Rev Mult Gerontol 2003;13(3):194-200

El coste de la dependencia

Julia Montserrat

Economista
Comisión Economía
de la Salud
del Colegio
de Economistas
de Cataluña

Resumen

El número de personas mayores con dependencia en España alcanza, casi, el millón de individuos. La oferta de servicios públicos es insuficiente para cubrir la demanda actual, lo que significa que gran parte de la carga asistencial recae sobre los familiares. El sistema de financiación no prevé ningún seguro para la dependencia y los precios de los servicios públicos sobrepasan, en el caso de las residencias, el 2,5 del salario mínimo interprofesional. El gasto público en los cuidados de larga duración está muy por debajo de los niveles medios de los países de la UE. Éste es, en resumen, un esbozo de lo que se expone sobre la situación de la atención a las personas mayores con dependencia.

Palabras clave: Costes. Vejez. Dependencia. Cuidados larga duración.

Summary

The number of elderly people with dependency in Spain reaches almost a million individuals. The offer of public services is insufficient to cover the present demand which means that a big part of the assistencial burden falls on the family. The financial system does not foresee any insurance for dependency and the prices of public services exceed, in the case of old peoples homes, 2.5% of the minimum inter-professional salary. Public spending on long term care is well below the average level of EC countries. This is, in short, an outline of what is explained about the situation of the care of elderly people with dependency.

Key words: Costs. Old age. Dependency. Long term care.

Correspondencia:
Julia Montserrat
Comisión Economía de la
Salud del Colegio de
Economistas de Cataluña
Av. Diagonal 512, pral
08006 Barcelona

El envejecimiento y la dependencia

El envejecimiento por sí solo no es discapacitante hasta edades muy extremas. Es conocido que personas muy ancianas, que envejecen sin enfermedades, conservan su nivel funcional hasta casi el final de sus vidas, es decir, *envejecen con éxito*.

La discapacidad en los mayores (más de 65 años) está relacionada con la enfermedad y la fragilidad. La estrecha relación entre enfermedad y envejecimiento va originando discapacidad, especialmente en las edades más extremas y, especialmente, cuando coexisten varias enfermedades crónicas. Asimismo, hay personas mayores que envejecen con mucha discapacidad las cuales no son causa del envejecimiento sino de la gravedad de las enfermedades crónicas que padecen (demencia, accidente vascular, artrosis, etc.).

La evolución de gasto sanitario y social en las personas mayores es una consecuencia del tratamiento de las enfermedades y de los cuidados personales necesarios de las discapacidades originadas por éstas y por las discapacidades de la propia fragilidad causada por el envejecimiento. Así, si la población mayor incrementa, es previsible que incremente el gasto sanitario y social derivado del mayor número de personas que demandarán recursos sanitarios y sociales.

Pero el gasto es una variable que depende del estado de salud de las personas y del grado de autonomía personal en el proceso de envejecimiento. Si mejora el estado de salud general de la población, es posible que el gasto sanitario incremente en menor proporción a la tendencia actual. Asimismo, si las personas, en su conjunto, mejoran el estilo de vida y alcanzan la edad de jubilación en un buen estado de salud, es posible que disminuya la prevalencia de la discapacidad y de la necesidad de cuidados personales. Hay estudios que demuestran (Cutler, 2001) que en Estados Unidos ha disminuido el porcentaje de mayores con problemas de autonomía personal en las dos últimas décadas.

La población española, como todas las sociedades desarrolladas, no ha dejado de envejecer en los últimos años cien años. Pero este incremento es más intenso a partir de las dos ultimas décadas, debido al descenso de la tasa de la fecundidad y al aumento

de la esperanza de vida. La tasa de fecundidad en España ha descendido más tarde pero también de manera más pronunciada que en otros países de la OCDE. Así ha pasado de 2,6 hijos por mujer (1980) a 1,2, actualmente; mientras que la esperanza de vida crece con mayor intensidad que en otros países de la OCDE (Informe OCDE, 2000). Dadas estas circunstancias, el proceso de envejecimiento aparecerá más tarde pero con mayor intensidad que en otros países.

