

Algunas implicaciones sociales y económicas de la longevidad y la dependencia¹

Lluís Bermúdez i Morata²
Montserrat Guillén i Estany³

RFA-IREA, Institut de Recerca en Economia Aplicada, Regional i Pública
Universitat de Barcelona

El aumento de la longevidad puede medirse como un incremento en los años esperados de vida, pero también se puede evaluar en términos de la capacidad de poder llevar una vida autónoma. Este trabajo se centra en las personas a partir de los 65 años, analiza las perspectivas de longevidad de nuestro entorno y las implicaciones de las situaciones de dependencia. Se calcula la esperanza de vida a partir de 65 años, separando la duración esperada de la vida en el periodo en que se disfruta de un estado de salud aceptable de los años en que se necesita la asistencia de una tercera persona. El artículo presenta una estimación del coste medio de atención a las personas con dependencia y muestra que las ayudas públicas previstas en el Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia podrán cubrir una parte del colectivo, pero que los individuos o sus familias deberán implicarse en la financiación o en la prestación de los servicios. El sistema público en España podría cubrir, aproximadamente, sólo un 15-17% de los costes esperados de asistencia de larga duración para los mayores.

1. Antecedentes y entorno

Las crecientes perspectivas de longevidad plantean interrogantes sobre la calidad de vida de las personas mayores durante los años adicionales de esperanza de vida que se han ganado gracias a los adelantos científicos y a las prácticas preventivas. Aunque satisfechos por poder vivir más años, los ciudadanos tenemos inquietudes contrapuestas sobre cómo nos gustaría llegar a una edad anciana, y en general nos preocupa cómo la longevidad y la dependencia nos podrían afectar a nivel individual. Una de las preguntas que se plantean es si hay suficientes servicios de atención en la cobertura pública, si es necesario recurrir a la ayuda de la familia, o si el único recurso posible es hipotecar el patrimonio acumulado durante toda una vida.

El aumento de la esperanza de vida en los países europeos ha alertado a las instituciones gubernamentales, también a las organizaciones privadas, sobre la necesidad de adoptar políticas que garanticen la ayuda y la atención de las personas mayores. La Ley de la Dependencia (tal como se conoce al texto de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia) es el marco legal acordado en España para cubrir dichas necesidades. Con la aprobación de la Ley se ha conseguido un paso muy importante: el reconocimiento del derecho de los ciudadanos a vivir con dignidad y a percibir ayudas por atender las necesidades cotidianas a nivel individual. Sin embargo, tras ese adelanto en bienestar, la implementación de las acciones concretas no está exenta de numerosas dificultades. En algunos sectores, ha causado un gran desconsuelo, puesto que las ayudas tardan en otorgarse y atienden inicialmente sólo a casos extremos. Además, como no todo el mundo requiere una asistencia del mismo grado o nivel, la sociedad sufre una enorme incertidumbre derivada de la gran diversidad de situaciones particulares

¹ Este trabajo está basado en una versión previa publicada en catalán en la revista *Barcelona Societat*. Agradecemos al consejo editor y en especial al director de la revista D. Carlos Salanova, su amabilidad en autorizarnos la utilización de gran parte del contenido inicial del artículo. Los autores agradecen el apoyo a la investigación proporcionado por el Ministerio de Ciencia e Innovación a través del proyecto SEJ2007-63298 / FEDER.

² lbermudez@ub.edu

³ mguillen@ub.edu

que genera la dependencia. La cobertura pública, tal y como se ha planteado actualmente, no puede afrontar los costes de asistencia a todas las personas en todos los grados de severidad de la dependencia. Finalmente, el contexto actual de crisis económica puede comprometer la asignación de los recursos públicos necesarios para el pleno funcionamiento de la Ley. En definitiva, parece que el despliegue íntegro del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (SAAD) será sostenible sólo si se cuenta con el concurso de la cobertura privada. Como veremos, los recursos privados (de la propia persona o de su familia) no pueden dejarse para atender situaciones de dependencia leve o moderada e incluso situaciones de dependencia grave que las ayudas públicas no logren a cubrir.

Para poder visualizar la realidad sobre el coste económico de la atención a la dependencia y la financiación de la Ley vigente, podemos ayudarnos de grandes cifras sobre el número de personas con dependencia que hay en nuestro ámbito geográfico inmediato (España). También daremos algunas cifras concretas sobre Barcelona, donde confluyen grandes desigualdades en una extensión territorial pequeña. Dichos datos bastan para valorar la suficiencia de recursos y diagnosticar cómo se puede adecuar la gestión de los servicios sociales de atención a la autonomía personal que deban prestarse a través de la comunidad. El índice de cobertura de centros residenciales, que es el número de plazas de residencia (públicas, privadas o mixtas) por habitante de 65 años o más actualmente es muy bajo. España tiene un índice de cobertura del 4% (2,23% si contamos sólo plazas privadas). Desgraciadamente, estas cifras indican que más del 95% de la población de más de 65 años no podría tener acceso a una plaza incluso aunque quisiera y pudiera pagárselo, sencillamente porque no existe. Por otra parte, haría falta tener en cuenta el coste de las plazas y las modalidades de servicios alternativos que se podrían ofrecer para ayudar a tomar las decisiones más adecuadas para cada individuo.

Para tratar aspectos más particulares, se deben valorar las perspectivas de calidad de vida y el coste económico que representa la atención a las personas mayores en el nuevo contexto que se plantea tras la aprobación de la Ley. Interesa ver a qué edad empieza a presentarse la dependencia con más intensidad y qué coste supone afrontar una etapa de la vida donde la mayor parte de las actividades cotidianas pueden ser difíciles de realizar en soledad (como por ejemplo ir a comprar, limpiar, preparar la comida, cuidarse de un mismo, o hechos tan imprescindibles, como por ejemplo, lavarse, vestirse o seguir una pauta simple de medicación). Es necesario conocer qué servicios están disponibles para los ciudadanos y aquello que se puede esperar de las políticas sociales. En este estudio no se pueden con-

templar todos los casos particulares, pero los resultados pueden ayudar a la planificación. En realidad, no importan sólo los jóvenes dependientes (que supone un colectivo muy pequeño), los ancianos sin familia ni recursos (los más desfavorecidos), sino que también cuentan los que disponen de suficientes medios para poderse cuidar, hacerse cuidar e, incluso, pueden pensar en donar una herencia a sus allegados.

Algunas cifras básicas que presentamos aquí permiten cuantificar la esperanza de vida, la esperanza de vida en diferentes grados de dependencia y definir algunos criterios socio-económicos que como todas las medidas estadísticas son potencialmente críticas porque responden a comportamientos medios y a supuestos sobre la evolución futura de precios, pero que hacen posible una visión integrada del problema.

