

**V PREMIO INTERNACIONAL DE SEGUROS
JULIO CASTELO MATRÁN**

**Desarrollo Comercial
del Seguro Colectivo de
Dependencia en España**

Joaquín Pedruelo Jauregui

FUNDACIÓN MAPFRE

FUNDACIÓN MAPFRE no se hace responsable del contenido de esta obra, ni el hecho de publicarla implica conformidad o identificación con la opinión del autor o autores

Prohibida la reproducción total o parcial de esta obra sin el permiso escrito del autor o del editor

© 2010, FUNDACIÓN MAPFRE
Paseo de Recoletos 23
28004 Madrid

www.fundacionmapfre.com/cienciasdelseguro
publicaciones.ics@mapfre.com

ISBN: 978-84-9844-221-2
Depósito Legal: M-49316-2010

Impreso en DiScript Preimpresión, S. L.

PRESENTACIÓN

En julio de 2001 el Consejo de Administración de MAPFRE MUTUALIDAD, como homenaje a D. Julio Castelo Matrán, anterior presidente del SISTEMA MAPFRE y de MAPFRE MUTUALIDAD y gran impulsor de su desarrollo –actualmente es presidente de honor de FUNDACIÓN MAPFRE–, acordó la creación, con carácter bienal, del Premio Internacional de Seguros Julio Castelo Matrán, destinado a premiar trabajos científicos sobre materias relacionadas con el seguro en España, Portugal y los países de Iberoamérica.

Con este motivo, FUNDACIÓN MAPFRE, a través del Instituto de Ciencias del Seguro, convocó en junio de 2009 la quinta edición del Premio, para el que designó un jurado compuesto por relevantes personalidades en los ámbitos profesional, científico y empresarial del mundo del seguro.

En la reunión celebrada el día 29 septiembre de 2010, tras valorar los numerosos trabajos que con una alta calidad se habían presentado desde Argentina, Brasil, Colombia, España y Perú, el jurado acordó conceder el Premio, dotado con 35.000 euros y un diploma acreditativo, a D. Joaquín Pedruelo Jauregui, Doctor en Ciencias Económicas y Empresariales por la Universidad de Deusto y Líder de Aon GRIP Solutions para EMEA, por su obra *Desarrollo Comercial del Seguro Colectivo de Dependencia en España*, cuya publicación, promovida por FUNDACIÓN MAPFRE, me complace especialmente presentar.

El premio se entrega al autor en un acto público de acuerdo con lo establecido en las bases de la convocatoria.

FUNDACIÓN MAPFRE, entre otras actividades, fomenta la investigación y la divulgación de conocimientos en relación con el Seguro y la Gerencia de Riesgos y para ello promueve la concesión de ayudas y premios a la investigación en estas áreas, potenciando la realización de trabajos científicos como el que se recoge en esta publicación, que esperamos sea de interés y utilidad tanto para el mundo académico como para los profesionales relacionados con la actividad aseguradora.

Filomeno Mira Candel
Presidente del Instituto de Ciencias
del Seguro de FUNDACIÓN MAPFRE

JURADO DEL V PREMIO INTERNACIONAL DE SEGUROS JULIO CASTELO MATRÁN

Presidente:

D. Filomeno Mira Candel
Presidente del Instituto de Ciencias del Seguro de FUNDACIÓN MAPFRE

Vocales:

Dña. María José Albert Pérez
Decana de la Facultad de Ciencias del Seguro, Jurídicas y de la Empresa,
Universidad Pontificia de Salamanca

Dña. Rosa Alegría Íñiguez
Directora General de RGA Re International Ibérica

D. Pedro González-Trevijano Sánchez
Rector de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid

D. Ricardo Lozano Aragüés
Director General de Seguros y Fondos de Pensiones

D. Vicente Magro Servet
Presidente de la Audiencia Provincial de Alicante

D. Julián Oliver Raboso
Presidente del Instituto de Actuarios Españoles

D. Emilio Ontiveros Baeza
Catedrático de Economía de la Empresa, Universidad Autónoma de Madrid

D. José María Sarabia Alegría
Catedrático de Métodos Cuantitativos para la Economía y la Empresa,
Universidad de Cantabria

Secretaria:

Dña. Mercedes Sanz Septién
Directora General del Instituto de Ciencias
del Seguro de FUNDACIÓN MAPFRE

PREMIO INTERNACIONAL DE SEGUROS JULIO CASTELO MATRÁN

A continuación se detallan los galardonados en ediciones anteriores:

2002

Las Peripicias del Asegurador de Automóviles en el Proceso Penal

D. Mariano Yzquierdo Tolsada

Catedrático de Derecho Civil, Universidad Pontificia de Comillas (ICADE)

2004

El Seguro de Automóviles: Estado Actual y Perspectiva de la Técnica Actuarial

Dña. Montserrat Guillén Estany

Catedrática de Economía Aplicada, Universidad de Barcelona

Dña. Mercedes Ayuso Gutiérrez

Profesora Titular de Economía Aplicada, Universidad de Barcelona

Dña. Catalina Bolancé Losilla

Profesora Titular de Economía Aplicada, Universidad de Barcelona

D. Lluís Bermúdez Morata

Profesor Titular de Economía Financiera, Universidad de Barcelona

Dña. Isabel Morillo López

Profesora Titular de Economía Financiera, Universidad de Barcelona

Dña. Irene Albarrán Lozano

Profesora Titular de Economía Aplicada, Universidad de Extremadura

2006

Las Cargas del Acreedor en el Seguro de Responsabilidad Civil

D. Osvaldo Lagos Villarreal

Profesor de la Universidad de Los Andes de Santiago de Chile

2008

***Teoría de la Credibilidad: Desarrollo y Aplicaciones
en Primas de Seguros y Riesgos Operacionales***

D. Emilio Gómez Déniz

Profesor Titular de Métodos Cuantitativos para la Economía y la Empresa,
Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

D. José María Sarabia Alegría

Catedrático de Métodos Cuantitativos para la Economía y la Empresa,
Universidad de Cantabria

PRÓLOGO

La escritora gallega Emilia Pardo Bazán, siempre tan preocupada por introducir en su literatura expresiones del habla coloquial, es la primera autora que se conoce que incluyó en sus escritos una expresión en realidad más antigua y de gran fuerza gráfica: quedarse con la cabeza caliente y los pies fríos. La expresión se utiliza para estas situaciones que presentan, en su planteamiento, unas previsiones venturosas que, sin embargo, luego quedan muy lejos de cumplirse.

A estas alturas ya, año 2010, no resulta exagerado decir que los aseguradores españoles, en el asunto de la dependencia, nos hemos quedado precisamente así: con la cabeza caliente y los pies fríos. Los tiempos en los que la atención a los dependientes no era una realidad en España; los tiempos del famoso Libro Blanco sobre la materia, los seminarios y jornadas prospectivos, etc., tienen muy poco que ver con la realidad de años posteriores. La realidad tiene que ver con un sector asegurador que, sucintamente, apenas cuenta con la dependencia dentro de sus modelos de negocio. A junio de este mismo año, el seguro de dependencia realizado con técnica de vida tiene algo más de 17.000 clientes en España, que habían satisfecho, en la primera mitad del año, 1,3 millones de euros.

No es éste un caso ni de miopía de negocio ni de insolidaridad social. Es un caso de ambiente de desarrollo. En España no se han dado las circunstancias para el desarrollo de un mercado de seguros privados de dependencia, como existe por ejemplo en Francia. La decisión española de dejar que la totalidad de la responsabilidad de poner en marcha el sistema de autonomía personal recaiga en el actor público es lo que ha generado las amplísimas bolsas de demanda insatisfecha que hoy existen.

Las cosas, en materia de dependencia, se han hecho mal. El responsable de diseñar el sistema de atención a los dependientes, es decir, el actor público, ha cometido diversos errores, algunos de los cuales competen exclusivamente a su propio ámbito y otros tienen que ver con la coordinación del sector privado en el sistema. No diré nada de los primeros pues, como he dicho, corresponden a un debate entre poderes públicos, notablemente entre el Estado Central y las Administraciones Autonómicas; pero es obvio que sí puedo decir algunas cosas sobre los segundos.

El seguro de dependencia puede elaborarse desde dos puntos de vista estratégicos: el seguro de vida, en cuyo caso estamos ante un seguro de ahorro

en el que el asegurado acumula durante los años un capital que le ha de servir para financiar todas o parte de sus atenciones si deviene dependiente; y el seguro de riesgo, o de salud si se prefiere, en el que, a cambio de una prima, obtiene en caso de devenir dependiente o bien una cantidad de dinero, o bien una prestación en servicios.

Cada uno de estos dos enfoques respira en atmósferas distintas y, por lo tanto, para desarrollarse necesita que existan entornos también específicos. El seguro de ahorro, sea éste para la dependencia, para la jubilación o para cualesquiera otras contingencias futuras, es una renta diferida. El asegurado renuncia a una parte de su bienestar presente, deja de gastar una parte de su dinero en ocio o en cualquier cosa que le produzca bienestar, y lo coloca en un producto que lo que hace es revalorizar dicho dinero e inmovilizarlo para devolverlo en el futuro, cuando determinada circunstancia aflore.

Es obvio que en la psicología del ciudadano medio existe un punto de renuencia hacia este planteamiento. Si lo que se quiere es un seguro masivamente suscrito es necesario vencer esa resistencia de alguna manera. Hay que tener en cuenta, además, que esta resistencia se basa en la distancia temporal: cuando se está previniendo algo que ocurrirá dentro de dos o tres décadas, como la jubilación, cuesta ver que alguna vez tendremos una edad y nos jubilaremos. Pero, en el caso de la dependencia, ese carácter difuso lo es todavía más, porque a la mera distancia temporal se une la baja probabilidad. Una persona relativamente joven puede ver lejano el hecho de su jubilación, pero, al fin y a la postre, tendrá que reconocer que, si vive lo suficiente, que algún día dejará de trabajar es un hecho cierto. La dependencia, sin embargo, es un hecho incierto, relativamente poco probable. Unas personas la sufren; otras, muchas, nunca la sufren.

Muchos aseguradores llamamos a esto «efecto fondo perdido», esto es, el argumento del cliente que se dice a sí mismo: ¿para qué meter dinero en esto, si lo mismo nunca seré un dependiente? El contraseguro y otras soluciones de mercado son, de hecho, vacunas contra este efecto inventadas por los actuarios.

El seguro de riesgo no tiene este problema. En el seguro de riesgo no hay diferimiento del bienestar y, lo que es más importante, hay un elemento muy importante, que es la inequivalencia de la prima. Todos sabemos que el argumento de hierro para vender, por ejemplo, un seguro de vida-riesgo es: «por sólo xx euros (normalmente, una cantidad baja) garantizas una indemnización en caso de muerte para tu beneficiario de xxxx euros (normalmente, una cantidad mucho más elevada)». Sin embargo, el seguro de riesgo tiene el problema de que el «efecto fondo perdido» le impacta de lleno. En un seguro de ahorro, el cliente siempre tiene una cosa que se llama provisión matemática, que es suya y que puede recuperar en los términos que el contrato establezca. En un seguro de riesgo, sobre todo si es de la modalidad anual reno-

vable, no existe esto; existe el puro y simple pago para cubrirse de un determinado riesgo durante un determinado periodo de tiempo.

Tenemos, pues, que para poder vender masivamente seguros de dependencia necesitamos que se den estas condiciones:

- Poder luchar con eficiencia contra la renuencia natural de muchos clientes, cuanto más jóvenes más resistentes, hacia el concepto de diferimiento del bienestar.
- Poder exhibir como argumento la inequivalencia de la prima. O, si se prefiere, poder diseñar seguros de dependencia-riesgo baratos.
- Poder luchar con eficiencia contra el «efecto fondo perdido».

Los errores cometidos en el diseño del sistema de atención a los dependientes, y más concretamente el papel que en el mismo jugaría el seguro privado, tienen que ver con el hecho de que ninguno de estos tres elementos fue tenido en cuenta, cuando menos en la medida adecuada.

La herramienta clásica para luchar contra el concepto de bienestar diferido es la fiscalidad. Si participar en un esquema de diferimiento de bienestar va a ahorrar-me impuestos hoy, entonces ya hay una parte del bienestar que recibo en el momento presente en forma de expansión de mi capacidad de gasto por razón de un menor pago de impuestos. El tratamiento fiscal de los seguros de dependencia, sin embargo, fue excesivamente limitado y corto de miras. En primer lugar, se estableció una diferenciación, un esquema propio para el seguro de dependencia, distinto por lo tanto del ahorro para la jubilación; acción ésta que olvidó el hecho de que muchas personas conciben la previsión complementaria como un ahorro «para la vejez», para lo que pueda pasar, sin hacer distinciones. Pero, sobre todo, el principal error de la fiscalidad de la dependencia fue ligarla a la dependencia grave. Cuando esto se hizo existían ya experiencias palmarias en Europa, y citaré aquí la belga, en el sentido de que el seguro de dependencia cuya cobertura se liga únicamente a la dependencia severa, o si se prefiere a los últimos estadios de la dependencia, no tiene atractivo para el mercado. Lo cual es lógico, porque si un seguro de dependencia tiene un elevado «efecto fondo perdido», en el caso de la dependencia severa dicho efecto se eleva al cubo.

Si pasamos a la inequivalencia de la prima, hemos de recordar que ésta se basa en la mutualización del riesgo y la ley de los grandes números. Dicho de otra forma: una prima de riesgo será tanto más inequivalente con la prestación cuanto más nutrido sea el colectivo asegurado. Más claro: si en lugar de 17.000 asegurados de dependencia hubiese 17 millones, el seguro de dependencia sería exponencialmente más barato; especialmente el diferido o seguro de dependencia para no dependientes.

El modelo de atención a la autonomía personal no contaba con un seguro privado masivo. Otorgó a esta figura un papel suplementario difuso y poco

claro y, en todo caso, renegó de una apuesta decidida por un desarrollo masivo del aseguramiento. En estas circunstancias, el sistema se aboca o bien a los seguros caros, o bien a los seguros, como en Reino Unido, limitados a clientes de edades muy avanzadas que, por decirlo coloquialmente, le ven las orejas al lobo; o bien las dos cosas.

Con todo lo que acabo de expresar, es obvio que las acciones para luchar contra el «efecto fondo perdido» han sido muy pocas. En consecuencia, el ambiente de desarrollo del seguro de dependencia, sea desde el enfoque de ahorro, sea desde el enfoque de riesgo, no ha sido, claramente, el necesario para impulsar la actividad. Hoy lo que sabemos, lo que se comenta en muchos artículos y discursos, es que el sistema de autonomía personal, cien por cien público, tiene problemas de financiación, que es una forma elegante de decir problemas de gasto. Y el seguro no hace nada por descargar ese gasto. El seguro tiene, en este asunto, los pies fríos.

Por todo ello, publicaciones como la presente son de honda importancia. El mercado las necesita y la sociedad las necesita. Es obvio que la implantación de esquemas de previsión para la dependencia en el pilar colectivo de la sociedad, notablemente la empresa, es una de las formas de luchar contra los problemas que hoy tiene el seguro de dependencia.

Es importante, además, que los aseguradores no abandonemos la reflexión en torno a este problema y las posibles soluciones que desde nuestra actividad se pueden proponer o implantar. Ello es así porque el camino de las sociedades avanzadas está ya trazado y es bastante claro que ya no van a renunciar al reto de diseñar un sistema de atención a los dependientes que sea factible y financieramente consistente. Decía Pablo Ruiz Picasso que la inspiración existe, pero tiene que encontrarte trabajando. A los aseguradores la oportunidad de participar en condiciones adecuadas en un sistema de atención a los dependientes no nos va a caer del cielo, sino que tiene que nacer del hecho de que, cuando la sensibilidad del actor público sea la adecuada para escuchar nuestros planteamientos, éstos estén plenamente desarrollados técnica y jurídicamente, así como consensuados a escala sectorial. Es por ello que sea ahora, cuando aparentemente el asunto de la dependencia nos tiene con los pies fríos, cuando debemos hablar de él, desarrollarlo, discutirlo y abonarlo con análisis y propuestas creativas, como con notable mérito hace la publicación que el lector tiene en sus manos.

Animo a su lectura y a la reflexión que genere, porque sólo de análisis y planteamientos serios y abiertos será posible, entre todos, encauzar este compromiso social que hemos adquirido con nuestros dependientes y sus familias.

Pilar González de Frutos
Presidenta de UNESPA

AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer en primer lugar a mis directoras de tesis doctoral, la Dra. Almudena Eizaguirre y la Dra. María García, por su apoyo y palabras de ánimo, pero sobre todo por la magnífica metodología y dirección del trabajo aplicadas en la realización del mismo.

Deseo también mostrar mi agradecimiento a la Dra. Montserrat Guillén, por sus sabios consejos. Y a mi padre, que supo transmitirme los valores de trabajo y esfuerzo.

Por último, quiero agradecer el apoyo continuo de Elena; y a mis hijos, María y Javier, por la renuncia a tantos fines de semana durante la preparación de este trabajo.

A Elena, María y Javier

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
1. PRESENTACIÓN DEL TEMA OBJETO DE ESTUDIO.....	1
2. RAZONES DE LA ELECCIÓN DEL TEMA.....	3
3. ESTADO DE LA CUESTIÓN	5
4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	7
5. ÁMBITO GEOGRÁFICO DEL ESTUDIO	8
CAPÍTULO 1. QUÉ ES LA DEPENDENCIA Y FORMAS POSIBLES DE ASEGURAMIENTO	11
1.1. EL CONCEPTO DE DEPENDENCIA	11
1.2. RELACIÓN ENTRE DEPENDENCIA, DISCAPACIDAD Y PERSONAS MAYORES.....	19
1.3. CATÁLOGO DE SERVICIOS A LA DEPENDENCIA	21
1.3.1. Servicios de Ayuda a Domicilio (SAD).....	21
1.3.2. Teleasistencia	23
1.3.3. Centros de Día.....	24
1.3.4. Centros Residenciales.....	25
1.4. COSTES ASOCIADOS A LA DEPENDENCIA.....	25
1.5. FORMAS DE ASEGURAMIENTO DE LA DEPENDENCIA.....	31
1.5.1. Apoyo Informal	31
1.5.2. Provisión pública.....	33
1.5.3. Seguros privados.....	38
1.5.3.1. Barreras desde la demanda.....	40
1.5.3.2. Barreras desde la oferta.....	41

CAPÍTULO 2. ANÁLISIS DE LOS FACTORES QUE EXPLICAN EL FENÓMENO DE LA DEPENDENCIA. ANÁLISIS DETALLADO DEL FENÓMENO DEL ENVEJECIMIENTO	45
2.1. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DEPENDENCIA.....	45
2.1.1. Factores demográficos	45
2.1.2. Factores culturales.....	49
2.1.3. Factores económicos.....	50
2.1.4. Factores fisiológicos	51
2.1.5. Conductas y hábitos saludables	53
2.1.6. Relaciones sociales	54
2.2. EVOLUCIÓN FUTURA DE LAS TASAS DE DEPENDENCIA.....	56
2.3. LA ESPECIAL RELEVANCIA DE LOS FACTORES DEMOGRÁFICOS EN EL FENÓMENO DE LA DEPENDENCIA.....	58
2.4. PROYECCIONES DE POBLACIÓN MUNDIAL EN LOS PRÓXIMOS AÑOS	65
2.5. ESPAÑA: PROYECCIÓN DEMOGRÁFICA Y POBLACIÓN DEPENDIENTE.....	74
2.5.1. Proyecciones futuras de población	74
2.5.2. Población mayor discapacitada en España y proyecciones de población dependiente.....	86
2.6. EE.UU.: PROYECCIÓN DEMOGRÁFICA Y POBLACIÓN DEPENDIENTE	98
2.6.1. Proyecciones futuras de población	98
2.6.2. Población mayor discapacitada en EE.UU. y proyecciones de población dependiente.....	107
2.7. FRANCIA: PROYECCIÓN DEMOGRÁFICA Y POBLACIÓN DEPENDIENTE.....	112
2.7.1. Proyecciones futuras de población	112
2.7.2. Población mayor discapacitada en Francia y proyecciones de población dependiente.....	122
2.8. ANÁLISIS COMPARADO PROYECCIONES 2050: ESPAÑA, EE.UU. Y FRANCIA.....	126
 CAPÍTULO 3. SISTEMAS DE PROTECCIÓN PÚBLICO Y DE APOYO INFORMAL DE LA DEPENDENCIA EN ESPAÑA, EE.UU. Y FRANCIA.....	 131

3.1. EL CASO DE ESPAÑA.....	131
3.1.1. Sistema de protección público español	131
3.1.1.1. Ámbito Competencial: Estado-Comunidades Autónomas-Corporaciones Locales	131
3.1.1.2. Número de Servicios Sociales en España	135
3.1.1.2.1. Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD).....	138
3.1.1.2.2. Teleasistencia	142
3.1.1.2.3. Centros de Día para personas mayores...	145
3.1.1.2.4. Centros Residenciales.....	148
3.1.1.3. Costes de los Servicios Sociales en España	152
3.1.1.4. Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia	154
3.1.1.4.1. Antecedentes.....	154
3.1.1.4.2. Principios que inspiran la Ley de Dependencia	155
3.1.1.4.3. Universalidad, equidad y accesibilidad.....	156
3.1.1.4.4. Coordinación y cooperación entre las distintas Administraciones	157
3.1.1.4.5. Financiación compartida por el Estado y las Comunidades Autónomas.....	157
3.1.1.4.6. Prestación preferente de servicios	160
3.1.1.4.7. Igualdad en el acceso, valoración y reconocimiento único en toda España	160
3.1.1.4.8. Participación del ciudadano en el pago de servicios de acuerdo con sus recursos ..	161
3.1.1.4.9. Implantación de la Ley de Dependencia ..	162
3.1.2. Modelo español de Apoyo Informal.....	167
3.2. EL CASO DE EE.UU.	179
3.2.1. Sistema de protección público en EE.UU.....	179
3.2.1.1. Gastos en cuidados de larga duración.....	180
3.2.1.2. <i>Medicaid</i>	185
3.2.1.3. <i>Medicare</i>	191
3.2.2. Modelo de Apoyo Informal en EE.UU.	193
3.3. EL CASO DE FRANCIA.....	198
3.3.1. Sistema de protección público en Francia	198
3.3.1.1. Servicios Sociales y beneficiarios en Francia	198
3.3.1.2. Costes de los Servicios Sociales a personas mayores.....	204
3.3.1.3. El Subsidio para la Autonomía Personal- <i>L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)</i>	206
3.3.2. Modelo francés de Apoyo Informal	208

CAPÍTULO 4. SISTEMAS DE ASEGURAMIENTO PRIVADO EN EE.UU., FRANCIA Y ESPAÑA.....	213
4.1. CONCEPTO DE SEGURO DE DEPENDENCIA.....	213
4.2. PÓLIZAS INDIVIDUALES Y PÓLIZAS COLECTIVAS.....	213
4.3. ELEMENTOS DE UN CONTRATO DE SEGURO DE DEPENDENCIA.....	218
4.3.1. Definición de dependencia.....	219
4.3.2. Condiciones de elegibilidad	220
4.3.2.1. Requisitos médicos de suscripción	220
4.3.2.2. Enfermedades preexistentes	221
4.3.2.3. Requisitos administrativos de suscripción	221
4.3.2.4. Límites de edad.....	222
4.3.3. Condiciones de permanencia	222
4.3.3.1. Garantía de renovación.....	222
4.3.3.2. Restablecimiento de la cobertura en caso de impago de la prima	222
4.3.4 Tipo de prestación.....	223
4.3.4.1. Receptor del pago.....	223
4.3.4.2. Abono en metálico de una cantidad o prestación de un servicio	224
4.3.4.3. Concepto de la contingencia a cubrir.....	224
4.3.4.4. Temporal o vitalicia.....	224
4.3.5 Garantías básicas	224
4.3.5.1. Abono en metálico de una cantidad	225
4.3.5.2. Prestación de un servicio	225
4.3.6. Otras garantías adicionales	225
4.3.6.1. Cobertura internacional	225
4.3.6.2. Formación a cuidadores.....	226
4.3.6.3. Portabilidad	226
4.3.6.4. Reducción/ampliación del límite asegurado.....	226
4.3.6.5. Restablecimiento del límite máximo tras un período sin siniestros	227
4.3.6.6. Renuncia a la decisión de suscribir el seguro.....	227
4.3.6.7. Indemnización en caso de hospitalización.....	227
4.3.6.8. Fallecimiento	227
4.3.7. Exclusiones.....	227
4.3.8. Límites cubiertos.....	228
4.3.8.1. Límite de indemnización/renta periódica.....	228
4.3.8.2. Capital total máximo cubierto.....	229
4.3.8.3. Actualización de capitales	229
4.3.9. Límites temporales a la cobertura.....	230

4.3.9.1. Plazo máximo de cobertura	230
4.3.9.2. Período de carencia y franquicia temporal.....	230
4.3.10. Primas.....	231
4.3.10.1. Garantía de mantenimiento de primas.....	233
4.3.10.2. Suspensión y reducción por impago de primas	234
4.3.10.3. Exención del pago de primas en caso de siniestro.	235
4.3.10.4. Reembolso de primas en caso de fallecimiento.....	235
4.3.10.5. Reembolso de primas cuando existe período de carencia	235
4.3.10.6. Comunicación de seguridad en caso de impago.....	236
4.3.11. Siniestros	236
4.3.11.1. Situación temporal o permanente de dependencia	236
4.3.11.2. Acreditación periódica de la situación de dependencia	236
4.4. EE.UU.: MERCADO DE SEGUROS PRIVADOS DE DEPENDENCIA.....	237
4.4.1. Fases de desarrollo del mercado de seguros privados y razones de su escaso volumen.....	237
4.4.2. Perfil del asegurado individual y características más relevantes de las pólizas contratadas.....	240
4.4.3. Comparación del mercado individual y colectivo	245
4.4.4. <i>Partnership Programs</i>	249
4.4.5. <i>Federal LTC Insurance Program</i>	251
4.4.5.1. Tipos de productos.....	252
4.4.5.2. Número de asegurados.....	253
4.4.5.3. Primas de seguro	256
4.5. FRANCIA: MERCADO DE SEGUROS PRIVADOS DE DEPENDENCIA Y TIPOS DE CONTRATO	258
4.5.1. Fases de desarrollo del mercado de seguros privados	258
4.5.2. Número de asegurados en compañías de seguros y volumen de primas.....	259
4.6. ESPAÑA: MERCADO DE SEGUROS PRIVADOS DE DEPENDENCIA.....	264
4.6.1. Marco legal asegurador	264
4.6.2. Número de asegurados y volumen de primas	265
4.6.3. Tipología de los productos españoles.....	266
4.6.3.1. Tipos de dependencia cubiertos	267
4.6.3.2. Garantía principal y garantías complementarias.....	268
4.6.3.3. Tipo de prestación.....	269

4.6.3.4. Período de pago de primas y tipo de prima satisfecha	270
4.6.3.5. Importes de renta mensual y porcentajes de indemnización	271
4.6.3.6. Límites temporales y límite de edad para La contratación.....	272
4.6.3.7. Cuadro comparativo de productos aseguradores españoles	273
4.7. ANÁLISIS COMPARADO DE PRODUCTOS ASEGURADORES PRIVADOS: EE.UU., FRANCIA Y ESPAÑA.....	275
CAPÍTULO 5. ANÁLISIS EXPLORATORIO DEL FENÓMENO DE LA DEPENDENCIA EN EMPRESAS ESPAÑOLAS	279
5.1. INTRODUCCIÓN.....	279
5.2. OBJETIVOS.....	279
5.3. METODOLOGÍA.....	280
5.3.1. Perfil del colectivo entrevistado	280
5.3.2. Técnica empleada.....	282
5.3.3. Guión de la entrevista	283
5.4. ANÁLISIS Y RESULTADOS.....	284
5.4.1. Introducción	284
5.4.2. Fenómenos sociológicos	285
5.4.3. Incorporación de la mujer al mercado laboral.....	286
5.4.4. Envejecimiento demográfico.....	288
5.4.5. Ley de Dependencia	290
5.4.6. Coberturas de un producto de dependencia para personas mayores	292
5.4.7. Cuidado de los mayores en el hogar familiar.....	293
5.4.8. Medidas de conciliación.....	293
5.4.9. Responsabilidad pública en los cuidados a mayores dependientes	294
5.4.10. Ahorro a largo plazo.....	294
5.5. INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	295
5.5.1. Fenómeno del envejecimiento demográfico	296
5.5.2. Fenómeno de la incorporación de la mujer al mercado laboral	296

5.5.3. Identificación de los planes de pensiones como instrumento para cubrir las situaciones de dependencia en personas mayores	297
5.5.4. Conocimiento de la Ley de Dependencia	297
5.5.5. Seguros privados de dependencia	298
5.5.6. Necesidad de realizar tareas de información y de divulgación	298
5.6. CONCLUSIONES	299
CONCLUSIONES.....	301
1. CONCLUSIONES DERIVADAS DEL ANÁLISIS CONCEPTUAL	301
2. CONCLUSIONES DERIVADAS DEL ANÁLISIS EXPLORATORIO	309
BIBLIOGRAFÍA Y PÁGINAS WEB	313
1. BIBLIOGRAFÍA.....	313
2. PÁGINAS WEB.....	330
ANEXO. ABREVIATURAS.....	337
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	343
ÍNDICE DE TABLAS	349

INTRODUCCIÓN

1. PRESENTACIÓN DEL TEMA OBJETO DE ESTUDIO

El envejecimiento de la población es un hecho generalizado e irreversible en todas las sociedades, que evoluciona indefectiblemente a una tasa creciente en todas ellas. La única diferencia entre países más y menos desarrollados es el ritmo, pero lo que es innegable es que el planeta está envejeciendo.

