

CONSTRUCCIÓN DE TABLAS DE DEPENDENCIA: UNA APROXIMACIÓN METODOLÓGICA

Enrique Pociello García¹, Javier Varea Soler
y Alberto Martínez González²

RESUMEN: En España se está viviendo una auténtica revolución de la longevidad. La mejora de la sanidad pública, los avances de la tecnología médica y mejores condiciones de vida han provocado en todas las edades un fuerte incremento de la esperanza de vida. Este envejecimiento de la población va acompañado de un aumento del número de dependientes, es decir, de personas que necesitan de la asistencia de otras para realizar las actividades básicas de la vida diaria (comer, vestirse, continencia, moverse, etc.).

El seguro de dependencia es una fórmula de previsión que canaliza el ahorro privado del asegurado otorgándole unas prestaciones (económicas, reembolso de gastos ocasionados o asistenciales) cuando éste sea dependiente. De esta forma, el seguro de dependencia permite instrumentalizar la atención del dependiente fuera del ámbito familiar.

El trabajo que presentamos tiene como finalidad presentar un método que permita obtener tablas de dependencia a partir del conocimiento de las tasas de prevalencia o incidencia de la dependencia. Concluimos, presentando los resultados de la puesta en práctica del modelo con las tasas de prevalencia de la encuesta de salud OARS (1994).

PALABRAS CLAVE: Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD),

¹ Departamento de Matemática Económica, Financiera y Actuarial de la Universidad de Barcelona.

² Departamento de Contabilidad de la Universidad de Barcelona.

cohorte, dependencia, envejecimiento, modelos de múltiples estados, probabilidad de transición, tasa de prevalencia.

I. INTRODUCCION

Las proyecciones demográficas elaboradas por el Instituto Nacional de Estadística (2001) prevén que la población española mayor de 65 años en España pasará de los 6.5 millones actuales a 9.4 millones en el año 2025, un 21.68% de la población total y a 12.8 millones en el año 2050, un 31.12%. Este aumento de la longevidad, provocado por un notable descenso de las tasas de mortalidad infantil y general, unido a una fuerte caída de la fecundidad, hace aumentar el peso proporcional de las personas mayores en el conjunto de la población. Este proceso de envejecimiento que, no únicamente se produce en España sino, en general, en todos los países desarrollados no es más que la expresión de progreso social y material alcanzado por estos países.

La tendencia al envejecimiento de la población es casi irreversible, es muy poco probable que vuelvan a darse las poblaciones jóvenes del pasado. Es más, el último informe publicado el 28 de febrero de este año por la División de Población de las Naciones Unidas señala a España como el país con más envejecimiento para el año 2050, con una edad media de 55 años.

Las consecuencias profundas, generales y duraderas del envejecimiento de la población brindan enormes oportunidades a todas las sociedades, pero también imponen enormes desafíos y retos como la protección y atención de las personas dependientes. En efecto, la salud de las personas de mayor edad generalmente se deteriora con el paso de los años, lo que se traduce en una mayor demanda de atención de dependencia a medida que aumenta el número de las personas con edad más avanzada.

A la actualidad, según datos extraídos de La encuesta sobre capacidades, Deficiencias y Estado de salud (INE 2000), la población dependiente mayor de 65 años se estima en 1.423.962

personas lo que representa un 22% de la población total mayor de 65 años. De mantenerse esa proporción, las proyecciones del INE anteriormente citadas auguran una cifra de 2.073.451 y 2.820.375 personas dependientes para los años 2025 y 2050 respectivamente.

El concepto de dependencia puede incitar a la confusión dada su reciente y creciente utilización. En el presente trabajo, usaremos la definición de dependencia acuñada en 1998 por el Consejo de Europa: "Es dependiente la persona que por razones ligadas a la falta o pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual tiene necesidad de una asistencia y o ayuda importante para la realización de las actividades diarias". Rivera, J (2001) particulariza esta definición en los siguientes términos: "Una persona es dependiente cuando no pueda desarrollar por sí misma un cierto número de las actividades básicas de la vida diaria como son el comer, vestirse, desplazarse, bañarse, asearse y la continencia. Además será dependiente en el caso de que padezca un deterioro cognitivo."