2. Algunos conceptos clave

2.1. Longevidad y calidad de vida

El indicador de longevidad más conocido es la esperanza de vida al nacer, pero la esperanza de vida a partir de una cierta edad es otra medida alternativa al anterior, aunque mucho más desconocida. España, que ocupa uno de los primeros lugares en longevidad al nacer, se halla en la novena posición de países del mundo en esperanza de vida a partir de los 80 años (7,51 años para los hombres y 9,01 para las mujeres según datos extrapolados del *Human Mortality Database*, 2005). Contrariamente a lo que se podría pensar, la esperanza de vida a partir de los 80 años no ha cambiado demasiado en las últimas décadas, puesto que de hecho, los aumentos espectaculares en esperanza de vida al nacer que se han experimentado a lo largo del siglo XX se han debido fundamentalmente a la disminución de la mortalidad infantil, y por lo tanto han modificado esencialmente la esperanza de vida al nacer, pero no la esperanza de vida a partir de edades avanzadas.

Para tener en cuenta la calidad de los años vividos, hace falta combinar la medida de la longevidad con alguna noción que refleje el estado de salud de los individuos. Dado que la longevidad no implica necesariamente vivir en condiciones óptimas, se incorpora la noción de años vividos sin dependencia y con dependencia, la cual se entiende como la imposibilidad de realizar ciertas tareas autónomamente. Este concepto es confuso porque no está claramente delimitado a qué actividades se hace referencia cuando se habla de dependencia ni cómo se puede establecer una escala objetiva de la dificultad en el desarrollo de tareas. A pesar de que existen sistemas internacionales de valoración, no se ha establecido un instrumento consensuado en la comunidad científica mundial, y en consecuencia, es difícil realizar comparaciones rigurosas entre diferentes países.

La forma de medir la duración esperada de la dependencia a nivel individual, distinguiendo por grados de severidad, depende fuertemente de cómo se defina el elemento clave que es el umbral que separa la dependencia de la autonomía. ¿Cuándo entendemos que un individuo se encuentra en situación de dependencia? Es complejo responder porque hay que poder distinguir entre una situación donde hay dificultades, pero todavía existe la posibilidad de realizar las tareas sin la ayuda de otra persona, y aquella situación en la que es imprescindible que una tercera persona intervenga. La misma barrera la encontramos entre el cálculo del coste de cuidados de larga duración en la vejez (vinculado a las dificultades que se van presentando en las personas mayores) y el coste de la ayuda en situación de dependencia (que llega cuando hay imposibilidad de realizar autónomamente hechos vitales). Los costes de atención a las personas, tanto en la vejez como en las situaciones de dependencia, crecen conforme aumentan las discapacidades, pero cuando se presentan las situaciones más graves, la intensidad de ayuda tiene una duración en media más corta que en los casos donde hace falta una ayuda más moderada.

La Organización Mundial de la Salud, a través de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (OMS, 2001), define la discapacidad como un término genérico que contempla tanto las deficiencias a nivel físico (problemas en las funciones fisiológicas o en las estructuras corporales de la persona), las limitaciones en la actividad (dificultades que el individuo puede experimentar para realizar actividades, tanto cualitativamente como cuantitativamente hablando) y las restricciones en la interacción con otros individuos (problemas del individuo en sus relaciones con la sociedad). La dependencia se puede entender como la necesidad de ayuda de terceras personas ante la presencia de una discapacidad, pero en la Ley española, como requisito para percibir esta ayuda, es determinante la valoración de la intensidad. Por esta razón, las estadísticas basadas en la presencia de discapacidades no tienen la misma orientación que el espíritu de la legislación vigente, donde se pone el acento en la necesidad de apoyo externo.

Cuando el Instituto Nacional de Estadística (INE) realizó la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES) en 1999, obtuvo una fuente de información muy exhaustiva sobre la población española, que más tarde derivó en el desarrollo del Libro Blanco de la Dependencia (2005) y en la Ley de Dependencia. La EDDES se centró en aquellas limitaciones que afectaban a las actividades del individuo durante periodos superiores a un año y contempló 36 actividades y una valoración subjetiva de la capacidad de llevarlas a término. Muchas de las cifras que hoy se manejan están basadas directa o indirectamente en la muestra de la EDDES y en varias

encuestas de salud que hacen una definición de dependencia amplia (entendida como la presencia de alguna discapacidad) y en sintonía también con la definición que se propuso en el Libro Blanco de la Dependencia (2005). En esencia el procedimiento de valoración asignaba puntuaciones a las discapacidades para realizar las actividades de la vida diaria (AVD). Finalmente, los grados y niveles que se han contemplado en la reglamentación de la Ley de Dependencia han resultado ser ligeramente diferentes y en cierta medida más estrictos, puesto que no todas las actividades sujetas a baremación tienen el mismo peso a la hora de computar la valoración total y las puntuaciones altas sólo se alcanzan en estados muy graves o de discapacidad total. Es decir, lo que se podría considerar de forma amplia como una persona con dificultades de autonomía personal no es exactamente lo mismo que una persona con dependencia cuando se aplica el baremo de la Ley de Dependencia.

2.2. Esperanza de vida y dependencia

La esperanza de vida se calcula como una media estadística que permite reflejar el número esperado de años de vida de un individuo. Se deduce a partir de los años vividos por otros individuos (de generaciones anteriores) sin tener en cuenta la situación en la cual han sobrevivido. El objetivo de la segmentación de la esperanza de vida es cuantificar la duración esperada y la gravedad de las situaciones de dependencia. Introducir niveles de calidad de vida permite obtener una valoración más rica y cualitativa de la longevidad. Otro de los objetivos que se persiguen mediante la desagregación es estimar la duración esperada de cada nivel de dependencia y posteriormente extrapolar los costes de los servicios del SAAD.

Cada individuo tiene una trayectoria vital diferente, suponiendo que inicialmente se encuentra en un estado de salud óptimo, su evolución puede seguir caminos muy diversos. Por ejemplo, puede adquirir alguna discapacidad moderada durante algunos años y seguidamente recuperarse y volver al estado activo, o también puede pasar del estado de discapacidad moderada a una discapacidad agravada y a una dependencia, cuando su situación empeora. Las tablas de múltiples estados son instrumentos estadísticos que permiten sintetizar el número de individuos que se encuentran en cada uno de los niveles de salud considerados y dan lugar a índices sintéticos que, aunque no coincidan con la pauta experimentada por ningún individuo concreto, resumen el comportamiento en media de la población. En el estudio de la longevidad y la dependencia, se debe tener en cuenta que las transiciones entre los posibles estados no se dan con la misma intensidad en todas las edades, ni igual para los dos sexos. En su evolución intervienen numerosos factores como los

hábitos saludables, los estilos de vida y otros muchos componentes (como la predisposición genética o los antecedentes clínicos). Igualmente influyen acontecimientos completamente accidentales.