El fenómeno del envejecimiento no es nuevo, sí lo es en cambio la magnitud del mismo. Las proyecciones de Naciones Unidas apuntan a que mientras la población mundial crecerá entre 2005 y 2050 un 40,30%, la población de más de 65 años casi se multiplicará por tres en ese mismo período (Naciones Unidas, 2006).

Prácticamente todos los autores relacionados con la materia recogen el fenómeno conocido como «envejecimiento del envejecimiento», que consiste en el aumento de la proporción de los mayores de ochenta años respecto a la población total. Para hacernos una idea de la importancia que este grupo de edad va a tener en el futuro, baste decir que pasará de representar el 1,1% en el año 2000 a un 4,4% en las proyecciones que se realizan al año 2050 (Naciones Unidas, 2006: 30). Sin embargo, incluso este concepto comienza a quedarse desfasado porque empieza a ser significativa la población centenaria, algo impensable a comienzos de la última década del siglo pasado.

La construcción del Estado de Bienestar en los países desarrollados se produce en el ámbito de una sociedad todavía joven cuyas preocupaciones están relacionadas en sus comienzos con la construcción de los sistemas educativo y sanitario. No es sino a partir de principios de la década de los setenta que los gobiernos comienzan a preocuparse por las pensiones. Desde entonces éste ha sido el elemento fundamental del debate político en lo que se refiere a las personas mayores, y su importancia en términos de flujo de recursos públicos ha sido de tal magnitud que ha impedido la entrada en la escena pública de ningún otro concepto de gasto social relacionado con los mayores.

En la década de los noventa comienzan a producirse una serie de cambios sociológicos de primera magnitud que contribuyen a que la sociedad vaya tomando conciencia de la enorme importancia que tienen los cuidados a las personas mayores (Imsero, 2005: III-11 y 12; González, 2000; Dizy, 2006): la aparición de nuevos hogares monoparentales y de parejas de hecho, el desdibujamiento de la institución familiar, el retraso en la edad de matrimonio, la creciente movi-

lidad geográfica derivada de causas laborales, el retraso en la edad de independencia de los hijos o la disminución en el tamaño medio de las viviendas. Todos ellos son factores importantes pero, sin duda, el que provoca un mayor impacto en la atención que se dispensa a la población mayor es el cambio del rol de la mujer y su creciente incorporación al mercado laboral.

Al tiempo que se producen estos cambios sociológicos, la protección social a las personas mayores evoluciona hacia un concepto sociosanitario en el que se interrelacionan los elementos de cuidado y prevención de la salud tradicionales con otros como la Teleasistencia, ayudas técnicas, adaptación de mobiliario, Servicios de Ayuda a Domicilio (SAD), etc. cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida de las personas dependientes intentando mantenerlas en su entorno habitual el mayor tiempo posible.

Con la excepción de los países nórdicos, las primeras experiencias que se ponen en marcha responden a una filosofía «asistencial», que se caracteriza por atender exclusivamente a aquellas personas sin recursos suficientes para valerse por sí mismas. La evolución de los últimos años muestra que la tendencia dominante en estos momentos en la mayoría de los países modernos es la de ir a modelos de atención sociosanitaria denominados «universales», en los que la atención se entiende como un derecho subjetivo, innato al ciudadano por el mero hecho de serlo (Imsero, 2005: XI–13).

El modelo universal responde a un concepto más moderno, en el que la atención a los cuidados de larga duración se entiende como el cuarto pilar del Estado de Bienestar tras la educación, la sanidad y las pensiones; requiere, sin embargo, una cantidad de recursos económicos muy elevada que obliga a tener que disponer de todas las fuentes de financiación posibles, públicas y privadas.

La búsqueda de financiación que garantice la sostenibilidad del sistema a largo plazo es probablemente el elemento más importante a resolver; de hecho, la falta de fuentes de financiación puede resultar un grave problema en el medio/largo plazo.

Es importante destacar que el problema de financiación no radica tanto en que el modelo de atención universal sea muy costoso o en que la población esté envejeciendo, como que la población que demanda cuidados de larga duración crece a un ritmo mucho más elevado que los recursos que la sociedad es capaz de aportar.

Las generaciones del *baby-boom*¹ consideran como una situación normal el que la institución familiar no será capaz de atenderles cuando alcancen la

¹ Término asociado originariamente con EE.UU., que identifica el aumento de las tasas de natalidad después de la Segunda Guerra Mundial, más concretamente entre 1946 y 1964, y que en Europa se produjo con algún retraso. En el caso español puede considerarse el período entre 1957 y 1977, en el que nacieron 14 millones de niños, 4,5 millones más que en los veinte años siguientes y 2,5 millones más que en los veinte anteriores.

vejez, y que tendrán que ahorrar a largo plazo para así tener cubierta una posible situación de dependencia en las últimas etapas de su vida.

La introducción de soluciones aseguradoras privadas responde, por tanto, a la necesidad de paliar la necesidad de financiación desde un punto de vista de complementariedad con la provisión pública y con el autoseguro, representado este último en el apoyo que presta la familia.

El análisis de los seguros privados de dependencia de aquellos países donde éstos llevan tiempo en el mercado muestra que los comienzos se producen a través de pólizas individuales, mientras que el gran salto cuantitativo se produce cuando comienzan a comercializarse los seguros colectivos a través de las empresas (*American Health Care Association, 2006; America's Health Insurance Plans, 2004 y 2007*).

Partiendo del análisis de la experiencia de EE.UU. y Francia, donde existe desde hace muchos años un mercado de seguros privado de dependencia, el objeto principal de este trabajo de investigación es identificar las condiciones bajo las que podría ser posible, en España, el desarrollo comercial de un seguro colectivo privado de dependencia para personas mayores.

2. RAZONES DE LA ELECCIÓN DEL TEMA

La dependencia no es una situación exclusiva de las personas mayores, aunque es innegable que la edad es un factor asociado directamente a ella; por ello se dice que la dependencia no es un nuevo riesgo porque siempre ha existido población mayor, pero lo que sí ha cambiado drásticamente es la magnitud del mismo.

La dependencia puede afectar al individuo en todas las etapas de la vida. Existen múltiples causas que pueden llevar a tener que depender de una tercera persona de una manera sistemática y continuada para poder realizar las actividades de la vida cotidiana (enfermedades congénitas, complicaciones en el embarazo y parto, accidentes laborales, accidentes de tráfico, enfermedades degenerativas, etc.).

Aunque todas son importantes, hemos querido centrarnos exclusivamente en las situaciones de dependencia en las personas mayores como una forma de tributo a aquellos que han entregado su trabajo y esfuerzo para que podamos disfrutar del bienestar de una sociedad moderna, y porque el colectivo de personas de más de 65 años es el que más peso va a ganar en las próximas décadas en el conjunto de la población, debido a que la tasa de incidencia de las situaciones de dependencia aumenta con la edad y a que además este aumento no se produce de una manera constante, sino que a partir de los 85 años se acelera notablemente (Casado y López, 2001).

Desde un punto de vista estrictamente económico, las personas mayores representan una amenaza evidente para el futuro de las pensiones públicas. Si pensamos en el ámbito sociopolítico, su importancia como grupo de decisión va en aumento, ya que suponen cada vez un mayor porcentaje del censo electoral; desde la perspectiva asistencial, su impacto en el consumo de recursos sanitarios y de atención social es creciente; por último, el aumento más que proporcional del grupo de mayores con edades superiores a 80 años incorpora nuevas necesidades de provisión de cuidados de larga duración a mayores dependientes.

La atención social a los mayores trasciende a la cuantía de las pensiones, que han sido en las últimas décadas la principal preocupación de las economías occidentales y siguen siendo en la actualidad el mayor destino de los recursos públicos destinados a la vejez. Hoy en día es preciso incorporar conceptos sociosanitarios que tienen que ver con el mantenimiento de las personas mayores en su entorno habitual, el respeto a su capacidad de decidir, etc. que aportan una visión más social que la estrictamente economicista.

A pesar de lo anterior, la financiación de los cuidados de larga duración es un elemento de capital importancia que debe tratarse en profundidad, ya que de poco serviría diseñar sistemas de atención a nuestros mayores si no se dispone de recursos económicos suficientes con los que financiarlos.

La existencia de un sector asegurador que viene a llenar el hueco que deja el sector público y la atención prestada por familiares y amigos es totalmente necesaria como fuente de financiación complementaria del riesgo de dependencia de las personas mayores.

El aseguramiento del riesgo de dependencia en personas mayores en España es, a fecha de hoy, un asunto poco desarrollado y que representa, a nuestro juicio, una de las oportunidades más importantes de generación de nuevo negocio en el área de la previsión social colectiva.

La experiencia en países como EE.UU. y Francia, que llevan muchos años trabajando este tipo de seguro, demuestra que son necesarios grandes volúmenes de primas para garantizar unas condiciones económicas competitivas, que por otra parte son uno de los principales factores de atracción de nuevos compradores. La historia en estos países pone de manifiesto que el desarrollo a través de seguros individuales conduce a crecimientos demasiado pequeños para las necesidades de primas que se acaban de mencionar, y que el propio mercado evoluciona hacia productos de seguro privado de tipo colectivo, que son los que permiten aumentar el volumen de primas de seguro a una mayor velocidad.

El interés de este trabajo de investigación radica en identificar las condiciones bajo las que podría ser posible el desarrollo comercial de un seguro colectivo privado de dependencia para personas mayores en España, así como cono-

cer la sensibilidad que un grupo de directores de Recursos Humanos (en adelante RR.HH.) de empresas españolas tiene respecto del fenómeno del envejecimiento demográfico y sus consecuencias en la empresa, su nivel de conocimiento acerca de la *Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de dependencia* y sobre la posibilidad de contratar productos de seguro privados en España que cubran los cuidados en caso de llegar a ser dependiente.

3. ESTADO DE LA CUESTIÓN

El envejecimiento de la población es posiblemente uno de los elementos de más actualidad en la sociedad española. A ello ha contribuido de manera muy importante el debate sobre la viabilidad del sistema público de pensiones, que ha hecho que tomemos conciencia de la necesidad de ahorrar a largo plazo para cubrir esta contingencia y así poder complementar la pensión pública.

Una gran parte de las publicaciones que abordan el fenómeno del envejecimiento de la población lo hacen bajo el prisma de la viabilidad económica del sistema público para proveer de atención (pensiones y asistencia sanitaria) a las personas mayores de 65 años, que cada vez representan un porcentaje mayor del conjunto de la población.

Cada vez más, sin embargo, aparecen trabajos en los que se trata de llenar el fenómeno de la dependencia en las personas mayores y en los que se analizan los múltiples aspectos sociosanitarios que tienen que ver con la atención de este grupo poblacional: definición del concepto de dependencia; formas de medir las situaciones de dependencia; relación entre dependencia y discapacidad; factores que influyen en el desarrollo de situaciones de dependencia en personas mayores; y costes económicos relacionados con la atención a personas mayores dependientes.

Tal como señala Hernández González (2001: 43), la financiación de los costes derivados de la atención a personas mayores dependientes sea posiblemente el aspecto más determinante.

El sector asegurador privado debe ser un complemento a la prestación pública, pero para que se desarrolle adecuadamente la población debe tener la conciencia colectiva de que es un riesgo que debe incluir en sus previsiones a largo plazo.

Un análisis objetivo del número de pólizas privadas vendidas en países donde existe el seguro privado de dependencia desde hace algún tiempo muestra que sigue siendo muy bajo, lo que viene a demostrar que las explicaciones teóricas aportadas hasta ahora no son del todo satisfactorias (Brau y Lippi, 2008: 411), ya que sigue sin producirse la transferencia del riesgo a las

entidades aseguradoras de una forma tan eficiente como ocurre con otros tipos de seguros.

En lo que respecta al mercado español, sólo unas pocas aseguradoras privadas se han atrevido a lanzar, hasta la fecha de realizar este trabajo de investigación, un producto de dependencia. Todas las entidades aseguradoras estudiadas han optado por productos de contratación individual basados en el pago de una renta, temporal o vitalicia, si bien una de ellas ofrece también la prestación del servicio al asegurado. Siguiendo la experiencia de otros países, habrá que esperar un período de tiempo que permita analizar el resultado del producto individual para entonces comenzar a plantearse la comercialización de productos colectivos.

Las publicaciones españolas que han tratado el seguro de dependencia están habitualmente relacionadas con el sector asegurador y en la mayoría de las ocasiones se limitan a resumir las experiencias vividas en otros países. Los ensayos de autores extranjeros, por su parte, centran sus estudios en el análisis de los mercados internacionales en aspectos como costes futuros de los cuidados de larga duración y barreras que dificultan la contratación de este tipo de seguros. Para terminar, es necesario señalar que los trabajos académicos realizados más recientemente acerca del fenómeno de la dependencia se centran en analizar los costes que representan las situaciones de dependencia (Monteverde, 2004) y en aspectos actuariales focalizados en la obtención de un sistema de tarificación de la dependencia (Sánchez Delgado, 2008).

La entrada en vigor el 1 de enero de 2007 de la *Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia* puede resultar ser el elemento determinante que haga que el público en general tome conciencia de la necesidad de dedicar parte de sus ahorros a cubrir este riesgo. El fundamento de esta afirmación se sustenta en que el seguro de dependencia es de aquellos bienes o servicios que la teoría económica califica como «preferentes», en los que el individuo no valora adecuadamente los beneficios que se derivan de su uso y por ello los demanda en cuantía insuficiente. Las autoridades se ven obligadas a corregir esa miopía del individuo obligándole a consumir esos bienes y/o incentivando su consumo, por ejemplo, mediante ayudas públicas.

Este trabajo de investigación incorpora elementos novedosos en el estudio de la financiación del fenómeno de la dependencia en las personas mayores a través de contratos de seguro privados:

- En primer lugar sitúa, en un ámbito conceptual, el aseguramiento privado de la dependencia en personas mayores como una consecuencia del nivel de prestación pública y del arraigo de los cuidados informales, y no tanto como un instrumento aislado e independiente del entorno económico y social del país objeto de estudio, que era el papel que tradicionalmente se le

había otorgado. En la práctica, el seguro privado resulta ser un complemento que viene a cubrir los espacios libres que en cada país deja la provisión pública.

- Se presenta un análisis comparativo novedoso entre las pólizas individuales y las de contratación colectiva, con un análisis detallado de los aspectos más relevantes que diferencian ambos tipos de pólizas.
- Se realiza una descripción y análisis en detalle de los elementos más importantes a tener en cuenta en un contrato de seguro de dependencia, a la vista de los productos ya existentes en los mercados de España, Francia y EE.UU.
- Por último, explora la sensibilidad que un grupo de directores de RR.HH. de empresas españolas tienen respecto del fenómeno del envejecimiento demográfico y sus consecuencias en la empresa; analiza cuál es su nivel de conocimiento acerca de la *Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia*; y analiza su grado de conocimiento sobre la posibilidad de contratar productos de seguro privados que cubran los cuidados en caso de llegar a ser dependiente. Los resultados de este trabajo exploratorio pueden resultar de gran interés para las entidades aseguradoras, ya que permitirán tomar el pulso del director de RR.HH., que acostumbra a ser quien tiene la responsabilidad de proponer a la alta dirección de las empresas la contratación de contratos de seguro colectivos para los empleados.

4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

El objetivo principal de este trabajo es identificar las condiciones bajo las que podría ser posible, en España, el desarrollo comercial de un seguro colectivo privado de dependencia para personas mayores, aprovechando las experiencias de EE.UU. y Francia. De forma más concreta, esta investigación tiene los siguientes objetivos específicos:

- **Objetivo 1.** Explicar el concepto de dependencia a la luz de la bibliografía publicada en torno a este tema.
- **Objetivo 2.** Analizar los factores que explican el fenómeno de la dependencia y hacer un análisis detallado del fenómeno del envejecimiento.
- **Objetivo 3.** Explicar las formas de financiación de los costes derivados de la dependencia y, en concreto, exponer el posible papel complementario que juega el seguro privado en la financiación del riesgo de dependencia.
- **Objetivo 4.** Exponer y analizar los sistemas de aseguramiento público y autoseguro (Apoyo Informal) en España, EE.UU. y Francia.

- **Objetivo 5.** Analizar los elementos más importantes en un contrato de seguro de dependencia a la vista de los productos aseguradores privados de EE.UU, Francia y España.
- **Objetivo 6.** Exponer y analizar la situación concreta de los mercados de seguros privados de dependencia de EE.UU., Francia y España en lo que se refiere a volumen de asegurados y de primas, según se trate de contratación individual o colectiva.
- **Objetivo 7.** Explorar el grado de sensibilidad que un grupo de directores de Recursos Humanos de empresas españolas tiene respecto del fenómeno del envejecimiento demográfico y sus consecuencias en la empresa; analizar igualmente cuál es su nivel de conocimiento acerca de la *Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia*; y, por último, analizar su grado de conocimiento sobre la posibilidad de contratar productos de seguro privados que cubran los cuidados en caso de llegar a ser dependiente.

5. ÁMBITO GEOGRÁFICO DEL ESTUDIO

La mayoría de autores coincide en señalar que uno de los elementos más importantes a los que debe darse respuesta cuando se aborda la atención a los mayores dependientes es obtener financiación que permita que el sistema sea sostenible en el tiempo.

El seguro es un instrumento financiero por el que se transfiere el riesgo a un tercero que pagará los daños o servicios en caso de siniestro. En el caso de personas mayores dependientes la transferencia del riesgo puede realizarse de tres maneras según sea el tercero: al Estado, mediante la utilización de la cobertura pública; al propio beneficiario de la ayuda, mediante el autoseguro, lo que se conoce como Apoyo Informal; por último, a una compañía de seguros privada.

El mayor o menor desarrollo de los seguros privados de dependencia dependerá del arraigo que tengan las otras dos formas de cobertura del riesgo en cada mercado, y muy especialmente del peso de la cobertura pública.

Hemos considerado de interés analizar los modelos de aseguramiento de EE.UU y Francia. Cada uno de ellos identifica modelos opuestos en la provisión pública que es necesario conocer para analizar su potencial efecto en el desarrollo de las iniciativas aseguradoras privadas y en la propensión de los ciudadanos a comprar un seguro privado de dependencia. En lo que se refiere a la cobertura de seguros privados de dependencia, se trata de los dos mercados con mayor número de pólizas suscritas, cada uno de ellos con un modelo claramente diferenciado, que puede llegar a ser incluso antagónico en alguno de sus aspectos:

- Concepción de producto: en Francia el producto paga una cantidad mensual, mientras que en EE.UU. se trata de un reembolso de gastos.
- Tipo de prestación: en Francia las rentas son mayoritariamente vitalicias, mientras que en EE.UU. están limitadas en su gran mayoría a un número de años que se fija en el momento de la contratación de la cobertura.
- Forma de distribución: en Francia se distribuye mayoritariamente a través de bancaseguros, mientras que en EE.UU. se llega a los consumidores finales a través de la red de agentes de las aseguradoras y de los corredores.

El estudio de los sistemas de EE.UU. y de Francia puede resultar muy clarificador para conocer: primero, el detalle de la evolución del mercado privado de seguros de dependencia; segundo, las causas que han podido influir en un mayor o menor desarrollo de este tipo de instrumento de financiación de los costes de larga duración; y por último, las características de los seguros colectivos de empresa de cara a una futura implantación de los mismos en España.

CAPÍTULO 1

QUÉ ES LA DEPENDENCIA Y FORMAS POSIBLES DE ASEGURAMIENTO

1.1. EL CONCEPTO DE DEPENDENCIA

La dependencia es un término que muchas veces utilizamos sin tener un criterio claramente definido de a qué se refiere. ¿Es dependiente el hijo de 35 años que no tiene trabajo?; ¿es dependiente una persona por el mero hecho de haber sobrepasado los 80 años?; ¿se puede tener una minusvalía física y no ser dependiente?

En las siguientes páginas daremos respuesta a éstas y otras cuestiones como requisito previo necesario para abordar posteriormente el eje de esta investigación. Nos resulta imprescindible ahondar en el concepto con el objeto de clarificar muchos temas vinculados a la dependencia y con el claro propósito de plantear una definición de dependencia que nos sirva de punto de partida para el resto del trabajo.

Para comprender mejor la definición de dependencia es recomendable analizar los siguientes conceptos, que la mayoría de autores coinciden en señalar como previos a la aparición de una situación de dependencia:

- Deficiencia: es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.
- Discapacidad: se trata de la dificultad para desempeñar papeles y actividades de la vida cotidiana habituales para personas de similar edad y condición sociocultural.
- Minusvalía: es toda aquella situación desventajosa para un individuo, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad que limita o impide el desempeño normal.

Los tres son conceptos habituales en la vida cotidiana, que en ocasiones el público en general tiende a confundir y a identificar como situación de dependencia; mostraremos en las siguientes páginas que para ser dependiente es necesario cumplir también con otros requisitos.

El Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española define «dependencia» como la «situación de una persona que no puede valerse por sí misma».

Hay autores que complementan la acepción anterior al incluir la referencia a actividades de la vida corriente, tal como hace Rodríguez (2000) cuando define la dependencia como «la necesidad de apoyo personal y/o instrumental para realizar actos básicos o vitales de la vida cotidiana». En esta misma línea, la Organización Mundial de la Salud define la dependencia como «la restricción o ausencia de la capacidad de realizar alguna actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal». En cuanto a qué se considera normal, Puga (2001) lo enmarca como «aquellas actividades que pueden considerarse habituales para el conjunto de la población».

Querejeta (2004) señala de una forma explícita y directa la relación entre discapacidad y dependencia cuando define esta última como «la situación en la que una persona con discapacidad precise de ayuda, técnica o personal, para la realización (o mejorar el rendimiento funcional) de una determinada actividad».

Otro elemento importante que completa la definición de dependencia es el requisito de que la ayuda requerida se preste durante un período prolongado de tiempo.

La definición, sin embargo, generalizadamente aceptada es la que estableció el Consejo de Europa, que define dependencia como «un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la 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 y de modo particular los referentes al cuidado personal».

Para que un individuo se encuentre en situación de dependencia deben, por tanto, concurrir los siguientes factores:

- Existir una limitación, que puede ser física, psíquica o intelectual.
- Debe existir una incapacidad para realizar las actividades cotidianas por uno mismo.
- Necesidad de contar con la asistencia de una tercera persona.
- La necesidad de ayuda debe ser sistemática y prolongada y, por tanto, debe requerir de cierta intensidad y duración en el tiempo.

Otros enfoques resaltan la relación causal entre la pérdida de autonomía y la situación de dependencia. Conviene matizar esta relación, ya que la dependencia se refiere a la pérdida de autonomía funcional y no a la pérdida en la capacidad de la persona de decisión sobre su vida, que debe seguir siendo un aspecto fundamental y prioritario en cualquier medida a poner en práctica con las personas dependientes.

Casado (2007b) menciona el modelo desarrollado en 1994 por Verbrugge y Jette conocido como *Disablement Process Model*. Estos autores crean el

concepto «*main path*»², según el cual la dependencia es la última fase de un proceso de deterioro gradual que se inicia con la aparición de patologías, a las que siguen las deficiencias, las limitaciones funcionales y más tarde los problemas de dependencia.

El proceso descrito por estos autores tiene dos componentes: uno fisiológico, caracterizado por la aparición de enfermedades y de deficiencias, y otro de carácter social, en el que aparece la necesidad de recibir ayuda para realizar las actividades cotidianas.

Siguiendo un flujo similar al de Verbrugge y Jette, otros autores sitúan el origen de la dependencia en una patología, que puede ser detectada o no médicamente. Algunas patologías pueden conducir a una situación de impedimento (*impairment*), entendido como la falta o la pérdida total de normalidad en una función física o mental, que está habitualmente ligada a un órgano concreto (el corazón, por ejemplo, en un infarto). El siguiente estadio sería la limitación funcional, entendida como la falta de capacidad para realizar actividades físicas o psíquicas normales en la vida diaria. Por último, la situación de dependencia integra la limitación funcional en el contexto social, ya que debe afectar a una actividad cotidiana del individuo (Cutler, 2001).

Se puede concluir diciendo que el deterioro físico y/o cognitivo es lo que precede a la aparición de la dependencia.

Si bien el estudio de la dependencia parte del estudio de las enfermedades y deficiencias de la persona, los métodos que se utilizan para su medición no están unidos a la gravedad de las mismas, sino que se basan en la capacidad de las personas para realizar diversas actividades cotidianas (Imsero, 2005: IX-31)³.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento⁴ clasifica las actividades de la vida de un individuo en los siguientes nueve grupos (Querejeta, 2004: 18):

² «*Main path*» puede traducirse literalmente como sendero principal.

³ El Libro Blanco de atención a las personas en situación de dependencia en España es una publicación realizada por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales a instancias del Gobierno en cumplimiento de un compromiso del Presidente del Gobierno, Rodríguez Zapatero, de presentar un Libro Blanco que sirviera de base para la elaboración de un Proyecto de Ley que diera cumplimiento al Programa de Gobierno sobre la protección a las personas en situación de dependencia. Pretende ofrecer a todas las partes involucradas en la atención a las personas dependientes los elementos esenciales para poder desarrollar un debate previo a llevar adelante la iniciativa legislativa comprometida por el Gobierno. Véase para ampliar información [http://www.imsermayores.csic.es/documentos/documentos/mtas-libroblancodependencia-01.pdf](http://www.imsermayores.csic.es/documentos/documentos/mtas-libroblancodedependencia-01.pdf).

