio. Este ejercicio debe considerarse como un marco de referencia, puesto que observamos que en algunas regiones ninguno de los grandes dependientes entrevistados recibe atención domiciliaria. Al final, se obtiene que existen 340.000 dependientes (246.572 severos y 96.946 grandes) que no reciben (aunque deberían) Atención a Domicilio.

[9] El número total estimado de personas con dependencia severa o grande es 372.588, y tomando en cuenta todas las simplificaciones comentadas y el hecho de que no se dispone de información para Ceuta, Melilla y La Rioja, esta cifra no dista mucho de las estimaciones de 455.439 personas con dependencia severa o grande, contenidas en el *Libro Blanco de la Dependencia* para el año 2005, a partir de la *Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud* (INE, 1999) 2005.

[10] Número de personas dependientes de la Tabla 2 multiplicado por el porcentaje de dependencia severa (grande) obtenido de la *Encuesta de Apoyo Informal*.

TABLA 4

ESTIMACIÓN DEL NÚMERO DE PERSONAS DEPENDIENTES QUE DEBERÍAN RECIBIR SAD

	Población dependiente	% Depend. Severa (Niveles 1 & 2)	% Gran Depend. (Niveles 1 & 2)	% reciben SAD Depend. Severa	% reciben SAD Gran Depend.	Población Depend. Severa		Población Gran Depend.	
						Total	Debería recibir SAD	Total	Debería recibir SAD
Andalucía	234.125	33,78	15,14	8,8	10,71	79.088	72.128	35.447	31.650
Aragón	31.019	25,86	5,17	0	13,33	8.021	8.021	1.604	1.390
Asturias	37.053	28,95	0,00	18,18	0	10.727	8.777	0	0
Baleares	16.806	45,45	0,00	20	0	7.638	6.111	0	0
Canarias	25.660	24,07	1,85	15,38	0	6.176	5.226	475	475
Cantabria	18.736	16,67	11,11	0	0	3.123	3.123	2.082	2.082
Cataluña	82.904	19,08	7,24	3,45	0	30.523	29.470	11.582	11.582
Castilla-La Mancha	67.247	19,23	19,23	0	10	12.932	12.932	12.932	11.638
Castilla y León	159.976	20,83	2,78	13,33	0	17.269	14.967	2.305	2.305
Comunidad Valenciana	107.834	28,63	8,63	8,22	4,55	30.873	28.335	9.306	8.883
Extremadura	41.205	23,4	12,77	36,36	0	9.642	6.136	5.262	5.262
Galicia	106.089	17,52	5,11	12,5	14,29	18.587	16.264	5.421	4.646
Madrid	85.264	20,19	9,62	9,52	10	17.215	15.576	8.202	7.382
Murcia	39.550	23,4	2,13	0	0	9.255	9.255	842	842
Navarra	16.684	18,18	18,18	0	0	3.033	3.033	3.033	3.033
País Vasco	43.295	16,67	6,41	0	0	7.217	7.217	2.775	2.775
Total						**271.320**	**246.572**	**101.268**	**93.946**

Tasa de dependencia: número de personas dependientes por cada 1000 habitantes mayores de 65 años.

2.2. Estadísticos descriptivos

La Tabla 3 del apéndice muestra los estadísticos descriptivos (utilizando los pesos muestrales) para los seis niveles de dependencia, así como para los no dependientes. Para cualquier nivel de dependencia, hay más mujeres que hombres (31% de hombres para el total de la muestra), lo cual es consecuencia de la mayor esperanza de vida femenina[11]. Como resultado de ello, hay un mayor porcentaje de mujeres viudas (66,38% frente a 36,25%), y de hombres casados (55,73% frente a 27,28%).

Las personas clasificadas como grandes dependientes son de edad más avanzada que las de otros niveles de dependencia (51% de los grandes dependientes de nivel 1 son mayores de 80 años y un 38% de los de nivel 2 son mayores de 90).

Con respecto al nivel educativo, los no dependientes muestran los mayores porcentajes de estudios superiores (2,21%) y secundarios (4,27%), mientras que los grandes dependientes alcanzan los mayores porcentajes para la categoría de «sin estudios» (68,36% y 79,23%, respectivamente, para los niveles 1 y 2).

A medida que el nivel de dependencia aumenta, disminuye el porcentaje de individuos que vive solo (de 42,21% para los no dependientes a 11,89% para los grandes de nivel 2), mientras que el número de cuidadores informales aumenta (de 1,87 a 3,38).

Existe una alta concentración de grandes dependientes que viven en municipios pequeños (37,40% de los grandes dependientes de nivel 1 vive en municipios de menos de 10.000 habitantes frente a 25,82% en el caso de no dependientes). Esta ubicación de grandes dependientes en pequeñas ciudades puede agravar el problema de la dotación insuficiente de servicios sociales.

El porcentaje de cuidadores que son miembros de asociaciones aumenta con el grado de dependencia (de 5,37% para la moderada a 16,31% para la grande), pero el nivel de preparación se mantiene aproximadamente constante.

Por otra parte, la variable «satisfacción» se refiere a la valoración global de los CF y CI. El porcentaje de cuidadores informales que están muy satisfechos con el nivel de atención recibido por sus respectivos dependientes es mucho menor para los grandes dependientes (31,20% con respecto al 62,22% para los no dependientes). Al mismo tiempo, se aprecia que el grado de conocimiento acerca de los servicios sociales para personas dependientes aumenta con el nivel de dependencia, especialmente para el caso de las ayudas técnicas (de 66,31% a 86,53%) y servicio de Teleasistencia (de 56,25% a 78,65%), de manera que se puede inferir que si los cuidadores informales no están satisfechos con las atenciones recibidas por parte del sistema formal, no es porque no hayan realizado suficientes esfuerzos para beneficiarse de las ayudas que concede el mismo. De nuevo, éste puede ser un indicio del problema de necesidades no satisfechas.

[11] En el año 2005, la esperanza de vida de hombres y mujeres era de 76.96 y 83.48, respectivamente (*Indicadores Demográficos Básicos;* INE).

3. Recepción de cuidados formales personales

Consideramos que la probabilidad de recibir cuidados formales depende de cuatro grupos de variables: (*X*) variables sociodemográficas tanto del dependiente (edad, sexo, estado civil, nivel de educación y de ingresos) como del cuidador informal (edad, sexo, estado civil, nivel de educación, cuidador permanente, número de hijos, relación con la actividad económica, número de horas y años de cuidado, preparación específica y pertenencia a asociaciones de apoyo a familiares}; (*d*) variables relacionadas con el nivel de dependencia (nivel de dependencia y ciertas patologías); (*E*) variables de entorno (tamaño del municipio, si el dependiente vive solo y número de cuidadores informales); (*P*) características de la política regional de servicios sociales (índice de cobertura del Servicio de Atención a Domicilio (SAD), el ratio entre los índices de cobertura del SAD y los Centros de Día y el coste de una hora de cuidado de SAD).

La validez del análisis que se propone realizar descansa en el supuesto vital de la exogeneidad de las variables instrumentales utilizadas para caracterizar la dotación de servicios sociales para dependientes por parte de las Comunidades Autónomas. Pueden encontrarse tres argumentos que respaldan el supuesto de que estas políticas no responden a estímulos de demanda. Primero, con independencia de que el dependiente disponga de un cuidador informal, la recepción de ayuda formal requiere el cumplimiento de unos requisitos de nivel de ingresos y de discapacidad. La evidencia sugiere un grado significativo de infrautilización de estos servicios debido a un limitado conocimiento de estos programas, confusión o complejidad en los procesos de solicitud.