También existen algunos estudios que con el objetivo de adecuar las políticas de apoyo a la dependencia a los perfiles de cada sociedad analizan los factores socioeconómicos que inciden tanto en la longevidad como en la aparición de discapacidades. Por ejemplo, en Bermúdez *et al.* (2008a) se detalla, para el caso de Cataluña, que factores como sexo, nivel de educación, región de residencia o tipo de cobertura médica son factores que inciden en la edad a partir de la cual una persona puede ser considerada dependiente. La mayoría de los factores analizados están fuertemente correlacionados con el estatus económico de cada individuo. En resumen, los individuos con mayores recursos económicos (asociados a niveles de estudios superiores, residentes en regiones más ricas, y con cobertura médica privada) no tan sólo disponen de más recursos para afrontar los costes de la dependencia, sino que además tardan más en necesitarlos porque alcanzan el estado de personas dependientes unos años más tarde.

El Cuadro 1 muestra para hombres y mujeres como la esperanza de vida a partir de los 65 años discurre parcialmente sin dependencia y en estado de dependencia, incluyendo los tres grados de severidad que se definen en el Libro Blanco de la Dependencia (2005). La esperanza de vida sin dependencia (que excluye los tres grados: moderado, severo y gran dependencia) supone el 92% de los años restantes a los 65 años para los hombres y el 87% para las mujeres. A los 85 años el 77% de los años restantes para los hombres y el 69% para las mujeres todavía se estiman sin dependencia si parten de un estado activo. Como se ve, la dependencia es de un 8% de la duración esperada de la vida a partir de los 65 años para los hombres y un 13% para las mujeres. Este porcentaje crece con la edad hasta llegar a ser aproximadamente el 50% de los años de vida restantes a los 95 años.

La fuente estadística que se ha usado para sustentar los cálculos anteriores es la EDDES (1999). Esta encuesta se realizó con una muestra muy amplia y casi sin precedentes de 70.500 hogares (218.185 individuos a toda España) y cubrió las grandes carencias de información oficial que existían sobre los fenómenos de la discapacidad y de la dependencia. La EDDES se fundamenta en el marco de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacitados y Minusvalías (CIDDM). En el cuestionario de la encuesta y para cada persona del hogar de 6 o más años se recogieron todas las discapacidades que manifestaba, ya fueran independientes o no entre sí. Para cada discapacidad se pidió información sobre la persistencia de la discapacidad en el tiempo y sobre cuál era su nivel de dificultad a la hora de llevar a cabo cada actividad. Las categorías de discapacidades consideradas estaban relacionadas con las actividades de la vida diaria (AVD) de la visión (4 actividades), el oído (3), la comunicación (4), el aprendizaje, la aplicación de conocimientos y el desarrollo de tareas (4), los desplazamientos dentro de la vivienda (3), la utilización de brazos y manos (3), los desplazamientos fuera del hogar (3), el cuidado de uno mismo (4), la realización de tareas del hogar (5) y la relación con otras personas (3). En total el cuestionario estableció un total de 36 actividades.

Para fijar los niveles de severidad de la dependencia, considerando para ello la capacidad de realizar estas AVD, en los cálculos presentados aquí se utiliza el criterio definido por el Libro Blanco de la Dependencia (2005). El Libro Blanco antes de definir los niveles de dependencia (capítulo 12, páginas 6-7) considera sólo las nueve actividades siguientes como Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD): 1) lavarse y cuidar del propio aspecto; 2) controlar las necesidades y utilizar el servicio; 3) vestirse y arreglarse; 4) comer y beber; 5) cambiar y mantener las diversas posiciones del cuerpo; 6) levantarse, acostarse y permanecer de pie o sentado; 7) desplazarse dentro del hogar; 8) reconocer personas y objetos y orientarse; 9) entender y ejecutar órdenes y/o tareas sencillas.

Cuadro 1. Años (y porcentajes) de esperanza de vida sin dependencia y con dependencia (moderada, severa o grave) por sexos y a partir de cada edad

| A partir de la edad | Hombres | | | | | | Mujeres | | | | | |
|---------------------|-------------------|-----------------------------------|------|-----------------------------------|------|-------------------|-----------------------------------|------|-----------------------------------|------|--|--|
| | Esperanza de vida | Esperanza de vida sin dependencia | | Esperanza de vida con dependencia | | Esperanza de vida | Esperanza de vida sin dependencia | | Esperanza de vida con dependencia | | | |
| | | AÑOS | % | AÑOS | % | | AÑOS | % | AÑOS | % | | |
| 65 | 16,61 | 15,27 | 91,9 | 1,33 | 8,0 | 20,58 | 17,94 | 87,2 | 2,64 | 12,8 | | |
| 70 | 13,16 | 11,84 | 90,0 | 1,32 | 10,0 | 16,35 | 13,82 | 84,5 | 2,52 | 15,4 | | |
| 75 | 10,08 | 8,80 | 87,3 | 1,28 | 12,7 | 12,44 | 10,10 | 81,2 | 2,34 | 18,8 | | |
| 80 | 7,51 | 6,25 | 83,2 | 1,27 | 16,9 | 9,01 | 6,88 | 76,4 | 2,13 | 23,6 | | |
| 85 | 5,41 | 4,15 | 76,7 | 1,25 | 23,1 | 6,21 | 4,31 | 69,4 | 1,90 | 30,6 | | |
| 90 | 3,85 | 2,64 | 68,6 | 1,21 | 31,4 | 4,14 | 2,45 | 59,2 | 1,69 | 40,8 | | |
| 95+ | 2,43 | 1,46 | 60,1 | 0,97 | 39,9 | 2,44 | 1,10 | 45,1 | 1,34 | 54,9 | | |

Fuente: elaboración propia a partir de Guillén *et al.* (2006), INE (1999), Human Mortality Database y definiciones de grados de severidad del Libro Blanco de la Dependencia (2005).