Se trata de una publicación con un número total de páginas aproximado al millar estructurado en doce capítulos más otros dos finales dedicados a Bibliografía y Documentación Complementaria. Cuando citemos esta obra lo haremos señalando en primer lugar en números romanos el capítulo al que se se refiera.

⁴ La 54ª Asamblea Mundial de la Salud, realizada el 22 de mayo de 2001, aprobó la resolución WHA 54/21 en la que se aprueba la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), con la que la Organización Mundial de la Salud pretende simplificar y unificar la terminología y los sistemas de graduación de los problemas relacionados con la discapacidad.

1. Aprendizaje y aplicación del conocimiento.
2. Tareas y demandas generales.
3. Comunicación.
4. Movilidad.
5. Autocuidado.
6. Vida doméstica.
7. Interacciones y relaciones personales.
8. Áreas principales de la vida (educación/trabajo/economía).
9. Vida comunitaria, social y cívica.

Es preciso señalar antes de seguir adelante que la dependencia no es un concepto absoluto, sino que se concreta en uno o varios de los nueve grupos de actividades que se acaban de señalar. Decir, por tanto, que una persona es dependiente no basta, ya que debe concretarse en qué actividad. Así, por ejemplo, una persona puede ser dependiente de una silla de ruedas para el desplazamiento y en cambio tener unas capacidades intelectuales superiores a la media.

Cualquier estudio sobre discapacidad y dependencia debe incluir una clasificación y una escala para poder cuantificar la gravedad de la situación. A pesar de lo evidente de la necesidad de utilizar un lenguaje común para poder comparar datos entre los diversos países y disciplinas en un mundo cada vez más globalizado, lo cierto es que los métodos para valorar la gravedad de la dependencia son muy diversos, como muestra el estudio de recopilación que realiza Querejeta (2004: 55) en el que realiza en primer lugar un estudio comparativo cuantitativo del número de parámetros o problemas que cada tabla o baremo considera de importancia a la hora de cuantificar y valorar la dependencia, autonomía o necesidad de ayuda. La siguiente tabla enumera las tablas y baremos más frecuentemente empleados para graduar la dependencia y muestra entre paréntesis en cada uno de ellos el número aproximado de ítems que recogen para valorar la dependencia, lo que da una primera idea del nivel de complejidad de cada uno⁵.

⁵ Algunos baremos desglosan de forma pormenorizada algunas actividades, como puede ser vestirse, dentro del autocuidado; o abrocharse una camisa, vestirse la parte superior, vestirse la parte inferior, ponerse zapatos, etc., dentro de la actividad genérica de vestirse.

Tabla 1.1.
Relación de tablas y baremos utilizados
para graduar las situaciones de dependencia

Índice AVD del RUG-III (4)	Índice de Barthel + Índice de Lawton (16)
Escala de incapacidad de la Cruz Roja (4)	Variables discriminantes + variables ilustrativas AGGIR (17)
Índice de Katz (6)	Índice de Kenny (17)
De variables ilustrativas AGGIR (7)	Medida de la Independencia Funcional (MIF) (18)
Índice de Lawton (8)	Baremo de Necesidad de residencia de Álava (22)
Índice de Norton (9)	Perfil de Autonomía Melennec (32)
Escala Kuntzman/Sakontzen (9)	Escala de Estado de Disfunción Ampliada de Kurtzke (36)
Escala Índice de Barthel (10)	Baremo de necesidad de Ayuda de Tercera Persona (ATP) (40)
Índice de Karhofskey (10)	Método PLAISIR (99)
Escala de variables discriminantes AGGIR (10)	Conjunto Mínimo de Datos del RAI (100)
Índice AVD + clasificación clínica del RUG-III (11)	Escala de Evaluación Adaptativa (EVALCAD) (200)
Indicador de Autonomía de la Diputación Foral de Guipuzcoa (15)	

Fuente: Querejeta, 2004

Cada una de las tablas y baremos valora las situaciones de dependencia, según el uso que más frecuentemente se le da, de entre las siguientes especialidades: geriatría, hospitales de larga estancia, personas con deficiencias mentales, neurología, ingreso en un centro residencial, rehabilitación, medicina interna, oncología y hematología.

A pesar de esta diversidad, todas las tablas y baremos coinciden en considerar que los problemas de las personas dependientes se centran en primer lugar en las actividades de autocuidado, las de movilidad y el uso de ayudas técnicas, dejando en un segundo nivel las actividades de comunicación y las necesidades de ayudas personales.

La calificación de la gravedad de las situaciones de dependencia obliga a buscar un detalle mayor a través de lo que se denominan Actividades de la Vida Diaria; aunque existen distintas denominaciones (Esenciales, Cotidianas, Más necesarias) la más extendida es la de Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) que incorpora el índice de Barthel. Éstas se definen como «aquellas que ejecuta una persona con frecuencia habitual, las cuales le permiten vivir de forma autónoma, integrada en su entorno habitual y cumpliendo su rol social» y se componen de ocho grupos de actividades (alimentación,

lavado, vertirse, aseo personal, uso de retrete, transferencias del cuerpo, deambulaci3n y dificultad para subir y bajar escaleras) y dos funciones corporales (deposici3n y micci3n).

Las ABVD son actividades imprescindibles para poder subsistir de forma independiente, que permiten por tanto mantener una m3nima autonom3a personal y un nivel b3sico de calidad de vida.

Tal como se3ala Casado (2007b), las ABVD fueron las primeras que se analizaron en los estudios pioneros sobre dependencia, realizados a principios de la pasada d3cada de los sesenta por Katz en 1963 y por Mahoney y Barthel en 1965.

El 3ndice de Katz clasifica a cada sujeto en una de las 8 categor3as mutuamente excluyentes de la siguiente tabla, que muestra las categor3as ordenadas: cada una de ellas representa un grado global de dependencia mayor que el anterior, pues la actividad que se a3ade en cada nueva categor3a es m3s b3sica que las contenidas en las categor3as previas.

Las categor3as recogen la naturaleza jer3rquica de las seis actividades consideradas. Esta jerarqu3a supone que las actividades m3s esenciales para la supervivencia, como por ejemplo comer, son las menos complejas, lo que significa que son las que antes se aprenden en la niñez y las que m3s tarde se pierden cuando se envejece; las actividades m3s complejas, por ejemplo bañarse, presentan un funcionamiento contrario, es decir, se adquieren m3s tarde y se pierden antes que las otras.

Tabla 1.2.
Categor3as de dependencia y descripci3n 3ndice de Katz

Categor3a de dependencia	Descripci3n
A	Independiente para comer, deambular, asearse, levantarse de la cama/acostarse, vestirse y bañarse
B	Independiente en todas las actividades, excepto una de las contempladas en A
C	Independiente en todas las actividades contempladas en A, excepto bañarse y otra actividad
D	Independiente en todas las actividades contempladas en A, excepto bañarse, vestirse y otra actividad
E	Independiente en todas las actividades contempladas en A, excepto bañarse, vestirse, asearse y otra actividad
F	Independiente en todas las actividades contempladas en A, excepto bañarse, vestirse, asearse, deambular y otra actividad
G	Dependiente en las 6 actividades
Otra	Dependiente en al menos 2 actividades pero no clasificable como C, D, E o F

Fuente: Casado, 2007b

El conocido como índice Barthel, desarrollado por Mahoney y Barthel en 1965, contempla diez actividades, entre las que se encuentran las seis del índice Katz más las cuatro siguientes: dos relacionadas con la movilidad del individuo (caminar sobre una superficie plana y bajar/subir escaleras); distinción entre incontinencia urinaria y fecal; y añade la actividad «acudir al servicio». Este índice no establece categorías, sino que otorga a cada individuo un nivel de dependencia entre los valores 0 (dependiente total) y 100 (totalmente autónomo).

La medición de la dependencia experimentó un avance importante cuando Lawton y Brody propusieron, en 1969, incorporar al análisis otro tipo de actividades que denominaron Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), que se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 1.3.
Actividades Instrumentales de la Vida Diaria

• Utilizar el teléfono	• Lavar la ropa
• Comprar	• Utilizar medios de transporte
• Cocinar	• Gestionar la medicación
• Limpieza del hogar	• Llevar las cuentas

Fuente: Elaboración propia a partir de Casado, 2007b

Estos autores pretendían identificar a aquellos individuos que pudieran estar en condiciones de perder la capacidad de desarrollar la Actividades Básicas de la Vida Diaria de forma autónoma en un futuro como una forma de identificar ex-ante a aquellos sujetos que acabarán siendo dependientes, ya que su hipótesis era que los problemas en las AIVD son la antesala de la falta de autonomía en las ABVD en un gran número de casos. La evaluación de las ocho actividades instrumentales sitúa a cada individuo en una escala entre los valores 0 (dependiente total) y 8 (autónomo).

Cuando se analiza la definición que las compañías aseguradoras hacen de la dependencia se comprueba que coincide en gran medida con las definiciones académicas que se acaban de presentar, reforzando algunas de las ideas mencionadas y ampliando o matizando algunas otras:

- La persona debe estar aquejada de una capacidad reducida de autonomía.
- Se incorporan las causas que pueden provocar llegar a una situación de dependencia, reconociendo como tales la enfermedad, el accidente o simplemente una edad avanzada.
- Objetiviza su calificación a través de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD).
- Se incorpora la variable tiempo, aunque de manera distinta: en Francia es necesario que la situación de dependencia sea irreversible para poder ser atendido por la aseguradora, mientras que en EE.UU., con una visión más

pragmática, es necesario que la persona necesite la ayuda de una tercera persona durante al menos noventa días.

La misma diversidad existente en el análisis sociosanitario de los baremos de evaluación de la gravedad de las situaciones de dependencia se traslada al mundo asegurador cuando se trata de decidir qué actividades deben incluirse como generadoras de situaciones de dependencia.

La siguiente tabla constata este desacuerdo, que se manifiesta en las diferencias que las aseguradoras de Francia y de EE.UU. presentan en la identificación de las actividades utilizadas para determinar cuándo un individuo ha perdido la autonomía y tiene por tanto derecho a percibir una indemnización.

Tabla 1.4.

Actividades utilizadas y número mínimo para determinar la pérdida de autonomía

Descripción y número mínimo	Francia	EE.UU.
Bañarse		
Vestirse		
Movilidad ⁶		
Uso del baño		
Comer		
Continencia		
Número mínimo de actividades para declarar pérdida de autonomía	2	2

Fuente: Elaboración propia a partir de Kessler, 2008

Después de haber estudiado la opinión de los distintos autores podemos afirmar que, aunque hay un amplio consenso en utilizar las Actividades Básicas e Instrumentales de la Vida Diaria como elemento de decisión acerca de la existencia o no de una situación de dependencia, no hay tal acuerdo a la hora de evaluar el grado de dependencia de un individuo.

Desde nuestro punto de vista, y para asentar el punto de partida de este trabajo de investigación, definimos «dependencia» como «aquella situación en la que un individuo necesita la ayuda prolongada, aunque no necesariamente permanente, y continuada de un tercero para el desempeño de actividades cotidianas del ámbito personal y comunitario, como consecuencia de una merma en sus facultades físicas, psíquicas o intelectuales, bien sea por el mero transcurso del tiempo o debido a un accidente o una enfermedad invalidante».

⁶ Se entiende por «movilidad» la capacidad de entrar y salir de la cama, de sentarse y levantarse de la silla.

1.2. RELACIÓN ENTRE DEPENDENCIA, DISCAPACIDAD Y PERSONAS MAYORES

Es evidente que no todas las personas mayores son discapacitadas, ni todas las personas dependientes son mayores, pero en la práctica es muy habitual confundir estos términos ya que es indudable que existe una relación muy clara entre los tres.

Existen distintos factores que han ayudado a que se instale la idea generalizada de que dependencia y envejecimiento están directamente relacionadas; los más destacables son los siguientes:

- El aumento de la población mayor en los últimos años, y muy especialmente el fenómeno del «envejecimiento del envejecimiento».
- La sostenibilidad del sistema público de pensiones, tan de actualidad en las últimas décadas del siglo xx, que ha derivado el foco del debate económico, social y político hacia las clases pasivas.
- El aumento sin precedentes del gasto sanitario, en el que la población mayor tiene una parte importante de participación.

Esta relación entre dependencia y envejecimiento ha generado la creencia generalizada de que se trata de un problema de reciente aparición, cuando es un riesgo que ha existido desde siempre; lo que ha cambiado es el reconocimiento público de la situación de dependencia y su importancia, que la convierten en un asunto de primera magnitud en los ámbitos social y político.

La gran mayoría de autores coinciden en señalar que la dependencia no es una situación exclusiva de las personas mayores, ya que afecta a otros sectores de la población con independencia de la mayor o menor edad de los mismos. En este sentido Sánchez Fierro (2004: 7) señala que las situaciones de dependencia son consecuencia, en un alto porcentaje de casos, de situaciones diversas como malformaciones congénitas, accidentes de todo tipo, enfermedades, y todo ello con independencia de la edad.

Puede decirse que la dependencia, al igual que la discapacidad, es un hecho universal que afecta en mayor o menor medida a todos los individuos en ciertos momentos de su existencia.

La siguiente tabla ratifica para el caso de España lo que se acaba de señalar: existe una población discapacitada muy importante con edad inferior a 65 años que totaliza 1,6 millones de efectivos, frente a los 2,2 millones de personas mayores de esa edad.

Tabla 1.5.
Distribución de personas dependientes según edad y sexo.
Miles y tasa por 1.000 habitantes

	Total	De 0 a 5 años	De 6 a 64 años	De 65 a 79 años	De 80 y más años
Personas con discapacidad (miles)	3.847,9	60,4	1.560,4	1.201,3	1.025,8
Tasa por 1.000 habitantes de cada grupo de edad	85,45	21,5	44,76	223,91	514,56

Fuente: Elaboración propia a partir de EDAD 2008⁷

A pesar de todo lo anterior, hay un elemento que sin quererlo contribuye a relacionar vejez y dependencia: se trata del hecho de que aunque el contingente de personas menores de 65 años dependientes sea elevado a día de hoy, es poco probable que su número vaya a aumentar en los próximos años, mientras que el envejecimiento de la población es un fenómeno imparable.

Es importante señalar que la tasa de prevalencia de la discapacidad no se produce a un ritmo constante. Se observa que a partir de los 80 años de edad experimenta una aceleración espectacular, de forma que duplica la del tramo anterior, entre 65 y 79 años, y multiplica por 6 veces el valor promedio para toda la población española en su conjunto.

Mientras hay autores que apenas se limitan a establecer una conexión entre dependencia y discapacidad, otros refuerzan esta relación de causalidad al señalar que la situación de dependencia es una consecuencia de la discapacidad. En esa línea, Querejeta (2004) señala que uno de los problemas más graves es el de no identificar claramente la relación de la dependencia con la discapacidad, tendiendo a clasificarlas y valorarlas por separado como si fueran cosas distintas. Según este autor, la dependencia relacionada con las

⁷ Esta operación estadística, realizada por el INE en colaboración con el Ministerio de Educación, Política Social y Deporte (a través de la D.G. de Políticas Sectoriales sobre Discapacidad y el IMSERSO), la Fundación ONCE, CERMI y FEAPS, parte de la experiencia de la anterior Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, realizada en el año 1999, adaptada a las condiciones sociales y demográficas actuales e impregnada de la filosofía de la nueva Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) y presenta la novedad fundamental de que por primera vez se extiende la investigación de la discapacidad a la población que no reside en viviendas familiares.

La finalidad principal de la EDAD es atender la demanda de información para el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), proporcionando una base estadística que permita guiar la promoción de la autonomía personal y la prevención de las situaciones de dependencia.

La encuesta se realizó en dos etapas: la primera, EDAD-hogares (entre noviembre de 2007 y febrero de 2008), dirigida a viviendas familiares, investiga a 96.000 hogares/ 260.000 personas; y una segunda etapa, EDAD-centros (mayo-julio de 2008), dirigida por primera vez a centros de personas mayores, centros de personas con discapacidad, hospitales psiquiátricos y hospitales geriátricos, ha investigado 800 centros/11.000 personas.

condiciones de salud alteradas siempre es consecuencia de un grado severo de discapacidad. Incidiendo más aún en este concepto señala que «la discapacidad es un atributo inseparable de la dependencia».

1.3. CATÁLOGO DE SERVICIOS A LA DEPENDENCIA

Acabamos de ver en el apartado anterior que la edad está muy relacionada con las situaciones de dependencia; consecuentemente, el proceso de envejecimiento de las sociedades occidentales modernas ha hecho que tomemos conciencia de que es necesario dedicar recursos para atender un nuevo riesgo que ha adquirido una magnitud desconocida y que reclama que se reconozca y se atienda con el rango de derecho desde la responsabilidad pública.

Cuando los Estados modernos comenzaron a dar respuesta a las necesidades de las personas dependientes lo hicieron mediante la construcción de grandes Centros Residenciales. Esta tendencia cambió hacia el desarrollo de Servicios Asistenciales que permitieran el mantenimiento de las personas dependientes en su entorno habitual el mayor tiempo posible, a través de lo que se conocen como Servicios Domiciliarios.

En este apartado se describirán los tipos de Servicios Sociales para personas dependientes que señala la *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia*, sin más ánimo que el de enumerarlos dando unas breves pinceladas de cada uno de ellos, dejando para un estudio detallado el Capítulo 3, donde se analizarán cada uno de los Servicios Sociales en los tres países objeto de estudio.

Cualquier tipo de comparación internacional en lo relativo a Servicios Sociales para la dependencia debe limitarse a aspectos generales de gasto total, evitando las comparaciones de cada tipo de servicio en distintos países, ya que cada uno utiliza criterios diferentes de clasificación que invalidan cualquier comparación científica⁸. Es lo que Libro Blanco denomina «problemas de conceptualización de los servicios» (Imsero, 2005: V-16)⁹.

1.3.1. Servicios de Ayuda a Domicilio (SAD)

El SAD incluye una serie de prestaciones en el ámbito de los Servicios Sociales que se realizan en el domicilio de la persona mayor dependiente y

⁸ En los tres países objeto de estudio de este trabajo los recursos residenciales de España no se corresponden exactamente con las *maisons de retraite* francesas o los *nursing homes* de EE.UU.

⁹ En el trabajo de la UE titulado «La protección social de las personas mayores dependientes en 15 países de la UE y Noruega» se identifican 8 sistemas de Servicios Residenciales y 22 modalidades de Servicios de Proximidad.

que incluyen un conjunto de servicios y técnicas de intervención profesionales consistentes en atención personal, doméstica, de apoyo psicosocial y familiar y relaciones con el entorno.

Los servicios pueden ser clasificados como atención de las necesidades domésticas o del hogar (limpieza, lavado, cocina u otros) o como servicios de atención personal en la realización de las Actividades de la Vida Diaria (AVD). Otros autores matizan la clasificación de la Ley de Dependencia cuando agrupan los servicios en uno de los siguientes grandes grupos: atención personal, atención doméstica, apoyo a la familia y relaciones con el entorno.

En la tabla siguiente se detallan los servicios susceptibles de ser incluidos en un SAD.

Tabla 1.6.
Catálogo de servicios de un Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD)

	Servicios	Profesional prestador
Servicios Directos	Atención Doméstica: limpieza y cuidado del hogar; realización de comidas; realización de compras; cuidado de la ropa	Auxiliar Domiciliario o Trabajador Familiar
	Atención Personal: aseo personal; ingestión de comidas y medicación; desplazamientos dentro del hogar; acompañamiento fuera del hogar	Auxiliar Domiciliario o Auxiliar de Geriatría
	Apoyo psicológico al cuidador	Psicólogo
	Apoyo al cuidador en la orientación y formación para los cuidados del mayor	Trabajador Social
Servicios Directos	Comida a domicilio: distribución de comidas en el propio domicilio del mayor	Repartidor
	Lavandería a domicilio: recogida, lavado, planchado y entrega en el domicilio de ropa de hogar y personal	Repartidor
	Podología a domicilio	Podólogo
	Cuidados de enfermería	Enfermero
	Cuidados médicos agudos	Médico y Enfermero
	Cuidados paliativos: alivio del dolor en el final de la vida	Médico y Enfermero
	Cuidados de reeducación funcional o rehabilitación	Fisioterapeuta

Continúa

	Servicios	Profesional prestador
Servicios Complementarios	Visitas preventivas a personas mayores que no reciben los servicios del SAD en las que se les informa de éstos	Trabajador Social
	Visitas de seguimiento y evaluación de las personas que ya reciben los servicios del SAD	Trabajador Social/Gestor del caso
	Teleasistencia	
	Servicios de transporte adaptado	
	Servicios de domótica	
	Ayudas técnicas: utensilios, dispositivos o aparatos para suplir movimientos o ayudar en las limitaciones funcionales	Terapeuta Ocupacional
	Adaptación de viviendas y supresión de barreras	Aparejador y Arquitecto

Fuente: Antares Consulting, 2007

El SAD debe entenderse como un programa planificado individualmente según las peculiaridades concretas del beneficiario del servicio.

Los países escandinavos, Reino Unido y Holanda fueron los pioneros en la implantación de los SAD después de la II Guerra Mundial, produciéndose su generalización a lo largo de los años 80 y la toma de conciencia de que es uno de los servicios más idóneos para permitir a las personas con discapacidad o dependencia vivir el máximo tiempo posible en su propio domicilio, evitando así o retrasando la institucionalización en un Centro Residencial.

Los SAD acostumbran a ser un servicio gestionado por las instituciones más cercanas al ciudadano; la prestación, en cambio, puede ser realizada por la propia institución o puede estar concertada con una empresa externa.

Esa autonomía en la gestión por parte de las instituciones locales, unida a una regulación insuficiente como es el caso español, puede provocar que aparezcan en el mercado entidades y particulares que ofrecen el servicio sin una garantía de calidad mínima.

El usuario acostumbra a participar en el coste del servicio en función de sus ingresos, y los límites de cálculo y el porcentaje de participación suelen variar según la administración local que lo gestiona.

1.3.2. Teleasistencia

Suele configurarse como un servicio complementario de la Ayuda a Domicilio, siendo lo más habitual que coincida con la prestación de Ayuda a Domicilio, es-

pecialmente en aquellas personas mayores que viven solas. Por el contrario, es incompatible con los Servicios Residenciales.

Podemos describir la Teleasistencia como un sistema de comunicación bidireccional compuesto por un sistema de manos libres que, mediante un micrófono en una pulsera o colgado del cuello, conecta al beneficiario con una central telefónica de auxilio que le presta atención y ayuda.

Este servicio está dirigido fundamentalmente a personas mayores que viven solas siempre o la mayor parte del tiempo y que se encuentran en situaciones de fragilidad o dependencia. La media de edad de los usuarios es elevada; por ejemplo, en el caso español, un 51% de los usuarios en enero de 2004 tenía más de 80 años (Imsero, 2005: V-45).

El servicio de Teleasistencia domiciliaria es un recurso que permite la permanencia de los usuarios en su medio habitual de vida, así como el contacto con su entorno sociofamiliar, y asegura la intervención inmediata en crisis personales, sociales o médicas.

Es un servicio gestionado por las Corporaciones Locales que suele ser financiado íntegramente con recursos públicos, de forma que el usuario no participa en el coste.

Entre los servicios que se prestan en la Teleasistencia destacan los siguientes:

- Apoyo a través de la línea telefónica a situaciones diversas (accidentes domésticos, caídas, angustia, soledad).
- Seguimiento desde el centro de control mediante llamadas telefónicas periódicas.
- Agenda, para recordar al usuario datos importantes sobre toma de medicación, realización de gestiones, etc.

1.3.3. Centros de Día

Se trata de centros terapéuticos en los que un equipo de profesionales presta atención especializada mediante un plan integral individualizado a personas que viven en su domicilio. No sólo pretenden que la persona mayor permanezca más tiempo en su entorno habitual, sino también mejorar la calidad de vida de la familia cuidadora; por eso se les conoce también como «programas de respiro familiar».

Algunos autores los incluyen en una categoría denominada recursos «intermedios», ya que se sitúan entre el domicilio y los Centros Residenciales. El servicio que ofrecen incluye cuidados personales, manutención, asistencia médica, rehabilitación, actividades físicas, de ocio y tiempo libre y, en la mayoría de los casos, también se ofrece transporte desde el domicilio hasta al

centro. Tal como algún medio señala, los Centros de Día hacen el papel de guarderías, permitiendo que los mayores sigan viviendo en sus casas.

Estos centros ofrecen un servicio integral, incluyendo asesoramiento, prevención, rehabilitación, orientación para la promoción de la autonomía y habilitación o atención asistencial y personal.

Son recursos cofinanciados por la administración pública y el propio usuario, aunque existen también centros privados en los que el usuario paga el precio de la plaza a precios de mercado.

1.3.4. Centros Residenciales

El Libro Blanco los define como «centros gerontológicos abiertos, de desarrollo personal y atención sociosanitaria interprofesional, en los que viven temporal o permanentemente personas mayores con algún grado de dependencia».

No se trata de centros de acogida y custodia, ni tampoco de centros clínicos en los que la única atención profesional especializada sea la sanitaria; la atención que se preste debe ser integral, incluyendo, por tanto, aspectos sociales, sanitarios, psicológicos, etc.

La edad media de las personas de un Centro Residencial acostumbra a ser mucho mayor que la de los usuarios del resto de Servicios Asistenciales. En el caso español, la media de edad supera los 80 años y más del 50% presenta enfermedades relacionadas con deterioros cognitivos (Imsero, 2005: V-110).

El tamaño de los Centros Residenciales ha ido reduciéndose con el paso de los años; en la actualidad la tendencia es ir a centros más reducidos. En el caso español, por ejemplo, el 84% de los centros tiene menos de 100 plazas, predominando los de menos de 50 plazas, que suponen el 57% del total (Observatorio de Personas Mayores y Alboma 2000 S.L., 2007).

La mayoría de Centros Residenciales en España son de titularidad privada. Existe también un amplio número de plazas de titularidad pública y gestión privada que se conocen como «plazas concertadas».

1.4. COSTES ASOCIADOS A LA DEPENDENCIA

Los costes de atención a personas mayores dependientes tienen una doble vertiente sanitaria y social, aunque el componente social es el más importante de los dos.

Los cuidados a personas mayores dependientes son conocidos también por la gran mayoría de autores con el nombre de «cuidados de larga duración». Esta denominación define muy bien su tipología, ya que se caracterizan por no requerir de tecnologías muy complejas ni de preparación humana muy especializada, a diferencia de los Servicios Sanitarios, pero, a cambio, son prestados durante largos períodos de tiempo.

En un estudio longitudinal sobre el consumo de recursos sanitarios y sociales en personas mayores dependientes realizado por Rodríguez y Montserrat (2002)¹⁰, cuyos resultados se muestran en la siguiente tabla, se constata que cuando los individuos no están en situación de dependencia el importe de la atención sanitaria es similar a los costes sociales; por el contrario, cuando el individuo está afectado por una situación de dependencia, los costes sociales duplican a los sanitarios.

Tabla 1.7.
Gasto en Servicios Sanitarios y Sociales en las fases de dependencia y no dependencia. Gasto año por individuo

	Sin dependencia	Con dependencia ¹¹
Servicios Sanitarios	414,48 €	2.855,56 €
Servicios Sociales	485,88 €	6.159,14 €
Total gasto	900,35 €	9.014,72 €

Fuente: Rodríguez y Montserrat, 2002

Braña (2004) llega a una conclusión similar cuando afirma que el coste de los Servicios Sociales en la fase de dependencia severa supera en más del doble al de los Sanitarios. Otra conclusión igualmente importante que se observa en la tabla anterior es que los costes totales de atención a una persona mayor dependiente son diez veces mayores que cuando el individuo no es dependiente.