Según las previsiones de EUROSTAT, la población total se mantendrá a su nivel actual durante los próximos 25 años y se espera que el aumento de la relación de dependencia en la tercera edad sea menos pronunciado que la media de la OCDE hasta 2025. Sin embargo, el envejecimiento debería experimentar una acusada aceleración a partir de entonces. La principal causa de este previsible estancamiento en la tasa de dependencia, entre ahora y hasta 2025, se debe a que actualmente está llegando a la jubilación la generación que nació durante la guerra civil española, la cual provocó una importante disminución del número de habitantes y, por lo tanto, del número de personas que acceden a la tercera edad.

Por el contrario, a partir del 2020 la tendencia en la relación de dependencia se invertirá y ésta puede crecer intensamente, debido a que llegaran a la tercera edad las abultadas cohortes de las generaciones del *baby boom*. Para el año 2010, la población de más de 65 años se prevé que represente el 17,8%, de la cual el 5,1% tendrá más de 80 años. Diez años más tarde, en 2020, la población mayor se estima que representará el 19,7%, de la cual el 5,7%, tendrá más de 80 años.

Así, la población española puede llegar a alcanzar porcentajes del 20% sobre la población total (2020), lo cual significara llegar a casi nueve millones de ancianos. Ello supondrá un incremento de dos millones de personas respecto a las cifras actuales (Tabla 1).

Tabla 1.
Población mayor y ratios de dependencia

Año 2000	**Cifras**	**Ratios**
Población total	40.116.436	
Población (+65 años)	6.739.561	
% (+65 años) / total		16,8
Población (+80 años)	1.524.424	
% (+80 años) / total		3,8
Año 2020		
% (+65 años) / total		19,7
% (+80 años) / total		5,7

Fuente: INE. Censos de población y proyecciones de la población de España, 2001.

La esperanza de vida de la población española es una de la más alta de los países desarrollados y de las que más ha incrementado en los últimos años debido al desarrollo económico y a las mejoras en el aspecto sanitario. La esperanza de vida al nacer es de 76,4 años en total, siendo de 79,6 años para las mujeres y de 73,2 años para los hombres con lo cual se pone de manifiesto que las mujeres, por termino medio, viven seis años más que los hombres.

Pero, el dato que más interesa en los estudios del envejecimiento es el número de años libre de discapacidades. Según un estudio realizado por la Dirección General de Salud Pública, a partir de la Encuesta de Discapacidades del año 1986 (todavía no actualizado con la encuesta de 1999), se calculó *la esperanza de vida libre de discapacidades*, lo que proporcionó una estimación de 61,7 años en el nacimiento. En comparación con los 76,4 años de esperanza de vida, supone como media que casi quince años de la vida se viven en situación de discapacidad.

Si se analiza la expectativa de vida por franjas de edad, los datos revelan que la esperanza de vida libre de discapacidades, a partir de los 65 años, es de 6,7 años en general (6,8 para los varones y 6,5 para las mujeres). Esto significa que las mujeres tienen una media de vida de 83,4 años, de los cuales 6,5 años al final de su vida, los vivirán con discapacidades. Los hombres, tienen una esperanza de vida de 80 años, de los cuales 6,8 años los vivirán con discapacidades (Tabla 2).

Ahora bien, el dato que realmente nos interesa es el del número de personas mayores dependientes, que será la base para las estimaciones de los gastos sanitarios y sociales del envejecimiento.

La estadística más reciente sobre el número de personas dependientes es la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999, del INE, la cual ha medido el número de personas que presentan alguna de las discapacidades de una batería de 36 actividades agrupadas en 10 categorías (ver, oír, comunicarse, aprender, aplicar conocimientos y desarrollar tareas, desplazarse, utilizar brazos y manos, desplazarse fuera del hogar, cuidar de sí mismo, realizar las tareas del hogar, relacionarse con otras personas).

La encuesta presenta resultados sobre el número de personas que padecen alguna de las discapacidades pudiendo ser que una misma persona esté en más de una categoría de necesidad. Así, si una persona tiene dos o más deficiencias de las señaladas en la lista, aparecerá dos o más veces. Ello implica que

los resultados de 2.030.396 de personas de más de 65 años con discapacidades, no significa que sea el número total de personas, sino que es el número total de discapacidades que se ha detectado en este tramo de la población, con lo cual el número efectivo de personas es inferior.