El modelo de clasificación que se planteó en el Libro Blanco considera tres niveles o grados de dependencia. En el nivel de mayor gravedad, se sitúa la gran dependencia, dónde el individuo requiere de ayuda para realizar diferentes ABVD, diversas veces al día, y debido a su pérdida total de autonomía mental o física, necesita la presencia continua de otra persona. A continuación, la dependencia severa, donde el individuo es ayudado en varias ABVD dos o tres veces al día, pero no requiere la presencia continuada de una persona encargada de su cuidado. Finalmente, la dependencia moderada, en la cual, hace falta ayudar al individuo a realizar una o varias ABVD, al menos una vez al día. De este modo, el Libro Blanco propone un indicador sintético de la severidad muy vinculado a la necesidad de asistencia personal, que tiene en cuenta el número de actividades básicas de la vida diaria (ABVD) que se pueden realizar y el grado de dificultad para realizar cada una de ellas sin ayuda. A través de la asignación de puntos se puede reflejar la gravedad de la discapacidad en la realización de las ABVD, y por lo tanto, se asigna un punto por actividad que presenta una discapacidad moderada, dos puntos por actividad con una discapacidad severa y tres puntos, por la presencia de discapacidad total en una actividad.

Considerando este criterio de asignación, la puntuación máxima alcanzable es de 27 puntos, cuando el individuo no puede realizar ninguna de las nueve ABVD. Por otro lado, la puntuación mínima es de 2 puntos, puesto que la definición de dependencia del Libro Blanco exige la discapacidad severa en alguna de las nueve ABVD consideradas. Con estas puntuaciones, la categorización de las personas con dependencia se hace de la forma siguiente: más de 15 puntos significa gran dependencia (o dependencia grave), entre 7 y 15 puntos significa dependencia severa y menos de 7 puntos significa dependencia moderada.

Conviene señalar que este indicador de severidad no es equivalente estrictamente a la noción que usualmente podemos entender cuando nos referimos a personas con dependencia en un sentido muy amplio, puesto que en particular no incluye la situación de dependencia ligera. Además la escala antes mencionada tampoco coincide con la finalmente empleada en la reglamentación posterior a la Ley de Dependencia. El Índice de Valoración de la Dependencia (de ahora en adelante, IVD) se aprobó en el año 2007 y determina las situaciones de dependencia moderada, dependencia grave y de gran dependencia que se recogen en la Ley, pero empleando un criterio nuevo, pese a haberse inspirado en el Libro Blanco. Según el baremo del IVD, la clasificación se divide en:

a) Grado I. Dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar algunas actividades

básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal. Se corresponde a una puntuación final del IVD de hasta 49 puntos.

b) Grado II. Dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un asistente o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal. Se corresponde a una puntuación final del IVD de hasta 74 puntos.

c) Grado III. Gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal. Se corresponde a una puntuación final del IVD de hasta 100 puntos.

Los puntos se obtienen a través del IVD y con menos de 40 puntos tiene el nivel 1 del Grado I, entre 40 y hasta 49 puntos el nivel 2 del Grado I, entre 50 y 64 puntos el nivel 1 del Grado II, entre 65 y 74 puntos el nivel 2 del Grado II, entre 75 y 89 puntos el nivel 1 del Grado III y más de 90 puntos el máximo nivel (nivel 2 del Grado III).

La carencia de equivalencia entre las puntuaciones del Libro Blanco y las del IVD origina confusión en las cifras que se acostumbra a emplear. Por lo tanto, conviene prestar atención a la definición de las categorías de dependencia y a las diferencias de criterio según se emplee la clasificación del Libro Blanco o del baremo del IVD. Las diferencias se deben a un menor detalle en las tareas consideradas en este último y en una diferenciación en la importancia de cada una de las actividades a través de la asignación de pesos para obtener la puntuación final del baremo.

Otro aspecto que merece nuestra atención, y que podría constituir una crítica a los resultados aquí presentados, se deriva del hecho que la fuente estadística utilizada (EDDES) data del año 1999. Dado el flujo migratorio que se ha producido desde 1999 en España, las tasas de discapacidad y dependencia que se derivan de dicha encuesta deberían ser revisadas para contemplar el impacto de la inmigración. En Bermúdez *et al.* (2008c) los resultados obtenidos, basados en los escenarios más negativamente extremos, constatan que el impacto de los inmigrantes en la esperanza de vida en salud es insignificante. Por consiguiente, se desprende que la incorporación de la población extranjera residente a la población española no dará lugar a un incremento relativo sustancial de los costes asociados a la dependencia.

3. Población con discapacidades y con dependencia

El Cuadro 2 muestra el número de personas a partir de 65 años con alguna discapacidad o grado de dependencia por Comunidades Autónomas en España. Como se trata de comunidades con distinta proporción de población a partir de 65 años, también se muestra el porcentaje de población de 65 años o más sobre el total de población y el porcentaje que representan las personas que sufren una discapacidad o algún grado de dependencia, sobre este segmento. Las cifras del Cuadro 2 ponen de manifiesto que hay diferencias por territorios y que estas diferencias se pueden explicar en buena parte por un diferente grado de envejecimiento de las diferentes zonas. Andalucía, Cataluña y la Comunidad Autónoma de Madrid son las comunidades dónde hay un número más elevado de personas de 65 años o más que tienen dependencia de Grado III. En dichas comunidades, que por sí mismas ya tienen mucha población, también es donde hay más personas con alguna discapacidad o con algún grado de dependencia. Castilla y León, Asturias y Galicia son las comunidades que tienen un porcentaje más elevado de personas de edad superior o igual a 65 años sobre el total de población y son, por lo tanto, las comunidades más envejecidas. Las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla y los archipiélagos son las comunidades más jóvenes.

Una comparación entre las comunidades autónomas señala dos hechos relevantes. Por un lado se observa que prácticamente en todas las comunidades alrededor del 2,4% de la población mayor de 65 años se estima que tiene dependencia de Grado III. Por otro lado, aproximadamente el 11% de la población mayor de 65 años se ve afectada con algún grado de dependencia. Las variaciones que se observan entre comunidades se pueden atribuir a la propia singularidad de la pirámide demográfica interna y a la irregularidad estadística: las diferencias porcentuales debidas a errores no se pueden considerar significativas dadas las fuentes de información empleadas. Las discapacidades afectan aproximadamente un tercio de la población igual o mayor de 65 años. Finalmente, de las cifras del Cuadro 2 se desprende que pese a que la dependencia de Grado III es la más grave, afecta a un grupo de población reducido.