En segundo lugar, si las políticas de cuidados de largo plazo fueran endógenas, deberían reflejar las preferencias de los individuos. Sin embargo, a pesar de la acusada preferencia de los SAD[12] frente a los centros residenciales, algunas políticas regionales favorecen considerablemente los segundos frente a los primeros. Por consiguiente, la variabilidad inter-regional entre los índices de cobertura del SAD revela la existencia de diferentes políticas regionales para atender a la dependencia. En tercer lugar, si las políticas regionales estuvieran conducidas por fuerzas de demanda, se observarían corrientes migratorias hacia aquellas regiones con programas más generosos. Los datos disponibles sobre desplazamientos de personas dependientes no son consistentes con esta hipótesis. Además, los dependientes de edad más avanzada, que mostraban mayores niveles de dependencia, eran los menos propensos a desplazarse a otra provincia[13].

---

[12] Al preguntar a los cuidadores informales qué mejoras consideran que son más necesarias, un 39,14% ha declarado que su prioridad sería incrementar la cobertura del SAD, frente a un 3,89% que considera que lo más necesario es construir más residencias. Por otra parte, un 71,12% de los cuidadores informales preferiría recibir atención en su hogar en caso de necesitarla en un futuro, y si no pudieran continuar viviendo en su domicilio actual preferirían mudarse a vivir con un hijo/a (48%) más que a un residencia (25%) (*Encuesta de Apoyo Informal*).

[13] Sólo el 7% de los individuos mayores de 65 años se ha desplazado a otro municipio/provincia para recibir un mejor tratamiento médico (*Encuesta de Discapacidad, Deficiencias y Estado de Salud*).

A continuación, se propone estimar un modelo para la probabilidad de recibir CF (para el total, y diferenciando entre públicos y privados) y para la fracción que representan los CI respecto al total de cuidados:

$$\Pr(C_F > 0) = \Phi(\alpha X + \beta d + \gamma d + \delta P + \varepsilon) \quad (1)$$
$$F_{CI} \mid HC_{CF} = \alpha X + \beta d + \gamma d + \delta P + \varepsilon \quad (2)$$

donde la ecuación (1) se estima mediante un probit y la ecuación (2) mediante MCO. Se obtienen errores estándar robustos a partir de la realización de clusters a nivel de provincia. La Tabla 4 del apéndice muestra los resultados.

Llama la atención la escasa significatividad de los niveles de dependencia a la hora de justificar la recepción de ayudas formales[14]. La justificación se encuentra en que el sistema que funcionaba en el año 2004 para acceder a los servicios públicos era totalmente distinto al Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia, vigente en la actualidad. En el año 2004, cada Comunidad Autónoma había desarrollado su propio sistema de valoración, en el que se ponderaban los recursos económicos, la edad, la situación personal y familiar, el estado de la vivienda, la dependencia funcional, la dependencia física y psíquica, y otros aspectos. Por esta razón, la probabilidad de recibir CF públicos aumenta cuando el dependiente vive solo. Sin embargo, en relación a las patologías sufridas, la probabilidad de recibir CF privados aumenta para las enfermedades mentales, pero esta variable no resulta significativa para los CF públicos.

A medida que el índice de cobertura del SAD aumenta, la probabilidad de recibir CF públicos crece y disminuye la probabilidad de CF privados. Es más, conforme aumenta el ratio entre la cobertura del SAD y los Centros de Día, disminuye la probabilidad de recibir CF privados (posible sustitución entre CF públicos y privados).

La fracción de CI disminuye cuando el dependiente vive solo, y aumenta a medida que crece el número total de horas de cuidado. Si aceptamos que las horas de cuidado informales aumentan en respuesta a las demandas del dependiente, el crecimiento de la F_{CI} demuestra que ambos tipos de cuidado no aumentan de forma paralela. Sólo cuando el cuidador pertenece a una asociación o el paciente tiene gran dependencia de nivel 2, observamos una disminución de F_{CI}. En ambos casos, se aprecia la implicación de un mayor número de cuidadores informales, de modo que como la F_{CI} mide la participación del cuidador principal (el único para el que se conocen las horas de cuidado) con respecto a los cuidados formales, cuando otros cuidadores secundarios participan, el principal se siente «aliviado»[15].

[14] Para descartar una posible multicolinealidad entre la lista de patologías y los grados de dependencia se han vuelto a estimar las ecuaciones excluyendo las enfermedades mencionadas, pero la significatividad de los grados de dependencia no ha cambiado.

[15] Si existe una red de 4 cuidadores informales (uno de los cuales es el principal) para un gran dependiente de nivel 2, la F_{CI} del cuidador principal es del 51%, pero aumenta hasta el 90% cuando el grado de dependencia es más leve.

4. Necesidades no satisfechas

Se ha utilizado el concepto de «necesidades no satisfechas» formulado por Davies (1977) como la diferencia entre el estado de bienestar actual y aquel que se desearía alcanzar (desde el punto de vista del dependiente o de su cuidador). Por consiguiente, pueden existir necesidades no satisfechas en dos situaciones: (1) cuando el dependiente (o su cuidador) han solicitado una prestación, y su petición ha sido denegada y (2) cuando se pregunta al cuidador cómo valora la situación en la que se encuentra el dependiente y éste responde «regular», «mal» o «muy mal». En este último caso, puede que exista una necesidad no satisfecha aunque el cuidador no tenga conocimiento de la existencia de alguno de los servicios sociales[16], ya que lo que estamos midiendo es la percepción de un nivel de bienestar inferior al que se desearía tener. Consideramos que no se puede responsabilizar al cuidador informal (o al dependiente) de la falta de información sobre los servicios sociales (McNie, 2007; Marks y otros, 2008).

Al considerar la estimación de la variable «necesidades no satisfechas» (NNS), hay que enfrentarse al problema de la potencial endogeneidad de la variable «horas de cuidado» debido a una medición imperfecta del grado de dependencia. Si la severidad de la discapacidad no está perfectamente determinada, y la discapacidad no observable incrementa tanto la probabilidad de recibir apoyo formal como la probabilidad de sufrir NNS, entonces el coeficiente estimado para dicha variable estará sesgado e indicará que la provisión de ayudas formales proporciona un beneficio mayor del que está justificado. Para tener en cuenta este problema de endogeneidad, se utilizará un enfoque de variables instrumentales. En primer lugar, se estima una modelo tobit para el número de horas de CF (públicas y privadas) con el mismo conjunto de variables demográficas, de discapacidad, entorno y política social que en las regresiones anteriores, y se utilizan los coeficientes estimados para predecir el número de horas formales (incluyendo aquellos individuos que reciben cero horas)[17].

A partir del número predicho de horas de cuidado, se asigna a los individuos un valor de «alto» si la cantidad de cuidado recibida se encuentra por encima del percentil 75, «medio» si se encuentra entre el percentil 26 y 74, o «bajo» si está por debajo del percentil 25[18]. Se repite este ejercicio dos veces: para las horas públicas de cuidado formal ($\hat{I}_{HC_{PU}}$) y para las horas privadas ($\hat{I}_{HC_{PR}}$). En una segunda etapa, se estima una ecuación para la variable NNS como función de $\hat{I}_{HC_{PU}}$ y $\hat{I}_{HC_{PR}}$, la predicción de

[16] Sólo el 59% de las personas dependientes (o sus cuidadores) conocen la existencia del servicio de Teleasistencia y de los Centros de Día (73% para las ayudas técnicas, 80% para el Servicio de Atención a Domicilio y 87% para los Servicios de Respiro).