Los factores que determinan el coste de los cuidados de larga duración son los siguientes:

- Envejecimiento demográfico.
- Prevalencia de la dependencia.

¹⁰ El estudio analiza el consumo de recursos sanitarios y sociales en personas mayores dependientes en España. Los datos proceden de 177 historias clínicas de usuarios que reconocen algún nivel de dependencia en el momento de recogida de la información. Cada historia clínica recoge información para cada individuo desde la edad de 65 años hasta el momento de recogida de dicha información que, como media, supone unos veinte años. La muestra está compuesta por un 30% de varones y un 70% de mujeres de seis centros pertenecientes a cuatro CC.AA. diferentes.

¹¹ Se trata de un valor medio entre todas las situaciones de dependencia.

- Intensidad protectora.
- Grado de institucionalización¹² de las personas dependientes.
- Coste unitario de los servicios.

Todos los autores coinciden en señalar que el envejecimiento de la población va a impactar de una forma muy importante en los costes futuros de atención a la población mayor dependiente. Esto se debe fundamentalmente a que la discapacidad aumenta rápidamente en edades avanzadas, especialmente en los mayores de ochenta años, que por otra parte será el grupo poblacional que experimentará un mayor crecimiento.

Como señala Braña (2002), casi el 90% del volumen total de gastos sanitarios y sociales consumidos se concentra en los últimos años, que vienen a coincidir con situaciones de dependencia. El mismo argumento es utilizado por Rodríguez y Montserrat (2002), que concretan en 7 u 8 años el plazo de los últimos años de vida en situación de dependencia.

Dado que la población mayor de 65 años va a continuar creciendo a un ritmo constante en las próximas décadas, cualquier cambio en las tasas de prevalencia de las situaciones de discapacidad puede tener unos efectos muy importantes en las cifras de gasto futuro de cuidados de larga duración.

La atención domiciliaria está reconocida por todos los autores como el mejor sistema de atención cuando la persona presenta una dependencia moderada; de la misma forma, cuando su estado evoluciona hacia dependencias más severas las residencias pasan a ser la mejor alternativa.

En ese sentido, Guillén (2006) realiza un estudio en el que plantea distintas alternativas de atención de las personas mayores dependientes para evaluar los costes que supondría atender a este grupo poblacional:

- En la alternativa 1, los Servicios de Ayuda a Domicilio (SAD)¹³ se configuran como un complemento, cuya intensidad dependerá de la situación del individuo dependiente. En caso de discapacidad total no hay posibilidad de prestar esta atención; en los casos de discapacidad severa se establece 1 hora de servicio diaria como complemento a un Centro de Día, y en los casos de discapacidad moderada la atención está basada exclusivamente en 3 horas de SAD al día.
- En la alternativa 2, todo el servicio se basa en los Servicios de Ayuda a Domicilio con la siguiente intensidad: 14 horas diarias para los casos de

¹² Por «institucionalización» se entiende la atención en Centros Residenciales, en sentido amplio, en contraposición a los Servicios Comunitarios que permiten que la persona dependiente siga residiendo en su domicilio habitual.

¹³ Los Servicios de Ayuda a Domicilio (SAD) más habituales, de forma enunciativa pero no limitativa, están constituidos por: Teleasistencia, auxiliar domiciliario, comidas y limpieza a domicilio.

discapacidad total; 8 horas en los casos de discapacidad severa y finalmente 3 horas de SAD al día para las situaciones de discapacidad moderada.

Los resultados del estudio son reveladores y constatan que atender todas las situaciones de dependencia exclusivamente con SAD sería tres veces más caro en los discapacitados severos y casi cuatro veces más caro en los casos de discapacidad total, como muestra la siguiente tabla.

Tabla 1.8.

Costes unitarios anuales según la alternativa de provisión de cuidados

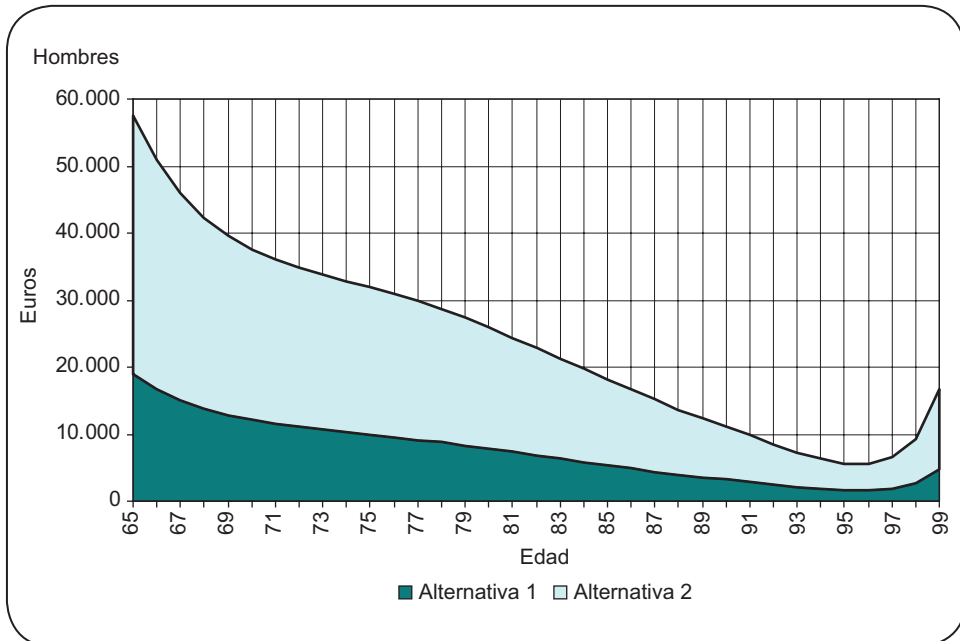
	SAD como complemento	SAD como fuente única de atención
Discapacidad Total	12.870,34 €	42.617,40 €
Discapacidad Severa	8.554,59 €	24.352,80 €
Discapacidad Moderada	9.132,30 €	9.132,30 €

Fuente: Guillén, 2006

A continuación se muestran de forma gráfica los resultados del estudio realizado por Bolancé (2006), que están basados en las mismas alternativas 1 y 2 que se acaban de presentar a cargo de Guillén.

Gráfico 1.1.

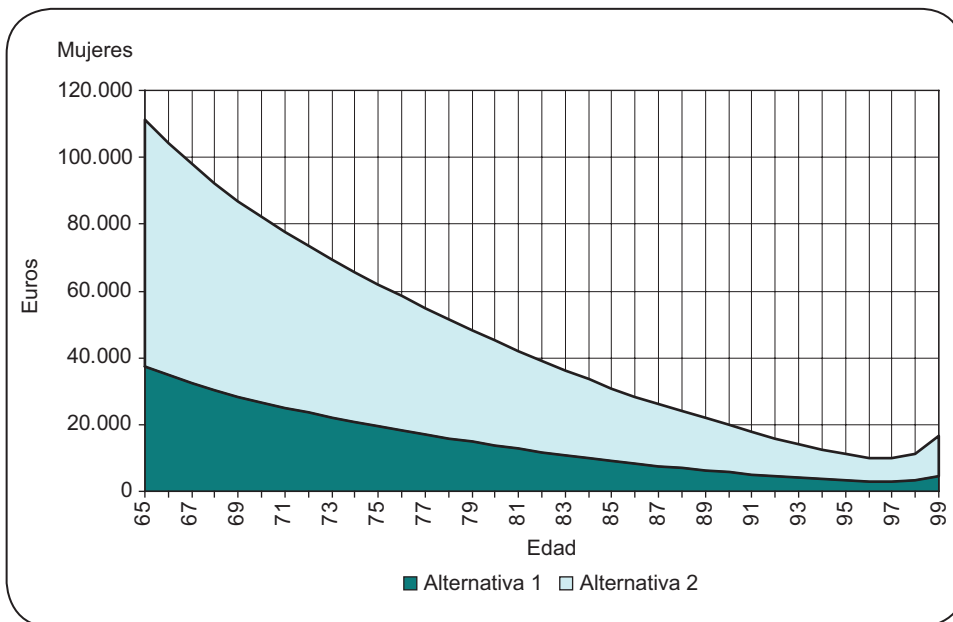
Coste unitario anual según la alternativa de provisión de cuidados. Hombres



Fuente: Elaboración propia a partir de Bolancé, 2006

Gráfico 1.2.

Coste unitario anual según la alternativa de provisión de cuidados. Mujeres



Fuente: Elaboración propia a partir de Bolancé, 2006.

Para poder ser precisos a la hora de analizar los costes asociados a situaciones de dependencia es necesario concretar la severidad de las distintas situaciones de dependencia en las que puede encontrarse un individuo.

Tal como muestra la siguiente tabla, el salto más importante se produce entre no ser dependiente o serlo en su estadio más bajo, ya que se multiplica por 4,5 veces el gasto total; puede comprobarse igualmente que el incremento de coste es mayor al pasar de una dependencia moderada a una grave que de ésta a una severa.

Tabla 1.9.

Gasto en Servicios Sanitarios y Sociales en las fases de dependencia y no dependencia. Gasto año por individuo

	Sin dependencia	Con dependencia		
		Moderada	Grave	Severa
Servicios Sanitarios	414,48 €	1.600,42 €	2.689,51 €	4.318,55 €
Servicios Sociales	485,88 €	2.575,51 €	5.942,48 €	10.042,90 €
Total gasto	900,35 €	4.175,93 €	8.631,99 €	14.361,45 €

Fuente: Rodríguez y Montserrat, 2002

Para terminar, resulta necesario investigar la sensibilidad de los costes futuros relacionados con los cuidados de larga duración ante el comportamiento

de distintos factores, entre los que destaca la tasa de dependencia. Para poder obtener conclusiones respecto a cómo afecta la evolución futura de la tasa de dependencia en los costes futuros de los cuidados de larga duración analizaremos la investigación realizada por Comas-Herrera y Wittemberg (2003).

Las proyecciones al año 2050 de los cuatro países objeto de estudio, España, Italia, Alemania y Reino Unido, muestran disminuciones de la tasa de mortalidad y aumentos en la esperanza de vida. Una cuestión de suma importancia consiste en saber cómo se comportará la tasa de dependencia, esto es, si disminuirá siguiendo la tendencia de la tasa de mortalidad o si permanecerá constante o incluso aumentará.

El trabajo realizado por estos autores toma como escenario base el supuesto de que la tasa de dependencia permanecerá invariable¹⁴ durante el período objeto de análisis, y estudia otros dos escenarios. En el escenario 1 la tasa de dependencia se retrasa en el mismo número de años que aumenta la esperanza de vida al nacer, mientras que en el escenario 2 la tasa de dependencia se retrasa la mitad del número de años que aumenta la esperanza de vida al nacer.

El escenario 1 supone, de hecho, que el aumento de la esperanza de vida apenas tiene influencia en el número de personas mayores dependientes, si no fuera por cambios en el tamaño de las nuevas cohortes, por ejemplo debido al *baby-boom*. El escenario 2, sin embargo, es menos optimista.

La siguiente tabla muestra los resultados de la investigación, que ponen de manifiesto que el gasto futuro en cuidados de larga duración es muy sensible a variaciones futuras en la tasa de dependencia. Si las tasas de dependencia futuras disminuyen, el número de personas mayores dependientes aumentará a un ritmo mucho menor, lo que pondrá menos presión en la partida de gastos futuros de cuidados de larga duración.

Tabla 1.10.
Incremento de gastos de cuidados de larga duración como porcentaje del Producto Interior Bruto entre 2000 y 2050

	Alemania	España	Italia	Reino Unido
Escenario base	120%	115%	96%	102%
Escenario 1	29%	64%	27%	45%
Escenario 2	72%	90%	54%	74%

Fuente: Comas-Herrera y Wittemberg, 2003

¹⁴ Es relevante destacar que los autores consideran que lo que permanece invariable no es la edad a la que el individuo pasa a ser dependiente, sino el número de años de vida que quedan desde que la persona deviene dependiente.

Determinar los costes asociados a las situaciones de dependencia es un paso previo necesario para poder plantear qué formas de aseguramiento pueden existir y se estudian en el apartado siguiente.

1.5. FORMAS DE ASEGURAMIENTO DE LA DEPENDENCIA

Todos los autores coinciden en señalar que la pregunta a la que debe responderse tiene que ver con la forma de obtener financiación que permita que el sistema sea sostenible en el tiempo.

En el caso de atención a los mayores dependientes, la financiación puede tener tres distintos orígenes, que se complementan entre sí:

- Provisión pública.
- Provisión privada mediante autoseguro (Apoyo Informal).
- Provisión privada mediante la transferencia a un tercero (compañía de seguros).

La forma en la que cada país financia el riesgo de dependencia será el resultado de la combinación de los tres tipos de provisión. La parte más importante recae en el Estado, proporcionando niveles de protección y de gasto diferentes en cada país; la carga que soportan los individuos a través de las otras dos formas de financiación será consecuencia directa del espacio libre dejado por la iniciativa pública.

La variedad de respuestas de los países es fruto de las distintas realidades de partida, de las diversas formas organizativas que se dan en cada país y de cómo éstos afrontan un reto y una preocupación común. Esta diversidad se observa en los siguientes elementos:

- Dimensión cuantitativa: población protegida y niveles de gasto.
- Prestaciones ofrecidas: a domicilio o institucional; en especie o monetaria.
- Prestadores de los servicios: públicos o privados; con ánimo de lucro o no.
- Formas de financiación: pública, privada o mixta.
- Marco regulador y papel que desempeñan los distintos agentes.
- Marco fiscal.

La provisión de cuidados mediante contratos de seguro privados resulta ser finalmente un complemento en aquellos países donde la solución pública deja espacios libres sin cobertura.

1.5.1. Apoyo Informal

La mayoría de autores coincide en las características fundamentales que definen el Apoyo Informal a las personas mayores en situación de dependencia:

- Se dispensa de forma altruista.
- Es prestado por familiares, aunque también se incluye a personas allegadas que no pertenezcan al entorno familiar.
- No se presta de manera ocasional, sino que existe un compromiso de cierta permanencia o duración.

Hasta bien entrado el siglo xx la familia ha sido quien ha soportado mayoritariamente, casi en todos los países sin excepción, la responsabilidad de atender a los mayores dependientes.

Este modelo, que se conoce como «familista», se sustenta en una confianza permanente en la familia y en su solidaridad intergeneracional, que contribuye a que se instaure en la sociedad la idea de que son las familias quienes deben asumir la atención y provisión de bienestar a todos sus miembros, provocando los siguientes efectos:

- Instaura la idea en las personas mayores de que la familia actúa como algo parecido a un seguro.
- Impregna la obligación moral en la familia, que se constituye en la institución por excelencia en los cuidados de larga duración.
- Sin a veces quererlo, los poderes públicos recortan las prestaciones a la familia al dar por supuesto que la atención está ya cubierta; o lo que es peor, «castigan» a las familias más solidarias al primar en los baremos que se siguen para concesión de Servicios Sociales a las personas que viven solas y/o que han sido desatendidas por sus familias.

Si bien la familia es la institución de apoyo más importante para los mayores en todos los países de la UE, los países mediterráneos son el ejemplo por excelencia del modelo de bienestar «familista». Sigue siendo en muchos países occidentales el sistema mayoritario de cobertura de los cuidados de larga duración para personas mayores en situación de dependencia, aunque su peso varía de acuerdo con los valores y cultura de cada país. Mientras que en España representa un 69%, en Reino Unido sólo alcanza el 32% (Costa i Font, 2007).

Este sistema de apoyo ha estado sustentado mayoritariamente en las mujeres, y por ejemplo, en el caso español, un 76% de los descendientes cuidadores es mujer; puede afirmarse que el perfil medio del cuidador informal español es el de una mujer de edad avanzada. El estudio de los casos de Francia y EE.UU. mostrará que esta situación se repite en estos dos países.

Existen una serie de cambios sociológicos en la familia muy importantes que van a afectar de manera notable a este tipo de cuidados. Sin entrar en un detalle que se estudiará pormenorizadamente en el Capítulo 3, se puede afirmar que la dependencia no es neutral a cambios en las pautas de agrupación familiar, cambios en la fecundidad y cambios en los valores en torno al papel de la familia como espacio de protección social. Sin embargo, el cambio que

sin duda para todos los autores que han estudiado este tema resulta más trascendente es el cambio del rol de la mujer y su incorporación al mercado de trabajo.

La interacción de estos dos factores provoca como resultado que la protección a la dependencia haya pasado de ser una responsabilidad familiar en exclusiva a una responsabilidad compartida por el conjunto de la sociedad.

Si a lo anterior unimos el proceso de «verticalización» que señala Puyol y Abellán (2006) por el que cada vez hay menos hijos y más generaciones de la misma familia viviendo a la vez, con una mayor longevidad, puede concluirse que se hará más común la imagen de una persona mayor cuidando de otra de más edad en situación de dependencia, lo que debe provocar también que las políticas de atención a los cuidadores tengan que ser cada día más importantes. Estos cambios demandan convertir al cuidador en objeto de apoyo y cuidado, desarrollando servicios que le apoyen y en su caso le sustituyan.

Cuando los cuidados informales se prolongan en el tiempo¹⁵, la atención informal presenta efectos perversos sobre la actividad laboral de los cuidadores. Los estados de depresión en los que se ven inmersos un elevado número de cuidadores informales provocan que sea a veces difícil distinguir quién cuida a quién, especialmente en parejas donde ambos son dependientes.

1.5.2. Provisión pública

El Estado del Bienestar se caracteriza por la provisión de medios a los ciudadanos, en dinero o en especie, para subvenir sus situaciones de necesidad económicas y de carácter individual cuando éstos no pueden por sí mismos hacerles frente de manera suficiente. Los Estados modernos han construido el Estado del Bienestar sobre la base del principio de solidaridad social mediante sistemas de Seguridad Social destinados a reparar las consecuencias de determinados eventos calificados como riesgos sociales.

Es conveniente recordar que la Seguridad Social nace para dar solución a las necesidades más importantes de los trabajadores y, en general, de los profesionales para los que el trabajo o la actividad en sentido amplio constituyen el medio fundamental de vida.

No ha sido hasta fechas muy recientes que muchos de los países modernos han acometido de forma decidida la atención a los mayores dependientes, ya que habían estado concentrados casi de lleno en el desempleo y las pensiones.

¹⁵ Según el Libro Blanco, la duración del período de cuidados es de una media de 6 años. (Imsero, 2005: III-42).

La siguiente tabla compara el gasto en cuidados a personas mayores¹⁶ en el período 1995 a 2005 en los países de la Unión Europea con el dedicado a pensiones, ambos como porcentaje del Producto Interior Bruto. Queda de manifiesto la desproporción entre los recursos públicos dedicados a pensiones y a los cuidados de personas mayores, a pesar de que con carácter general estos últimos muestran una tendencia creciente, mientras que el peso de las pensiones en el Producto Interior Bruto disminuye en el período estudiado.

Tabla 1.11.
Gasto en pensiones y en cuidados a personas mayores
en los países de la Unión Europea 1995-2006. Porcentaje del PIB

	1995		2000		2006	
	Pensiones	Cuidados a personas mayores	Pensiones	Cuidados a personas mayores	Pensiones	Cuidados a personas mayores
UE - 27	ND	ND	ND	ND	11,9 ^P	0,48 ^P
UE - 25	ND	ND	12,3	0,459	12,0 ^P	0,484 ^P
UE - 15	12,5	0,399	12,3	0,466	12,1 ^P	0,497 ^P
Bélgica	11,8	ND	11,0	0,035	11,0	0,06
Bulgaria	ND	ND	ND	ND	7,6	0,034
República Checa	7,3	0,288	8,5	0,430	8,4	0,326
Dinamarca	11,3	1,204	10,5	1,639	10,6	1,729
Alemania	12,5	0,484	12,9	0,354	12,7 ^P	0,156 ^P
Estonia	ND	ND	6,7	0,136	6,0	0,076
Irlanda	5,0	0,136	3,6	0,179	5,0	0,221
Grecia	10,0	0,055	11,1	0,085	11,9	0,097
España	10,1	0,164	9,6	0,208	8,8 ^P	0,34 ^P
Francia	13,4	0,213	12,9	0,167	13,2 ^P	0,328 ^P
Italia	14,2	0,092	14,4	0,100	14,7 ^P	0,12 ^P
Chipre	ND	ND	5,8	0,042	6,8	0,003 ^P
Letonia	ND	ND	9,5	0,153	6,1 ^P	0,141
Lituania	ND	ND	7,8	0,132	6,4 ^P	0,194 ^P
Luxemburgo	11,1	0,176	9,4	0,018	8,6	:
Hungría	ND	ND	8,4	0,281	10,0	0,292
Malta	7,3	0,519	8,0	0,486	9,2	0,604
Holanda	13,9	0,499	12,5	0,663	12,7 ^P	0,791 ^P
Austria	14,2	0,823	14,3	0,994	14,0	0,996
Polonia	ND	ND	12,6	0,307	12,4	0,235

Continúa

¹⁶ En estos datos de Eurostat se entiende por «cuidados a personas mayores» las subvenciones para el cuidado, la estancia y la asistencia para poder desempeñar Actividades de la Vida Diaria.

	1995		2000		2006	
	Pensiones	Cuidados a personas mayores	Pensiones	Cuidados a personas mayores	Pensiones	Cuidados a personas mayores
Portugal	9,7	0,125	10,5	0,176	13,0	0,257
Rumanía	ND	ND	6,7 ^P	0,024 ^P	6,5	0,023
Eslovenia	ND	ND	11,1	0,257	10,3 ^P	0,16 ^P
Eslovaquia	7,3	0,340	7,5	0,286	7,3 ^P	0,405 ^P
Finlandia	12,7	0,766	10,5	0,617	11,0	0,678
Suecia	12,5	2,318	11,3	2,424	12,0 ^P	2,343
Reino Unido	11,7	ND	11,9	0,825	10,7 ^P	0,993 ^P
Islandia	5,7	1,266	6,2	1,312	6,8	1,754
Noruega	8,4	1,839	7,6	1,696	7,6	1,556
Suiza	11,1	0,335	12,0	0,272	12,7	0,291

ND: Dato no disponible; P: Valores provisionales

Fuente: Elaboración propia a partir de Eurostat-Database. Abril 2009.
Population and Social Conditions. Living Conditions and Welfare Social Protection

Se han producido, sin embargo, varios factores que han convertido la atención a la dependencia en un asunto social y político de primer orden, entre los que destacan los siguientes:

- Un crecimiento de la población mayor mucho más acelerado que el del conjunto de la población mundial.
- El aumento de la esperanza de vida junto a una mayor preocupación por añadir vida a los años, en lugar de años a la vida.
- Una mejora del nivel de vida.
- Cambios sociales de primer orden en la institución familiar y en el rol de la mujer.

Al analizar el dato relativo de gasto total en dependencia como porcentaje del PIB, que se muestra en la siguiente tabla, se pone de manifiesto la gran divergencia entre países. Destacan los países nórdicos en la franja más alta de gasto total.

Tabla 1.12.
 Gasto total en dependencia año 2000 (% PIB)

País	Gasto Total	País	Gasto Total
México	0,20	MEDIA	1,25
Hungría	0,30	EE.UU.	1,29
Corea del Sur	0,30	Alemania	1,35
Polonia	0,38	Reino Unido	1,37
España	0,61	Países Bajos	1,44

Continúa

País	Gasto Total	País	Gasto Total
Irlanda	0,62	Suiza	1,54
N. Zelanda	0,68	Noruega	2,15
Japón	0,83	Suecia	2,89
Australia	1,19	Austria	n.d.
Canadá	1,23	Luxemburgo	n.d.

Fuente: Dizy, 2006

Cuando se observa la proyección al año 2050 de los incrementos que cada país va a dedicar a cuidados de larga duración sobre el PIB, se obtiene que los países escandinavos siguen posicionándose como los que mayor apuesta presupuestaria van a seguir realizando, tal y como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 1.13.
Total gasto público en cuidados de larga duración

	Gasto como % del PIB año 2000	Incremento en % sobre PIB entre 2000 y 2050	
		Per cápita	Por trabajador
Bélgica	0,8%	+ 0,8%	+ 0,8%
Dinamarca	3,0%	+ 2,1%	+ 2,5%
Francia	0,7%	+ 0,5%	+ 0,6%
Irlanda	0,7%	–	+ 0,2%
Italia	0,6%	+ 0,4%	+ 0,4%
Holanda	2,5%	+ 2,2%	+ 2,5%
Austria	0,7%	+ 1,0%	+ 1,1%
Finlandia	1,6%	+ 1,7%	+ 2,1%
Suecia	2,8%	+ 2,0%	+ 2,1%
Reino Unido	1,7%	+ 0,8%	+ 1,0%

Fuente: European Commission, 2003

A pesar de las divergencias notables en términos de gasto que existen entre los países, hay dos características que coinciden en la práctica totalidad de ellos: predominancia del gasto público y mayor peso de los cuidados residenciales respecto a los Servicios a Domicilio, como muestra la siguiente tabla.

Nos parece relevante señalar en este punto que todos los autores coinciden en señalar dos grandes grupos de sistemas públicos de protección a las personas mayores en situación de dependencia: el de protección universal y aquel conocido como asistencial.

El primero se basa en el principio de ciudadanía y garantiza una asistencia sanitaria y social universal y gratuita. El sistema asistencial, por el contrario, tiene cobertura limitada y está destinado a satisfacer las necesidades básicas

de aquellos ciudadanos que, estando en situación de dependencia, no disponen de suficientes recursos económicos.

Tabla 1.14.
Gasto total en dependencia año 2000 (% PIB)

País	Gasto Público	Gasto Privado	A domicilio	Institucional
México	0,10	0,10	n.d.	n.d.
Hungría	0,20	0,10	0,10	0,20
Corea del Sur	0,20	n.d.	n.d.	n.d.
Polonia	0,37	0,00	0,35	0,03
España	0,16	0,44	0,23	0,37
Irlanda	0,52	0,10	0,19	0,43
Nueva Zelanda	0,45	0,23	0,12	0,56
Japón	0,76	0,07	0,25	0,58
Australia	0,86	0,33	0,38	0,81
Canadá	0,99	0,24	0,17	1,06
MEDIA	0,99	0,24	0,38	0,88
EE.UU.	0,74	0,54	0,33	0,96
Alemania	0,95	0,40	0,47	0,88
Reino Unido	0,89	0,48	0,41	0,96
Países Bajos	1,31	0,13	0,60	0,83
Suiza	n.d.	n.d.	0,20	1,34
Noruega	1,85	0,29	0,69	1,45
Suecia	2,74	0,14	0,82	2,07
Austria	1,32	n.d.	n.d.	n.d.
Luxemburgo	0,52	n.d.	n.d.	n.d.

Fuente: Dizy, 2006

En los sistemas de protección universal la financiación puede provenir de impuestos, como es el caso de los países nórdicos, o de cotizaciones sociales, como ocurre en el caso alemán. El caso de los países escandinavos y europeos anglosajones es el que los autores denominan «beveridgiano», mientras que el modelo que representan países como Alemania o Japón se conoce como «bismarckiano».

En cualquiera de los dos modelos existe una parte que es financiada por el propio usuario a través del copago¹⁷.

En los países con un sistema de protección universal, la cobertura se provee por el solo hecho de ser ciudadano, sin necesidad de que exista prueba de recursos, que sólo se utiliza para determinar la cantidad del copago. En los

¹⁷ El «copago» se define como el importe económico que el usuario abona cada vez que hace uso del servicio. Es habitual que el importe del copago sea diferente según el servicio de que se trate.

modelos asistenciales, sin embargo, sí existe prueba de recursos, lo que hace que algunos autores califiquen el sistema de injusto con las clases medias, ya que los requisitos de acceso sobre renta disponible no les permite acceder a ellos, pero al mismo tiempo el elevado coste de los servicios privados los sitúa fuera de su alcance.