En la ciudad de Barcelona se puede aplicar una definición amplia de dependencia y analizar los datos de la Encuesta de Salud de Barcelona (ESB) del año 2006, como se presenta en el Cuadro 3. En este caso la definición de dependencia está inspirada en el Libro Blanco y contempla cuatro niveles a partir de la respuesta a 10 preguntas sobre realización de actividades habituales. Los resultados permiten concluir que de la población de 65 años y más (334.101 habitantes de Barcelona en total), aproximadamente

Cuadro 2. Población (y porcentajes) a partir de 65 años por Comunidades Autónomas. Presencia de alguna discapacidad o de algún grado de dependencia

| Comunidad Autónoma | Población a partir de 65 años (% sobre total) | | Número de personas a partir de 65 años (% sobre población a partir de 65 años) | | | | | |
|------------------------------|---|------|--|------------------------------------|---------|------------------------------|---------|-----|
| | | | Con alguna discapacidad* | Con cualquier grado de dependencia | | Con dependencia de grado III | | |
| Andalucía | 1.172.276 | 14,7 | 381.348 | 39,4 | 142.009 | 12,1 | 27.629 | 2,4 |
| Aragón | 261.515 | 20,5 | 64.055 | 26,8 | 30.457 | 11,6 | 6.640 | 2,5 |
| Asturias (Principado de) | 236.526 | 22,0 | 62.446 | 30,0 | 28.485 | 12,0 | 5.870 | 2,5 |
| Baleares (Islas) | 138.512 | 13,8 | 29.118 | 26,0 | 15.879 | 11,5 | 3.350 | 2,4 |
| Canarias | 246.399 | 12,3 | 49.047 | 27,2 | 26.133 | 10,6 | 5.026 | 2,0 |
| Cantabria | 106.136 | 18,7 | 29.416 | 31,5 | 13.254 | 12,5 | 2.864 | 2,7 |
| Castilla y León | 570.312 | 22,6 | 190.088 | 37,3 | 68.930 | 12,1 | 14.237 | 2,5 |
| Castilla La Mancha | 363.110 | 18,8 | 106.657 | 34,0 | 44.637 | 12,3 | 8.820 | 2,4 |
| Cataluña | 1.175.519 | 16,5 | 319.041 | 32,9 | 133.402 | 11,3 | 26.640 | 2,3 |
| Comunidad Valenciana | 781.186 | 16,3 | 183.941 | 30,1 | 86.316 | 11,0 | 17.350 | 2,2 |
| Extremadura | 208.808 | 19,2 | 66.544 | 35,7 | 26.187 | 12,5 | 5.050 | 2,4 |
| Galicia | 594.496 | 21,5 | 168.336 | 32,4 | 72.469 | 12,2 | 14.764 | 2,5 |
| Madrid (Comunidad de) | 870.077 | 14,5 | 193.786 | 26,3 | 93.410 | 10,7 | 19.198 | 2,2 |
| Murcia (Región de) | 189.046 | 13,8 | 62.376 | 40,5 | 23.153 | 12,2 | 4.476 | 2,4 |
| Navarra (Comunidad Foral de) | 104.987 | 17,4 | 25.512 | 28,8 | 12.478 | 11,9 | 2.703 | 2,6 |
| País Vasco | 393.287 | 18,4 | 78.960 | 23,9 | 41.491 | 10,5 | 8.095 | 2,1 |
| Rioja(La) | 56.403 | 18,4 | 8.661 | 18,3 | 6.858 | 12,2 | 1.328 | 2,4 |
| Ceuta | 8.490 | 11,2 | n.d | n.d | 888 | 10,5 | 202 | 2,4 |
| Melilla | 7.307 | 10,9 | n.d | n.d | 770 | 10,5 | 173 | 2,4 |
| Total | 7.484.392 | 16,7 | n.d | n.d | 867.207 | 11,6 | 174.415 | 2,3 |

Fuente: IMSERSO resolución de 23 de mayo de 2007 (BOE 2 de junio de 2007), estimación según Libro Blanco de la Dependencia.

*Guillén *et al.* (2006) referida a población 2005, n.d. significa no disponible.

un 12% son personas con dependencia grave o gran dependencia. Se estima que 163.079 personas mayores de 65 años necesitan ayuda debida a la dependencia en algún grado, y que de éstas, 39.707 tienen un nivel de severidad grave o muy grave. El número de personas con gran dependencia (que equivaldría aproximadamente al nivel más alto del Libro Blanco y sería un colectivo más amplio que el Grado III del baremo del IVD) supone el 4% de la población de edad igual o superior a 65 años.

Este porcentaje es superior al observado en el análisis territorial por Comunidades Autónomas en España y, pese a que puede ser en parte fruto de la propia clasificación de los niveles de gravedad y del error de estimación, también podría explicarse por el elevado nivel interno de envejecimiento en la pirámide de edades de la ciudad. Si bien en España el porcentaje de personas de 80 años o más representa el 26,39%, en la ciudad de Barcelona este colectivo es más amplio y representa el 29,45%. Como ya pasaba en el caso de las Comunidades Autónomas, las diferencias por distritos (Cuadro 4) obedecen igualmente al tamaño de los mismos y una vez más a la estructura de edades de su población. Las personas de 65 años o más que prioritariamente deberán recibir apoyo, deberán ser las que tengan el nivel más alto de dependencia y se estima que alcanzan un total de 13.364 personas.

Cuadro 3. Personas a partir de 65 años en Barcelona, según la severidad de la dependencia

| Severidad | Población a partir de 65 años | |
|----------------------|-------------------------------|------------|
| | Número de personas | Porcentaje |
| Sin dependencia | 171.060 | 51,20% |
| Dependencia leve | 87.534 | 26,20% |
| Dependencia moderada | 35.749 | 10,70% |
| Dependencia grave | 26.394 | 7,90% |
| Gran Dependencia | 13.364 | 4,00% |
| Total | 334.101 | 100,00% |

Fuente: estimaciones a partir de la Encuesta de Salud de Barcelona (2006), definiciones inspiradas en el Libro Blanco de la Dependencia.

Cuadro 4. Personas con dependencia a partir de 65 años en Barcelona (por distritos)

| Distrito | Población a partir de 65 años | | | |
|---------------------|-------------------------------|-------|----------------------------|-------|
| | Dependencia leve y moderada | | Dependencia severa y grave | |
| Ciutat Vella | 10.033 | 87,3% | 1.460 | 12,7% |
| Eixample | 16.754 | 68,7% | 7.632 | 31,3% |
| Sants-Montjuïc | 16.120 | 75,8% | 5.145 | 24,2% |
| Les Corts | 5.657 | 81,7% | 1.268 | 18,3% |
| Sarrià-Sant Gervasi | 11.500 | 81,9% | 2.549 | 18,1% |
| Gràcia | 8.360 | 78,8% | 2.254 | 21,2% |
| Horta-Guinardó | 13.078 | 72,6% | 4.932 | 27,4% |
| Nou Barris | 13.451 | 71,8% | 5.290 | 28,2% |
| Sant Andreu | 10.607 | 70,1% | 4.526 | 29,9% |
| Sant Martí | 17.812 | 79,3% | 4.651 | 20,7% |
| Total | 123.372 | 75,7% | 39.707 | 24,3% |

Fuente: estimaciones a partir de la Encuesta de Salud de Barcelona (2006), definiciones inspiradas en el Libro Blanco de la Dependencia.