[17] Se utiliza un enfoque similar para obtener predicciones del mix de horas de CF y CI para el conjunto de la muestra basándose en las estimaciones de la ecuación (2). Las estimaciones del modelo tobit están disponibles previa petición al autor.

[18] La elección de los percentiles del 25% y 75% para categorizar el número de horas de cuidado públicas y privadas, se ha deducido a partir de un análisis descriptivo de los datos, puesto que el 50% de los individuos recibe entre 9 y 10 horas de cuidado público

la fracción de cuidados informales recibidos ($\hat{F}_{CI}$) y el mismo conjunto de variables explicativas mencionadas antes, con la excepción del estado civil (tanto del dependiente como del cuidador), el número de hijos, la relación con la actividad económica (del dependiente y del cuidador) y el número de cuidadores informales[19]. Por tanto, la probabilidad de sufrir una NNS se puede estimar mediante una modelo probit:

$$\Pr(NNS = 1) = \Phi(\omega \hat{I}_{HC_{PU}} + \varpi \hat{I}_{HC_{PU}} + \lambda \hat{F}_{CI} + \eta \tilde{X} + \delta P + \mu) \qquad (3)$$

donde $\tilde{X}$ denota variables demográficas, de discapacidad y de entorno con la excepción del estado civil, la relación con la actividad económica y el número de hijos. Los resultados se muestran en la Tabla 5 del Apéndice.

Necesidades no satisfechas de Atención a Domicilio

La Atención a Domicilio agrupa diferentes actividades. Por esta razón se han realizado cuatro regresiones: (1) todas las actividades; (2) sólo tareas domésticas y cuidados personales; (3) sólo servicio de comidas, lavandería a domicilio y visitas de acompañamiento; (4) tareas domésticas, cuidados personales, servicios de comidas y lavandería a domicilio.

Cuanto mayor es la edad del dependiente, mayor es la probabilidad de NNS para el conjunto del servicio y para el apartado de comidas, lavandería y visitas. Además, los hombres son más propensos a padecer NNS de cocina y lavandería. Conforme aumenta el nivel de dependencia, aumentan la probabilidad de NNS (de 20,27% para moderado de nivel 1 a 45,38% para grande de nivel 2). Los dependientes con bajo nivel de ingresos tienen menos probabilidades de NNS, al contrario de lo que sucede para niveles de renta medios o medios altos. También se aprecia que el copago del SAD (resultado de multiplicar el coste de una hora de SAD por el porcentaje que debe asumir el usuario) en la regresión (3), y el coste por hora, en todas las regresiones, aumentan la probabilidad de NNS.

Respecto al lugar de residencia, el hecho de vivir en municipios de más de 200.000 habitantes o capitales de provincia aumenta las NNS para SAD (cocina, lavandería y visitas) enun 8,21%, aunque también se aprecia un aumento de las NNS para SAD en municipios de entre 2001-10.000 habitantes (4,04%).

Si relacionamos el SAD con los otros servicios sociales, la recepción de ayudas técnicas o Servicios de Respiro está asociada a un incremento en las NNS, lo cual indica que la atención personal o técnica en el hogar y la atención temporal en un centro no son sustituibles. Además, se observa una correlación positiva con la presencia de NNS para otros servicios (teleasistencia y Centros de Día, fundamentalmente).

[19] Para corroborar la idoneidad de la elección de las restricciones de exclusión, se procedió a incluirlas en las regresiones estimadas para cada una de las NNS y a continuación, contrastar su significatividad. Los resultados de los F-test muestran que dichas variables no son significativas al 1%.

Necesidades no satisfechas para Centros de Día

Las NNS aumentan para los pacientes con enfermedades mentales (9,91%) y con el grado de dependencia (19,51% para dependientes moderados y 52,06% para grandes dependientes de nivel 2). No obstante, los cuidadores que llevan entre 5 y 8 años o más de 12 años atendiendo al dependiente tienen menor probabilidad de NNS.

No se puede considerar que los Centros de Día y los Servicios de Respiro sean prestaciones sustitutivas entre sí, puesto que aquellos dependientes que utilizan Servicios de Respiro presentan una probabilidad significativa de sufrir NNS para Centros de Día. Aunque sí que pudiera existir una sustitución entre Centros de Día y SAD puesto que cuanto mayor es el índice de cobertura del SAD menores son las NNS de Centros de Día. Respecto al coste del servicio, la variable observabilidad del copago (que toma el valor 1 cuando se dispone del dato acerca del copago que debe afrontar el usuario por recibir la prestación) resulta significativa.

Necesidades no satisfechas para Servicios de Respiro

Resulta coherente el resultado de que cuando mayor sea el número de horas públicas o privadas de CF, menor es la probabilidad de NNS, puesto que en ese caso el cuidador informal no se sentirá tan desbordado como si toda la carga de los cuidados recayera sobre él. Si el dependiente sufre enfermedades mentales, la probabilidad de NNS aumenta un9,94%. Es obvio que la vida de un cuidador es mucho más complicada y estresante cuando el dependiente tiene problemas mentales, por lo que los periodos de descanso se convierten en algo imprescindible. Sin embargo, en muchos casos el cuidador se enfrenta a un doble problema. Por un lado, el comportamiento del dependiente puede verse alterado ante cambios repentinos de su entorno, y por otro, no todos los centros residenciales tienen plazas disponibles para estos enfermos[20].

Las NNS aumentan un 10% para municipios de más de 200.000 habitantes o capitales de provincia, o cuando el cuidador dedica más de 9 horas diarias al dependiente. (entre un 4% y 5%)

Por último, cuando se recibe SAD la probabilidad de NNS para Servicios de Respiro disminuye (7%), pero el coste por hora del SAD ejerce un efecto en sentido contrario.

5. Efectos de diferentes políticas sobre el número de horas de asistencia formal

Se propone utilizar los parámetros estimados en los modelos anteriores con el fin de predecir el número de horas de cuidado formal que recibiría un individuo bajo diferentes escenarios. Consideramos tres variables de política económica: el índice

[20] Por ejemplo, el porcentaje de plazas psicogeriátricas en Andalucía y Castilla León es inferior al 1%.

de cobertura del Servicio de Atención a Domicilio (máximo para Extremadura (7,41) y medio para Cataluña (3,87)[21]); el ratio entre los índices de cobertura del SAD y los Centros de Día (máximo para Extremadura (16,84) y mínimo para País Vasco (3,22)) y el coste de una hora de SAD (máximo para Navarra (20,40), medio para Comunidad Valenciana (10,05) y mínimo para Extremadura (5,56)) (véase Tabla 7 del Apéndice).

Una vez estimado el modelo para el número de horas de CF públicas, se predice el número de horas de atención formal que un individuo dependiente recibiría bajo diferentes situaciones. A continuación, se comparan los resultados de la distribución predicha de horas formales con la distribución actual.

La Tabla 6 del Apéndice muestra el resultado de las doce simulaciones. Las dos mejores combinaciones de política económica en términos del porcentaje de individuos que recibe un número medio o alto de horas de cuidado son alta cobertura del SAD, alto ratio de los índices SAD-Centros Día y coste del SAD medio o alto (combinaciones 7 y 8). Si se adoptaran una de estas dos políticas el 44,09% (26,00%) recibiría un número medio de horas formales y un 55,91% (74,00%) recibiría un número alto de horas.

