

El seguro de Dependencia (I)

Situación de futuro y recursos sociosanitarios

Debido a la extensión de este interesante trabajo sobre el seguro de Dependencia, TRÉBOL lo publicará dividido en tres partes consecutivas, publicándose la primera en este número.

José Ramón Campos Dompredo
Director Técnico
MAPFRE QUAVITAE



“El hecho de que la dependencia tendrá una regulación estatal y, probablemente un control autonómico de la prestación final del servicio, obligará a los proveedores de servicios a adaptarse, por un lado, a las demandas y obligaciones legales que se establezcan y, por otro, a atender las necesidades de las personas dependientes con la mayor garantía de calidad.”

En dos anteriores artículos se ha hablado del seguro de Dependencia referido a los fundamentos y aspectos técnicos y a la experiencia internacional y el reaseguro. En este artículo continuaremos hablando del seguro de Dependencia desde dos puntos de vista: el primero relacionado con los recursos para realizar una cobertura de las necesidades de la persona cuando entra en dependencia; y por otro lado, las características necesarias de los recursos para poder afrontar con seguridad y garantía la prestación del servicio.

El hecho de que la dependencia tendrá una regulación estatal y, probablemente un control autonómico de la prestación final del servicio, obligará a los proveedores de servicios a adaptarse, por un lado, a las demandas y obligaciones legales que se establezcan y, por otro, a atender las necesidades de las perso-

nas dependientes con la mayor garantía de calidad.

Existe consenso para aceptar la definición de dependencia que ofrece el Consejo de Europa (1998):

«Aquel estado en que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria.»

Por tanto, el primer reto al que tiene que enfrentarse el seguro de Dependencia es a la clasificación del grado de dependencia que pueda presentar la persona. Si nos atenemos a la definición y a la clasificación vemos que la importancia se centra en el nivel de ayuda en las ABVD y no en la causa que produce esa necesidad de ayuda, por tanto la situación que importa y que se debe valorar no son los diagnósticos sino la situación funcional.

La valoración de la situación funcional para determinar el grado de dependencia desde un criterio asegurador debería cumplir los siguientes requisitos:

- ▶ Ser una prueba objetiva.
- ▶ Cuantificar y clasificar el grado de dependencia.

En este nivel la participación y necesidades de los diversos agentes implicados se muestran a continuación.



Nivel de participación y necesidades de los agentes implicados en la prestación de servicios / Recursos a personas con dependencia

AGENTE	NIVEL DE PARTICIPACIÓN	NECESIDADES
ADMINISTRACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Definir el nivel de competencias en el ámbito nacional. ▶ Establecer el nivel de recurso y/o servicio adecuado y su intensidad y características relacionado con el nivel de dependencia. ▶ Establecer las diferentes características y estándares mínimos necesarios en cada recurso y/o servicio. ▶ Regulación de los sistemas de homologación/ clasificación de los recursos y/o servicios. ▶ Establecer las normas de control y supervisión de todo el proceso de solicitud, concesión y gestión de la dependencia. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Establecer consenso con el resto de agentes implicados (aseguradoras y proveedores de servicios). ▶ Establecer sistemas de control y supervisión ágiles y sencillos. ▶ Establecer consenso con las Comunidades Autónomas. ▶ Regulación previa del sector de servicios y/o recursos para personas con dependencia con el fin de homogeneizar las prestaciones y normativas autonómicas. ▶ Apoyo en empresas externas para la homologación, clasificación y control del cumplimiento de la ley.
EMPRESAS EXTERNAS (en el caso de participación en el proceso)	<p>Dependiendo del nivel de implicación y participación en el proceso:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Homologación y clasificación de recursos y/o servicios. ▶ Control del cumplimiento de los estándares mínimos establecidos. ▶ Aportación de servicios y valor añadido en futuras revisiones de la Ley de la Dependencia. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Establecer los criterios que deben cumplir las empresas acreditadoras. ▶ Establecer sistemas de supervisión de las propias empresas acreditadoras. ▶ Establecer los mecanismos del procedimiento de auditorías o evaluaciones de los proveedores de recursos y servicios.
ASEGURADORAS	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Relación directa con asegurados y empresas proveedoras de servicios. ▶ Establecer acuerdos con las empresas proveedoras de servicios que cumplan los requisitos y estándares fijados y hayan obtenido la homologación y/o clasificación correspondiente. ▶ Diferenciación de la cartera de servicios opcionales y características del recurso y/o servicio respecto a la competencia. ▶ Exigencia del cumplimiento del nivel de calidad en la atención y organización. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Establecer acuerdos a nivel nacional. ▶ Establecer los criterios que deben cumplir las empresas proveedoras de servicios y/o recursos. ▶ Establecer sistemas de supervisión de las propias empresas proveedoras de servicios y/o recursos. ▶ Establecer los mecanismos del procedimiento de auditorías o evaluaciones de los proveedores de recursos y servicios. ▶ Definición del coste de servicios.
EMPRESAS PROVEEDORAS DE SERVICIOS Y/O RECURSOS	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Desarrollo del recurso y/o servicio atendiendo a la normativa y exigencias establecidas. ▶ Elaboración de una cartera de servicios opcionales amplia y que dé valor añadido a la atención obligatoria. ▶ Calidad en servicios de restauración, mantenimiento del centro, aspectos constructivos, ambientales, edificación, salas, equipamiento, etc. ▶ Establecer acuerdos con aseguradoras para la atención de sus asegurados. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Participación en la definición del coste (los servicios opcionales tendrán una gran importancia en la capacidad de negociación). ▶ Diferenciación con la competencia. ▶ Extensión a nivel nacional de los recursos y/o servicios en grandes empresas del sector. ▶ Orientación hacia el proveedor integral de servicios. ▶ Establecer mecanismos organizativos y de control que verifique el cumplimiento de los niveles mínimos exigidos.