Asimismo, la encuesta presenta otro tipo de explotación de los resultados que es la estimación del número de personas con alguna discapacidad para las Actividades de la Vida Diaria (AVD), la cual presentará el numero de personas en cada categoría de necesidad y proporciona los datos sobre el número efectivo de personas que sufren una o más discapacidades de las señaladas. Del listado de las 36 actividades de la vida diaria son 13 las que la Encuesta considerada como básicas, de las cuales 7, son consideradas Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y 6, Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) (Tabla 3).

La consideración de las cifras permite ver que el número de personas en "negrita" es inferior a la suma del número de personas encontradas en cada una de las categorías de necesidades y ello es debido a que una misma persona se puede encontrar en varias categorías de discapacidades.

Así, el número de personas mayores con dependencia para las actividades básicas de la vida diaria, cuya cifra puede ser un instrumento para evaluar las necesidades de asistencia personal, es de 980.209 individuos. No obstante, este indicador tiene el inconveniente de no diferenciar la población por niveles de dependencia.

Los costes asociados a la dependencia

Las estimaciones parecen indicar que el aumento del gasto público en sanidad en España, provocado por el envejecimiento, incidirá en un incremento del gasto público entre el 0,75 y el 1,5% del PIB, en el periodo 2000-2050. Pero esta estimación aproximada no incluye el gasto en asistencia a largo plazo para la tercera edad, que podría sufrir un marcado

Tabla 2. Esperanza de vida y esperanza de vida libre de discapacidades

	Total		Varones		Mujeres	
	Esperanza de vida	Esperanza de vida libre de discapacidad	Esperanza de vida	Esperanza vida libre de discapacidad	Esperanza de vida	Esperanza vida libre de discapacidad
Al nacer	76,4	61,7	73,2	60,8	79,6	62,6
A los 65 años	16,9	6,7	15,0	6,8	18,4	6,5

Fuente: Dirección General de salud Pública (Datos 1986)

Tabla 3. Total personas + 65 años con alguna discapacidad para las AVD

Actividades Básicas para la Vida Diaria	**Número**
Cambiar y mantener posiciones del cuerpo	435.810
Levantarse y acostarse	663.365
Desplazarse dentro del hogar	561.640
Asearse solo: lavarse y cuidarse de su aspecto	502.459
Controlar las necesidades y utilizar solo el servicio	250.776
Vestirse, desvestirse y arreglarse	419.753
Comer y beber	153.746
Total personas con alguna ABVD	**980.209**
Actividades Instrumentales para la Vida Diaria	**Número**
Deambular sin medio de transporte	1.097.479
Compras y control de los suministros y servicios	851.472
Cuidarse de las comidas	601.043
Limpieza y cuidado de la ropa	730.968
Limpieza y mantenimiento de la casa	886.866
Cuidarse del bienestar del resto de la familia	568.653
Total personas con alguna AIVD	**1.375.029**
Total personas con alguna discapacidad para las AVD	**1.464.815**

Fuente: MTAS: La Discapacidad en España: Datos epidemiológicos, Documentos 62/2002

aumento a medida que vaya disminuyendo la ayuda familiar que se presta de manera informal. Las estimaciones disponibles para una serie de países de la OCDE que experimentarán un incremento del envejecimiento inferior al de España indican que el gasto sanitario total relativo al envejecimiento (incluida la asistencia a largo plazo) podría incrementarse en un 3% del PIB, aproximadamente, de aquí hasta el 2050 (OCDE, 2001).

Asimismo, el proceso del envejecimiento incrementará la demanda de asistencia social para las personas mayores dependientes, algo de lo que actualmente se ocupan las familias de manera informal. Este tipo de soluciones informales está disminuyendo progresivamente por la creciente complejidad de la atención a los mayores y la tendencia al aumento de la participación de la mujer en el mercado del trabajo. Actualmente, gran parte de la carga asistencial recae sobre los familiares que cubren más del 60% de la demanda potencial. Tradicionalmente, el cuidado informal recae sobre las mujeres. El número de personas que informalmente realizan las tareas de asistencia social se estima en 1,7 millones, de las cuales un 93,7% tiene algún vínculo familiar con el atendido y en más del 80% de los casos se trata de mujeres de edades comprendidas entre los 45 y los 64 años.