El hecho de que la combinación 9 (cobertura media de SAD, ratio SAD-C. Día elevado y bajo coste por hora) reporte peores resultados (26,31% recibiría un número bajo de horas, 13,24% mediano, 60,45% alto) podría estar relacionado con la relación entre coste, número de horas de cuidado y tiempo dedicado a tareas personales[22]. Comparando el coste del servicio y la distribución de los tiempos, parece que el SAD es más caro cuando se dedica más tiempo a los cuidados personales (País Vasco (15 euros/hora) y 69% del tiempo dedicado a cuidados personales; Cataluña (10,24 euros/hora) y 76% para cuidados personales). De hecho, Cataluña es la región que mejor se aproxima a la simulación seleccionada, porque el índice de cobertura del SAD, el coste por hora (10,74 euros/hora) y el ratio entre los índices de cobertura entre SAD-Centros de Día (8,91) se encuentran en torno a la media.

Podemos concluir que las políticas que persiguen un incremento del gasto en cuidados de larga duración son efectivas y que las Administraciones Autonómicas deberían homogeneizar el reparto de tiempo entre tareas domésticas y cuidados personales.

---

[21] No incluimos la alternativa «bajo índice de cobertura del SAD» debido a que el propósito de este ejercicio es aumentar el número de horas y el número de personas que se benefician de este servicio.

[22] Por ejemplo, Navarra tiene el mayor coste de SAD de toda España (20,40 euros/hora), el promedio de horas recibidas es de 8 horas/mes, de los cuales el 80% del tiempo está dedicado a cuidados personales y el 20% a labores domésticas, es decir, el individuo recibe 6.4 horas/mes destinadas exclusivamente a su cuidado personal. En el extremo opuesto, Extremadura tiene el coste más bajo (5,56 euros/hora), el dependiente recibe un promedio de 22 horas/mes, de los cuales el 80% está dedicado a tareas domésticas, es decir, sólo se reciben 4,4 horas para cuidados personales (por consiguiente, menos que Navarra).

6. Conclusiones

Este trabajo es el primero en aplicar el Baremo de Valoración aprobado por la Ley de Dependencia a una muestra de individuos con discapacidades, con el propósito de analizar si sufren necesidades no satisfechas. Además, se han llevado a cabo diferentes simulaciones sobre qué cambios en la provisión del Servicio de Atención a Domicilio conducirían a una mejora en la calidad de vida de las personas dependientes.

Los resultados obtenidos remarcan la necesidad de que las Comunidades Autónomas acrecienten sus esfuerzos en la provisión del Servicio de Atención a Domicilio y de los Centros de día, especialmente en aquellas regiones más sesgadas hacia los servicios institucionales. También es importante reconocer que la capacidad de los cuidadores es limitada y que algunos de ellos no pueden suministrar toda la atención requerida por el dependiente.

Es interesante constatar la importancia de las variables «ingreso del dependiente» y «copago». En primer lugar, se ha observado que los individuos de rentas medias o medias-altas tienen mayores probabilidades de sufrir necesidades no satisfechas. De hecho, la variable ingreso era una de las ponderaban los servicios sociales de las Comunidades Autónomas a la hora de conceder las prestaciones. Con la nueva Ley de Dependencia «la prioridad en el acceso a los servicios vendrá determinada por el grado y nivel de dependencia y, a igual grado y nivel, por la capacidad económica del solicitante» (artículo 14.6).

En segundo lugar, y respecto a la contribución del usuario al coste del servicio, las estimaciones han evidenciado que un copago elevado en Servicios de Atención a Domicilio o Centros de Día ejercía un efecto significativo sobre la probabilidad de padecer necesidades no satisfechas. Por su parte, la Ley de Dependencia establece que los beneficiarios pagarán una parte del servicio recibido («los beneficiarios de las prestaciones de dependencia participarán en la financiación de las mismas, según el tipo y el coste del servicio y su capacidad económica personal»; artículo 33.1), Aunque «ningún ciudadano quedará fuera de la cobertura del Sistema por no disponer de recursos económicos» (artículo 33.4). Con la entrada en vigor de la Resolución de 2 de diciembre de 2008, sobre determinación de la capacidad económica del beneficiario y sobre los criterios de participación de éste en las prestaciones, se tendrán en cuenta tanto la renta como el patrimonio del individuo (artículo 1). Por ejemplo, en el caso de la Atención Domiciliaria, si la capacidad económica es igual o inferior al IPREM no se pagará nada, pero si es superior se contribuirá con un porcentaje de entre el 10% y el 65% del coste del servicio (artículo 1.b). Por consiguiente, es de esperar que este aspecto genere una gran controversia y debería ser objeto de futuros análisis a la luz de los nuevos datos.

Si existieran datos disponibles, una futura de línea de investigación consistiría en comparar las necesidades no satisfechas en dos momentos del tiempo y definir una variable que midiera la reducción en la necesidad no satisfecha. De esta forma, se podría contrastar si una disminución en la necesidad no satisfecha, incluso aunque ésta no desapareciera del todo, implicaría una mejora en la calidad de vida del

dependiente. Por último, sería muy interesante conocer si algunas necesidades no satisfechas son más prioritarias que otras y si una reducción considerable en una necesidad no satisfecha severa puede ser más valiosa que una desaparición de una necesidad no satisfecha de carácter moderado.

Referencias

[1] AOUN, S., PENNEBAKER, D., WOOD, C. (2004). Assesing population need for mental health care: a review of approaches and predictors. *Mental Health Services Research* 6, pp. 33-46.

[2] ALBERT, S., BRASSARD, A., SIMONE, B., STERN, Y. (2004). Older adults's reports of formal care hours and administrative records. *Gerontologist* 44, pp. 186-192.

[3] ALONSO, J., CODONY, M., KOVESS, V., ANGERMEYER, M., KATZ, S., HARO, J., GIROLAMO, G., GRAAF, R., DEMYTTENAERE, K., VILAGUT, G., ALMANSA, J., LÉPINE, J., BRUGHA, T. (2007). Population level of unmet needs for mental healthcare in Europe. *British Journal of Psychiatry* 190, pp. 299-306.

[4] ALLEN, S., MOR, V. (1997). The prevalence and consequence of unmet needs: contrasts between older and younger people with disabilities. *Medical Care* 35, pp. 1132-1148.

[5] DAVIES, B. (1977). «Needs and outputs». En H. Heisler (Ed.), *Fundamentals of Social Administration*. Londres, Macmillan.

[6] DEPARTMENT OF HEALTH SOCIAL SERVICES INSPECTORATE (1991). *Care management and assessment: practitioners' guide*. Londres, HMSO.

[7] LIBRO BLANCO DE LA DEPENDENCIA (2004). IMSERSO.

[8] LONG, S., LIU, K., BLACK, K., O'KEEFFE, J., MOLONY, S. (2005). Getting by in the community: lessons from frail elders. *Journal of Aging and Social Policy* 17, pp. 19-44.

[9] MARKS, B., SISIRAK, J., HSIEH, K. (2008). Health services, health promotion and health literacy: Report from the State of the Science in Aging with Developmental Disabilities Conference. *Disability and Health Journal* 1, pp. 136-142.

[10] McNIE, E. C. (2007). Reconciling the supply of cientific information with user demands: an analysis of the problem and review of the literature. *Environmental Health and Policy* 10, pp. 17-38.

[11] ORFILA, A., RUIGÓMEZ, A., FERRER, M., ANTÓ, J. (1997). Unmet health care needs and mortality among Spanish elderly. *American Journal of Public Health* 87, pp. 365-370.

[12] OTERO, A., GARCÍA DE YÉBENES, M. J., RODRÍGUEZ-LASO, A., ZUNZUNEGUI, M. V. (2003). Unmet home care needs among community-dwelling elderly people in Spain. *Aging Clinical and Experimental Research* 15, pp. 234-242.