Las necesidades económicas para hacer frente a la dependencia plantean un serio problema. El seguro de dependencia va a jugar un papel fundamental para solventar estas necesidades que se ciernen sobre la sociedad del siglo XXI y que en la actualidad se están forjando. Así, podemos afirmar que el seguro de dependencia será una pieza fundamental en el mantenimiento de la calidad de vida de las personas mayores.

Debemos diferenciar la dependencia asociada al envejecimiento de la persona, donde no existen fórmulas de previsión adecuadas de la dependencia derivada de accidentes o enfermedades que afecta a personas jóvenes, donde sí existen fórmulas de cobertura tales como el seguro de invalidez. Nosotros centraremos el estudio en la primera tipología de dependencia.

El objetivo del artículo es plantear una metodología enmarcada en un modelo de múltiples estados que permita valorar cualquier estructura actuarial de prestaciones económicas (rentas y capitales asegurados) asociada a la cobertura de la dependencia. Dado que en la práctica

ctuarial la mayor parte de prestaciones aseguradoras se definen en periodos discretos de tiempo, hemos adoptado un modelo con múltiples estados definido a partir de un proceso estocástico de Markov discreto en el tiempo.

La matemática basada en procesos de Markov constituye una potente herramienta de modelización que permite representar bajo un mismo enfoque cualquier tipo de estructura actuarial asociada a una valoración con múltiples estados. Esto justifica que recientemente la modelización actuarial basada en la aplicación de modelos de múltiples estados haya sido incorporada en el Core Syllabus de la profesión actuarial. La utilización de la matemática markoviana en operaciones aseguradoras con múltiples estados es muy prolifera. Al respecto destacamos los trabajos de Amsler (1968), Hoem (1969), Wolthuis (1994) y Haberman y Pitacco (1999).

El trabajo se estructura en 5 secciones, además de la introducción. La sección 2 desarrolla el modelo de múltiples estados que proponemos en el trabajo. La sección 3 explica la explotación actuarial de los datos vitarios disponibles en forma de tasas de prevalencia. En la sección 4 detallaremos las hipótesis asumidas en la obtención de las probabilidades de transición de autónomo a dependiente. La sección 5 muestra los resultados prácticos generados por la aplicación del método de construcción de tablas propuesto en el trabajo. Finalmente, la sección 6 recoge las conclusiones más relevantes que se desprenden del trabajo realizado.

MODELO DE VALORACIÓN FINANCIERO-ACTUARIAL

Para desarrollar la estructura actuarial de un seguro de dependencia planteamos un modelo de múltiples estados (\mathfrak{S}, \wp) donde \mathfrak{S} representa el conjunto de estados del modelo y \wp las transiciones de estados contempladas. Asumimos que el conjunto \mathfrak{S} se define como:

$$\mathfrak{S} = \{a, d, m\}$$

donde,

- a = 'Autónomo'
- d = 'Dependencia'
- m = 'Muerto'

Obsérvese como a efectos de simplificar el planteamiento teórico del modelo consideramos un único estado de dependencia. Para valorar la dependencia del asegurado existen escalas e índices geriátricos de valoración funcional y mental que resultan aplicables. Algunos índices como el de Barthel y Katz se basan en la valoración de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD): comer, vestirse, continencia, moverse, higiene personal, ir al servicio. Otros índices, como el de Lawton, tienen en cuenta las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD): utilizar el teléfono, preparar la comida, cuidar la casa, lavar la ropa, etc.

El origen del riesgo de dependencia se encuentra en patologías de carácter crónico. Por ello, definimos el estado de dependencia como un estado irreversible. Es decir, consideramos que una persona dependiente no puede volver a ser autónomo. Con la aceptación de esta hipótesis el conjunto de transiciones se define como $\wp = \{a \rightarrow d, a \rightarrow m, d \rightarrow m, \}$. Gráficamente, representamos el modelo de múltiples estados (\mathfrak{S}, \wp) a través del esquema de transiciones siguiente:

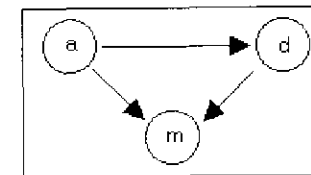


Figura 1. Esquema de transiciones

Llevamos a cabo un seguimiento de la evolución de estado del asegurado, de edad inicial x a través de un proceso estocástico discreto y no homogéneo en el tiempo $\{S(y)\}$, donde $y = x, x+1, x+2, \dots$ cuyas probabilidades satisfacen la conocida propiedad de Markov.