A pesar de la heterogeneidad existente entre las soluciones de cada país, existe un denominador común que es el «principio de universalidad», con la excepción de EE.UU.

Podemos afirmar que el modelo asistencial está en retroceso a favor de la universalización del derecho social. Las razones que se encuentran detrás de esta tendencia son las siguientes:

- Es un riesgo normal de la vida que requiere aplicar principios de solidaridad y justicia social.
- Su naturaleza catastrófica puede hacer que su elevado coste no pueda ser asumido por las familias.
- Existe una parte importante de la población sin recursos suficientes.
- Permite aliviar a los cuidadores informales.

Como conclusión de la provisión pública como forma de aseguramiento de las situaciones de dependencia en personas mayores, podemos destacar la creciente importancia que la atención a la población mayor ha experimentado en los últimos años, así como la existencia de una tendencia mayoritaria de países, con excepción de EE.UU., que han optado por desarrollar sistemas de protección universal al ciudadano.

1.5.3. Seguros privados

Las repercusiones que tiene el fenómeno de la dependencia en las personas mayores en la sociedad hace necesario contar con todos los recursos posibles, públicos y privados. La dimensión humana, social y económica de la dependencia en los mayores es de tal envergadura que exige una reestructuración de los mecanismos de protección social, que entre otras medidas permita la implementación e incentivación de una cultura preventiva y de aseguramiento.

El aumento creciente de la población mayor dependiente está conduciendo, en todos los países donde está establecido un sistema público de protección, a tensiones entre ingresos y gastos que llevan necesariamente a situaciones de déficit que obligan a buscar en el seguro privado una fuente alternativa de financiación.

El nivel de financiación pública condiciona de manera notable el desarrollo de los seguros privados de dependencia, como ocurre por ejemplo en el caso de

Alemania, donde el Estado tiene un papel predominante en la provisión de cuidados de larga duración, de forma que la iniciativa privada es subsidiaria de la prestación pública.

En cualquier caso, la existencia de un sistema público de protección a las personas en situación de dependencia no es obstáculo para que se desarrollen los seguros privados. Un caso de esta situación es la de países como Alemania y Francia, con sistemas de protección pública universal, en la que los seguros privados desempeñan un papel muy importante al cubrir aquella parte del coste que el sistema público no es capaz de atender.

La experiencia internacional confirma que el modelo más extendido es aquel que proporciona una cobertura universal pero, al mismo tiempo, incorpora la financiación de los ciudadanos. Esta financiación puede provenir tanto de sistemas de copago en función del patrimonio del beneficiario como de la contratación de seguros privados.

De hecho, salvo el caso de EE.UU., donde el modelo se configura desde el mercado y a través de la iniciativa privada, en todos los países de la Unión Europea el modelo es mixto: cobertura universal pública con complemento de la iniciativa privada.

Se puede afirmar que, aunque no sólo se trata de dar solución al problema de la financiación, es necesario reconocer que se trata posiblemente del aspecto más determinante, y en ese sentido el sector asegurador privado puede contribuir al mantenimiento de una estructura de costes racional que ayude a reducir el gasto sanitario público.

Otros autores reconocen abiertamente la necesidad de contar con financiación privada, motivada por el hecho de que la respuesta pública resulta insuficiente para atender todas las necesidades.

Se acaba de señalar que cuanto mayor peso tiene la provisión pública de servicios a los mayores dependientes, menos espacio existe para el desarrollo de los seguros privados. Sin embargo, se produce una paradoja que consiste en que la existencia de un seguro público es precisamente un requisito necesario e imprescindible para el desarrollo de los seguros privados cuando se trata de un riesgo social de estas características. El individuo no valora adecuadamente los beneficios que se derivan de su contratación y, por ello, es necesario que las autoridades corrijan esa miopía obligando al individuo a consumir esos bienes y/o incentivando su consumo mediante ayudas públicas.

Expresado en otros términos, podría decirse que en un país se dan las condiciones para el desarrollo de un seguro privado de dependencia cuando los individuos han desarrollado la conciencia colectiva de que es un riesgo que deben incluir en sus previsiones a largo plazo.

Salvado el escollo que acabamos de señalar, las experiencias internacionales enseñan que existen diversas barreras que dificultan la implantación de un seguro privado. Los autores (Rodríguez y Montserrat, 2002; Dizy, 2006) clasifican estas barreras en dos grupos según sean desde la demanda o desde la oferta.

1.5.3.1. Barreras desde la demanda

- La gran mayoría de la población dispone de una limitada renta que no permite pagar seguros caros. El seguro de dependencia tiene que competir con otra serie de riesgos, de forma que cuando el individuo compara todos ellos puede ocurrir que el aseguramiento de la dependencia quede relegado a una etapa posterior. La consecuencia de esto es que la población joven queda automáticamente excluida, lo que supone una reducción muy importante del colectivo potencial de compradores.
- Existe una distancia excesiva de tiempo entre el pago de las primas y la edad de riesgo real. Algunos autores lo denominan «miopía» del consumidor en edades tempranas.
- En ocasiones el potencial comprador dispone de poca información, o la que existe no es clara y no se comprende. Cuanto más sencillo es un producto mejor se vende.
- Existencia de lo que algún autor ha denominado «factores psicológicos». La teoría económica tradicional realiza el supuesto de que el individuo busca maximizar su satisfacción en las decisiones que va tomando sobre consumo, ahorro o inversión, de la misma forma que asume la racionalidad en la maximización de la utilidad; sin embargo, en la realidad la gente no siempre se comporta de una manera lógica de maximización de la utilidad. La «aversión a la pérdida» es una barrera que impide conseguir la maximización de la utilidad y cuyo funcionamiento se explica porque la gente siente más miedo ante la posibilidad de una pérdida que el placer que le otorga una ganancia de igual cantidad; en otras palabras, el individuo se siente mucho peor habiendo tomado decisiones que comportan pérdidas que no habiendo tomado decisiones que pudieran haber reportado ganancias.

Para remediar la aversión a la pérdida de un seguro de dependencia es necesario eliminar la idea de «*use it or lose it*»¹⁸ mediante los denominados productos híbridos (Freiman, 2007), que unen el riesgo de dependencia a otro tipo de riesgos (vida, salud, pensiones).

- Existencia de sustitutos: Brown y Finkelstein (2006) señalan la existencia del seguro público *Medicaid*¹⁹ como una de las razones del escaso desarro-

¹⁸ «*Use it or lose it*» puede traducirse literalmente como úsalo o dalo por perdido.

¹⁹ *Medicaid* es un seguro público que requiere prueba de recursos para poder acceder a sus prestaciones. Véase apartado 3.3.1.2.

llo de los seguros privados de dependencia en EE.UU. Según estos autores, *Medicaid* provoca un efecto de expulsión (*crowd out*) del seguro privado de dependencia, que se debe, entre otras cosas, a que *Medicaid* es siempre el segundo pagador, es decir, la póliza privada pagaría primero, incluso en el caso de que los niveles de bienes e ingresos permitieran al individuo ser elegido en *Medicaid*.

1.5.3.2. Barreras desde la oferta

- Las aseguradoras no terminan de decidirse a lanzar un seguro para el que no disponen de información estadística suficiente sobre prevalencias o morbilidades futuras, ni sobre la evolución de costes en el medio/largo plazo. La dependencia es un riesgo muy reciente, en evolución y poco conocido todavía, que plantea a las compañías aseguradoras dificultades tanto en la definición del mismo como en su análisis y tarificación.
- Selección adversa: significa que aquellos con mayor probabilidad de llegar a ser dependientes son los que presentan mayor probabilidad de contratar el seguro.
- Incertidumbre respecto a la evolución futura de los costes de cuidados a personas mayores, así como respecto al mantenimiento de las hipótesis de esperanza de vida de la población dependiente.
- Abuso moral²⁰: aquellos individuos que tienen contratado un seguro privado se comportan de forma diferente a los que no lo tienen. Los que tienen seguro, una vez que acaece el siniestro, tienden a exigir el tratamiento mejor y hasta el límite contratado con independencia de que a veces no sea estrictamente necesario.

Para terminar este apartado nos parece necesario establecer una clasificación de los productos aseguradores en función de una serie de factores como son el tipo de prestación, la periodicidad en el cobro de primas, la duración de la cobertura del riesgo, la contingencia a cubrir y la existencia de otras garantías, entre otros criterios.

a) Por el tipo de prestación

Los productos aseguradores pueden instrumentar prestaciones económicas o en forma de servicios.

En el primer caso, pueden ser a su vez de dos formas: pago de una renta mensual a la que el beneficiario le da el destino que crea más conveniente (el caso francés es el ejemplo más claro del sistema en el que beneficiario emplea su renta mensual en el pago de un amplio catálogo de servicios) o reembolso de gastos en función de las facturas que se presenten hasta un tope diario, como ocurre en el caso de EE.UU.

²⁰ Los autores sajones lo denominan «*moral hazard*».

También puede realizarse el abono de un capital de una sola vez. Ahora bien, la circunstancia probable de que la cantidad abonada no sea suficiente para satisfacer el coste futuro necesario para hacer frente a la materialización del riesgo cubierto es un aspecto muy negativo para el individuo que busca protección a largo plazo.

La prestación de servicios (Ayuda a Domicilio, Servicios Residenciales, etc.) es una modalidad que juega en contra de los intereses de la aseguradora, siempre que no se establezca una cantidad máxima por período de cobertura, ya que es imprevisible la evolución de los costes de los servicios sociosanitarios que ésta se compromete a prestar para futuros años, razón por la que su coste es superior a la opción de prestación económica.

b) Por la periodicidad en el cobro de primas de seguro y en el pago de prestaciones

Atendiendo al cobro de las primas de seguro los productos pueden ser de prima periódica o de prima única. En el primer caso, el beneficiario abona la prima hasta una fecha determinada que puede ser cualquiera de las siguientes:

1. Cuando la contingencia objeto de cobertura se produce.
2. Al cumplir una edad determinada, que en muchas ocasiones coincide con la edad de 65 años.
3. En caso de fallecimiento.

El pago de las prestaciones puede realizarse de una forma similar al caso anterior: de forma periódica o en un único pago.

c) Por la duración de la cobertura del riesgo

Éste es uno de los criterios que más claramente diferencian los dos grandes mercados de productos aseguradores; así, en el mercado de EE.UU. la duración del riesgo es temporal y se limita a un número reducido de años, mientras que en el modelo europeo la duración de la cobertura del riesgo es vitalicia.

El modelo europeo es sin duda el más adecuado en términos de cobertura, pero por el contrario tiene mayor coste.

d) Por la contingencia a cubrir

Es otro de los elementos que distinguen los mercados de EE.UU. y Francia como mercados más desarrollados.

Todos los modelos utilizan como base las Actividades de la Vida Diaria (AVD) para determinar el nivel de dependencia; donde se diferencian es en la reversibilidad o no de la situación de dependencia.

En el caso francés sólo se cubren las situaciones irreversibles, lo que significa que lo que se está asegurando es la dependencia total; en el caso de EE.UU. se cubren dependencias parciales definidas como aquellas que imposibilitan realizar al menos dos AVD durante tres meses.

e) Por la existencia de otras garantías

Pueden ser productos que únicamente ofrezcan la garantía de dependencia o que incluyan otras garantías complementarias (híbridos o mixtos).

Cuando se trata de una garantía complementaria de vida (*Accelerated Death Benefit*²¹), el capital final de vida se reduce en función de las cantidades que se van pagando a cargo de la garantía de dependencia hasta el límite contratado en la póliza de vida. El asegurado sigue pagando el importe de la prima de la póliza aunque esté disfrutando ya de la garantía acelerada de vida.

La garantía complementaria puede ser un seguro de rentas. En este caso el asegurado paga una prima a cambio de recibir un capital a término.

Cuando la garantía complementaria es de incapacidad temporal, el seguro cubre adicionalmente la pérdida de ingresos derivada de una discapacidad que le impide trabajar.

f) Otros criterios

- Atendiendo a su relación con otro tipo de seguros puede ser de garantía principal o complementaria.
- Según el estado del beneficiario en el momento de la contratación aquel puede ser autónomo o estar ya en situación de dependencia.

²¹ «*Accelerated Death Benefit*» puede traducirse literalmente como garantía acelerada de vida.

CAPÍTULO 2

ANÁLISIS DE LOS FACTORES QUE EXPLICAN EL FENÓMENO DE LA DEPENDENCIA. ANÁLISIS DETALLADO DEL FENÓMENO DEL ENVEJECIMIENTO

2.1. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DEPENDENCIA

La dependencia no es un hecho propio de la vejez, se trata de un hecho variable que dependerá que suceda, entre otras cosas, de los factores del contexto real en el que se desenvuelve la persona durante su ciclo vital. La tabla siguiente muestra aquellos factores que influyen en la aparición del riesgo de dependencia en las personas mayores, tal como coinciden en señalar la mayoría de autores estudiados. En los siguientes apartados analizaremos cada uno de estos factores de forma detallada.

Tabla 2.1.
Factores que condicionan la aparición de situaciones de dependencia

Demográficos	Género
	Edad
	Viudedad
Culturales	Nivel de estudios
Económicos	Pobreza
Fisiológicos	Autopercepción del estado de salud
	Padecer enfermedades
Conductas y hábitos saludables	Obesidad
	Adicción al tabaco
Relaciones sociales	Redes familiares

Fuente: Elaboración propia

2.1.1. Factores demográficos

Es comúnmente aceptado por la mayoría de autores que el género es un factor claramente determinante de la situación de dependencia, de hecho la población dependiente se caracteriza por el predominio femenino.

La feminización de la vejez era poco relevante en el pasado, ya que el número total de personas mayores era pequeño. En la actualidad, sin embargo, se ha convertido en un factor muy importante, ya que las mujeres de más de 64 años representan el 9,6% de la población total española (Imserso, 2006)²².

La prevalencia de la dependencia para las Actividades Básicas de la Vida Diaria es mayor entre las mujeres que entre los hombres para todos los grupos de edad a partir de los 65 años. Según Rodríguez (2000), más de la mitad de la población dependiente en su totalidad es femenina, mientras que cuando se analiza el grupo poblacional de más de 80 años la proporción es superior a las dos terceras partes.

El análisis de la esperanza de vida al nacer en los países de la OCDE entre 1960 y 2004 muestra que este indicador aumentó como media en 10,1 años para las mujeres, hasta alcanzar los 81,1 años, mientras que en el caso de los hombres lo hizo en 9,4 años, hasta alcanzar la edad de 75,4. Aunque la diferencia entre ambos sexos aumentó ligeramente desde los 5,0 años en 1960 a los 5,7 años en 2004, existe una diferente tendencia según se trate de las primeras o las últimas décadas del siglo pasado: en los años 60 y 70 la diferencia aumentó de forma muy importante mientras que se vio reducida en las siguientes.

Todos los autores contribuyen en señalar que la edad es claramente un factor que contribuye a la situación de dependencia, aunque como comenta alguno de ellos, dependencia y envejecimiento «no son conceptos intercambiables». Para muchos de estos autores la edad es la variable que en mayor medida determina la probabilidad de que los mayores padezcan problemas de dependencia.

La siguiente tabla muestra, para el caso de España, cómo a partir de los 45 años el número de mujeres discapacitadas supera al de varones hasta llegar a multiplicar por más de 2,2 su número en el tramo de edad de 80 y más años. La tasa de dependencia no se produce a un ritmo constante, sino que existe una edad alrededor de los 80 en que dicho aumento se acelera notablemente.

Tabla 2.2.
Prevalencia de discapacidad por edad y sexo (tanto por mil)

	Ambos sexos		Varones		Mujeres	
	Número	Prevalencia (por mil)	Número	Prevalencia (por mil)	Número	Prevalencia (por mil)
Menos de 6	49.577	22,44	24.723	21,71	24.853	23,21
6 a 9	29.782	18,89	15.363	18,91	14.420	18,86
10 a 16	50.478	16,12	27.688	17,24	22.791	14,94
17 a 24	91.361	18,59	57.453	22,88	33.908	14,10

Continúa

²² Datos del Censo 2001. «Las personas mayores en España. Informe 2006».

	Ambos sexos		Varones		Mujeres	
	Número	Prevalencia (por mil)	Número	Prevalencia (por mil)	Número	Prevalencia (por mil)
25 a 29	78.275	23,65	48.578	28,82	29.697	18,29
35 a 39	115.171	38,07	60.029	39,55	55.142	36,58
40 a 44	115.080	42,37	61.162	45,13	53.918	39,63
45 a 49	135.075	55,46	66.311	54,68	68.764	56,23
50 a 54	170.834	73,43	74.872	65,24	95.962	81,41
55 a 59	210.962	106,39	96.639	99,75	114.323	112,74
60 a 64	301.342	153,67	141.830	152,20	159.512	155,01
65 a 69	386.338	190,42	161.083	170,97	225.255	207,28
70 a 74	457.269	263,97	168.643	219,52	288.626	299,40
75 a 79	476.926	368,77	172.670	325,16	304.256	399,15
80 a 84	370.701	474,91	120.382	428,94	250.319	500,73
85 y más	381.418	636,25	111.031	591,64	270.388	656,59

Fuente: Elaboración propia a partir de EDDDES 1999²³

El notable aumento de la esperanza de vida se encuentra entre las principales razones de la fuerte asociación entre la discapacidad y la edad pues, como es obvio, la prolongación de la vida supone una mayor exposición al riesgo de padecer alguna discapacidad.

Una de las preguntas de la Encuesta sobre el Apoyo Informal a Mayores²⁴, encargada por el Imsero en 2004, se refiere a las actividades habituales en las que necesitan ayuda las personas a su cargo, cuyos resultados se muestran en la siguiente tabla. Se observa cómo el porcentaje de mayores

²³ La EDDDES 1999 es una macro-encuesta (alrededor de 79.000 viviendas y 218.000 personas), cuya recogida de información se realizó durante el segundo trimestre de 1999, orientada a cubrir las necesidades de información sobre los fenómenos de la discapacidad, la dependencia, el envejecimiento de la población y el estado de salud de la población residente en España. Es la continuación de la primera Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías realizada en 1986. Sin embargo, incorporó como novedad el estudio, para cada tipo de discapacidad, del número y características de las personas que la padecen según el grado de severidad (leve, moderada o grave).

²⁴ La encuesta se realizó a personas mayores de 18 años que prestan ayuda informal a personas mayores de 60 años sin remuneración a cambio.

El trabajo de campo se realizó entre el 10 de enero de 2004 y el 29 de marzo de 2004 mediante entrevistas personales a través de cuestionario semiestructurado en el domicilio particular a un total de 1.504 individuos, repartidos en dos etapas (861 y 643).

que necesitan ayuda para estas actividades aumenta a medida que crece su edad.

El número promedio de actividades en las que los mayores de la muestra necesitan ayuda es de 11,8 entre 66 y 70 años, 12,9 entre 71 y 80 años, y se produce un salto importante a partir de esa edad, pasando a 14,1 actividades entre los 81 y 90 años y 15,8 actividades para los mayores de 90 años de edad.

Tabla 2.3.

Tasa de discapacidad en personas mayores por tipo de actividad y grupo de edad

	De 66 a 70 años	De 71 a 80 años	De 81 a 90 años	Más de 90 años
Hacer gestiones	80,0 %	93,7 %	94,8 %	98,0 %
Hacer compras	80,3 %	93,6 %	92,8 %	96,9 %
Ir al médico	82,7 %	92,6 %	93,8 %	98,0 %
Hacer tareas domésticas	84,9 %	92,4 %	92,7 %	95,3 %
Preparar comidas	79,7 %	84,1 %	88,4 %	95,2 %
Utilizar el transporte público	70,1 %	83,0 %	83,0 %	88,1 %
Salir a la calle	65,1 %	77,6 %	78,4 %	87,3 %
Bañarse/ ducharse	67,0 %	68,3 %	81,0 %	90,6 %
Tomar medicación	64,0 %	65,0 %	78,5 %	82,3 %
Administrar el dinero	56,6 %	65,7 %	72,5 %	85,8 %
Abrochar los zapatos	60,7 %	65,4 %	69,3 %	82,5 %
Asearse/arreglarse	57,3 %	57,1 %	70,1 %	82,2 %
Vestirse/desvestirse	52,5 %	54,7 %	63,6 %	73,9 %
Utilizar el teléfono	44,4 %	51,8 %	58,3 %	66,8 %
Acostarse/levantarse de la cama	45,6 %	48,6 %	53,0 %	64,4 %
Utilizar el servicio/baño a tiempo	43,1 %	42,5 %	48,2 %	61,7 %
Moverse	41,9 %	35,1 %	40,2 %	44,3 %
Andar por la casa	36,8 %	36,1 %	40,0 %	45,0 %
Cambiar pañales por incontinencia de orina	23,6 %	28,7 %	40,4 %	53,0 %
Cambiar pañales por incontinencia fecal	20,7 %	26,3 %	34,8 %	44,4 %
Comer	18,8 %	24,6 %	32,8 %	43,7 %

Fuente: Álvarez et al, 2004

La viudedad es un riesgo añadido de dependencia, ya que traduce una mayor edad y rentas más bajas. La viudedad afecta a ambos sexos, aunque de forma asimétrica en el caso de las mujeres: la combinación de que tienen mayor longevidad con el hecho de que en las parejas predomina una diferencia de edad a favor del hombre provoca que la tasa de viudedad de las mujeres sea más alta que en los hombres.

En el caso de las mujeres la viudedad representa un riesgo adicional, ya que muchas de ellas no han tenido trabajo asalariado y, por tanto, no han genera-

do derecho a una pensión propia, lo que significa que cuando pierden a su pareja sus ingresos disminuyen muy considerablemente.

En el caso de los varones, algunos autores señalan que la situación de viudez les genera más situaciones de dependencia, ya que al haber estado muy diferenciados los roles de género, cuando se quedan solos se encuentran con que necesitan ayuda doméstica. Según este mismo autor, la soledad y la falta de apoyo influyen en la percepción que tienen de su propia autonomía, ya que en ocasiones una situación de dependencia no grave de otra persona para algunas Actividades Básicas pasa desapercibida hasta el momento en que desaparece la pareja que realizaba esa tarea de «apoyo invisible». No es tampoco desdeñable la percepción de soledad, vulnerabilidad y abandono que experimenta la persona viuda.

2.1.2. Factores culturales

Prácticamente todos los autores coinciden en señalar que el nivel educativo es un factor que influye de forma muy decisiva en el estado de salud que se disfruta cuando se llega a mayor y en las posibilidades de padecer enfermedades crónicas: cuanto mayor es el nivel educativo, menos probabilidad de padecer enfermedades crónicas al llegar a viejos; pero aún en el caso de padecerlas, la incapacidad funcional que puede acompañarlas es menor. Un pobre estado de salud y un bajo nivel educativo son dos factores fuertemente asociados al hecho de ser dependiente.

Los universitarios muestran la tasa más baja de dependencia; en el otro extremo, el analfabetismo supone por sí mismo uno de los mayores riesgos de encontrarse en situación de dependencia. En ese recorrido entre los dos extremos, el corte verdaderamente significativo se sitúa en el paso de la enseñanza primaria a niveles de instrucción superiores.

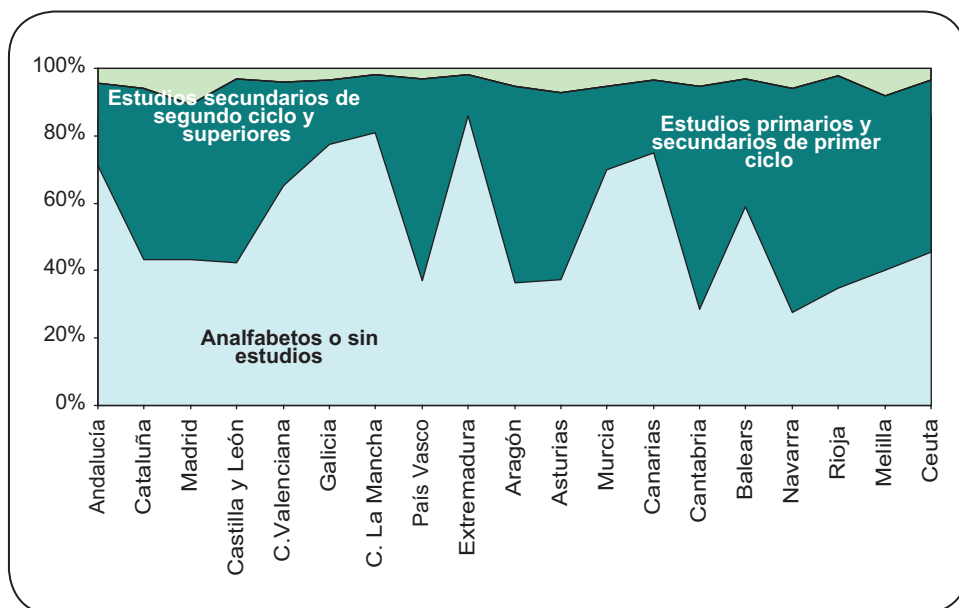
La explicación de la influencia del nivel educativo en el nivel de dependencia al llegar a mayor se basa en el hecho de que un mayor nivel educativo puede representar una garantía de mejores oportunidades en la vida y la oportunidad de disponer de más recursos para afrontar los problemas de salud y discapacidad cuando aparecen. Podría argumentarse que, posiblemente, el menor nivel de instrucción se deba a que estas personas hubieron de ingresar antes en el mercado de trabajo no completando la formación escolar básica o ni siquiera participando en el sistema educativo y, por ello, tuvieron menos oportunidades de mejores empleos y mayores recursos económicos.

Puga (2001) complementa esta visión de Puyol y Abellán con un tercer factor a favor de la influencia positiva de la educación en unos menores niveles de dependencia en personas mayores. Según este autor, un mayor nivel de instrucción hace que el individuo ejerza un mayor control sobre su vida, lo que redundará en una mayor seguridad en la vejez.

El siguiente gráfico clasifica las personas mayores discapacitadas atendiendo a su nivel de estudios y muestra el porcentaje que cada una de las tres categorías (analfabetos o sin estudios, estudios primarios y secundarios de primer ciclo, estudios primarios y secundarios de segundo ciclo y superiores) representa en cada Comunidad Autónoma. Se observa con claridad cómo cuanto mayor es el nivel educativo, menor es la prevalencia de discapacidad, y aunque se observan diferencias entre CC.AA., se constata esta relación.

Gráfico 2.1.

Tasa de discapacidad en personas mayores según nivel de estudios



Fuente: Elaboración propia a partir de EDDDES 1999

2.1.3. Factores económicos

El nivel de ingresos también influye en el calendario de la discapacidad: las personas que viven en hogares de mayores ingresos manifiestan un retraso en la entrada en discapacidad respecto a las de menores ingresos.

El siguiente gráfico muestra, para el caso español, la tasa de discapacidad de las personas mayores respecto a las del grupo de edad entre 6 y 64 años para distintos tramos de ingresos mensuales en el hogar en el que habita la persona discapacitada. El gráfico muestra una tendencia general de disminución de la tasa de discapacidad a medida que aumentan los ingresos mensuales del hogar; se observa, sin embargo, el dato curioso de los dos intervalos extremos que muestran, en cambio, unos resultados contrarios a la tendencia general.