[13] STEVENS, A., GABBAY, J. (1991). Needs assessment. *Health Trends* 23, pp. 20-23.

[14] STEVENS, A., RAFTERY, J. (1994). Introduction in health care needs assessment. *The epidemiological needs assessment review,* vol 1. Ed. Radcliffe.

[15] TOMÁS, C., MORENO, L., GERMÁN, C., ALCALÁ, T., ANDRÉS, E. (2002). Dependencia y necesidades de cuidados no cubiertas de las personas mayores de una zona de salud de Zaragoza. *Revista Española de Salud Pública* 76, pp. 215-226.

[16] WILLIAMS, J., LYONS, B., ROWLAND, D. (1997). Unmet long-term care needs of elderly people in the community: a review of the literature. *Home Health Care Services Quarterly* 16, p. 93.

APÉNDICE

TABLA 1
COMPARACIÓN ENTRE EL BAREMO DE VALORACIÓN DE LA LEY DE DEPENDENCIA Y LA INFORMACIÓN DE LA ENCUESTA DE APOYO INFORMAL

Baremo de Valoración (Ley de Dependencia)		**Encuesta de Apoyo Informal**	
1. Comer y beber	17,8 (10)	**1.** Comer y beber	17,8 (10)
Abrir botellas y latas	0,10	Comer	1
Cortar la carne	0,25		
Utilizar los cubiertos	0,25		
Sujetar un vaso con la mano	0,15		
Acercar un vaso a la boca	0,15		
Beber	0,10		
2. Regulación de la micción/ defecación	14,8 (7)	**2.** Regulación de la micción/ defecación	14,8 (7)
Ir al lugar apropiado	0,20	Utilizar el WC	0,55
Vestirse/Desvestirse	0,15	Sin información	-
Adoptar la postura adecuada	0,20	Sin información	-
Limpiarse	0,20	Rehúsa tareas de limpieza	0,20
Control de la micción	0,10	Necesita pañales para la micción	0,10
Control de la defecación	0,15	Necesita pañales para la defecación	0,15
3. Lavarse	8,8 (8)	**3.** Lavarse	8,8 (8)
Lavarse las manos	0,15	Sin información	-
Lavarse la cara	0,15	Sin información	-
Lavarse la parte inferior del cuerpo	0,35	Rehúsa bañarse	0,65
Lavarse la parte superior del cuerpo	0,35	Bañarse/Ducharse	0,35
4. Otros cuidados personales	2,9 (2)	**4.** Otros cuidados personales	2,9 (2)
Peinarse	0,30	Sin información	-
Cortarse las uñas	0,15	Sin información	-
Lavarse el pelo	0,25	Sin información	-
Cepillarse los dientes	0,30	Arreglarse	1
5. Vestirse	11,9 (11,6)	**5.** Vestirse	11,9 (11,6)
Ponerse los zapatos	0,15	Sin información	-
Abotonarse	0,15	Abotonarse	0,3
Vestirse la parte superior del cuerpo	0,35	Vestirse	0,7
Vestirse la parte inferior del cuerpo	0,35	Sin información	-
6. Mantenimiento de la salud	2,9 (11)	**6.** Mantenimiento de la salud	2,9 (11)
Aplicar medidas terapeúticas	0,25	Puede ir al docotor	0,25
Evitar riesgos en el hogar	0,25	Tiene accidentes	0,5
Evitar riesgos fuera del hogar	0,25	Sin información	-
Llamada de socorro	0,25	Puede realizar una llamada de socorro	0,25

TABLA 1 ***(continuación)***
COMPARACIÓN ENTRE EL BAREMO DE VALORACIÓN DE LA LEY DE DEPENDENCIA Y LA INFORMACIÓN DE LA ENCUESTA DE APOYO INFORMAL

Baremo de Valoración (Ley de Dependencia)		**Encuesta de Apoyo Informal**	
7. Transferencias corporales	7,4 (2)	**7.** Transferencias corporales	7,4 (2)
Sentarse	0,15	Sin información	-
Acostarse	0,10	Sin información	-
Levantarse	0,20	Sin información	-
Cambio de postura desde sentado	0,25	Sin información	-
Cambio de postura desde la cama	0,30	Ir a la cama /Levantarse	1
8. Desplazarse dentro del hogar	12,3 (12,1)	**8.** Desplazarse dentro del hogar	12,3 (12,1)
Relacionados con el autocuidado	0,50	Sin información	-
No relacionados con el autocuidado	0,25	Se siente desorientado en el hogar	0,50
Acceso a todos los equipamientos	0,10	Sin información	-
Acceso a todas las habitaciones	0,15	Pasea dentro del hogar	0,50
9. Desplazarse fuera del hogar	13,2 (12,9)	**9.** Desplazarse fuera del hogar	13,2 (12,9)
Salir fuera de la casa/edificio	0,25	Rehúsa salir fuera del hogar	0,25
Caminar cerca de la casa/edificio	0,25	No hay información	-
Caminar distancias cortas	0,10	No hay información	-
Caminar distancias largas	0,15	Se siente desorientado en el exterior	0,5
Utilizar medios de transporte	0,25	Utiliza el transporte público	0,25
10. Tareas domésticas	8 (8)	**10.** Tareas domésticas	8,0 (8)
Cocinar	0,45	Cocinar	0,45
Ir de compras (por comida)	0,25	Ir de compras (por comida)	0,25
Limpiar la casa	0,20	Amontonar objetos inútiles	0,20
Lavar la ropa	0,10	Otras tareas domésticas	0,10
11. Toma de decisiones	(15,4)	**11.** Toma de decisiones	(15,4)
Actividades de autocuidado	0,30	Olvida medicación/come alimentos prohibidos	(0,30)
Actividades de movilidad	0,20	Moverse	(0,20)
Tareas domésticas	0,10	Incapaz de encontrar sus pertenencias	(0,10)
Relaciones personales	0,20	Física/verbalmente agresivo	(0,20)
Uso de dinero	0,10	Administrar su dinero	(0,10)
Uso de servicios públicos	0,10	Realizar negocios	(0,10)

Fuente:Elaboración propia a partir de la Encuesta de Apoyo Informal y Ley de Dependencia.
www.seg-social.es/imserso/dependencia/manualusoBVD.pdf;
Las puntuaciones entre paréntesis se aplican a los enfermos mentales.

TABLA 2
COMPARACIÓN ENTRE LA INFORMACIÓN SOBRE EL GRADO DE APOYO ENTRE EL BAREMO DE VALORACIÓN DE LA LEY DE DEPENDENCIA Y LA ENCUESTA DE APOYO INFORMAL

Coeficiente de apoyo	**0.9**	**0.9**	**0.95**	**1**
Ley de Dependencia	**Supervisión**	**Asistencia física**	**Asistencia física**	**Asistencia especial**
Encuesta de Apoyo Informal	A veces puede hacer la tarea por sí mismo. Una tercera persona está vigilando.	No puede hacer la tarea por sí mismo. Precisa la colaboración de una tercera persona. (Frecuencia: Siempre o A menudo)	No puede hacer la tarea por sí mismo. Una tercera persona debe hacerla por él (Frecuencia: Siempre o A menudo)	Enfermedad mental

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Apoyo Informal y Ley de Dependencia www.seg-social.es/imserso/dependencia/manualusoBVD.pdf.