$$\begin{aligned} \text{Prob} \{S(y+1) = s_{y+1} / S(y) = s_y \wedge \dots \wedge S(0) = s_0\} = \\ = \text{Prob} \{S(y+1) = s_{y+1} / S(y) = s_y\} \end{aligned} \quad (1)$$

la valoración actuarial de prestaciones de invalidez y de dependencia suele adoptarse la nomenclatura de Alegre, A.(1990), motivo por el cual hemos decidido mantener esta misma anotación, aptada a la peculiaridad de la cobertura de dependencia. La siguiente tabla recoge las probabilidades anuales del modelo desarrollado.

	A	d	m
a	p_y^{aa}	p_y^{ad}	q_y^a
d	0	p_y^{dd}	q_y^d
m	0	0	1

Tabla 1. Matriz de transición

modo de ejemplo, definimos algunas probabilidades de transición a partir de la evolución del proceso estocástico $S(y)$:

$$p_y^{aa} = \text{Prob}\{S(y+1) = a / S(y) = a\} \quad p_y^{ad} = \text{Prob}\{S(y+1) = d / S(y) = a\}$$

Estas probabilidades de transición cumplen las siguientes propiedades, todas ellas características de los procesos estocásticos de Markov.

- La suma de probabilidades de transición de un mismo estado suman la unidad, tomando cada una de ellas valores no negativos. Consecuentemente, se verifica.

$$p_y^{aa} + p_y^{ad} + q_y^a = 1 \quad p_y^{dd} + q_y^d = 1$$

- Las probabilidades de transición verifican las ecuaciones de Chapman-Kolmogorov para cualquier temporalidad h . Así, por ejemplo, se cumple.

$${}_h p_y^{aa} = {}_{h-1} p_y^{aa} \cdot p_{y+h-1}^{aa}$$

$${}_h p_y^{ad} = {}_{h-1} p_y^{ad} \cdot p_{y+h-1}^{dd} + {}_{h-2} p_y^{ad} \cdot p_{y+h-1}^{dd}$$

Matricialmente, la ecuación de Chapman-Kolmogorov se expresa de la siguiente forma, siendo ${}_h M_y$ la matriz de transición, entre las edades y e $y+h$, recogida en la tabla 1.

$${}_h M_y = {}_{h-1} M_y \cdot M_{y+h-1} \quad (2)$$

La sustitución reiterada en (2) de las matrices de transición obtenidas de la ecuación de Chapman-Kolmogorov planteadas para $h-1, h-2, \dots, 1$ permite expresar la matriz de transición entre las edades y e $y+h$ a través del producto de las matrices de transición anuales de las edades comprendidas entre y e $y+h$.

$${}_h M_y = \prod_{i=0}^{h-1} M_{y+i} \quad (3)$$

La expresión (3) muestra cómo las ecuaciones de las probabilidades temporales de h años se pueden generar a partir del conocimiento de las probabilidades anuales correspondientes.

3. OBTENCIÓN DE LA BASE ESTADÍSTICA

Una de las principales dificultades que presenta el seguro de dependencia desde un punto de vista actuarial es la ausencia de experiencia en nuestro país. Otros países, principalmente Estados Unidos y Alemania, tienen una experiencia mucho más dilatada. No obstante, sus diferencias socioculturales y de comportamiento respecto a la población española dificultan su adaptación al mercado español.

La falta de datos estadísticos provenientes de experiencias aseguradoras en España nos obliga a acudir a datos sanitarios de carácter general. Al respecto, destacamos algunos estudios comprensivos de ámbito local: Vigo (1994), Leganés (1994) y Móstoles así como estudios nacionales y autonómicos: Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de salud (1999), Encuesta de

de España (1997), Encuesta de Salud de Cataluña (1994), etc. En estos estudios se analiza la tasa de prevalencia (proporción de personas sobre el total de la población considerada) de la capacidad funcional para la realización de las actividades de la vida diaria.