Es evidente que el progresivo envejecimiento de la población tendrá un impacto en los presupuestos públicos, ya que es un hecho verificado el que el incremento en los gastos sociales de los países desarrollados ha ido acompañado de un crecimiento paralelo de los gastos en vejez. Este fenómeno es el que se ha denominado el "encanecimiento" de los presupuestos sociales. Por eso, es importante conocer cual es la tendencia del consumo medio de los servicios sanitarios y sociales de la población mayor dependiente para poder realizar estimaciones del incremento del gasto público, según los diferentes escenarios de protección social y demanda de los servicios, que supondrá el progresivo envejecimiento demográfico.

Estimación del gasto sanitario y social

Al igual que en otros países de la OCDE, la demanda de servicios sociales y sanitarios en España aumenta a medida que la población envejece. El consumo de servicios médicos y farmacéuticos alcanza su nivel más elevado entre las personas mayores. En 1998, el gasto sanitario entre las personas de más de 65 años ascendió al 44% del total nacional, aunque este grupo sólo representaba un 19% de la población protegida (INSALUD, 1999). Asumiendo que los coeficientes de gasto por grupos de edad (que son similares a los de la media de la OCDE) no experimentan cambios, se puede esperar que el impacto del envejecimiento conduzca a una escalada entre el 0,25 y el 0,5% de la tasa de crecimiento del gasto médico por cada año, en el periodo entre 2000-2050 (OCDE, 2000).

Aparte de los aspectos estrictamente médicos, los problemas relativos a la dependencia tienden a aumentar con la edad y, a menudo, consisten en dificultades para realizar tareas sencillas de la vida cotidiana tales como las faenas domesticas o el cuidado y la higiene personal. El perfil de las necesidades de asistencia va cambiando a medida que se prolonga la esperanza de vida. El año 2000 el número de personas discapacitadas para alguna de las Actividades Básicas de la Vida Diaria era casi de 1 millón de personas- 980.209- (INE, 1999). De éstas algo más de la mitad están incapacitadas de forma grave y severa.

Se procede a realizar una estimación del gasto sanitario y social de larga duración, por niveles de dependencia, llevada a cabo a partir de los datos del estudio "Modelos de atención sociosanitaria: una aproximación a los costes de la dependencia" (MTAS, 2002), el cual presenta los datos por niveles de dependencia y tipología de servicios. No obstante, debido a que los datos de los costes se refieren al año 1998, se han actualizado al 2002, de acuerdo con los incrementos del IPC (13,6%) en el periodo 1998-2002.

Una de las principales conclusiones del estudio es que *el gasto sanitario y social está estrechamente ligado al nivel de dependencia, aumentando a medida que aumenta la dependencia y siendo uno de los principales factores explicativos del gasto y el consumo de servicios en centros de internamiento.* Otra de las conclusiones es que, *el 90%, aproximadamente, del volumen de recursos sanitarios y sociales consumidos se concentra en los últimos 7 u 8 años de vida de la persona, los cuales coinciden con el periodo de tiempo que sufre algún proceso de dependencia.*

La Tabla 4, muestra una estimación de los gastos del consumo de servicios sanitarios y sociales que realiza un individuo al año, según padezca una dependencia moderada, grave o severa.

Tal como se desprende de la Tabla 4, el gasto medio del nivel de dependencia 2 representa el doble del gasto del nivel 1 y el nivel 3 se incrementa casi dos veces (1,66) con respecto del gasto en el nivel 2. Ello implica que, *los gastos sanitarios y sociales se*

duplican a medida que se incrementa la dependencia.

La encuesta del INE sobre discapacidades (1999) no diferencia la población según niveles de dependencia pero si aplicamos los porcentajes obtenidos por la Universidad de Alcalá para la población mayor en la Comunidad de Madrid, y asumiendo la hipótesis que las proporciones para el resto de la población son similares, resulta que un 42% de la población tiene un nivel moderado de dependencia, el 33% un nivel grave y, el 25% restante un grado elevado.

Así, el gasto sanitario y social anual estimado para cada uno de los niveles de dependencia será el que se muestra en la Tabla 5.

El gasto del consumo de servicios sanitarios y sociales de las personas mayores dependientes, si todas ellas consumiesen externamente los servicios adecuados a sus necesidades, *representaría un 1,32 %/ PIB* (año 2002), *del cual un 0,89% correspondería al gasto en Servicios Sociales y, el restante 0,43%, seria el gasto en servicios sanitarios.*

Actualmente, el Estado aporta alrededor del 0,23 % del PIB (estimación para el 2002) a la financiación de la dependencia, lo cual significa que el restante 1,09% es asumido por las familias o no se realiza debido a la falta del consumo de los servicios. No obstante, una parte de ese porcentaje es asumido por las comunidades autónomas, las cuales desarrollan programas de financiación (cheque-servicio, subvenciones, etc.) para que los individuos puedan acceder a los servicios sociales sean privados o públicos.