4. Costes de atención a las personas mayores y a la dependencia

Desde que se realizaron los primeros análisis globales de la financiación que prevé la Ley de Dependencia, se puso en evidencia que la cobertura pública prevista inicialmente sólo podría afrontar una parte de los costes del SAAD. A los dos años de su aprobación se aprecia que no se puede cubrir con presupuesto público todo el coste de asistencia a las personas mayores, es decir, lo que denominaremos las ayudas de larga duración (ALD), que consisten en el SAAD en los casos de dependencia. Diferentes estudios apuntan a que las aportaciones presupuestarias previstas en la Ley cubrirán escasamente el 30% del coste estimado y que serán los gobiernos de cada comunidad autónoma y los organismos locales los que tendrán que garantizar la prestación de servicios y complementar la financiación, a la hora que compartir la responsabilidad de la gestión del SAAD. La Ley dicta que la administración central y la autonómica deben hacerse cargo a partes iguales de dos tercios del coste, mientras que el usuario debe afrontar el otro tercio. Recientemente, desde algunos gobiernos autónomos y locales, se oyen críticas sobre la cofinanciación otorgada desde la administración central. A modo de ejemplo, desde la Generalitat catalana, se constata que este último año la proporción es del 67,8% sufragado por la Generalitat y el 22,2% por la Administración central. En todo caso, estas discusiones sobre la financiación en nada ayudan al correcto desarrollo del SAAD.

La estimación del esfuerzo económico individual esperado de las ALD y del SAAD puede apuntar cómo diseñar políticas sociales de dependencia que ofrezcan un margen de cobertura suficiente, teniendo en cuenta los fondos públicos previstos desde el Estado. Igualmente puede servir para estimar las dotaciones necesarias a los mencionados fondos para que la cobertura sea efectiva y sostenible. La estimación económica de los costes individuales que veremos seguidamente permite, además, el diseño de productos privados (como por ejemplo pólizas de seguros) y ayuda a la planificación de las decisiones individuales sobre cómo afrontar el complemento a la cobertura social. El método de estimación de los costes de asistencia de larga duración propuesto está basado en principios actuariales básicos, pero es sencillo conceptualmente. Sólo se tienen en cuenta los siguientes aspectos: el número de años que se espera que un individuo viva en cada nivel de discapacidad o dependencia, las probabilidades de supervivencia y las necesidades de apoyo asociadas a cada uno de los niveles de dependencia con su coste correspondiente.

Para calcular el coste, se ha supuesto una modalidad de asistencia mixta, que combina atención en el propio domicilio del afectado, con prestación de servicios en centros de día y en centros residenciales,

en función de la severidad de la discapacidad. Desde este punto de vista, se ha supuesto que las personas con dependencia moderada reciben atención domiciliaria tres horas al día; las personas con dependencia severa asisten a un centro de día y reciben una hora de atención domiciliaria, y las personas con gran dependencia son atendidas en una residencia. Esta modalidad de atención se ha definido teniendo en cuenta las conclusiones obtenidas en diferentes estudios previos, en los que se evaluó an cuáles son las mejores alternativas de atención para las personas mayores con dependencia. El coste individual anual de las ALD que se ha tomado como referencia, según el grado de severidad, y teniendo en cuenta los servicios ofrecidos en cada caso, se presenta en el Cuadro 5. Este coste base se ha actualizado y proyectado adelante con una evolución de la inflación y un aumento de precios en línea con lo que se ha observado en los últimos años (ver más detalles en Bolancé *et al.* 2007). En el Cuadro 5, la opción presentada corresponde a la que minimiza el coste de prestación de asistencia.

Cuadro 5. Coste individual anual de la Atención a la Dependencia, para cada grado de severidad

| Grado de severidad | Coste de las opciones de atención | |
|------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| | Anualmente en euros | Servicio supuesto |
| Dependencia moderada | 13.198 | 3h/diarias a domicilio |
| Dependencia severa | 13.198 | Centro de día y 1h/día a domicilio |
| Dependencia grave | 18.600 | Residencia |
| Media* (en euros 2007) | 15.168 | |

Fuente: IMSERSO, 2001 y elaboración propia.

*Ponderado según la prevalencia observada en la EDDDES, 1999.

El Cuadro 6 muestra una estimación del coste individual esperado de la ALD, es decir, contemplando que se requiere un servicio de apoyo cuando aparece alguna discapacidad y efectuando una proyección de las duraciones esperadas para cada nivel de severidad (teniendo en cuenta las proyecciones de mortalidad, suponiendo tasas de prevalencia decrecientes e incluyendo factores de evolución de los precios). Estas cifras se han de entender a partir de una edad de partida hasta el deceso y no se pueden sumar por edades. Más detalles sobre la metodología utilizada, pueden encontrarse en Artís *et al.* (2007). Para los hombres, el coste individual medio esperado de la asistencia en atención de larga duración, desde los 65 años hasta su muerte, supone 91 mil euros aproximadamente, y para las mujeres 144 mil euros. Si se considera la asistencia desde los 85 años hasta la muerte el coste esperado es de 42 mil euros para los hombres y 62 mil para las mujeres, considerando que el individuo alcanza dicha edad sin dependencia.

El coste del SAAD y la atención a la dependencia proporcionaría las cifras de las dos últimas columnas del Cuadro 6. En este caso la diferencia con las

columnas anteriores es que sólo se atenderían los casos que mostraran necesariamente el requerimiento insustituible de una tercera persona. En este caso, para un hombre de 65 años el coste estimado sería de unos 32 mil euros y aproximadamente unos 64 mil para una mujer de la misma edad. Las diferencias entre hombres y mujeres en el coste de atención se deben fundamentalmente a la mayor longevidad de las mujeres y a una mayor duración de su estado de discapacidad y de dependencia.