Estos estudios de ámbito nacional y autonómico, si bien tienen interés por la representatividad de la población estudiada como por el volumen de la muestra, no muestran la información desagregada por grupos de edades y sexo, requisito fundamental para un tratamiento actuarial. Por ello, para mostrar una aplicación práctica del modelo desarrollado en el artículo, hemos acudido a un estudio local como el de Vigo. Sin ser éste el estudio de mayor profundidad existente, es el único UNESPA (2001) el estudio cuyos resultados publicados son completos y cuya información mejor se adapta a nuestro modelo actuarial. La siguiente tabla sintetiza los principales resultados obtenidos en dicho estudio.

	65-74 años	75-84 años	85+ años
Tasa de prevalencia población masculina	0.062 ³	0.216	0.478
Tasa de prevalencia población femenina	0.088	0.326	0.54

Tabla 2. Elaboración propia en base a los resultados de prevalencia sobre dependencia de la Encuesta de salud OARS-Vigo (hemos considerado un único nivel de dependencia que engloba personas con actividad funcional para las actividades de la vida diaria moderadamente deteriorada, fuerte deteriorada y totalmente deteriorada). Una información más exhaustiva del estudio la encontramos en Eiroa, P. (1996).

La siguiente función recoge un ajuste de las tasas de prevalencia de la población masculina en función de la edad, x . En su obtención, hemos considerado el aumento de la tasa de prevalencia que se produce en las edades extremas, aspecto no recogido por la encuesta de salud OARS-

Vigo al incluir todas las personas mayores de 84 años en un solo grupo de edades.

$$\hat{\lambda}_x = -1,62268734 + e^{0,007629892 \cdot x} \quad (4)$$

La figura 2 representa gráficamente la función de prevalencia, $\hat{\lambda}_x$. Nótese como la función $\hat{\lambda}_x$ es una función monótonamente creciente en todo su dominio de edades lo que refleja cómo la dependencia es un fenómeno biológico cuya incidencia aumenta con la edad de la persona.

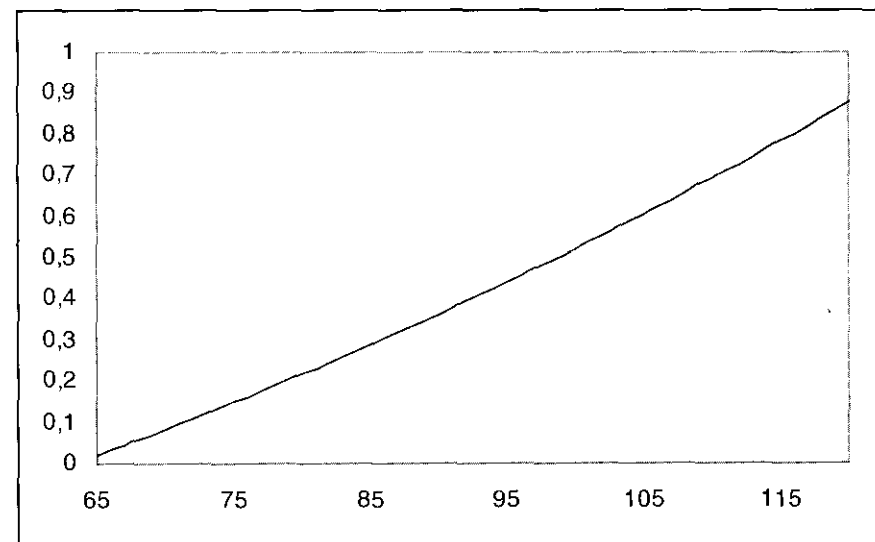


Figura 2. Representación gráfica de la tasa de prevalencia de la población masculina ajustada a los datos de la Encuesta de salud OARS-Vigo.

La valoración actuarial requiere del conocimiento de las probabilidades de transición, no de las tasas de prevalencia correspondientes. A continuación, explicaremos cómo, a partir de la adopción de la tabla de mortalidad LGRM95 y del conocimiento de las tasas de prevalencia λ_x , podemos calcular las correspondientes probabilidades de transición. Para ello nos basaremos en el método de conversión de tasas de prevalencia en probabilidades de transición introducido por Pitacco, E. (1995).