Según el Libro Blanco de la Dependencia (al cual nos referiremos a lo largo del capítulo en varias ocasiones, ya que hoy es el documento de referencia y sobre el que se va a desarrollar toda la legislación y documentos técnicos referidos a la dependencia), se establecen tres tipos de dependencia:



Dependencia moderada

cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria (ABVD) (ver número 33 de TRÉBOL para conocer las variables que evalúa), al menos una vez al día.



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 la presencia permanente de un cuidador.



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 mental o física, necesita la presencia indispensable y continua de otra persona.

- ▶ Sencillez en su utilización.
- ▶ Ser suficiente un entrenamiento en su uso y tener un mínimo conocimiento sobre la materia.
- ▶ El instrumento debe ser fiable (capacidad de la escala para obtener los mismos resultados en repetidas mediciones y en ausencia de cambios reales tanto cuando es aplicada de nuevo por el mismo observador (reproductibilidad intraobservador) como por observadores distintos (reproductibilidad interobservador).
- ▶ Debe permitir la transmisión de información y poder realizar análisis más exhaustivos de los resultados obtenidos.

El segundo gran reto al que nos enfrentaremos tiene que ver con la prestación de los servicios/recursos a personas con dependencia, una vez ésta ha sido establecida y debe ser cubierta. Algunas características de este paso serían:

- ▶ Asignación voluntaria de la persona al nivel de servicio/recurso, intensidad, características, etc. que es «recomendado» para la atención de su nivel de dependencia.
- ▶ Elección voluntaria sobre un catálogo de servicios/recursos, de características homogéneas, donde recibirá el nivel de atención precisa. Debemos observar que este «catálogo de servicios/recursos» se relaciona directamente con diferentes proveedores.

- ▶ Elaboración del «catálogo de servicios/recursos» con definición de las características mínimas que deben tener los servicios o recursos para atender a los distintos niveles de dependencia.

- ▶ Procedimientos de comunicación e información continuada entre los agentes implicados en la asignación, financiación, administración y gestión de la dependencia.

“El componente de reaseguro en un proyecto donde existen interrogantes: sobre el coste futuro de los servicios y/o recursos, la necesidad de regulación laboral de un sector, la falta de estadísticas de referencia, etc. deberá tener especial importancia.”