TABLA 3
ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS (UTILIZANDO PESOS MUESTRALES)

	No dependiente	**Dependiente moderada**		**Dependencia severa**		**Gran dependencia**	
		Nivel 1	**Nivel 2**	**Nivel 1**	**Nivel 2**	**Nivel 1**	**Nivel 2**
Características del dependiente							
Hombre	0,3090	0,2978	0,3427	0,3225	0,3346	0,2235	0,4905
Edad							
60-69	0,1536	0,0722	0,0751	0,1060	0,0719	0,0535	0,0000
70-79	0,3364	0,3556	0,2972	0,3069	0,3533	0,2241	0,2751
80-89	0,4162	0,4006	0,4738	0,4414	0,3797	0,5104	0,3417
90 y más	0,0938	0,1716	0,1540	0,1457	0,1952	0,2119	0,3832
Estado civil							
Soltero	0,0542	0,0672	0,0531	0,0384	0,0348	0,0370	0,0487
Casado	0,3325	0,3547	0,3741	0,4347	0,4067	0,2774	0,3940
Viudo	0,5795	0,5633	0,5577	0,5255	0,5483	0,6781	0,5572
Separado/ Divorciado	0,0337	0,0104	0,0151	0,0013	0,0102	0,0075	0,0000
Nivel de educación							
Sin estudios	0,5691	0,6087	0,6108	0,6934	0,5985	0,6836	0,7923
Primarios	0,3653	0,3550	0,3467	0,2628	0,3667	0,2845	0,2077
Secundarios	0,0427	0,0212	0,0310	0,0399	0,0192	0,0115	0,0000
Superiores	0,0221	0,0151	0,0115	0,0039	0,0106	0,0087	0,0000
Tiene un cuidador permanente	0,7405	0,7837	0,8123	0,7891	0,8064	0,7461	0,7333
Número de cuidadores informales	1,8782	2,1021	2,0136	2,3861	2,3676	2,2030	3,3829
Vive solo	0,4221	0,2235	0,2421	0,2164	0,1703	0,2316	0,1189

TABLA 3 ***(continuación)***

ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS (UTILIZANDO PESOS MUESTRALES)

	No dependiente	Dependiente moderada		Dependencia severa		Gran dependencia	
		Nivel 1	Nivel 2	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 1	Nivel 2
Tamaño del municipio							
<=2,000	0,0853	0,0912	0,0372	0,1225	0,1172	0,0731	0,1264
2,001-10,000	0,1729	0,1751	0,2534	0,2278	0,2083	0,2909	0,1151
10,001-200,000	0,3495	0,4290	0,4102	0,3647	0,4310	0,4715	0,4751
>200,000 o capitales	0,3924	0,3047	0,2992	0,2849	0,2436	0,1645	0,2834
Ingreso mensual							
Ninguno	0,1037	0,1675	0,1828	0,1671	0,1621	0,2533	0,0674
<300€	0,5731	0,5369	0,6303	0,5994	0,4950	0,5884	0,6470
301€-600€	0,0702	0,0888	0,1023	0,0690	0,1052	0,0367	0,1452
601€-1.200€	0,0142	0,0044	0,0030	0,0022	0,0043	0,0025	0,0000
>1.200€	0,0355	0,0276	0,0097	0,0421	0,0884	0,0142	0,0000
Características del cuidador							
Pertenece a una asociación	0,0537	0,0609	0,0439	0,0615	0,0517	0,0617	0,1631
Ha recibido preparación específica	0,1082	0,0886	0,1021	0,0880	0,1184	0,0875	0,1151
Satisfacción con la atención recibida							
Muy satisfecho	0,6222	0,6153	0,7074	0,6351	0,7467	0,5906	0,3120
Satisfecho	0,3064	0,3284	0,2652	0,3072	0,2205	0,3089	0,4831
Regular	0,0044	0,0019	0,0046	0,0008	0,0070	0,0000	0,0000
Insatisfecho	0,0044	0,0019	0,0046	0,0008	0,0070	0,0000	0,0000
Muy insatisfecho	0,0095	0,0000	0,0000	0,0092	0,0000	0,0169	0,0000
Conocimiento de los servicios sociales							
Ayudas técnicas	0,6631	0,6854	0,7702	0,7717	0,7614	0,6978	0,8653
Asistencia a domicilio	0,7748	0,7736	0,7625	0,7821	0,8425	0,7522	0,7752
Teleasistencia	0,5625	0,5602	0,6246	0,5336	0,5828	0,5442	0,7865
Centro de Día	0,5838	0,6171	0,5557	0,5474	0,5912	0,4249	0,5008
Centro Residencial	0,8800	0,8879	0,8340	0,8201	0,8690	0,8904	0,8487
N	538	275	172	242	139	124	14

TABLA 4

ESTIMACIÓN DE LOS EFECTOS MARGINALES PARA LA PROBABILIDAD DE RECIBIR CUIDADOS FORMALES Y ESTIMACIÓN DE LA ECUACIÓN PARA LA FRACCIÓN DE CUIDADOS INFORMALES

	Recibe atención formal			Fracción de CI sobre el total
	Total	Pública	Privada	
Características del dependiente				
Hombre	-0,0271	-0,0036	-0,0213***	-0,0005
Edad				
70-79	0,0267	-0,0201	0,0293	0,0001
80-89	0,0493	0,0162	0,0177	-0,0283
90 y más	0,0261	-0,0188	0,0361	-0,0956*
Estado civil				
Soltero	0,9054***	0,9731***		
Casado	0,9781***	0,9084***		
Viudo	0,8178***	0,5517***		
Separado/ Divorciado	0,8714***	0,9605***		
Nivel de educación				
Sin estudios	-0,2929**	0,5391***	-0,2253***	
Primarios	-0,1983*	0,8505***	-0,1195**	
Secundarios	-0,1180	0,9525***	-0,0446	
Superiores	-0,0844	0,9223	-0,0361	
Patologías				
Enfermedad mental	0,0351	-0,0008	0,0402***	-0,0132
Cáncer	-0,0476	-0,0104	-0,0271**	-0,0438
Problemas respiratorios	0,0088	-0,0076	0,0160*	0,0445
Problemas osteoarticulares	-0,0067	0,0139	-0,0104*	-0,0023
Problemas cardiovasculares	-0,0351***	-0,0160***	-0,0032	0,0280
Ingresos mensuales				
Ninguno	-0,0216	0,0011	-0,0054	0,0233
<300€	-0,0018	-0,0195	-0,0024	0,0137
301€-600€	0,0268	-0,0005	0,0426*	-0,0292
601€-1.200€	-0,0382	0,0008	-0,0018	0,0553
>1.200€	-0,0024	0,0403	-0,0201	-0,0102
Vive solo	0,0784**	0,0308**	0,0263***	-0,0528*
Tamaño del municipio				
2.001-10.000	0,0402	0,0198	0,0042	-0,0714
10.001-200.000	-0,0333	0,0083	-0,0248	-0,0527
>200.000 o capital	0,0199	0,0121	0,0254	-0,1045
Número de cuidadores informales	0,0100	0,0088***	0,0015	-0,0002
Grado de dependencia				
Moderado. Nivel 1	-0,0060	0,0000	-0,0085	0,0000
Moderado. Nivel 2	0,0099	0,0094**	-0,0057	-0,0416
Severo. Nivel 1	0,0293	0,0402	0,0064	-0,0136
Severo. Nivel 2	0,0459***	0,0407***	0,0307	0,0034
Grande. Nivel 1	0,0855	0,0338	0,0591	0,0068
Grande. Nivel 2	0,3056	0,2307	0,0781	-0,1206*
Características del cuidador				
Hombre	-0,1647	0,9427	0,0046	-0,0341
Cuidador permanente	-0,1525	0,9438	0,1856	-0,0220