³ La tasa de prevalencia de dependencia masculina para edades entre 65 y 74 de 0.062 representa que el 6,2% de la población masculina comprendida entre los 65 y 75 años es dependiente.

ponemos una cohorte l_x^{LGRM95} cuya evolución se adapta a la tabla de mortalidad LGRM95. El número de personas autónomas y dependientes que forman parte de la cohorte l_x^{LGRM95} se representan por l_x^a y l_x^d , donde, obviamente, se cumple $l_x^{LGRM95} = l_x^a + l_x^d$. De la definición de tasa de prevalencia, resultan las siguientes relaciones:

$$l_x^d = l_x^{LGRM95} \cdot \lambda_x \quad (5)$$

$$l_x^a = l_x^{LGRM95} \cdot (1 - \lambda_x) \quad (6)$$

La figura 3 recoge la evolución del cohorte general l_x^{LGRM95} así como del número de personas autónomas y dependientes que lo forman en la edad.

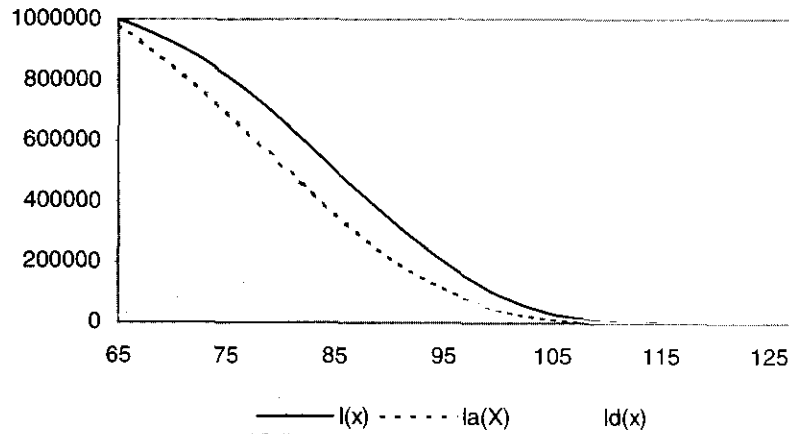


Figura 3. Representación gráfica de la evolución de l_x^{LGRM95} , l_x^a y l_x^d

Como que la función cohorte l_x^{LGRM95} es decreciente y la tasa de prevalencia de dependencia aumenta con la edad podemos asegurar que l_x^a también decrece con la edad. Las siguientes ecuaciones actuales describen la evolución dinámica de l_x^a y l_x^d .

$$l_{x+1}^d = l_x^d - l_x^d \cdot q_x^d + l_x^a \cdot p_x^{ad} \quad (7)$$

$$l_{x+1}^a = l_x^a - l_x^a \cdot q_x^a - l_x^d \cdot p_x^{ad} \quad (8)$$

Adicionalmente, suponemos que la mortalidad de las personas dependientes, q_x^d , resulta de añadir a la probabilidad del fallecimiento del cohorte l_x^{LGRM95} un recargo proporcional de mortalidad α .

$$q_x^d = (1 + \alpha) \cdot q_x^{LGRM95} \quad (9)$$

4. CÁLCULO DE LA PROBABILIDAD DE TRANSICIÓN A DEPENDIENTE DE UN AUTÓNOMO

La probabilidad de transición anual entre los estados de autónomo y dependiente se obtiene sustituyendo la relación (9) en la ecuación (7). El resultado es la siguiente expresión:

$$p_x^{ad} = \frac{l_{x+1}^d - l_x^d + l_x^d \cdot (1 + \alpha) \cdot q_x^{LGRM95}}{l_x^a} \quad (10)$$

Una vez conocidos los valores de p_x^{ad} , resulta fácil deducir las probabilidades de fallecimiento de una persona autónoma.

$$q_x^a = \frac{l_x^a - l_{x+1}^a + l_x^d \cdot p_x^{ad}}{l_x^a} \quad (11)$$

Dividiendo por $l_x^a + l_x^d$ la suma de las ecuaciones (7) y (8), obtenemos la relación (12) que expresa cómo la probabilidad de fallecimiento q_x^{LGRM95} constituye la media de la mortalidad de las personas autónomas, q_x^a , y dependientes, q_x^d ponderada por los pesos relativos de ambos colectivos, λ y $(1 - \lambda)$ respectivamente.

$$q_x^{LGRM95} = \lambda \cdot q_x^d + (1 - \lambda) \cdot q_x^a \quad (12)$$

PROCEDIMIENTO DE CONSTRUCCIÓN DE LAS TABLAS

a vez hemos calculado las diferentes probabilidades anuales que ervienen en el modelo estamos en condiciones de generar las tablas dependencia que nos proponíamos como objetivo inicial del bajo. En primer lugar, presentamos las probabilidades anuales.