Aspectos demográficos

Hay que entender el envejecimiento mirando al pasado. El envejecimiento es una consecuencia del proceso de transición demográfica, el estadio final de caída de las tasas de natalidad y mortalidad. En los primeros estadios de la transición demográfica (con alta fecundidad y baja mortalidad), el envejecimiento era debido fundamentalmente al incremento de la esperanza de vida, aunque pasaba desapercibido por sus pequeños valores porcentuales. En el último estadio, el declive de la fecundidad se añadió a este efecto; desde que la fecundidad cayó por debajo de 2,1 hijos por mujer, el efecto de esta caída es el que prevalece; un menor número de niños hace que el peso relativo de los mayores se incremente fuertemente

Podemos resumir el envejecimiento en el siguiente principio: hay más viejos porque llegan más supervivientes a la edad de sesenta y cinco años, y hay más envejecimiento porque hay menos jóvenes como consecuencia de la caída de la fecundidad, que hace subir el

peso proporcional de los mayores en el conjunto de la población. Además, los que llegan son más longevos que hace unas décadas. Es decir, las dos fuerzas que explican el envejecimiento son la caída de la fecundidad y el avance de la longevidad; aquélla se sitúa ahora en 1,2 hijos por mujer, y ésta ya alcanza los 77,7 años para varones y los 83,6 para mujeres. A los 65 años, la esperanza de vida adicional es de 16,2 años para los varones y de 20,3 años para las mujeres, lo cual daría una expectativa de vida para las personas que han cumplido 65 años de 81,2 para los varones y de 85,3 para las mujeres y las personas que han alcanzado los 80 años les quedan todavía por vivir, como media, 7 a los varones y 9 a las mujeres.

En las últimas décadas la población mayor española ha experimentado un crecimiento muy considerable.

El número de personas mayores de 65 años se ha duplicado en los últimos treinta años del siglo XX, alcanzando más de 6,6 millones en 2000 (16,6 por ciento de la población total).

Este fenómeno del envejecimiento va a continuar en los próximos años, en los que la población mayor seguirá incrementándose de manera notable, a la vez que disminuirá la proporción de personas en edades jóvenes, como muestra la evolución prevista de la estructura de la población española durante el período 1991-2026, que se recoge en la tabla siguiente. Una característica demográfica que se irá agudizando con el paso del tiempo, es la que se ha llamado «envejecimiento del envejecimiento», esto es, el gran aumento que va a experimentar el colectivo de población de 80 y más años, cuyo ritmo de crecimiento será muy superior al del grupo de 65 y más años en su conjunto, que representa en la actualidad en torno al 26,5% sobre la población mayor de 65 años, y que alcanzará en el año 2016 un 32,8% , es decir 1 de cada 3 mayores tendrá más de 80 años

Según la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999, en España hay más de 3.528.000 personas con discapacidad. La encuesta muestra que la prevalencia de las situaciones de

PROYECCIONES DE LA ESTRUCTURA POR GRANDES GRUPOS DE EDAD DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA, 1991 - 2026

AÑO	Menos de 16		16 a 64		65 y más		TOTAL
	número	%	número	%	número	%	
1991	7.969.600	20,5	25.497.521	65,4	5.497.956	14,1	38.965.077
1996	6.764.315	17,2	26.310.021	66,9	6.234.148	15,9	39.308.484
2001	6.414.627	15,7	27.598.911	67,4	6.950.706	17,0	40.964.244
2006	6.883.005	15,6	29.707.832	67,5	7.404.260	16,8	43.995.097
2011	7.397.841	16,1	30.573.406	66,4	8.084.582	17,6	46.055.829
2016	7.813.301	16,4	31.109.452	65,1	8.857.956	18,5	47.780.709
2021	7.763.750	15,8	31.695.868	64,4	9.270.075	19,8	49.179.693
2026	7.443.232	14,8	31.967.404	63,6	10.867.681	21,6	50.287.317

Personas con discapacidad para alguna de las actividades de la vida diaria por sexo y grado de severidad (datos referidos a personas de 6 y más años). España, 1999

	Varones	Mujeres	TOTAL	Varones	Mujeres	TOTAL
Para alguna ABVD ¹	541.119	944.595	1.485.714	311.260	530.606	841.866
Para alguna AIVD ²	717.949	1.353.741	2.071.690	505.130	954.856	1.459.986
Para alguna AVD ³	823.989	1.461.351	2.285.340	559.895	1.004.110	1.564.006

Personas con alguna discapacidad para las actividades de la vida diaria según el tipo de actividad afectada por grandes grupos de edad, en todos los grados de severidad. (datos referidos a personas de 6 y más años). España, 1999