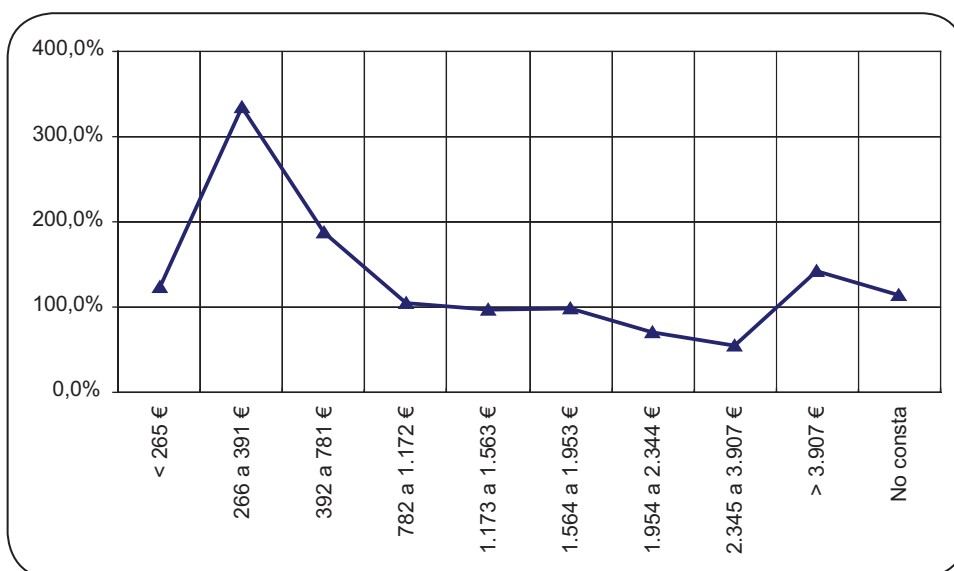
2.1.4. Factores fisiológicos

A decir de algunos autores, los factores fisiológicos constituyen unos de los más importantes en el estudio de los factores que contribuyen a ser dependiente.

La percepción del propio estado de salud que tiene la persona mayor acerca de sí misma es muy importante a la hora de llegar a ser dependiente. Más concretamente, la percepción negativa del estado de salud es más determinante de sufrir riesgo de dependencia que el hecho de padecer una o varias enfermedades.

Gráfico 2.2.

Personas con alguna discapacidad por nivel mensual de ingresos del hogar



Fuente: Elaboración propia a partir de EDDDES 1999

Siguiendo esa misma línea argumental se puede afirmar que la percepción del propio estado de salud es más determinante que el diagnóstico médico para llegar a tener dependencia.

La mala autopercepción del estado de salud es, junto con el analfabetismo, la única característica que arroja una presencia en las situaciones de dependencia superior al 50% (Puga, 2001).

La mayoría de los autores coinciden en señalar que la mayor o menor exposición a enfermedades a lo largo de la vida condiciona la aparición de situaciones de dependencia en personas mayores, de forma que la enfermedad causa situaciones de dependencia. Sin embargo, existen otros factores (características personales, acceso a rehabilitación, acceso a medios técnicos de ayuda) que

provocan que la misma enfermedad no tenga los mismos efectos en la situación de dependencia.

En el estudio comparativo realizado en la Encuesta Nacional de Salud de 1993 y 2001²⁵, los resultados muestran que los diabéticos, las personas con problemas pulmonares y los que sufren del corazón tienen mayores probabilidades de ser dependientes.

Lafortune y Balestat (2007) mencionan el trabajo realizado por Freedman, Martín y Schoeni (2004) en el que, basándose en los datos de una oleada del *US National Health Interview Survey*, determinan las diez condiciones de estado de salud que más relación tienen con limitaciones funcionales o discapacidades entre la población mayor de 65 años en EE.UU. en 2001, según muestra la siguiente tabla.

Tabla 2.4.
Diez primeras enfermedades asociadas con limitación funcional o discapacidad en mayores de 65 de EE.UU. En 2001

1.- Artritis/Reumatismo	30,0%	6.- Problemas de visión	11,8%
2.- Problemas de corazón	23,2%	7.- Problemas respiratorios	11,1%
3.- Hipertensión	13,7%	8.- Fracturas de huesos	10,7%
4.- Problemas de espalda y de cuello	12,6%	9.- Accidente cerebro-vascular	9,2%
5.- Diabetes	12,1%	10.- Problemas de oído	7,0%

Nota: Los números suman más del 100% porque una persona puede tener más de una enfermedad.

Fuente: Lafortune y Balestat, 2007

²⁵ En España, la primera Encuesta Nacional de Salud se realizó en 1987 y tuvo su continuación en los años 1993, 1995, 1997, 2001, 2003 y 2006. El organismo responsable de realizarla es el Ministerio de Sanidad y Consumo.

Se trata de una operación estadística de periodicidad bienal incluida en el Plan Estadístico Nacional y que, como instrumento básico para ampliar el conocimiento de la salud de los ciudadanos y elemento primordial para la planificación sanitaria y adopción de medidas de salud pública, forma parte del Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud.

Desde 1995 la información se recoge a lo largo de cuatro trimestres, por tanto, los resultados obtenidos a partir de entonces están desestacionalizados; esto debe tenerse en cuenta si se comparan con los de la encuesta de 1987 (realizada en el verano) o los de la encuesta de 1993 (realizada en el invierno).

A diferencia de las cinco primeras encuestas de salud, cuyo diseño muestral y trabajo de campo realizó el Centro de Investigaciones Sociológicas, organismo autónomo dependiente del Ministerio de la Presidencia, las encuestas de 2003 y 2006 se realizaron mediante un convenio de colaboración con el Instituto Nacional de Estadística.

La encuesta se realiza mediante entrevista personal en el domicilio de la persona seleccionada. Con el fin de poder disponer de información comparable a lo largo del tiempo que permita elaborar indicadores para evaluar la tendencia de la situación de salud en España, el contenido principal de la Encuesta Nacional de Salud se mantiene inalterable desde 1987, aunque en las sucesivas ediciones se han ido incorporando (o modificando, en algún caso) diversas preguntas, adaptando así el contenido de la encuesta a las nuevas necesidades de información.

La explicación de que no aparezcan ni las enfermedades neurológicas ni las cognitivas puede ser doble: por un lado, la encuesta mencionada no incluye personas institucionalizadas, y ciertamente estas enfermedades son más frecuentes en la población institucionalizada; por otro, la prevalencia de estas dos enfermedades aumenta mucho entre la población más anciana y en cambio permanece más o menos baja hasta los 74 años.

En este mismo trabajo se apuntan los resultados de una encuesta²⁶ similar realizada en Australia en 2003 en la que, a diferencia del caso anterior, sí se incluía la población institucionalizada; puede ser por esta razón que los resultados sí recojan la aparición de Alzheimer y demencia, como muestra la siguiente tabla.

Tabla 2.5.
Enfermedades más comunes entre la población mayor con severas limitaciones²⁷ en su actividad principal en Australia. 2003

1.- Artritis/Reumatismo	50,0%	6.- Problemas de visión	20,7%
2.- Problemas de oído	43,3%	7.- Problemas de espalda	20,0%
3.- Hipertensión	37,5%	8.- Diabetes	17,9%
4.- Problemas de corazón	29,8%	9.- Demencia y Alzheimer	17,4%
5.- Accidente cerebro-vascular	22,5%	10.- Osteoporosis	15,2%

Nota: Los números suman más del 100% por que una persona puede tener más de una enfermedad.

Fuente: Lafortune y Balestat, 2007

2.1.5. Conductas y hábitos saludables

Las conductas y hábitos saludables juegan un papel importante, y entre ellos, con una especial relevancia, la adicción al tabaco y la obesidad.

En páginas anteriores se ha señalado cómo la diferencia de la esperanza de vida al nacer en los países de la OCDE entre 1960 y 2004 entre hombres y mujeres aumentó a favor de estas últimas. Se observan dos ritmos diferentes dentro de ese período. En las décadas de 1960 y 1970 la diferencia se agrandó; en el último período de 25 años, sin embargo, la diferencia se redujo, debido entre otras causas a hábitos de vida más saludables y a una disminución en la tasa de mortalidad debida a enfermedades cardiovasculares.

²⁶ Se refiere a la encuesta conocida como «*Survey of Disability, Ageing and Carers*» (literalmente puede traducirse como Estudio sobre discapacidad, envejecimiento y cuidadores) que fue llevada a cabo en los años 1981, 1988, 1993, 1998 y 2003.

²⁷ En esta encuesta se entiende que una persona presenta «severas limitaciones» cuando requiere asistencia de forma ocasional o permanente en alguna actividad principal, referida a las actividades básicas de cuidado personal (bañarse y ducharse, vestirse, comer, usar el baño, incontinencia) y la movilidad (entrar y salir de la cama o una silla, desplazarse dentro del hogar, dar un paseo).

Lafortune y Balestat (2007) muestran en su obra los resultados de un estudio de Sturm (2004) basado en datos del *US Health and Retirement Survey* para la población entre 50 y 69 años para analizar hasta qué punto la obesidad es o no un factor de riesgo de discapacidad²⁸.

Los resultados mostrados en la siguiente tabla indican cómo en los hombres con obesidad moderada (*Body Mass Index*²⁹ entre 30% y 35%) aumenta un 50% la probabilidad de tener limitaciones en las ABVD; en los obesos severos (*Body Mass Index* mayor de un 35%) su probabilidad aumenta un 300% respecto a los que mantienen un peso normal. Puede comprobarse cómo los efectos son aún mayores en las mujeres.

Tabla 2.6.

Efectos de la obesidad en la discapacidad entre hombres y mujeres en EE.UU. entre 50 y 69 años. Porcentaje de población con alguna limitación en Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)

	Peso normal 18,5 < BMI < 25	Sobrepeso 25 < BMI < 30	Obesidad moderada 30 < BMI < 35	Obesidad severa BMI > 35
Hombres	6,10%	6,50%	(*) 9,3%	(*) 18,7%
Mujeres	5,20%	(*) 7,10%	(*) 10,8%	(*) 21,4%

(*) Significativamente diferentes respecto al peso normal al nivel 5%

Fuente: Lafortune y Balestat, 2007

2.1.6. Relaciones sociales

La mayoría de autores coinciden en señalar que el contacto frecuente de las personas mayores con la gente lleva a una vida activa y con sensación de protagonismo que protege frente a la discapacidad.

Relacionada con esta idea se encuentra la preferencia de los mayores, expresada en todos los trabajos sobre la materia, a envejecer en casa, de forma que el tiempo de permanencia en la misma sea el mayor posible; permanecer en casa significa mantener las redes sociales establecidas y un mayor potencial de contactos que ejerce un efecto protector en la incidencia de la discapacidad.

Entre las preguntas que se realizan en la encuesta³⁰ realizada por Costa i Font (2007) figuran dos que se refieren a cómo le gustaría al entrevistado

²⁸ «*U.S. Health and Retirement Survey*» mide, en este estudio, la discapacidad como la existencia de al menos una limitación en las Actividades de la Vida Diaria o que el individuo haya experimentado limitaciones en su trabajo debido a problemas de salud.

²⁹ «*Body Mass Index*» literalmente puede traducirse como Índice de Masa Corporal.

³⁰ La encuesta está basada en 500 entrevistas aleatorias realizadas telefónicamente a personas de 50 y más años con fijación proporcional según cuotas por sexo y edad para cada zona

afrontar su vejez en caso de que no pudiera valerse por sí mismo y cómo cree que realmente afrontará esa situación cuando llegue a la vejez.

La tabla siguiente muestra cómo un 74% de los encuestados preferiría pasar la vejez en su casa, bien con asistencia de familiares o con asistencia externa. Analizando el dato más en detalle se observa que una gran mayoría (un 52% del total) preferiría residir en casa con la ayuda/asistencia de algún familiar y una menor proporción (22%), con la asistencia de alguien externo contratado. Frente a lo deseado, sólo un porcentaje relativamente pequeño de encuestados (29%) piensa que pasará su vejez en casa con la asistencia de algún familiar; y un 19% cree que lo hará en casa pero con la ayuda de personal externo contratado.

Es destacable el hecho de que un 13% de los encuestados declarase que le gustaría pasar su vejez en una residencia (8% en residencia pública y 5% en privada) en caso de no valerse por sí mismos; este porcentaje se eleva hasta el 23% (17% en residencia pública y 6% en privada) cuando los entrevistados manifiestan cómo creen que será la realidad. A nuestro juicio estos datos muestran un hecho muy relevante consistente en que las generaciones analizadas en este trabajo seguramente son las primeras en ser plenamente conscientes de las dificultades y costes que conlleva para sus hijos su propia atención y cuidado. Refuerza esta visión el que un 20% de los encuestados afirmó no saber cómo afrontará su vejez.

Tabla 2.7.

Preferencias de afrontar la vejez caso de no poder valerse por sí mismo cuando llegue la vejez. 2007

	¿Cómo le gustaría?	¿Cómo cree que será?
En casa con asistencia de familiares	52%	29%
En casa con asistencia externa	22%	19%
Residencias privadas	5%	6%
Residencias públicas	8%	17%
Apartamentos tutelados	1%	1%
En casa de familiares	4%	4%
Otros	8%	2%
No sabe		20%

Fuente: Elaboración propia a partir de Costa i Font, 2007

Nielsen (Zona 1: Islas Baleares, Cataluña, Huesca y Zaragoza; Zona 2: Albacete, Comunidad Valenciana, Murcia; Zona 3: Badajoz, Andalucía; Zona 4: Ávila, Salamanca, Segovia, Soria, Valladolid, Zamora, Cáceres, Ciudad Real, Cuenca, Guadalajara, Toledo, Madrid, Teruel; Zona 5: Galicia, León, Asturias; Zona 6: País Vasco, La Rioja, Navarra, Burgos, Palencia, Cantabria; Zona 7: Islas Canarias). El 45,8% de los encuestados son hombres; un 35% del total tiene entre 60 y 69 años y un 27% entre 70 y 79 años, siendo el 7,4% la población octogenaria; un 75% están casados o viven en pareja y un 17% son viudos.

El estudio de Costa i Font muestra igualmente las respuestas por sexos, que ponen de manifiesto notables diferencias. Los hombres prefieren en menor medida pasar su vejez en casa (un 64%) frente a un porcentaje más elevado en el caso de mujeres (82%); alternatively, los hombres desean en mayor grado (casi un 17%) ser atendidos en una residencia, pública o privada, mientras que apenas un 9% de las mujeres eligen esta opción. Este autor argumenta que este resultado puede deberse tanto a razones económicas como al hecho de que los hombres poseen en general un menor grado de autonomía en el ejercicio de las actividades domésticas que las mujeres.

En el estudio que hemos realizado en este capítulo de los factores que pueden contribuir a que una persona mayor sea dependiente hemos destacado la asimetría de género hacia las mujeres en el proceso de envejecimiento y de dependencia; el efecto que tienen el analfabetismo y la mala autopercepción del estado de salud, que arroja, para cada uno de estos dos factores, situaciones de dependencia superiores al 50%; y la importancia de las relaciones familiares como protectoras de situaciones de discapacidad. A continuación analizaremos los distintos estudios que se han realizado sobre la previsible evolución de las tasas de dependencia y el factor demográfico, tanto mundial como en los tres países objeto de este trabajo de investigación.

2.2. EVOLUCIÓN FUTURA DE LAS TASAS DE DEPENDENCIA

Sin duda el estudio de la evolución futura de las tasas de dependencia tiene una gran trascendencia, ya que puede permitir realizar predicciones acerca de su coste futuro para poder así valorar los recursos financieros que tendrán que dedicarse en las próximas décadas en seguir atendiendo a la población dependiente.

En este capítulo se detallan los estudios que, sobre datos históricos concretos, han realizado distintos autores, dejando de lado los planteamientos teóricos acerca de la compresión y de la expansión de la morbilidad, que se estudiarán en el siguiente apartado de este Capítulo.

Cutler es el autor que más ha estudiado la evolución futura de las tasas de dependencia (Cutler, 2001); concretamente analiza las siguientes fuentes de datos de las que obtiene los resultados que a continuación se detallan:

- *National Long-Term Care Survey* (NLTC³¹): al estudiar los datos de los años 1982, 1984, 1989, 1994 y 1999 observa cómo se produce una significativa reducción de la dependencia al pasar de un porcentaje del 25% de

³¹ «*National Long-Term Care Survey*» es una encuesta longitudinal diseñada para estudiar los cambios en el estado de salud de las personas mayores de 65 años, el gasto sanitario, la utilización de *Medicare* y la disponibilidad de recursos familiares y comunitarios para prestar cuidados. La encuesta comenzó en 1982 y desde entonces se han realizado oleadas en 1984, 1989, 1994, 1999 y 2004.

personas mayores dependientes en 1984 al 19% en 1999, lo que significa una reducción anual de casi el 2%.

- La disminución se produce en todos los grupos de edad: la población de mayores «jóvenes» tiene una tasa de dependencia mucho más baja que la de los más ancianos (10% frente al 60%) y la tasa de disminución es también mayor en los más jóvenes (1,8% anual para el grupo entre 65 y 74 frente al 1,1% anual para los mayores de 85 años).
- *National Health Interview Survey* (NHIS): recoge la población residente en hogares (para tener una visión completa, se añaden los datos de la NNHS³² de 1985 y 1995) en las oleadas de 1984 y 1994.
- A pesar de que añadir los datos de la población institucionalizada penalizaría la información global, porque se asume que todas las personas que están en una residencia son dependientes, la tasa de dependencia descendió un 0,9% cada año, menos rápidamente por tanto que la observación de la NLTCS.
- *Supplements on Aging* (SOA): mide la tasa de dependencia en la población con edad superior a 70 años en el período de 1984 a 1995 y complementa la base de datos con la información proveniente de NNHS. La tasa de dependencia en este caso permaneció constante con un ligero repunte.
- *Survey of Income and Program Participation* (SIPP): está basada en población que reside en sus hogares y complementa la base de datos con la información proveniente de NNHS. En este caso la tasa de dependencia disminuyó al 1,4% cada año entre 1989 y 1999.
- *Medicare Current Beneficiary Survey* (MCBS): incluye población mayor residente en sus hogares y en residencias y presenta observaciones en los años 1992 y 1996. A pesar del corto período de tiempo observado la tasa de dependencia disminuyó rápidamente, aproximadamente al 2% cada año.

Los resultados de la NLTCS, la encuesta longitudinal más antigua de cuantas existen en EE.UU., que por otra parte es el país que más ha estudiado este fenómeno de la dependencia y que más bases de datos tiene, muestra dos efectos:

- La prevalencia de las situaciones de dependencia ha experimentado reducciones estadísticamente significativas durante el período analizado de 1982 a 1999.

La población objeto de estudio consistió originariamente en 1982 en 35.789 personas beneficiarias de *Medicare*, residentes en sus domicilios y en Centros Residenciales; desde entonces se han añadido 5.000 personas mayores de 65 años en cada una de las oleadas a partir de 1989.

³² NNHS: *National Nursing Home Surveys*.

- La disminución se ha intensificado en los últimos años.

Centrándonos en el caso español, Casado (2007) realiza una comparación de los resultados de las Encuestas Nacionales de Salud españolas de 1993 y 2001. La siguiente tabla muestra cómo la tasa de dependencia en personas mayores ha descendido un 2,4% en el período observado; esta disminución es la que habría hecho que el número total de personas mayores dependientes aumentara en poco más de 50.000 individuos, lo que representa un incremento del 4,9% entre 1993 y 2001, mientras que el aumento experimentado por el conjunto de la población mayor de 65 años habría alcanzado casi el 20%.

Tabla 2.8.

Aumento tasa de dependencia en población de 65 años y más. España 1993-2001

	1993	2001	2001/1993	
Población 65 años y más	5.632.505	6.743.360	1.110.855	19,7%
Personas dependientes 65 años y más	1.092.706	1.146.371	53.665	4,9%
	19,4%	17,0%	-2,4%	

Fuente: Casado, 2007

Salvo en el caso de SOA, en el resto de observaciones realizadas sobre bases de datos de EE.UU., al igual que en el caso español, las tasas de dependencia se reducen con el paso del tiempo.

A pesar de estos datos tan positivos, algunos autores no consideran prudente pensar que las reducciones de las tasas de discapacidad pueden compensar los cuidados de larga duración, ya que aunque hay factores positivos (mejoras en las condiciones socioeconómicas de las personas mayores, mayor nivel de educación y reducción de factores de riesgo como el tabaco), existen otros efectos negativos importantes a tener muy en cuenta, como es el aumento de la prevalencia de ciertas enfermedades (artritis, diabetes, hipertensión) y el empeoramiento de ciertas condiciones de vida (obesidad).

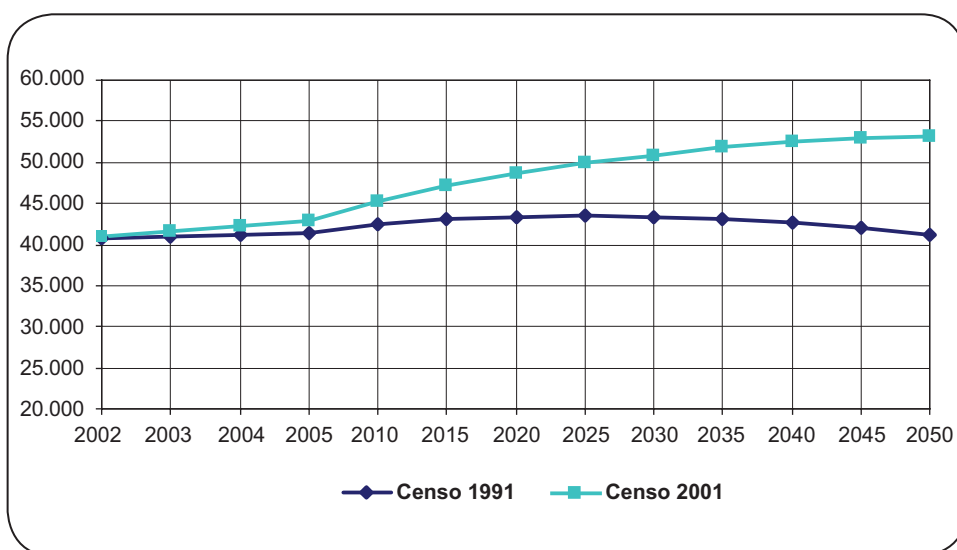
2.3. LA ESPECIAL RELEVANCIA DE LOS FACTORES DEMOGRÁFICOS EN EL FENÓMENO DE LA DEPENDENCIA

La razón de que dediquemos este apartado a estudiar más en profundidad los factores demográficos se debe a que el envejecimiento demográfico es uno de los que más condicionan el gasto futuro de los cuidados de larga duración. En este apartado estudiaremos, por tanto, de qué forma las variables demográficas pueden afectar al ritmo de envejecimiento de un grupo poblacional en un espacio de tiempo determinado.

La evolución que un determinado país o región experimenta a lo largo del tiempo en su cifra de población depende de la tasa de natalidad, de la tasa de mortalidad y de los movimientos migratorios.

Si bien las dos primeras variables son más previsibles cuando se hacen proyecciones a medio/largo plazo, las migraciones son un proceso más complejo de predecir y modelizar. Las proyecciones al año 2050 de la población española realizadas por el Instituto Nacional de Estadística en los censos de 1991 y 2001 ponen de manifiesto la enorme influencia que los movimientos migratorios pueden tener. El siguiente gráfico muestra cómo existe una diferencia cercana a los 12.000.000 de individuos entre dos proyecciones separadas apenas por diez años.

Gráfico 2.3.
Proyecciones de población. España año 2050 (miles)



Fuente: Elaboración propia a partir de www.ine.es

En unos tiempos como los actuales, donde la información fluye más fácilmente que en épocas anteriores, donde la movilidad geográfica es mucho mayor y donde existe un nivel altísimo de interdependencia económica entre países y entre regiones, los movimientos migratorios se han convertido en una variable muy importante a la hora de analizar el comportamiento futuro de la demografía de un país o región.

La siguiente tabla muestra la evolución de los movimientos migratorios desde 1950 hasta nuestros días y las proyecciones al año 2050, donde se observa cómo el flujo se produce en todo momento de las regiones menos desarrolladas a aquellas con mayor nivel de riqueza.

Tabla 2.9. Migración neta anual (miles)

	1950-1960	1960-1970	1970-1980	1980-1990	1990-2000	2000-2010	2010-2020	2020-2030	2030-2040	2040-2050
África	-116	-220	-293	-244	-269	-410	-308	-322	-322	-322
Asia	165	77	-416	-595	-1.434	-1.244	-1.200	-1.204	-1.204	-1.204
Europa	-480	-64	304	479	1.139	937	704	699	699	699
América Latina y Caribe	-58	-288	-388	-649	-798	-740	-592	-567	-567	-567
EE.UU.	403	387	748	924	1.277	1.360	1.305	1.300	1.300	1.300
Oceanía	85	109	44	84	86	98	92	94	94	94

Fuente: Naciones Unidas, 2006

La Teoría de la transición demográfica³³ sostiene que las sociedades primitivas, con altas tasas de natalidad y mortalidad, evolucionan hacia niveles mucho más bajos en ambas variables a medida que se produce un incremento del nivel económico y cultural.

En una primera etapa se observan altas tasas de natalidad y mortalidad: se trata de sociedades preindustriales en las que las familias tienen muchos hijos porque la mortalidad infantil es muy elevada, además del hecho de que se trata de economías agrarias que necesitan una gran cantidad de mano de obra.

La Revolución Industrial supone un cambio radical en la sociedad, la economía, el Estado y el modelo de familia, que afecta a la población y da lugar al inicio de la segunda etapa. Se produce en primer lugar un descenso de la tasa de mortalidad a consecuencia de una reducción de epidemias, a avances en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, a la reducción de hambrunas, a un menor número de muertes por guerras civiles y violencia y a una mejora en los estándares de vida.

Todos los autores coinciden en señalar que en esta segunda etapa la tasa de natalidad disminuye a menor ritmo, aunque hay discrepancia en cuanto a sus causas; mientras que algunos lo atribuyen al uso de la anticoncepción, otros lo asocian a cambios en la escala de valores y a los costes y recursos necesarios para sacar adelante a cada hijo nuevo.

En la tercera etapa, la tasa de natalidad se reduce aún más hasta llegar al final de la misma a unos valores de las tasas de natalidad y mortalidad tan bajos que aseguran un mínimo crecimiento vegetativo: es el final del proceso de tran-

³³ La primera formulación fue hecha por Warren Thompson en 1929; Landry, en 1934, retomó las ideas de Thompson. Sin embargo, la formulación de la transición demográfica como teoría fue hecha por la oficina de investigación en población en Princeton, que tuvo a su vez como base el trabajo publicado en 1944 por Notestein bajo el título *The future Population of Europe and the Soviet Union: Population Projections, 1940-1970*. (Vera, 1999).

sición demográfica. Estos niveles tan bajos en ambas tasas conducen de forma inexorable a un envejecimiento de la sociedad, que puede verse agravado con una disminución de la población si la tasa de natalidad desciende a niveles demasiado bajos y se mantiene durante mucho tiempo en esos niveles.

La transición demográfica no se ha producido de manera uniforme en todos los países; de hecho sirve para clasificar a los mismos según el estadio en que se encuentren. La experimentada por los países desarrollados se ha caracterizado por un crecimiento relativamente lento de la población, mientras que en algunos de los países menos desarrollados el proceso está ocurriendo en la actualidad y se caracteriza por un descenso de la tasa de mortalidad mucho más acusado que el de la tasa de natalidad, lo que conduce a un crecimiento explosivo de la población.

Todos los autores coinciden en señalar que el envejecimiento demográfico se caracteriza por ser universal, rápido, duradero y prácticamente irreversible.