P_x^{aa}	P_x^{ad}	q_x^a	P_x^{dd}	q_x^d
0,9736541	0,0126762	0,0136697	0,9849336	0,0150664
0,9724607	0,0129476	0,0145917	0,9838960	0,0161040
0,9711523	0,0132297	0,0156180	0,9827396	0,0172604
0,9696884	0,0135232	0,0167884	0,9814197	0,0185803
0,9680314	0,0138291	0,0181395	0,9798946	0,0201054
0,9661458	0,0141486	0,0197056	0,9781253	0,0218747
0,9639990	0,0144831	0,0215179	0,9760754	0,0239246
0,9615698	0,0148346	0,0235956	0,9737219	0,0262781
0,9588763	0,0152051	0,0259186	0,9710851	0,0289149
0,9559447	0,0155969	0,0284585	0,9681947	0,0318053
0,9527999	0,0160121	0,0311880	0,9650792	0,0349208
0,9494657	0,0164531	0,0340812	0,9617654	0,0382346
0,9459646	0,0169220	0,0371133	0,9582793	0,0417207
0,9423179	0,0174213	0,0402608	0,9546452	0,0453548
0,9385457	0,0179534	0,0435009	0,9508866	0,0491134
0,9346669	0,0185206	0,0468125	0,9470254	0,0529746
0,9306994	0,0191256	0,0501750	0,9430827	0,0569173
0,9266601	0,0197711	0,0535688	0,9390784	0,0609216
0,9225647	0,0204599	0,0569754	0,9350314	0,0649686
0,9184277	0,0211950	0,0603773	0,9309594	0,0690406
0,9142631	0,0219796	0,0637573	0,9268795	0,0731205
0,9100834	0,0228170	0,0670996	0,9228075	0,0771925
0,9058645	0,0237120	0,0704235	0,9187184	0,0812816
0,9014431	0,0246735	0,0738834	0,9144302	0,0855698
0,8966315	0,0257139	0,0776545	0,9097337	0,0902663
0,8912538	0,0268481	0,0818982	0,9044320	0,0955680
0,8851460	0,0280935	0,0867605	0,8983417	0,1016583
0,8781551	0,0294708	0,0923741	0,8912911	0,1087089
0,8701390	0,0310043	0,0988568	0,8831203	0,1168797
0,8612912	0,0327060	0,1060028	0,8740485	0,1259515
0,8518936	0,0345835	0,1135229	0,8643958	0,1356042
0,8419445	0,0366579	0,1213976	0,8541627	0,1458373
0,8314415	0,0389535	0,1296050	0,8433488	0,1566512

x	P_x^{aa}	P_x^{ad}	q_x^a	P_x^{dd}	q_x^d
98	0,8203821	0,0414980	0,1381199	0,8319541	0,1680459
99	0,8087634	0,0443232	0,1469134	0,8199788	0,1800212
100	0,7965821	0,0474655	0,1559524	0,8074228	0,1925772
101	0,7838342	0,0509673	0,1651985	0,7942860	0,2057140
102	0,7705153	0,0548778	0,1746068	0,7805687	0,2194313
103	0,7566201	0,0592547	0,1841251	0,7662706	0,2337294
104	0,7421424	0,0641660	0,1936916	0,7513917	0,2486083
105	0,7270749	0,0696925	0,2032327	0,7359324	0,2640676
106	0,7114085	0,0759307	0,2126608	0,7198921	0,2801079
107	0,6951327	0,0829972	0,2218700	0,7032713	0,2967287
108	0,6782347	0,0910339	0,2307314	0,6860697	0,3139303
109	0,6606983	0,1002155	0,2390862	0,6682874	0,3317126
110	0,6425038	0,1107593	0,2467369	0,6499246	0,3500754
111	0,6236262	0,1229390	0,2534348	0,6309809	0,3690191
112	0,6040333	0,1371048	0,2588618	0,6114566	0,3885434
113	0,5836839	0,1537116	0,2626045	0,5913515	0,4086485
114	0,5625228	0,1733612	0,2641161	0,5706658	0,4293342
115	0,5404757	0,1968671	0,2626571	0,5493993	0,4506007
116	0,5174399	0,2253570	0,2572032	0,5275522	0,4724478
117	0,4932684	0,2604393	0,2462924	0,5051244	0,4948756
118	0,4677441	0,3044914	0,2277645	0,4821159	0,5178841
119	0,4405323	0,3611808	0,1982869	0,4585268	0,5414732
120	0,4110879	0,4364773	0,1524348	0,4343568	0,5656432

Tabla 3. Tabla de probabilidades de transición calculada con un recargo de mortalidad por dependencia del 10%. respecto la mortalidad general del cohorte.