Tabla 4. El gasto por niveles de dependencia

(Euros individuo/año)	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3
Servicios sanitarios	1.818,08	3.055,28	4.905,86
Servicios sociales	2.925,85	6.750,66	11.408,74
Total	**4.743,85**	**9.805,94**	**16.314,60**

Fuente: Elaboración propia

El Estado dedicaba, en 1997, un 0,21% del PIB a servicios para los mayores (Tabla 6), cifra muy inferior a la media de la Unión Europea (0,77) y de la OCDE (0,79).

La financiación y la oferta de servicios para la dependencia

Los servicios sociales y la atención médica están organizados de distinta manera. Los servicios sanitarios tienen disponibilidad universal y son esencialmente públicos y gratuitos. El gasto sanitario público representó un 5,4% del PIB en el año 2000, cifra relativamente baja en una comparación a escala internacional. Como la cobertura del sistema sanitario nacional es universal, la edad de la persona tiene poca incidencia en el acceso a dicho servicios. Los pensionistas están exentos de "pago" en la compra de los medicamentos y la atención médica es gratuita.

La gestión de los servicios sociales se ha descentralizado por completo y está en manos de las comunidades autónomas y otras instituciones locales, cada una con sus propias redes y centros de asistencia social. En los últimos años se han realizado esfuerzos para proporcionar una mayor asistencia social a las personas mayores dentro del Plan Gerontológico 1991-2000. Entre 1988 y 1998, el número de plazas en las residencias de ancianos aumentó de un 2,2 % a un 3,2% de la población mayor de 65 años, principalmente gracias a los centros privados. Asimismo, se han abierto centros de día y se ha ofertado mayo cantidad de ayuda domiciliaria. Aun así, estos nuevos centros han sido insuficientes para responder a la demanda y no han logrado cumplir los objetivos establecidos en el Plan Gerontológico.

La totalidad de la oferta tanto privada como pública, cubre únicamente una fracción de la demanda actual. La oferta española de servicios formales para atender los problemas de las personas mayores dependientes aún es insuficiente si nos atenemos a las cifras siguientes: en el 2000 había 213.398 plazas residenciales (el 3,17% de la población mayor de 65 años, en comparación con el objetivo del 3,5%

Tabla 5. Gasto total por niveles de dependencia

(Millones Euros individuo/año)	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Total
Servicios Sanitarios	748	988	1.202	2.938
Servicios sociales	1.205	2.184	2.796	6.185
Total	**1.953**	**3.172**	**3.998**	**9.123**

Fuente: Elaboración propia

del Plan Gerontológico); 138.101 personas que recibían atención a domicilio (lo que representa un 2,05% de la población mayor de 65 años, en comparación con el 8% que indica el Plan Gerontológico); 9.000 personas, aproximadamente, acuden a un centro de día (0,13%) y 60.000 usuarios disponen del servicio de atención a distancia (0,9%) (Observatorio, año 2000).

La mayoría de las residencias de ancianos son privadas (60% del total), de las cuales el Estado compra un 15% de las plazas (conciertos) para ampliar la oferta pública de las mismas, ya que los precios son demasiado elevados para la mayoría de la población, mientras que la disponibilidad de los servicios públicos es limitada y está reservada primordialmente a los más pobres.

El coste medio mensual de una plaza en una residencia privada equivale, aproximadamente a 2,5 veces el salario mínimo interprofesional (6.316,81 • anuales), y debe financiarlo íntegramente el usuario a no ser que tenga acceso a una plaza pública. El acceso a las plazas públicas debido a su escasa oferta, está reservado para aquellos individuos con los niveles más bajos de renta, ya que, aunque cualquier individuo puede solicitar dichas plazas, en la realidad al haber mucha más demanda que oferta, la priorización de la lista hace que sólo puedan acceder aquellos individuos con unos ingresos anuales iguales o inferiores al salario mínimo interprofesional.