La siguiente tabla muestra la evolución de la población mundial entre el año 2005 y las proyecciones al 2050, en la que se puede observar cómo envejece. Mientras que el total de la población experimenta un crecimiento en el período estudiado del 40,39%, el grupo de más de 65 años aumenta en un 207,94%.

Se observa igualmente cómo se produce una convergencia entre el grupo de regiones más y menos desarrolladas³⁴. En el año 2005 la proporción de personas mayores en las regiones más desarrolladas triplicaba la de las menos desarrolladas, mientras que en las proyecciones al año 2050 la proporción será de menos del doble.

Tabla 2.10.
Población total y población mayor de 65 años. Proyección 2050

	2005			2050			Incremento de Población Total	Incremento de Población de más de 65 años
	Población de más de 65 años	Población Total	Población más 65 años / Población Total	Población de más de 65 años	Población Total	Población más 65 años / Población Total		
Población mundial	475.719	6.464.749	7,36%	1.464.938	9.075.903	16,14%	40,39%	207,94%
Regiones más desarrolladas	185.046	1.211.265	15,28%	320.738	1.236.200	25,95%	2,06%	73,33%
Regiones menos desarrolladas	290.673	5.253.484	5,53%	1.144.200	7.839.702	14,59%	49,23%	293,64%

Fuente: Elaboración propia a partir de Naciones Unidas, 2006

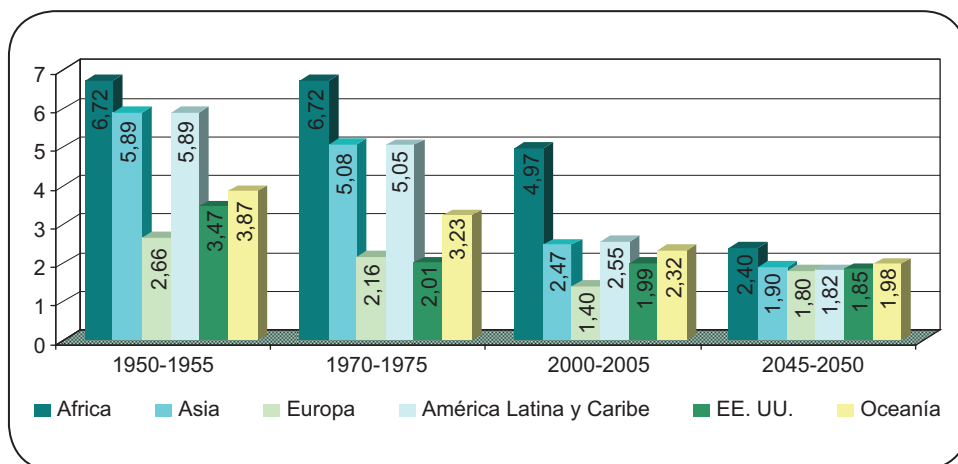
³⁴ En este informe de Naciones Unidas regiones más desarrolladas son Europa, EE.UU., Australia, Nueva Zelanda y Japón; regiones menos desarrolladas son África, Asia excepto Japón, Latinoamérica y Caribe, Melanesia, Micronesia y Polinesia; el grupo de países menos desarrollados incluye 50 países de los que 34 están en África, 10 en Asia, 1 en Latinoamérica y el Caribe y 5 en Oceanía.

Existe consenso entre los autores al señalar que las causas del envejecimiento demográfico son las mismas en todas las regiones y en todos los países: por un lado está un descenso acusado de la fecundidad³⁵ y por otro, de forma prácticamente simultánea, una reducción sostenida en las tasas de mortalidad.

Existen una serie de factores que contribuyen a retrasar la edad de tener hijos y, consecuentemente, reducen el tamaño de la familia. El mayor acceso a la educación y a los sistemas sanitarios en las mujeres, la generalización del uso de métodos contraceptivos, los cambios en las relaciones familiares y, sobre todo, el aumento de la participación de la mujer en el mercado laboral, son algunas de estas razones.

El siguiente gráfico muestra la convergencia en tasas de fertilidad entre las regiones menos y más desarrolladas.

Gráfico 2.4.
Tasas de fertilidad. Proyección 2050



Fuente: Elaboración propia a partir de Naciones Unidas, 2006 y Naciones Unidas, 2008

Se observa en el gráfico anterior cómo las regiones menos desarrolladas experimentan a partir de la década de 1970 un descenso muy pronunciado de la misma mientras que en las regiones más desarrolladas el descenso es más suave, e incluso en el caso de Europa se produce un leve repunte en las proyecciones a 2050, según la variante media.

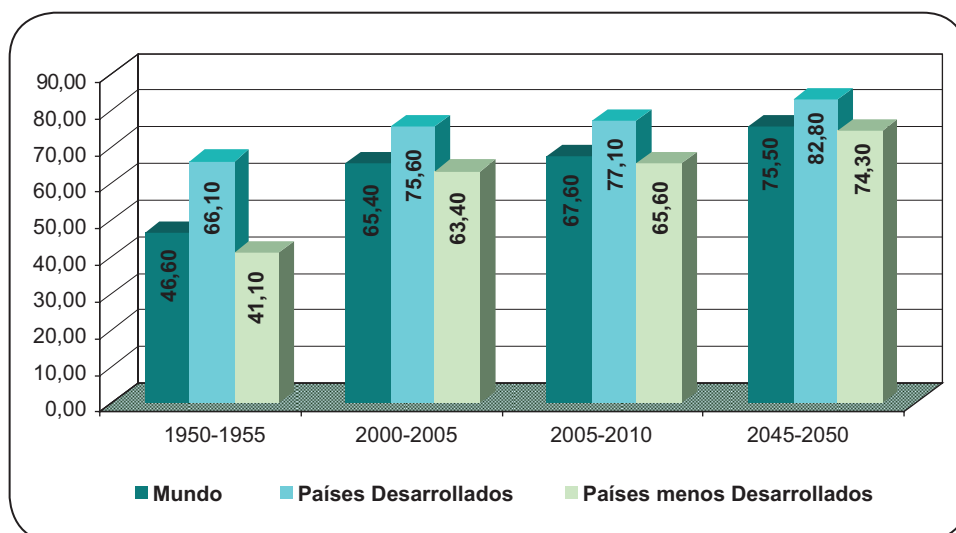
Otro factor que sin duda contribuirá a que la tasa de fertilidad se reduzca es el envejecimiento futuro de la población femenina. En el período 2002 a 2050, el grupo de población entre 15 y 64 años apenas modificará su peso en el conjunto de la población, que descenderá ligeramente del 63,9% al 63,1%; en el mismo período estudiado, la proporción de mujeres entre 15 y 49 años pasa-

³⁵ «Tasa de fecundidad» es el número de niños procreados por una mujer durante su vida.

rá de representar el 52,1% del colectivo total de mujeres a ser únicamente del 45,0% (U.S. Census Bureau, 2004).

El incremento de la esperanza de vida³⁶ de las personas mayores de 65 años es un fenómeno que empezó a producirse en los países desarrollados a finales de la década de los sesenta. Los avances médicos y el desarrollo económico hacen que los valores de la esperanza de vida al nacer³⁷ de los países más y menos desarrollados tiendan a converger. En el siguiente gráfico se observa cómo la diferencia de 25 años en el período 1950-1955 se ve reducida a poco más de 8 años en las proyecciones al período 2045-2050.

Gráfico 2.5.
Esperanza de vida al nacer. Proyección 2045-2050



Fuente: Elaboración propia a partir de Naciones Unidas, 2006 y Naciones Unidas, 2008

El aumento en la esperanza de vida llevará consigo un aumento en la edad mediana³⁸ en todas las regiones del mundo. En el año 2005 sólo había 11 países con una edad mediana superior a los 40 años, perteneciendo todos ellos a las zonas más desarrolladas. En las proyecciones a 2050 habrá 89 países con una edad mediana superior a los 40 años, de los que aproximadamente la mitad pertenecerán a los países poco desarrollados. En 2050 serán

³⁶ «Esperanza de vida» es el promedio de años que un grupo de personas se espera que viva en un cierto periodo de tiempo.

³⁷ «Esperanza de vida al nacer» es el promedio de años que un grupo de personas nacidas el mismo año se espera que vivan si la mortalidad en el futuro para cada edad permanece constante.

³⁸ «Edad mediana» es aquella que divide a la población en dos mitades iguales de mayores y menores. Cuanta más alta es esta edad, más envejecida es la población.

17 los países que proyectan una edad mediana superior a los 50 años. (Naciones Unidas, 2006).

Todos los autores coinciden en señalar que la población mayor no sólo aumenta en número, sino que aumenta más que proporcionalmente el grupo de población de personas mayores de 80 años. Aunque los octogenarios son prácticamente un descubrimiento de los últimos veinte años, el proceso denominado «envejecimiento del envejecimiento» se revela imparable.

Llegados a este punto cabría preguntarse por qué el aumento de la esperanza de vida se torna en un «problema», cuando es la expresión de un logro humano: vivir más y mejor. La mayoría de los autores coinciden en señalar que el aumento del número de personas mayores es realmente una señal de progreso pero también un reto sanitario y social que preocupa a todos los gobiernos por el alto coste que representa su financiación.

Existe unanimidad en los autores al señalar que existe una relación muy estrecha entre dependencia y edad, e igualmente una relación directa entre discapacidad y dependencia. Sin embargo, el aumento de la tasa de dependencia por grupos de edad no se produce a un ritmo constante, sino que existe una edad, alrededor de los 80, en que dicho aumento se acelera notablemente.

El aumento de la esperanza de vida es una de las principales razones de la fuerte asociación entre la discapacidad y la edad, ya que la prolongación de la vida supone una mayor exposición al riesgo de padecer alguna discapacidad.

Existen dos grandes teorías acerca del impacto que el fenómeno del envejecimiento puede tener sobre el número de años que los ancianos podrán vivir libres de discapacidad³⁹:

- La primera se conoce como Teoría de la compresión de la morbilidad y defiende que la esperanza de vida al nacer aumenta fundamentalmente porque aumenta también la edad en la que se manifiesta el inicio de las enfermedades crónicas. Los avances sanitarios impactan más en las enfermedades crónicas que en los procesos agudos, más en la morbilidad que en la mortalidad, más en la calidad de vida que en su duración.
- La Teoría de la expansión de la morbilidad establece, sin embargo, que no se está actuando sobre el inicio de las enfermedades degenerativas, de forma que al disminuir la tasa de mortalidad aumenta el período con baja funcionalidad. Según estos postulados, el aumento en la esperanza de vida

³⁹ Puede ampliarse el estudio sobre estas teorías en Fries, 1980.

puede deberse a un mejor tratamiento de las enfermedades crónicas que, sin embargo, no ha conseguido retrasar su aparición.

Todos los autores coinciden en señalar que existe una relación clara y directa entre discapacidad y edad. De la misma forma se constata que los cuidados de larga duración⁴⁰ son mayores a medida que avanza la edad, como muestra la siguiente tabla para la media de los 15 países de la Unión Europea⁴¹.

Tabla 2.11.
Gastos en cuidados de larga duración per cápita
como porcentaje del PIB

	Cohortes 60 a 64 años	Cohortes 70 a 74 años	Cohortes 80 a 84 años	Cohortes 90 a 94 años
Varones	1,2	2,9	13,4	33,6
Mujeres	1,3	3,4	16,8	40,2

Fuente: Elaboración propia a partir de *Economic Policy Committee & European Commission, 2006*

2.4. PROYECCIONES DE POBLACIÓN MUNDIAL EN LOS PRÓXIMOS AÑOS

Desde principios del siglo XIX, en que la población mundial alcanzó la cifra de 1.000 millones de habitantes, ésta no ha dejado de crecer de una manera continuada, aunque con distintos ritmos. Así, por ejemplo, se tardaron 118 años en alcanzar los 2.000 millones de habitantes, mientras que para pasar del quinto al sexto millardo sólo se necesitaron 12 años, de 1987 a 1999. Algunos expertos sugieren que se alcanzará el techo mundial antes de llegar a los 10.000 millones (*U.S. Census Bureau, 2004*).

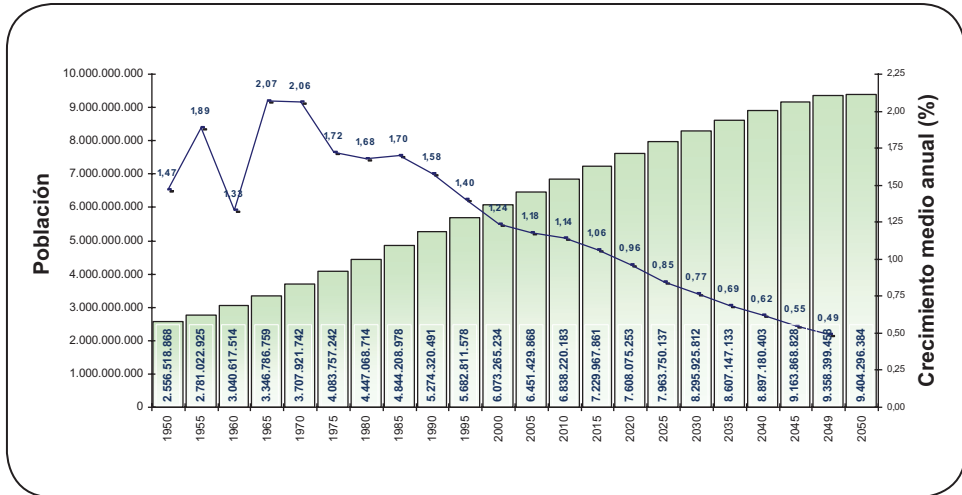
El crecimiento de la población mundial se aceleró hasta tasas impensables de cerca del 2% anual entre 1965 y 1970, cuando alcanzó su máximo histórico; desde entonces ha disminuido retornando a tasas del 0,5% anual. El siguiente gráfico, que muestra la evolución desde 1950 y las proyecciones hasta 2050, se observa una disminución continuada desde el año 1975.

⁴⁰ «Cuidados de larga duración» son todos aquellos servicios prestados a personas en situación de discapacidad y a personas mayores con la finalidad de ayudarles a realizar las Actividades de la Vida Diaria. También se conocen como *long term care*.

⁴¹ Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, España, Finlandia, Francia, Grecia, Holanda, Irlanda, Italia, Luxemburgo, Portugal, Suecia y Reino Unido.

Gráfico 2.6.

Proyecciones año 2050 de población mundial y tasas de crecimiento medio anual



Fuente: Elaboración propia a partir de U.S. Census Bureau, 2004

Se estima que la población mundial estará entre algo menos de 9.150 y 9.400⁴² millones de habitantes en el año 2050. Los países desarrollados pasarán de representar el 32,3% de la población total en 1950 al 13,9% en 2050. Al contrario, los países menos desarrollados pasarán, en las mismas fechas, de representar el 67,7% al 86,1%; Europa pasará del 21,7% en 1950 al 7,5% en 2050; y en las mismas fechas EE.UU. pasará del 6,8% al 4,9% (Naciones Unidas, 2006 y Naciones Unidas, 2008) como muestra la siguiente tabla.

Tabla 2.12.
Evolución y proyecciones de población por áreas geográficas mundiales (millones)

	1950	2005	2050
Mundo	2.524	6.829	9.150
Regiones más desarrolladas	812	1.233	1.275
Regiones menos desarrolladas	1.717	5.596	7.875
África	227	1.010	1.998
Asia	1.403	4.121	5.231
Europa	547	732	691

Continúa

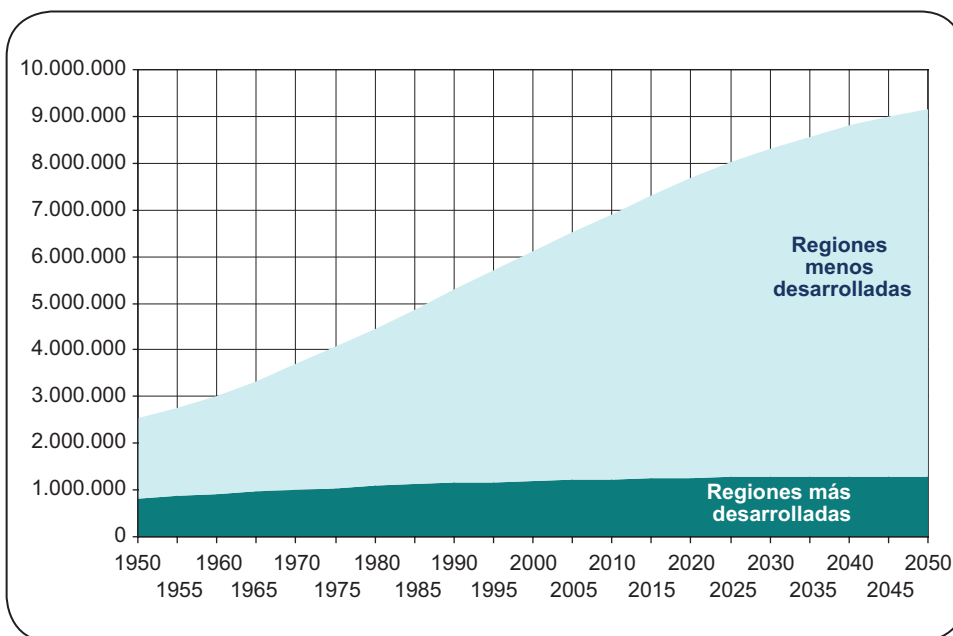
⁴² Según se trate de las estimaciones de la variante media de Naciones Unidas, 2006 o el US Census Bureau, *Global Population Profile*, 2002.

	1950	2005	2050
América Latina y Caribe	167	582	729
EE.UU.	172	348	448
Oceanía	13	35	51

Fuente: Elaboración propia a partir de Naciones Unidas, 2008

El gráfico anterior muestra en las proyecciones al año 2050 que el verdadero motor de crecimiento demográfico serán las regiones menos desarrolladas. Las tasas de natalidad y mortalidad explican en parte este comportamiento. En las regiones menos desarrolladas, a pesar de que la diferencia entre nacimientos y defunciones se reducirá a medida que nos acerquemos al año 2050, existirá en todo momento una diferencia muy importante entre los primeros y los segundos, lo que impactará de forma positiva en aumentos de la población total, como muestra el siguiente gráfico. En las regiones más desarrolladas, sin embargo, a partir del año 2015 las defunciones por cada mil habitantes superarán los nacimientos por cada mil habitantes; a pesar de este efecto negativo, la cifra total de población se mantiene estable alrededor de 1.250 millones de habitantes, gracias a los movimientos migratorios de entrada que se mencionaron en el apartado 2.3. (Tabla 2.9. Migración neta anual).

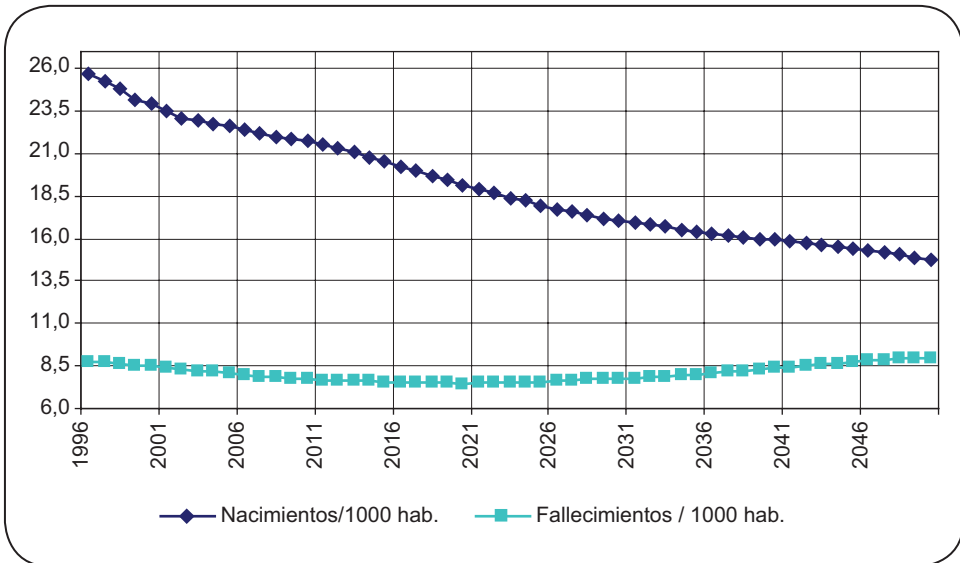
Gráfico 2.7.
Proyecciones de población mundial año 2050 (miles)



Fuente: Naciones Unidas, 2006

Gráfico 2.8.

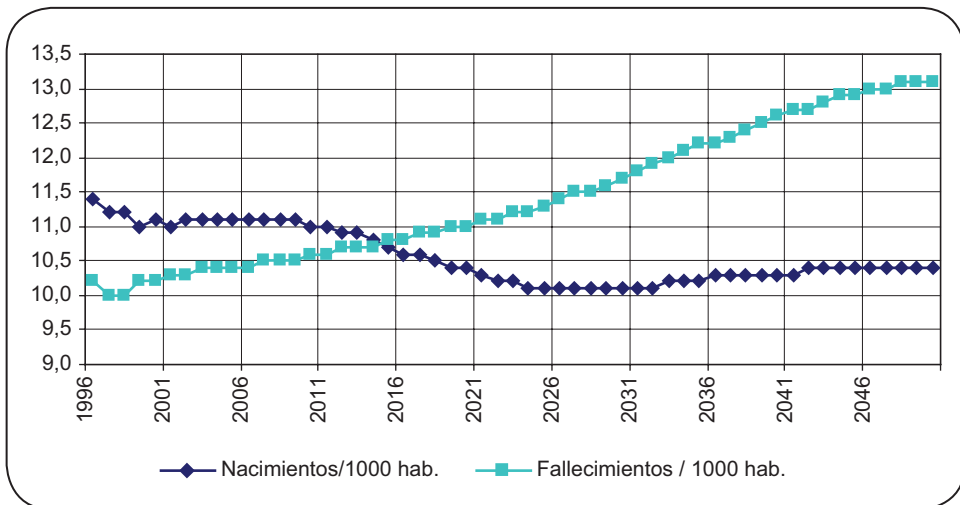
Tasas de crecimiento de nacimientos y fallecimientos.
Proyección año 2050. Regiones menos desarrolladas



Fuente: Elaboración propia a partir de *U.S. Census Bureau*, 2004

El siguiente gráfico, de las regiones más desarrolladas, sirve para ilustrar que el crecimiento vegetativo de un grupo poblacional determinado no guarda una relación de proporcionalidad directa con la esperanza de vida, ya que en esta definición intervienen otros factores como la mortalidad infantil, la mejora en las condiciones higiénicas, las condiciones de vida, el nivel cultural, etc. (Guillén, 2006).

Gráfico 2.9.
 Tasas de crecimiento de nacimientos y fallecimientos.
 Proyección año 2050. Regiones más desarrolladas



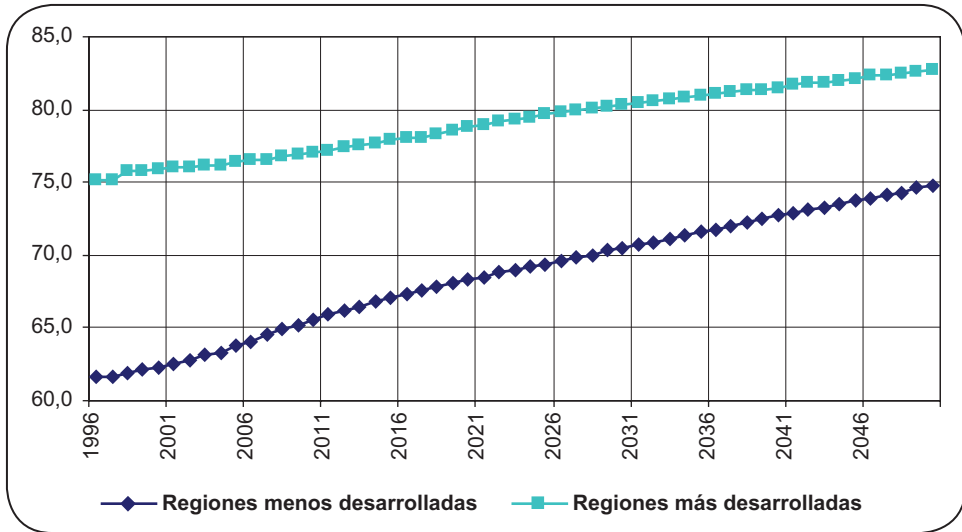
Fuente: Elaboración propia a partir de *U.S. Census Bureau*, 2004

La convergencia entre regiones menos y más desarrolladas se va a producir en el dato correspondiente a la esperanza de vida al nacer. Los más de 25 años de diferencia que existen en el período 1950-1955 (Naciones Unidas, 2006) habrán quedado reducidos a menos de 8 en la proyección del año 2050. A esta convergencia contribuye de forma decisiva la reducción tan importante que experimenta la tasa de mortalidad infantil, que en las regiones menos desarrolladas pasa de 63,5 por cada mil habitantes en 1996 a 16,5 en el año 2050.

Un aspecto muy relevante digno de ser resaltado es el envejecimiento de la población mundial. Entre 2005 y 2050 la población total mundial aumentará un 40,39%; en ese mismo período la población de más de 65 años casi se multiplicará por tres.

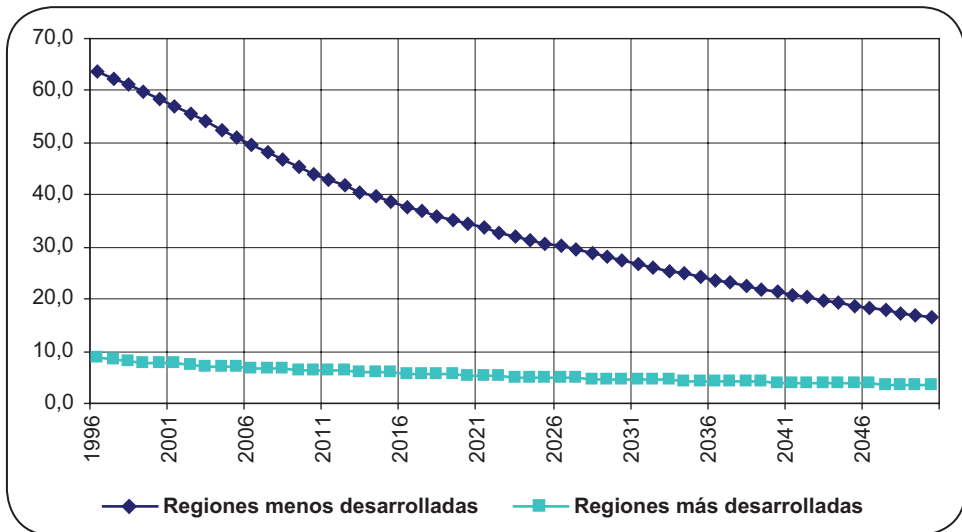
La velocidad de envejecimiento de la población será distinta, ya que las regiones en desarrollo experimentarán un ritmo mayor al de las regiones desarrolladas. La edad mediana aumentará para el total de la población, pero la diferencia de 13 años en 1950 a favor de las regiones más desarrolladas se reducirá a menos de 9 en la proyección al año 2050. En términos absolutos, la población de más de 65 años en las regiones menos desarrolladas multiplicará por algo más de tres la de las regiones más desarrolladas.