TABLA 4 ***(continuación)***

ESTIMACIÓN DE LOS EFECTOS MARGINALES PARA LA PROBABILIDAD DE RECIBIR CUIDADOS FORMALES Y ESTIMACIÓN DE LA ECUACIÓN PARA LA FRACCIÓN DE CUIDADOS INFORMALES

	Recibe atención formal			**Fracción de CI sobre el total**
	Total	**Pública**	**Privada**	
Edad				
31-49	0,1488	0,9247**		0,0261
50-64	0,9765	0,9916	0,9941	0,0394
65 y más	0,9950*	0,9413	0,9571**	0,0216
Estado civil				
Soltero	-0,9981	0,9640***		
Casado	-0,9461	0,9851***		
Viudo	-0,0837	-0,0253***		
Separado/ Divorciado	-0,0931*	-0,0216***		
Nivel de educación				
Sin estudios	0,0540***	0,0196***	0,0402***	
Primarios	0,0557***	0,0412***	0,0607***	
Secundarios	0,0553***	0,0539***	0,0739***	
Superiores	0,0637***	0,0749***	0,0821***	
Relación con la activ. económica				
Ocupado	-0,0157	-0,0164	-0,0020	
Jubilado	-0,0372	-0,0154	-0,0113	
Desempleado	-0,0626	-0,0268	-0,0242	
Labores del hogar	-0,0263	-0,0058	-0,0003*	
Tiene hijos				
Edad <3	-0,0535	0,0246	0,0087	
Edad 3-18	-0,0005	-0,0094**	-0,0028	
Edad 18-25	-0,0281	-0,0122	-0,0181	
Horas diarias de cuidado				
3-5	-0,0177	-0,0026	0,0078	0,0765***
6-8	-0,0536	-0,0062	-0,0340	0,2020***
9-16	0,1407	0,0273	0,1026	0,3841***
17-24	-0,0536	-0,0018	0,0257	0,4916***
Número de años de cuidado				
3-4	0,0186	0,0029	-0,0114	0,0147
5-8	-0,0708	-0,0422*	-0,0161	0,0606
9-12	-0,0454	-0,0217	0,0181	0,0141
>12	-0,1252***	-0,0792	0,0274	0,0193
Pertenencia a alguna asociación	0,0295	0,0031**	0,0247	-0,0754*
Ha recibido preparación específica	0,1201	0,1590	0,0472	-0,0379
Variables de política económica				
Índice de cobertura del SAD	-0,0024	0,0132***	-0,0127***	0,0197*
Ratio SAD/ Centro Día	-0,0056	0,0008	-0,0068***	-0,0021
Coste por hora del SAD	-0,0110***	-0,0012	-0,0091***	0,0177**
Constante				0,0645
N	1504	1504	1504	236
Log likelihood	-578,33	-341,35	-292,29	
R^2	0,1417	0,1781	0,2611	0,1551

Errores estándar robustos. Clusters por provincias. Utilización de pesos muestrales. Variables omitidas: dependiente (edad 60-69, estado civil no declarado, nivel de educación no declarado, nivel de ingresos no declarado, tamaño del municipio <10.000), cuidador (menos de 30 años, estado civil no declarado, nivel de educación no declarado, otra relación con la actividad económica, número de horas de cuidado <2, número de años de cuidado <2). La estimación MCO para la fracción de CI está restringida a la muestra de lso que reciben atención forma (N=236). (91 sólo pública, 123 sólo privada y 22 tanto pública como privada)

TABLA 5
ESTIMACIÓN DE LAS PROBABILDADES MARGINALES PARA LAS NECESIDADES NO SATISFECHAS

	Servicio de Atención a Domicilio				Centro de Día	Servicios de Respiro
	(1)	(2)	(3)	(4)		
Horas de cuidado recibidas						
Horas predichas CF privados						
Alto	-0,1048	-0,0344	0,0004	-0,0450	-0,0659	-0,1388***
Medio	0,0019	-0,0042	0,0010***	-0,0067	0,0040	0,0855**
Horas predichas CF públicas						
Alto	-0,0659	-0,0113	0,0007	-0,0021	-0,0976	-0,2334**
Medio	-0,0532	0,0063	0,0002	0,0098	-0,0688	-0,0051
Fracción CI	0,3769*	-0,0614	-0,0028***	-0,0516	0,4366**	-0,0235
Características dependiente						
Hombre	0,0145	0,0818	0,1106***	0,0385**	-0,0283	0,0009
Edad						
80-79	0,0811**	-0,0387*	0,0546***	-0,0390*	-0,0152	0,0001
80-89	0,0976***	-0,0335	0,0789**	-0,0329	-0,0433	-0,0018
90 y más	0,1226*	-0,0156	0,1011**	-0,0270	-0,0074	0,0040
Patologías						
Enf. Mental	0,0868***	-0,0251	-0,0022***	-0,0331**	0,0991***	0,0994***
Cáncer	0,0059	0,0590	0,0002	0,0510	-0,0102	0,0215
Prob. Respiratorios	0,0497	0,0029	0,0003	0,0183	-0,0014	-0,0052*
Prob. Osteoarticulares	0,0051	0,0033	-0,0006*	-0,0035	-0,0179	-0,0010
Prob. Cardiovasculares	-0,0319	0,0314	0,0000	0,0233	-0,0320	0,0128**
Nivel dependencia						
Moderado. Nivel 1	0,0771	0,0457*	-0,0001	0,0643**	0,0295	0,0070
Moderado. Nivel 2	0,2027***	-0,0060	0,0015	0,0177	0,1951***	-0,0039
Severo. Nivel 1	0,2250***	0,0474	0,0114**	0,0749**	0,1867***	-0,0033
Severo. Nivel 2	0,2974***	0,0244	-0,0002	0,0399	0,2802***	-0,0006
Grande. Nivel 1	0,2627***	0,0566*	0,0001**	0,0938**	0,2159***	-0,0009
Grande. Nivel 2	0,4538**	0,0596		0,0928	0,5206**	
Ingresos						
Ninguno	-0,1045**	0,0683**	-0,0404**	0,0462	-0,0802	0,0010
<300€	-0,1500**	0,0431**	-0,0402**	0,1393**	0,0216	0,0114**
301-600€	0,0296	0,0016	-0,0703**	-0,0096	0,1032	-0,0034
601-1.200€	0,1042	0,0089	0,0093	0,0456	0,0218	
>1.200€	-0,1011	-0,2232**	0,2029**	-0,0285	-0,0706	
Vive solo	0,0595	-0,0006	0,0035***	0,0107	0,0338	0,0024
Tamaño municipio						
2.001-10.000	-0,0171	-0,0091	0,0404**	-0,0150	-0,0310	0,0019*
10.001-200.000	0,0013	-0,0184	-0,0003	-0,0145	0,0020	0,0059**
>200.000 o capital	-0,0200	-0,0042	0,0821**	0,0121	0,0383***	0,1010***
Características Cuidador						
Horas diarias						
3-6	-0,0391	-0,0285	-0,0001	-0,0312	0,0061	0,0131
6-8	-0,0552	0,0183	0,0017	0,0135	-0,0317	0,0393*
9-16	-0,0246	-0,0170	0,0002	-0,0180	0,0146	0,0520**
17-24	-0,0325	0,0027	0,0117***	0,0085	-0,0485	0,0425**
Años cuidado						
3-4	-0,0603*	-0,0252	0,0000	-0,0212	-0,0561*	-0,0075**
5-8	-0,1042***	0,0041	0,0002	0,0103	-0,1011***	-0,0006
9-12	-0,0037	-0,0037	0,0002	-0,0022	-0,0336	-0,0045
>12	-0,1080*	-0,0031	-0,0001	-0,0039	-0,1027***	-0,0038