Ello provoca que las capas de población con rentas medias-bajas y rentas medias-medias sean injustamente tratadas, ya que no puedan disfrutar del servicio adecuado a sus necesidades. Por un lado, tienen demasiados ingresos para acceder a una plaza pública y, por otro lado, no tiene suficientes recursos económicos para pagar una residencia privada. En la actualidad se estima que entre un 60 y un 70% de los pensionistas tienen ingresos anuales inferiores a 18.030 euros (tres millones de pts). Si consideramos que entre un 25 y un 30%, aproximadamente tienen acceso a una plaza pública, el restante 30 o 40% no tienen ingresos suficientes para pagar dicho servicio.

El Plan Gerontológico reclamaba un complemento a la pensión a partir de los 80 años de edad, porque la dependencia tiende a aumentar pasada esta edad, pero esta medida nunca ha llegado aplicarse, ni tampoco se ha desarrollado la Ley del Seguro de la Dependencia, tal como han hecho otros países como Alemania, Austria y Luxemburgo. Dada la perspectiva de una progresiva reducción del soporte familiar para cuidar a los mayores y el importante porcentaje de pensiones bajas, es probable que surjan presiones para la ampliación de la cobertura de los servicios sociales y para que se articulen medidas de financiación (cheque-servicio y otras) que permiten a todos los individuos el acceso a los servicios adecuados a su dependencia.

Países[1]	Gasto en servicios para los mayores en %/PIB, 1997
España	0,21
Austria	0,24
Dinamarca	1,72
Finlandia	0,80
Francia	0,64
Alemania	0,70
Irlanda	0,19
Italia	0,20
Holanda	0,25
Portugal	0,14
Suecia	3,40
Noruega	2,94
Estados Unidos	0,04
Media de la UE[2]	0,77
Media OCDE[2]	0,79

Fuente: OCDE. Base de datos del gasto social; [1]No están en la lista todos los países; [2]Los valores medios son indicativos ya que las cifras no son estrictamente comparables.

Tabla 6. Comparación del gasto en servicio para los mayores

Bibliografía recomendada

Abellán A. *La situación de la dependencia y necesidades asistenciales de las personas mayores en España.* Madrid: Fundación Pfizer, 2002.

Allen I, Perkins E. (eds) *The future of family care for older people*. London: HMSO, 1995.

Casado D, López Casanovas G. *Vellesa, dependència i atencions de llarga durada*. Barcelona: Fundació La Caixa, 2001.

Cutler D. Declining disability among the elderly. *Health Affairs* 2001;95(6);11-27.

Defensor del pueblo. La atención sociosanitaria en España: *Perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos.* Madrid: Informes, estudios y documentos del Defensor del Pueblo, 2000.

Frienda LP, Guralnick JM. Disability in older adults: Evidence regarding significance. *Etiology and risk en Journal American Society* 1997;100:45-92.

Gutterman EM, Markowitz J, Lewis B, *et al.* Cost of Alzheimer disease and related dementia in managed medicare in Journal American Society 1999;47:1065-71.

Knapp MRJ, Marks I, Olstenholme J, Beecham JK, Astin J, Audini B, Connelly J. Home-based versus hospital-based care for serious mental illness.Controlled cost-

effectiveness study over four years. *British Journal of Psychiatry* 1998;172(6):506-12.

Montserrat J. *Los costes asociados a la dependencia en Jornadas técnicas sobre dependencia: Nuevo reto de la política social.* Logroño: DGSS 2002

Netten A, Darton R, Curtis L. Residential or nursing home care? The appropriateness of placement decisions. *Ageing and society* 2001;21(1):3-23.

Nuttall SR, Blackwood RJL, *et al.* Financing long term care in Great Britain, *Journal of the Institute of Actuaries* 1994;121:part 1,1-68.

Richards E, Wilsdon T, Lyons S. *Paying for long term care.* London: Institute for Public Policy Research 1996.

Rodríguez Cabrero G.(Coord.) *La protección social de la dependencia.* Madrid: MTAS, 1998.

Rodriguez Cabrero G, Montserrat J. *Los modelos de atención sociosanitaria: una aproximación a los costes de la dependencia.* Madrid: MTAS. 2001.

Wittenberg R, Pickard L, Comas-Herrera A, Davies B, Darton R. *Demand for long term care: Projections of long term care finance for elderly people.* University of Kent at Canterbury: PSRRU, 1998.