De la tabla 3 se desprenden varios resultados inmediatos. En primer lugar, observamos como la probabilidad de contraer dependencia crece con la edad. También, podemos apreciar cómo, consecuencia de las hipótesis aceptadas, la mortalidad de las personas dependientes es mayor en cifras absolutas que la de las personas autónomas y cómo esta diferencia se hace mayor con el transcurso de la edad.

Una vez obtenidas las probabilidades de transición anuales, procedemos a generar las probabilidades de transición temporales para una edad x en particular. Para ello aplicaremos el desarrollo matricial de la propiedad de Chapman-Kolmogorov que verifica todo proceso estocástico de Markov, recogida en la expresión (3).

t	$t = 5$	$t = 10$	$t = 20$	$t = 30$	$t = 40$
5	0.894719	0.750232	0.352724	0.117521	0.014195
0	0.820910	0.621304	0.258524	0.053109	0.002312
5	0.756848	0.516937	0.163505	0.017477	0.000224
0	0.683012	0.416099	0.085479	0.003721	0.000008

Tabla 4. Tabla de probabilidades temporales de permanencia en el estado de autónomo ${}_t P_x^{aa}$

t	$t = 5$	$t = 10$	$t = 20$	$t = 30$	$t = 40$
5	0.028903	0.067598	0.154860	0.087471	0.017044
0	0.065021	0.109621	0.117672	0.050736	0.004837
5	0.069584	0.107548	0.091487	0.022175	0.000736
0	0.074978	0.105189	0.061667	0.006801	0.000055

Tabla 5. Tabla de probabilidades temporales de transición del estado autónomo a dependiente ${}_t P_x^{ad}$

t	$t = 5$	$t = 10$	$t = 20$	$t = 30$	$t = 40$
5	0.076378	0.182169	0.492415	0.795008	0.968762
0	0.114069	0.269075	0.623804	0.896155	0.992851
5	0.173568	0.375515	0.745007	0.960348	0.999040
0	0.242010	0.478712	0.852853	0.989479	0.999937

Tabla 6. Tabla de probabilidades temporales de fallecimiento de un autónomo ${}_t q_x^a$

t	$t = 5$	$t = 10$	$t = 20$	$t = 30$	$t = 40$
5	0.915859	0.800500	0.471875	0.172425	0.021111
0	0.874043	0.705712	0.336806	0.079971	0.003938
5	0.807412	0.589475	0.215397	0.026372	0.000381
0	0.730080	0.477256	0.113320	0.005580	0.000015

Tabla 7. Tabla de probabilidades temporales de permanencia como dependiente ${}_t P_x^{dd}$

t	$t = 5$	$t = 10$	$t = 20$	$t = 30$	$t = 40$
5	0.084141	0.199500	0.528125	0.827575	0.978889
0	0.125957	0.294288	0.663194	0.920029	0.996062
5	0.192588	0.410525	0.784603	0.973628	0.999619
0	0.269920	0.522744	0.886680	0.994420	0.999985

Tabla 8. Tabla de probabilidades temporales de fallecimiento de un dependiente ${}_t q_x^d$

6. CONCLUSIONES

En España, la cobertura aseguradora del riesgo de dependencia plantea el problema de la escasez de datos estadísticos cuya explotación actuarial permita una tabulación de las probabilidades de dependencia en base a experiencias aseguradoras propias. Esta falta de datos nos obliga a acudir a estadísticas sanitarias de carácter general basadas en el estudio de la incidencia de la dependencia, cuantificada en forma de tasa de prevalencia (proporción de casos sobre el total de la población considerada).