TABLA 5 ***(continuación)***

ESTIMACIÓN DE LAS PROBABILDADES MARGINALES PARA LAS NECESIDADES NO SATISFECHAS

	Servicio de Atención a Domicilio				Centro de Día	Servicios de Respiro
	(1)	(2)	(3)	(4)		
Pertenece asociacion	0,0418	-0,0268	0,0006*	-0,0306	0,0228	-0,0018
Ha recibido preparación	-0,0377	-0,0121	-0,0002	-0,0038	0,1108	0,0271
Variables de política social						
Índice de Cobertura SAD	0,0211	-0,0107	-0,0084	-0,0099	0,1560**	-0,0025
Ratio I. Cobertura SAD/C. Día	-0,0111	0,0026	0,0097	0,0043	-0,0113	0,0025
Coste por hora SAD	0,0027**	0,0083**	0,0082**	0,0094**	-0,0061	0,0220**
Observabilidad						
SAD	-0,0691	0,0246	0,0011***	0,0211		
C. Día					0,1299**	
Copago						
SAD	0,0742	-0,0096	0,0033***	-0,0071		
C. Día					0,0080	
Conoce otros servicios						
SAD					-0,0031	-0,0051
C. Día	-0,0682	-0,0298*	0,0007**	-0,0322*		0,0021
Serv. Respiro	-0,0713*	0,0209	0,0002	0,0157	-0,0948***	
Teleasistencia	0,0264	-0,0274	0,0002	-0,0205	0,0361	0,0052
Ayudas Técnicas	-0,0255	0,0076	0,0003*	0,0113	-0,0211	0,0035*
Usa otros servicios						
SAD					-0,0492	-0,0771**
C. Día	-0,0542	0,0518	0,0001	0,0501		0,2065
Serv. Respiro	0,5726**	0,2556**	0,0002	0,3117	0,4716**	
Teleasistencia	0,1258	0,0597	0,0056	0,0570	0,0590	-0,0057
Ay. Técnicas	0,0674*	-0,0018*	0,0079	-0,0058	0,0576*	0,0036
Otras necesidades no satisfechas						
SAD					0,7299***	-0,0015***
C. Día	0,8974***	0,3338***	0,2543***	0,0506***		0,0486***
Serv. Respiro	0,2685***	0,1623***	0,1124***	0,2177***	0,7122***	
Teleasistencia	0,2996***	0,3268***	0,2765***	0,4149***	-0,0116	0,1296***
AyudasTécnicas	0,0111	-0,0224	-0,0109	-0,0157	-0,0061	0,0049***
N	1.504	1.504	1.504	1.504	1.504	1.504
Log likelihood	-338,236	-216,434	-223,65	-214,857	-224,75	-56,595
R^2	0,5687	0,2604	0,4503	0,2101	0,6661	0,5109

(1): Atención a domicilio (todos los tipos); (2): Atención a domicilio (Tareas domésticas y cuidado personal); (3): Atención a domicilio (Cocina, lavandería y visitas); (4): Atención a Domicio (Cuidado personal, tareas domésticas, lavandería, cocina). Errores estándar robustos. Clusters por provincias. Utilización de pesos muestrales de la encuesta. Variables omitidas: horas predichas de cuidado formal privado (Bajo), horas predichas de cuidado formal público (Bajo), dependiente (edad 60-69, ingresos mensuales no disponibles, tamaño del municipio <10.000 habitantes), cuidador (número de horas de cuidado <2, número de años de cuidado <2).

TABLA 6

EFECTOS DE LAS SIMULACIONES SOBRE EL NÚMERO DE HORAS MENSUALES DEL SERVICIO DE ATENCIÓN A DOMICILIO (SAD)

	% personas que reciben SAD (en función del número de horas)		
	Bajo	**Medio**	**Alto**
Caso base: no simulación	25,0	75,0	25,0
Índice de cobertura de SAD: Alto			
Ratio índices de cobertura SAD/C. Día: Alto			
Coste una hora de SAD:			
1. Alto	88,15	4,34	7,51
2. Medio	74,17	-	25,83
3. Bajo	47,29	14,56	38,15
Índice de cobertura de SAD: Alto			
Ratio índices de cobertura SAD/C. Día: Bajo			
Coste una hora de SAD:			
4. Alto	93,29	2,94	3,77
5. Medio	87,66	-	12,34
6. Bajo	66,66	10,72	22,62
Índice de cobertura de SAD: Medio			
Ratio índices de cobertura SAD/C. Día: Alto			
Coste una hora de SAD:			
7. Alto	-	44,09	55,91
8. Medio	-	26,00	74,00
9. Bajo	26,31	13,24	60,45
Índice de cobertura de SAD: Medio			
Ratio índices de cobertura SAD/C. Día: Bajo			
Coste una hora de SAD:			
10. Alto	87,77	4,17	8,06
11. Medio	73,42	-	26,58
12. Bajo	45,64	13,95	40,41

Los porcentajes están basados en la distribución cuartílica del número mensual de horas de SAD. Bajo: por debajo del percentile 25. Medio: del percentile 26 al 75. Alto: por encima del percentil 75.
Índice de cobertura de SAD: (Alto = 7,41; Medio = 3,87), Ratio índices de cobertura SAD/C. Día: (Alto = 16,84; Bajo = 3,22); Coste de una hora de SAD (Alto = 20,40; Medio = 10,05; Bajo= 5,56).

TABLA 7

ÍNDICE DE COBERTURA DE LOS SERVICIOS SOCIALES PARA PERSONAS DEPENDIENTES. 2004

	Índice de cobertura		Ratio de SAD/ C. de día	Coste (euro/ hora)	Tiempo al cuidado pers. (%)	Horas al mes	Copago (%)	
	SAD	C. de día					SAD	C. Día
Andalucía	3,48	0,33	10,55	11,03	-	8	-	30
Aragón	3,07	0,34	9,03	8,00	20	10	15	-
Asturias	3,26	0,37	8,81	10,40	30	13	8	20
Baleares	2,09	0,24	8,71	8,40	-	-	-	25
Canarias	2,69	0,23	11,70	16,00	20	10	-	20
Cantabria	1,92	0,35	5,49	7,32	-	20	-	-
C. León	3,12	0,35	4,07	10,42	-	19	11,07	25
C. Mancha	1,87	0,24	7,79	8,75	-	19	-	30
Cataluña	3,87	0,95	8,91	10,74	76	14	-	-
C, Valenciana	1,67	0,25	6,68	10,05	-	10	-	33,57
Extremadura	7,41	0,44	16,84	5,56	20	22	-	-
Galicia	1,81	0,18	10,06	7,60	40	29	21	40
Madrid	3,37	0,70	4,81	11,07	34	16	8,94	12
Murcia	1,76	0,42	4,19	8,29	25	17	-	-
Navarra	3,56	0,38	9,37	20,40	80	8	5,50	-
País Vasco	1,77	0,55	3,22	15,01	69	25	12,86	24,87

Fuente: Observatorio de Personas Mayores (IMSERSO, 2004). Índice de cobertura = (N.º de usuarios / Población ≥65 años) *100.

SAD = Servicio de Atención a Domicilio. Ceuta, Melilla y La Rioja no fueron incluidas en la Encuesta de Apoyo Informal