	6 a 64 años		65 a 79 años		80 años y más		Total 6 años y más	
	Número	Por 1000 Hab.	Número	Por 1000 Hab.	Número	Por 1000 Hab.	Número	Por 1000 Hab.
Total personas con discapacidad para alguna ABVD ¹	505.505	16,5	554.712	109,7	425.497	308,3	1.485.714	40,1
Total personas con discapacidad para alguna AIVD ²	696.662	22,8	789.647	156,2	585.382	424,2	2.071.690	55,9
Total personas con alguna discapacidad para las AVD ³	820.525	26,8	862.420	170,6	602.395	436,5	2.285.340	61,7

Fuente: Jiménez Lara, elaboración propia a partir de los datos originales de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999.

1) ABVD: Actividades básicas de la vida diaria (comer, andar, etc.)

2) AIVD: Actividades instrumentales de la vida cotidiana (cocinar, viajar, etc.)

3) AVD: Actividades de la vida diaria.

discapacidad está fuertemente relacionada con la edad. Así, más del 32 por ciento de las personas con 65 y más años tiene alguna discapacidad, mientras que entre las que tienen entre 6 y 64 años la proporción de personas con discapacidad no llega al 5%. A partir de los 80 años la prevalencia de las discapacidades aumenta sustancialmente. Para el grupo de edad comprendido entre 80 y 84 años, la proporción de personas con discapacidad es del 47,4 por ciento y para el de 85 y más años llega al 63,6 por ciento.

De acuerdo con los datos de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999, un total de 2.285.340 personas

tienen dificultades de diverso grado para realizar alguna de las actividades de la vida diaria, y 1.564.006 tienen dificultad severa o les es imposible realizar alguna de esas actividades.

“Una atención adecuada sobre factores de riesgo, mecanismos de prevención, control de patologías y complicaciones en la persona dependiente puede variar los aspectos relacionados con la esperanza de vida y la «supervivencia ante determinados procesos», por lo cual debe existir una revisión permanente de las variables que se utilizan en los productos aseguradores.”

Desde el punto de vista asegurador en relación con las proyecciones demográficas y la dependencia vistas anteriormente, es importante destacar los siguientes aspectos:

- ▶ España presenta un índice de envejecimiento superior a la media europea, con una tendencia ascendente que hará que se convierta a mitad de siglo en una de las tres naciones del mundo más envejecida.
- ▶ El intervalo de edad que va a crecer con mayor proporción es el situado en los mayores de 80 años.
- ▶ Existe una población mayor dependiente que representa un tercio (aproxima-



damente) de la totalidad de personas mayores de 65 años.

- ▶ La esperanza de vida sigue aumentando, situándose en 77,7 años para varones y 83,6 años para mujeres.
- ▶ La tendencia a una población cada vez mayor y más dependiente tiene que producir modificaciones y adaptaciones de los actuales productos existentes en el mercado donde, a partir de una determinada edad, se penaliza su entrada.
- ▶ La persona entra en dependencia en función de la ayuda en las ABVD, por lo tanto no tiene relación con la patología que presente. Para las asegura-

doras, en determinados productos, se deberá tener en cuenta, además de la esperanza de vida, la “probable supervivencia” ante determinados procesos (no será lo mismo una persona con demencia de cinco años de evolución, que otra de 15 años de evolución.

Tampoco si en alguna de ellas se asocia cardiopatía isquémica y antecedentes de infartos de miocardio).

Su «teórico tiempo de necesidad de ayuda por su dependencia» será diferente y deberán existir fórmulas o índices de conversión. Esto tendrá especial importancia en productos que puedan complementar el seguro de dependencia o para la financiación de plazas residenciales.

- ▶ El componente de reaseguro en un proyecto donde existen interrogantes: sobre el coste futuro de los servicios y/o recursos, la necesidad de regulación laboral de un sector, la falta de estadísticas de referencia, etc. deberá tener especial importancia.
- ▶ Una atención adecuada sobre factores de riesgo, mecanismos de prevención, control de patologías y complicaciones en la persona dependiente puede variar los aspectos relacionados con la esperanza de vida y la «supervivencia ante determinados procesos», por lo cual debe existir una revisión permanente de las variables que se utilizan en los productos aseguradores. ■