El presente trabajo plantea la aplicación de una estructura probabilístico-actuarial de análisis transversal que permite la construcción de tablas de dependencia a partir del conocimiento de las tasas de prevalencia de dependencia. El resultado es un modelo estocástico markoviano con múltiples estados. Su introducción en la valoración actuarial permitirá hallar primas y reservas matemáticas de coberturas aseguradoras del riesgo de dependencia. Para mostrar una aplicación práctica del modelo desarrollado, hemos acudido a los datos proporcionados por la encuesta de salud OARS.

La generalización del modelo presentado a más estados de dependencia permite la obtención de tablas de dependencia que consideren diferentes niveles de gravedad de la misma. Para ello, necesitaremos conocer las tasas de incidencia de dependencia clasificadas por su nivel de severidad, además de por edades y sexo.

7. BIBLIOGRAFÍA

- ALEGRE, A. (1990), 'Valoración actuarial de prestaciones relacionadas con la invalidez'. Publicaciones Universitat de Barcelona. Barcelona.
- AMSLER, M.H. (1968), 'Les chaînes de Markov des assurances vie, invalidité et maladie'. Transactions of the 18th International Congress of Actuaries, Mónaco, vol 5, pp 731-746.

- ROA, P. et al. (1996), 'Discapacidades y necesidades de servicios las personas mayores detectadas en la encuesta de salud OARS-o'. Medicina Clínica. Número 106. Barcelona
- BERMAN, S. Y PITACCO, E. (1999), 'Actuarial models for ability insurance'. Chapman and Hall. Londres.
- EM, J.M. (1969), 'Markov chain models in life insurance'. Blätter deutschen Gesellschaft für Versicherungsmathematiker IX, no 2, 91-107.
- L., (2000), 'Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado salud de 1999'. Madrid
- L., (2001), 'Proyecciones de población'. Madrid.
- PITACCO, E. (1995), 'Modelli attuariali per le assicurazioni sulla vita'. CERAP. Milano
- VALERA, J. (2001), 'El seguro de dependencia'. Actuarios. Madrid.
- VALDERRAMA, G. (2000), 'La protección social de la dependencia. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales'. Servicios Sociales. Madrid.
- VALDERRAMA, G. (2001), 'Seguro de dependencia: estimación del nivel de dependencia, necesidades de recursos y proyecciones de futuro'.
- VALDERRAMA, G. (1994), 'Life insurance Mathematics (The Markovian model)'. CAIRE Education series n. 2. University of Amsterdam. Bruselas.

MEDICIÓN DEL ENVEJECIMIENTO Y DISCAPACIDAD DE LA POBLACIÓN EN ESPAÑA A PARTIR DE LA ESPERANZA DE VIDA RESIDUAL¹

Irene Albarrán², Mercedes Ayuso³, Montserrat Guillén³ y Malena Monteverde³

RESUMEN

La mayor longevidad de la población es un fenómeno mundial de mayores dimensiones en los países desarrollados. Este hecho, junto a otros, hacen prever un incremento en la demanda de atención a la población de tercera edad con discapacidades. Resulta imprescindible realizar un estudio cuantitativo que valore simultáneamente expectativas de longevidad y presencia de discapacidades. Para ello se propone utilizar el concepto de esperanza de vida residual.

En el presente artículo se proporcionan resultados sobre las distintas componentes de la esperanza de vida residual en los mayores de 65 años para la población española.

PALABRAS CLAVE: longevidad, esperanza de vida, discapacidad y dependencia, modelos con múltiples causas de salida, estadística actuarial vida.

¹ Los autores agradecen especialmente el apoyo del Ministerio de Ciencia y Tecnología a través del proyecto de investigación "El Seguro de Dependencia en España: longevidad y demanda de prestaciones" (ref. SEC2001-3672), y anteriormente con el proyecto SEC1999-0369. Asimismo agradecen el apoyo recibido a través del proyecto SEC 2001-2581, y del mismo modo se agradece a la Junta de Extremadura su ayuda para realizar el proyecto 2PR01B018.

² Facultad de Estudios Empresariales y Turismo. Universidad de Extremadura, Av. de la Universidad s/n, Cáceres, 10071, telf: 927 25 74 80 ext. 7913, fax: 927 25 74 81. ialbaloz@unex.es.

³ Departamento de Econometría, Universidad de Barcelona, Av. Diagonal 609, Barcelona, 08034, telf: 934 02 14 09, fax: 934 02 18 21, ayuso@eco.ub.es.