Cuadro 6. Coste individual esperado. En euros, desde la edad de inicio

| Edad de partida | ALD Atención de Larga Duración | | SAAD (sólo para la dependencia) | |
|-----------------|--------------------------------------|---------|---------------------------------------|---------|
| | Hombres | Mujeres | Hombres | Mujeres |
| 65 | 91.706 | 144.257 | 31.833 | 64.219 |
| 70 | 72.956 | 113.110 | 27.081 | 51.833 |
| 75 | 56.557 | 85.976 | 23.153 | 41.118 |
| 80 | 41.885 | 62.533 | 19.581 | 31.495 |
| 85 | 29.082 | 42.931 | 15.395 | 22.733 |
| 90 | 18.273 | 29.414 | 10.328 | 16.326 |
| 95 | 10.964 | 20.198 | 6.682 | 11.703 |
| 99 | 4.791 | 8.588 | 7.200 | 8.143 |

Servicios: Discapacidad moderada (3h/día Servicios de Atención a Domicilio); Discapacidad severa (Centros de día + 1h/día Servicios de Atención a Domicilio); Discapacidad grave (Residencias).

Fuente: Elaboración propia.

De los resultados se desprende que el coste esperado de la atención a la dependencia (SAAD) y de la asistencia de larga duración (ALD) siempre es mayor para las mujeres que para los hombres, dada su mayor esperanza de vida en el estado de discapacidad. Además, el coste asociado a la atención a los mayores o la asistencia genérica siempre es mayor que el asociado a los servicios exclusivamente dedicados a la dependencia porque se inicia en los estados más leves, lo cual puede ofrecer una idea aproximada del coste de oportunidad asumido por las familias que se encargan del cuidado de sus familiares que, pese a que no sufran dependencia, pueden necesitar un apoyo personal y particularizado. Concretamente, para un individuo entre 65 y 85 años, si la Ley atendiera exclusivamente la dependencia de Grado III (la más grave, que incluye dos niveles) y un porcentaje parcial de los costes de la dependencia de Grado II (la severa), se estaría cubriendo un coste que equivaldría aproximadamente sólo a un 15-17% del coste esperados de la ALD o bien a un 50-60% del coste del SAAD vinculado a la dependencia.

Las necesidades de ALD son proporcionales al grado de discapacidad del individuo. Una mayor duración de la demanda de servicios implicará también un mayor coste de asistencia. En consecuencia, a mayor probabilidad de discapacidad más esperamos la necesidad de ayuda e incremento de la demanda de este tipo de servicios y por ello la estimación de los costes que supone la ALD es elevada, pese a que

decrece con la edad por la disminución de las expectativas de vida y el tiempo durante el cual se requerirá cada tipo de asistencia.

Para afinar más en la determinación del coste individual anual, y consecuentemente en la adecuada asignación de los recursos disponibles, es necesario estudiar con más detalle los perfiles sociodemográficos de los dependientes en España. Con este objetivo, en Bermúdez *et al.* (2008b), a partir de los datos que ofrece la EDDDES y mediante técnicas de estadística multivariante, se analizan las distintas tipologías de individuos con dependencia. En primer lugar, se determinan cuáles son los factores sociodemográficos que establecen diferencias entre los individuos con dependencia; y en segundo lugar, se segmenta la muestra para definir grupos o perfiles de personas con dependencia. Las características que mejor diferencian a los individuos con dependencia están relacionadas con el estado civil, los cuidados que reciben, la situación económica-laboral y el nivel de estudios que poseen. A modo de ejemplo, la administración pública no debe considerar el mismo tipo de ayuda al perfil de mujeres viudas, sin estudios, jubiladas por invalidez, que sólo reciben cuidados por residentes en el hogar y que no poseen cobertura sanitaria privada, que al perfil de individuos casados, con estudios y que cuentan con ayuda externa para la atención de sus necesidades.

5. Discusión

En los próximos años, el aumento en el número de personas con dependencia comportará una mayor demanda de prestaciones sociales y/o sanitarias, que deben ser coordinadas para poder ofrecer una adecuada respuesta socio-sanitaria.

El desarrollo del SAAD será gradual, con objeto de acompasar el despliegue de prestaciones con la creación de la infraestructura necesaria. Está previsto que la oferta de prestaciones (debido a la planificación de infraestructuras de servicios) se realice de forma progresiva durante ocho años, pero puede que la propia dinámica demográfica imponga un ritmo superior al inicialmente planificado. Por ello es posible que pese a los esfuerzos realizados, el porcentaje de población que sea elegible para las prestaciones públicas no crezca. La Ley de la Dependencia preveía un desarrollo para el primer año tal que el derecho a acceder a las ayudas alcanzara a quienes fueran valorados en el Grado III (niveles 1 y 2); el segundo y tercer año, a quienes fueran valorados en el Grado II, nivel 2; el tercero y cuarto año, a quienes se hallaran en el Grado II, nivel 1; el quinto y sexto año, a quienes se encontraran en el Grado I, nivel 2. Finalmente; el séptimo y octavo año tras la aprobación de la Ley, los valorados en el Grado I, nivel 1 podrían acogerse al programa de ayudas. El desarrollo previsto en la Ley choca frontalmente, tal

y como hemos advertido anteriormente, con las dificultades reales y financieras de ponerlo en práctica. Lo más probable es que aquellas personas con menor nivel de dependencia sean especialmente vulnerables, puesto que no tendrán prioridad suficiente para acceder al apoyo del sistema público del SAAD y en general buscarán la ayuda económica en su entorno inmediato.

En la mayoría de casos son las familias, y en especial las mujeres, las que se hacen cargo de atender a la población que se encuentra en situación de dependencia. Actualmente poco más del 10% de los recursos presupuestarios dedicados a las personas mayores se destina a la ayuda a domicilio, mientras que los recursos institucionalizados (residencias y centros de día) suponen más del 80% (hay además un 10% dedicado a servicios de tele-asistencia o complementarios). Se debería dar mayor protagonismo al papel de la atención domiciliaria, no solamente por tener en cuenta las preferencias de los ciudadanos, sino también para mantener el máximo grado de autonomía de los afectados.

Cuando los costes de atención a la dependencia son los asociados a una combinación de servicios (atención a domicilio, centros de día y plaza en residencia) se obtiene un coste individual notablemente inferior a la opción basada exclusivamente en servicios de atención a domicilio. Este último caso serviría de referente para aproximar el coste del apoyo informal, normalmente asumido por las familias, y que en muchas ocasiones implica la renuncia del cuidador a participar en el mercado laboral.

El tramo de edad de los 65 a los 70 años es muy importante de cara a la previsión personal y privada ligada a los costes de la dependencia, porque los costes esperados son elevados en este momento (la esperanza de vida residual todavía es muy alta para estos individuos) y la cobertura pública sólo se producirá si existe gran dependencia o asumirá únicamente parte del coste económico. Entre los 70 y los 80 años, aunque el coste esperado de la ALD y el SAAD es menor en términos absolutos, los productos privados de cofinanciación pueden ser competitivos porque no se requiere cubrir cantidades demasiado elevadas. A partir de los 80 años, al disminuir la esperanza de vida residual y aumentar la probabilidad de gran dependencia y por lo tanto el acceso a la prestación del sistema público, el coste a asumir por el individuo es notablemente inferior. En el caso de las mujeres, la distinción entre los diferentes periodos de edad no es tan clara como en los hombres, aunque igualmente el coste esperado de cofinanciación va disminuyendo con la edad. El descenso es más lento a partir de los 80 años.

Las consecuencias inmediatas del aumento de la longevidad y del desarrollo del SAAD hacen prever una demanda creciente de servicios y por lo tanto,

un incremento del mercado de trabajo en este sector, como ya se ha venido anunciando en los últimos años. Pese a ello, la generación que se incorpora al colectivo de mayores actualmente está menguada por los efectos de la Guerra Civil y puede dar la impresión pasajera de que disminuye el crecimiento de la demanda de servicios a corto plazo. Es decir, en las actuales circunstancias, puede dar la impresión de que existe un retardo en la dinámica del mercado de servicios especializados en mayores.

Actualmente persiste un gran debate sobre el uso del patrimonio o la vivienda como generador de rentas para cubrir los costes de la dependencia. En este trabajo no hemos querido entrar en ésta ni en otras opciones de financiación. Desde el punto de vista de la financiación de las alternativas de ALD y SAAD, las rentas basadas en hipotecas inversas sobre la vivienda pueden reportar beneficios considerables, pero sólo en casos muy concretos, tanto para los interesados como para los prestamistas de la operación. Esencialmente la ventaja de dichos productos financieros se deriva de mantener el uso de la vivienda como residencia habitual, pero en contra juegan las incertidumbres sobre la evolución de precios de la vivienda y una situación de gran endeudamiento por parte de las familias que debilita las expectativas de recuperación del mercado inmobiliario. La contratación de una hipoteca inversa de tipo vitalicio está sujeta a una gran cantidad de factores exógenos al individuo y, sobre todo, a la valoración de su patrimonio, puesto que si éste no es suficiente, no podrá proporcionarle una renta lo suficientemente importante. En grandes ciudades como Barcelona o en zonas residenciales de elevado nivel de

precios, el hecho de que haya inmuebles bien valorados y que el porcentaje de propietarios sea elevado, dan posibilidades a esta opción, pero el estado de conservación y la desaceleración del sector inmobiliario le restan potencial y por lo tanto no se puede decir que ésta sea la solución definitiva para afrontar los costes de la dependencia.

Analizando los diferentes resultados, concluimos que en las edades más avanzadas es cuando se dan situaciones de gran fragilidad. A la mayor probabilidad de vivir en soledad se une una menor liquidez del individuo y su propia vulnerabilidad. Como el sistema público del SAAD priorizará a los dependientes más graves y desfavorecidos, es a las personas sin grandes dificultades de dependencia, pero que requieren una atención personal moderada, por quien se tendrían que idear instrumentos adecuados y algunas políticas particulares. Desde aquí, cabe advertir que una errónea percepción social sobre las bondades de la Ley de Dependencia y su injustificada capacidad de poder alcanzar a todos los ciudadanos en cualquier nivel de necesidad de apoyo, puede llevar a que las familias transfieran al sistema público demasiada responsabilidad e ignorando las actuales debilidades de la Ley no tomen las medidas de ahorro necesarias para hacer frente al coste futuro de la dependencia. Además, no debemos olvidar la dramática circunstancia de quienes teniendo ya una situación de dependencia han confiado en que la Ley solucionaría todos sus problemas, y que una vez pasados todos los límites burocráticos para requerir la ayuda prometida sienten una enorme frustración al ver reducidas sus primeras expectativas.

Bibliografía

- ARTÍS, M., AYUSO, M., GUILLÉN, M. y MONTEVERDE, M. (2007) "Una estimación actuarial del coste individual de la dependencia en la población de mayor edad en España" *Estadística Española*, 49, 165, 373-402.
- BERMÚDEZ, LL., BLAY, D. y GUILLÉN, M. (2008a) "Análisis de la aparición de discapacidades en personas mayores de Cataluña" *Revista de métodos cuantitativos para la economía y la empresa*, 5, 3-16.
- BERMÚDEZ, LL., BOLANCÉ, C., MUSTAFA-GONDOLBEU, K. y GUILLÉN, M. (2008b) "Tipologías sociodemográficas de individuos con dependencia en España y su supervivencia en estado de salud" *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 43, 1, 19-31.
- BERMÚDEZ, LL., GUILLÉN, M. y SOLÉ, A. (2008c) "Escenarios del impacto de la inmigración en la longevidad y dependencia de los mayores en la población española" Próxima publicación en *Revista Española de Geriátría y Gerontología*.
- BOLANCÉ, C. (dir) (2007) *Alternativas de cofinanciación de los costes de la dependencia en España*. IMSERSO. Madrid.
- EDAD&VIDA (2005) "Posicionamiento de Edad&Vida para un marco regulador en la provisión de servicios y financiación de la dependencia", *Edad&Vida*, Madrid.
- GUILLÉN, M. (dir) (2006) *Longevidad y dependencia en España. Consecuencias sociales y económicas*. Fundación BBVA. Madrid.
- GUILLÉN, M. (2008) "Longevitat i dependència. Implicacions socials i econòmiques" *Barcelona Societat*, 14, 45-58.
- HUMAN MORTALITY DATABASE (2005) <www.mortality.org> University of California, Berkeley, USA, Max Planck Institute for Demographic Research in Rostock, Germany.
- IMSERSO (2006) *Informe sobre personas mayores*, Madrid.
- INE (2002) *Metodología de las tablas de mortalidad de la población española 1998-1999*, Instituto Nacional de Estadística, Madrid.
- INE (2005) *Encuesta sobre discapacidad, deficiencias y estado de salud. Informe General* Instituto Nacional de Estadística, Madrid.
- LEY 39/2006 DE 14 DE DICIEMBRE (BOE 15 de diciembre de 2006) de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- LÓPEZ-CASASNOVAS, G. (2005) *Envejecimiento y dependencia. Situación actual y retos de futuro*", *Estudios Caixa Catalunya*, Barcelona.
- MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES (2005) *Libro Blanco de la Dependencia*, MTAS, Madrid.