Gráfico 2.10.
Esperanza de vida al nacer. Proyección año 2050



Fuente: Elaboración propia a partir de U.S. Census Bureau, 2004

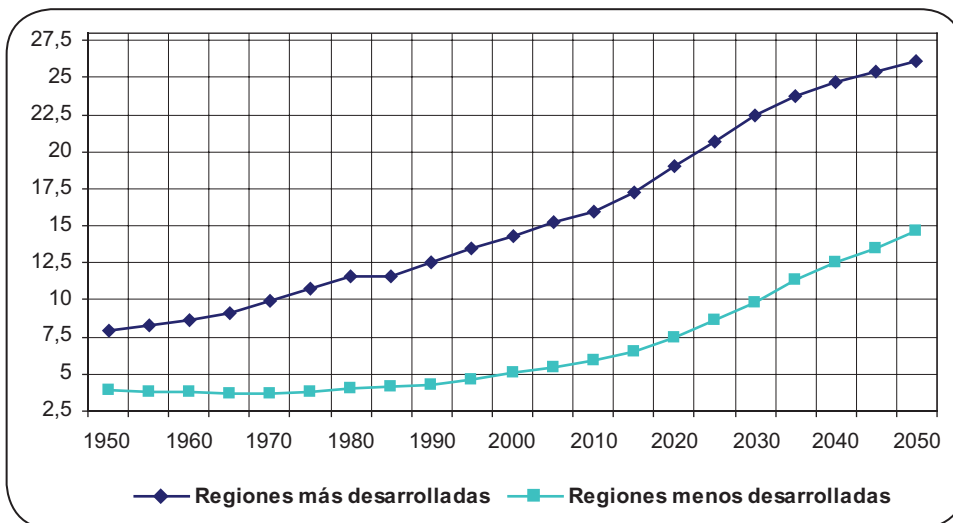
Gráfico 2.11. Mortalidad infantil. Proyección año 2050



Fuente: Elaboración propia a partir de U.S. Census Bureau, 2004

En 1950 los individuos con edad superior a 65 años representaban un 7,9% del total de población de las regiones más desarrolladas, mientras que esa proporción era sólo del 3,9% en las regiones menos desarrolladas. Esa diferencia de 40 puntos básicos en 1950 se habrá visto aumentada a 114 puntos básicos en las proyecciones al año 2050, como muestra el siguiente gráfico.

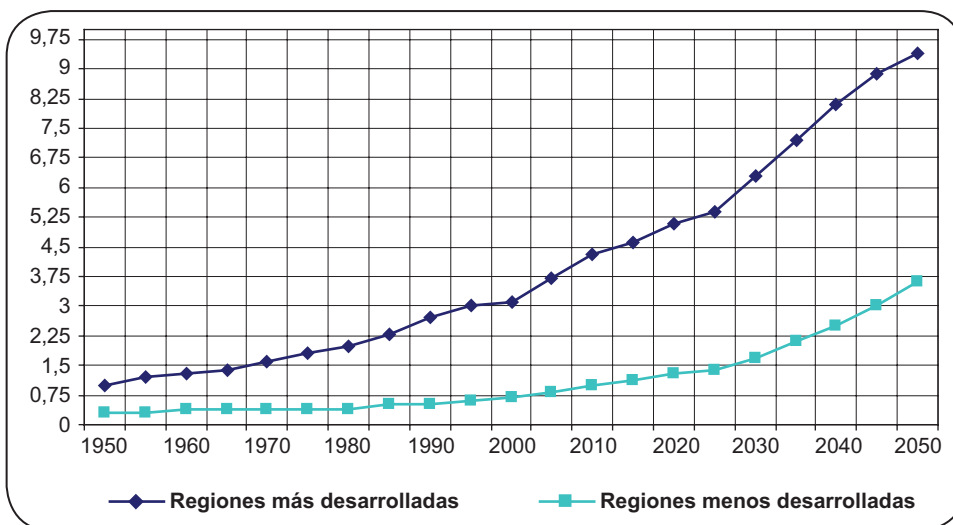
Gráfico 2.12.
Población de más de 65 años. Proyección año 2050



Fuente: Elaboración propia a partir de Naciones Unidas, 2006

El mayor ritmo de envejecimiento de las regiones más desarrolladas se ve todavía más claro cuando se analiza la información relativa a mayores de 80 años. La pendiente de la curva de las regiones más desarrolladas es cada vez mayor a medida que nos acercamos al año 2050, llegando a ser la diferencia en esa fecha de 58 puntos básicos, cuando en 1950 era de apenas 7.

Gráfico 2.13.
Población de más de 80 años. Proyección año 2050

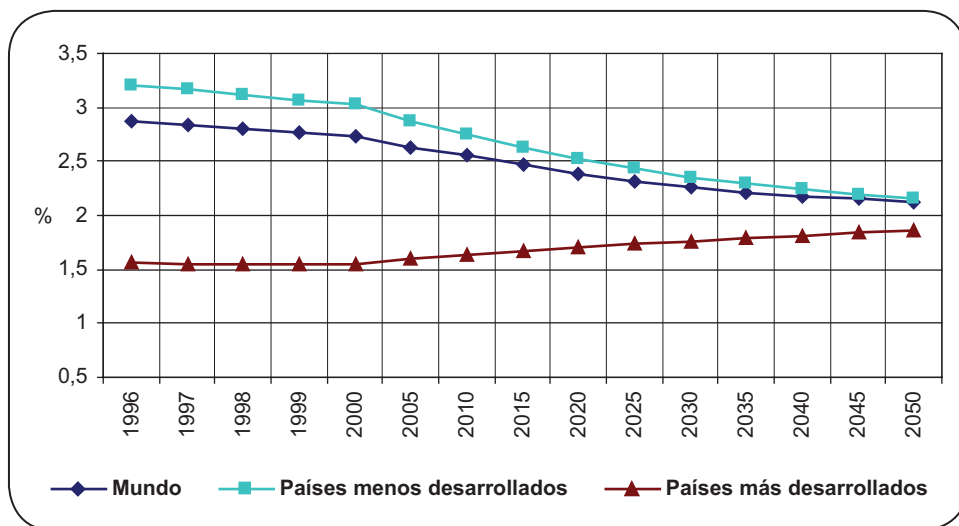


Fuente: Elaboración propia a partir de Naciones Unidas, 2006

La población mundial tiende a lo que se conoce como «envejecimiento del envejecimiento», que consiste, como ya se ha comentado en páginas anteriores, en el aumento de la proporción de los mayores de 80 años respecto a la población total. A nivel mundial este grupo de edad pasará de representar el 1,1% en el año 2000 a un 4,4% en la proyección del año 2050. La región que experimentará este fenómeno con mayor intensidad será Europa, que multiplicará por 3,3 la cifra en el mismo período de estudio, hasta situarse en un 9,6% de la población en el año 2050 (Naciones Unidas, 2006).

Una de las causas más importantes de este proceso es el descenso de las tasas de fertilidad.

Gráfico 2.14.
Tasa de fertilidad por mujer. Proyección año 2050



Fuente: Elaboración propia a partir de U.S. Census Bureau, 2004

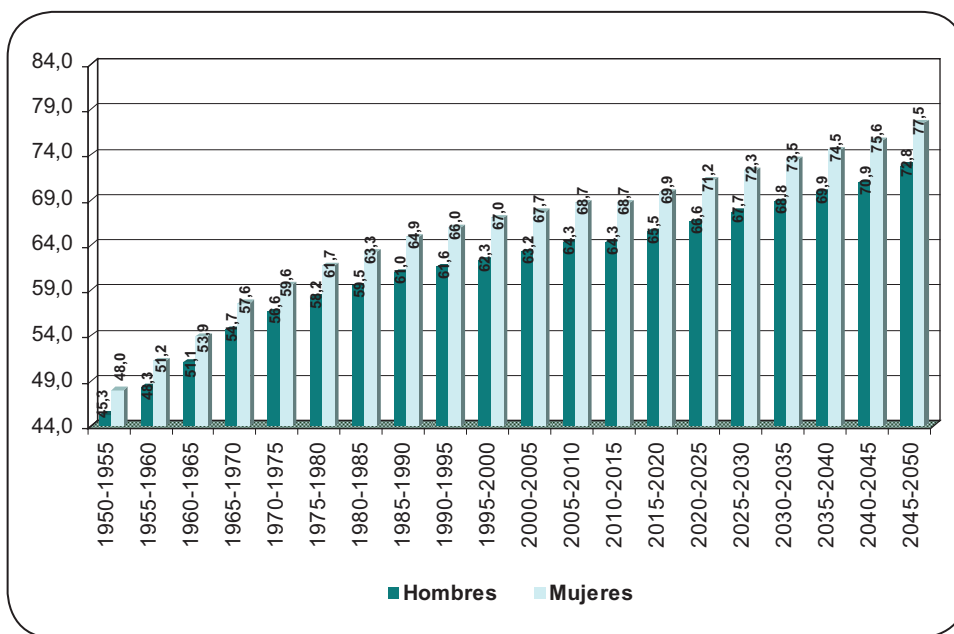
Ese descenso está motivado, entre otras razones, por la difícil conciliación entre la vida familiar y el trabajo remunerado; por un descenso de la proporción de mujeres entre 15 y 49 años, que pasarán de representar un 52,1% del total de mujeres en el año 2002 a un 45,0% en la proyección del año 2050 (Naciones Unidas, 2006: 33); por un mayor acceso a la educación y a los sistemas sanitarios por parte de las mujeres; y por una generalización del uso de métodos contraceptivos, así como por el cambio en las relaciones familiares.

A pesar de lo anterior, es destacable que, mientras que la tasa de fertilidad disminuye progresivamente en los países menos desarrollados, repunta a partir del año 2001 en los países desarrollados desde una tasa de 1,61 hijos por mujer a 1,86 en el año 2050.

El análisis de género de la población mayor pone de manifiesto lo que algunos autores han denominado «feminización de la vejez». Esta circunstancia, común a todas las sociedades, era poco relevante hasta ahora; sin embargo, el aumento de la población mayor ha obligado a fijar nuestra atención en la perspectiva de género cuando se trata de analizar el fenómeno del envejecimiento.

Aunque las diferencias de mortalidad se van aminorando, todavía la longevidad masculina es inferior a la femenina, lo que se traduce en un mayor número de mujeres en edades avanzadas. Entre las causas que se encuentran detrás de este fenómeno destaca el que las mujeres presentan una esperanza de vida al nacer superior a la de los hombres, como muestra el siguiente gráfico.

Gráfico 2.15.
Esperanza de vida al nacer por sexos. Proyección 2045-2050



Fuente: Elaboración propia a partir de Naciones Unidas, 2006

El proceso de envejecimiento tiene efectos económicos a medio y largo plazo de primera magnitud en aspectos tan importantes como los costes de atención sanitaria, el gasto en pensiones o los cuidados de larga duración a población dependiente. El progresivo aumento de los mayores en el conjunto de la población tiene como consecuencia que el ratio de dependencia⁴³ sea cada

⁴³ «El ratio de dependencia» se expresa como cociente entre el número de personas mayores de 65 años y el número de personas entre 15 y 64 años.

vez mayor, lo que significa que el número de personas activas en edad de trabajar cada vez debe ser mayor para atender los compromisos con la población mayor de 65 años.

La tabla siguiente compara los ratios de dependencia entre el año 2005 y las proyecciones al año 2050. Puede constatarse la preocupante situación de Europa, que pasa de tener a cuatro personas sosteniendo a cada ciudadano mayor de 65 años a una cifra de únicamente dos en el período objeto de estudio.

Tabla 2.13.

Incremento de población 2005-2050; ratio de dependencia y proyección 2050

	Incremento Población total	Incremento población más de 65 años	Ratio de dependencia 2005	Ratio de dependencia 2050
África	116,69%	343,04%	6,1%	10,6%
Asia	33,72%	268,46%	9,7%	27,2%
Europa	-9,15%	57,64%	23,3%	47,7%
América Latina y Caribe	37,86%	307,12%	9,8%	29,2%
EE.UU.	34,03%	133,25%	18,4%	35,0%
Oceanía	45,89%	175,74%	15,8%	31,2%

Fuente: Elaboración propia a partir de Naciones Unidas, 2006

2.5. ESPAÑA: PROYECCIÓN DEMOGRÁFICA Y POBLACIÓN DEPENDIENTE

2.5.1. Proyecciones futuras de población

La transición demográfica tuvo en España un tiempo de evolución distinto al del resto de países de su entorno. Las reducciones en las tasas de mortalidad ordinaria (no epidémica) llegaron a España después de la Primera Guerra Mundial, es decir, casi un siglo después que en otros países europeos; el otro efecto de la transición demográfica, que es la caída de la fecundidad, también llegó más tarde.

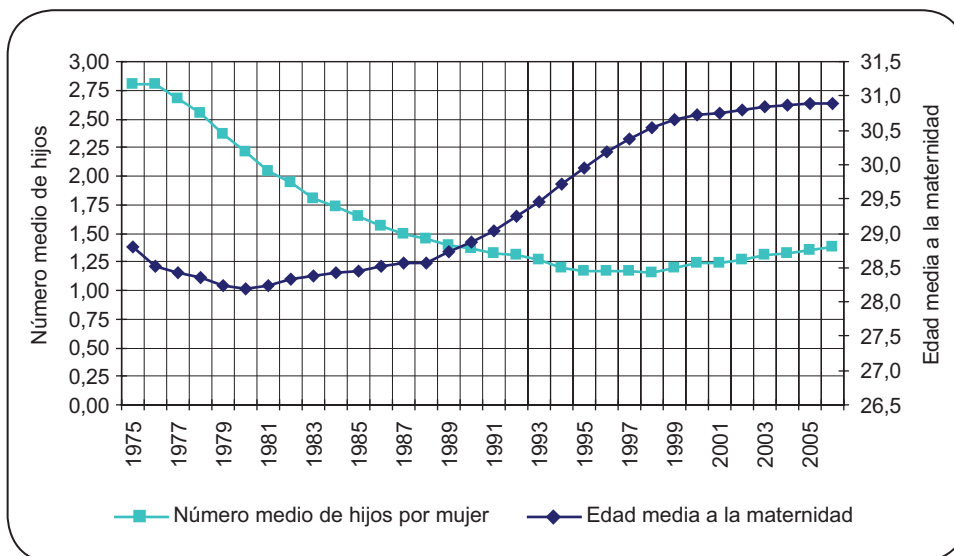
Este descenso de la fecundidad tardó fue, sin embargo, más rápido e intenso que el del resto de países del sur de Europa; baste señalar que la tasa de 2,8 hijos por mujer de 1975, la tasa más elevada de la Comunidad Europea junto con Irlanda, descendió hasta situarse en 1,3 en el año 2001. El *Analytical Report of United Nations* (Naciones Unidas, 2006) confirma esta disminución tan pronunciada en la tasa de fertilidad cuando señala que España es el país del grupo de países desarrollados que mayor porcentaje de disminución experimentó en el período 1970-1975 al 2000-2005, al pasar de una tasa de 2,86 niños por mujer a sólo 1,27, lo que supone una disminución de 1,59 niños por mujer, o lo que es lo mismo, el 55,6%.

La tendencia descendente experimentada en el último cuarto del siglo anterior se ha visto corregida ligeramente a partir del año 2000; concretamente, el número de nacidos por cada 1.000 mujeres aumenta desde 38,1 en el año 2000 a un valor de 43,0 en 2006.

Otro de los acontecimientos dignos de ser reseñados, el *baby-boom*, se inició en España en 1955, diez años más tarde que en el resto de Europa (Casado y López, 2001; Sancho, 2002) debido a los efectos de la Guerra Civil y una larga posguerra. La evolución futura del número de personas mayores se verá afectada, consecuentemente, por estos acontecimientos. A partir de 2002, después de un período de crecimiento continuado, se producirá un ligero estancamiento durante 10 años atribuible al descenso de la fecundidad que tuvo lugar en la Guerra Civil y la primera posguerra. A partir de 2011 seguirá aumentando la proporción de personas mayores y el crecimiento se acelerará desde 2020 con la llegada de las generaciones del *baby-boom*.

El descenso de la tasa de número medio de hijos por mujer, mencionada anteriormente, junto al retraso en la edad media de la maternidad en la última década del siglo xx y principios del actual, como se muestra en el gráfico siguiente, no podía presagiar nada más que un estancamiento o disminución de la población española en los años venideros de no haberse producido unos fuertes movimientos migratorios, cuyos efectos se analizarán después de hacer un estudio más detallado de por qué se produce un retraso en la edad de maternidad en España.

Gráfico 2.16.
Número medio de hijos por mujer y edad media de la maternidad.
España. 1975-2006

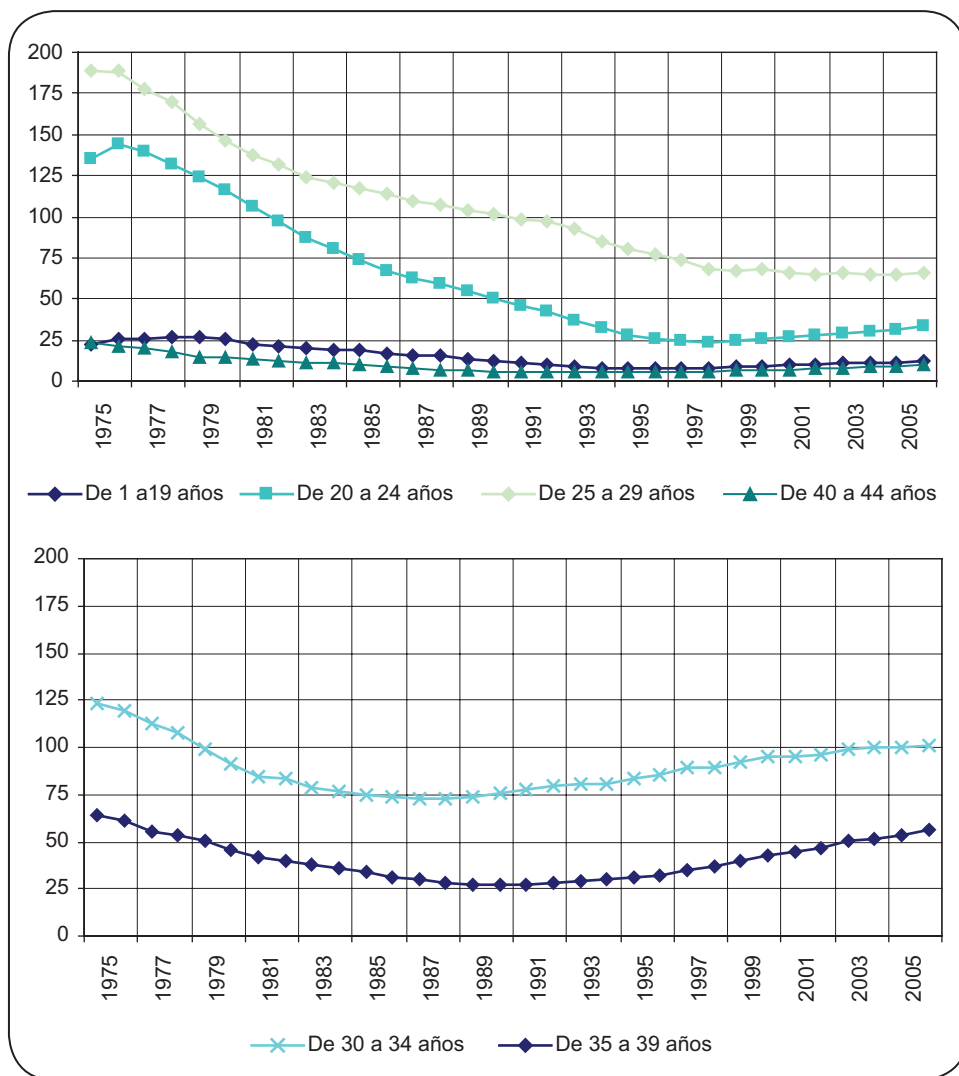


Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE

El análisis de la tasa de fecundidad muestra un descenso generalizado en todos los tramos de edad hasta la segunda mitad de la década de 1980, en la que comienzan a recuperar una tendencia alcista los grupos de edad de entre 30 y 34 años y el grupo entre 35 y 39 años, este último a partir de 1990. Los grupos de mujeres entre 30 y 39 años, que representaron un 33,51% del total de nacidos en el año 1975, suponen en 2006 más de la mitad de los nacidos (56,30%). Los dos gráficos siguientes muestran la evolución del período 1975 a 2006 por grupos de edad de las mujeres.

Gráfico 2.17.

Tasa de fecundidad (nacidos) por 1.000 mujeres. España. 1975-2006



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE

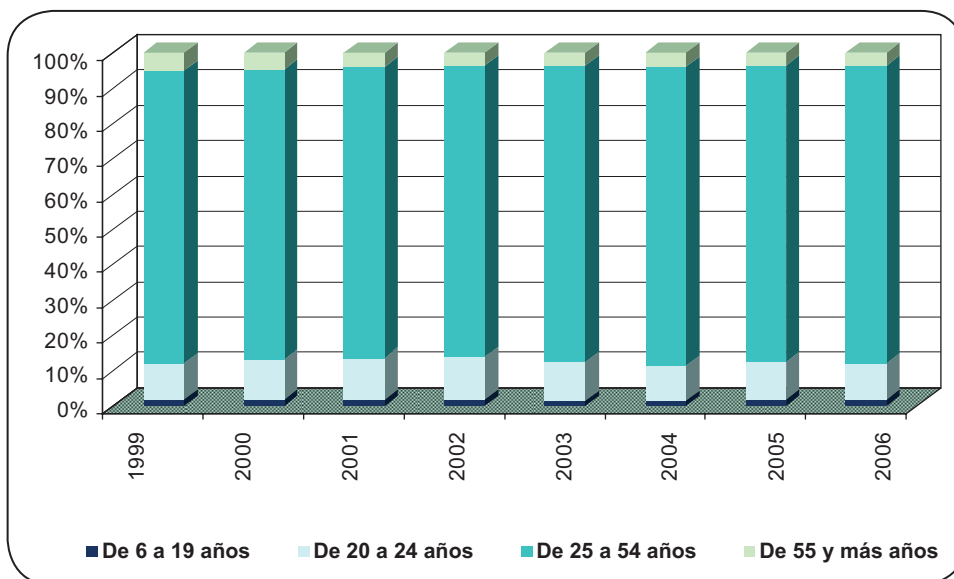
Los movimientos migratorios contribuyen a corregir la tendencia a la disminución de la población y provocan de facto un cambio radical en las proyecciones de la población hasta el año 2050; el censo de 1991, realizado por el INE para la población española, preveía una población cercana a las 42.500.000 personas en el horizonte de 2050, mientras que las últimas proyecciones realizadas por el mismo organismo con base en el censo de 2001 sitúan la población española en más de 53.000.000 de personas en el año 2050.

Las proyecciones de Naciones Unidas apuntan a que hasta el año 2050 España será uno de los países del mundo con mayor saldo neto de inmigración. Entre 1990 y 2000 fue el quinto país, con 1.176.000 personas; entre 2000 y 2010 se estima que sea el tercero, con 2.625.000 personas; por último, entre 2040 y 2050 se estima que sea el noveno país, con un saldo de 600.000 inmigrantes (Naciones Unidas, 2006). Se confirma igualmente que España es el país de la actual Unión Europea con mayor volumen de extranjeros recibidos, y por ello es el que más crece.

Además del efecto que la inmigración tiene en el número de habitantes, va a provocar también un rejuvenecimiento de la población ya que, además de que su estructura es de por sí más joven que la española, tiene tasas más elevadas de fecundidad.

El siguiente gráfico muestra claramente cómo la gran proporción de los trabajadores inmigrantes afiliados dados de alta laboral se encuentra en la franja entre los 25 y los 54 años de edad.

Gráfico 2.18.
Trabajadores extranjeros afiliados en alta laboral por grupos de edad



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE

En términos relativos, el peso de la inmigración en la población española es cada vez más grande: desde el 2,34% que representaban los trabajadores extranjeros afiliados en el año 1993 se ha pasado a alcanzar casi el 10% en 2006, como muestra la siguiente tabla.

Tabla 2.14.
Trabajadores extranjeros en España. 1999-2005

	Media anual trabajadores afiliados totales (miles)	Trabajadores extranjeros totales	Porcentaje de trabajadores extranjeros afiliados
1999 (datos de diciembre 1999)	14.344,9	334.976	2,34%
2000	15.062,9	402.711	2,67%
2001	15.649,9	557.074	3,56%
2002	16.126,3	766.470	4,75%
2003	16.613,6	924.805	5,57%
2004	17.081,8	1.048.230	6,14%
2005	17.835,4	1.461.140	8,19%
2006	18.596,3	1.822.406	9,80%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE

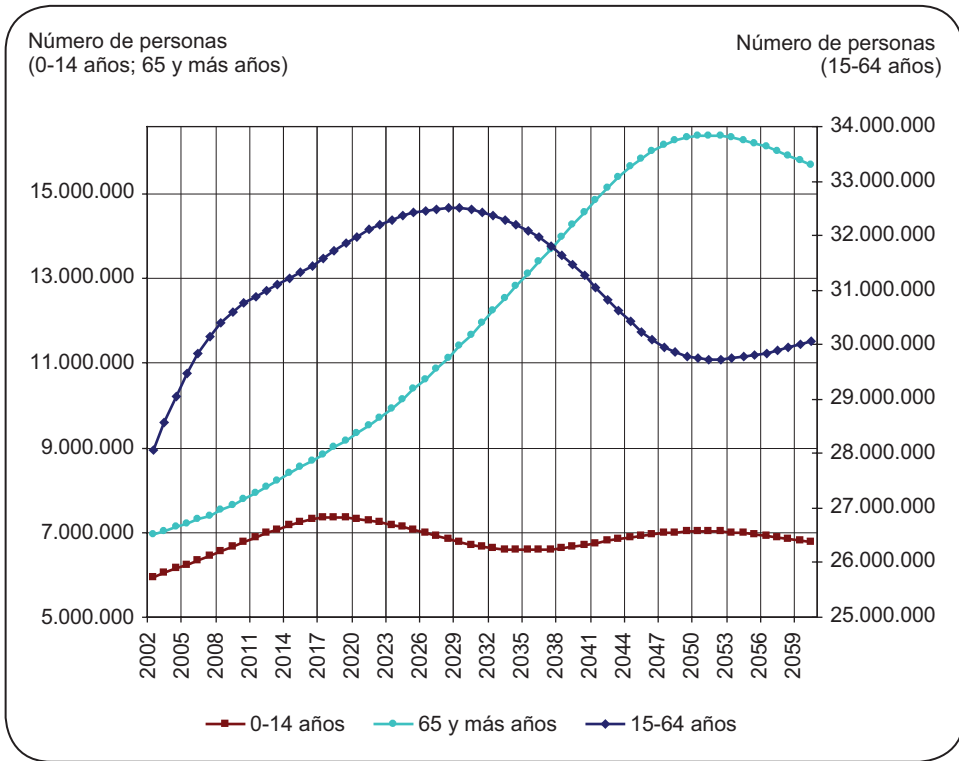
A pesar de la importancia de los flujos de inmigración, el grupo de población que más aumentará en España será el de más de 65 años, lo que causará, al igual que ocurre en el resto de países de su entorno, un envejecimiento de la población en el horizonte del año 2050, como muestran los gráficos 2.18 y 2.19.

España experimentará el mismo fenómeno de «envejecimiento del envejecimiento» comentado con anterioridad. Entre 1991 y 2005 se incrementó el número de octogenarios en un 66%, mientras que el total de la población sólo creció un 13%, incluido los inmigrantes.

En términos absolutos, se producirán aumentos en todos los tramos de edad en las proyecciones que se realizan al año 2060. El grupo de personas mayores de 65 años se duplicará en el período objeto de estudio; la población hasta 64 años, sin embargo, apenas pasará de 34 a 36 millones de individuos en el mismo período de tiempo.

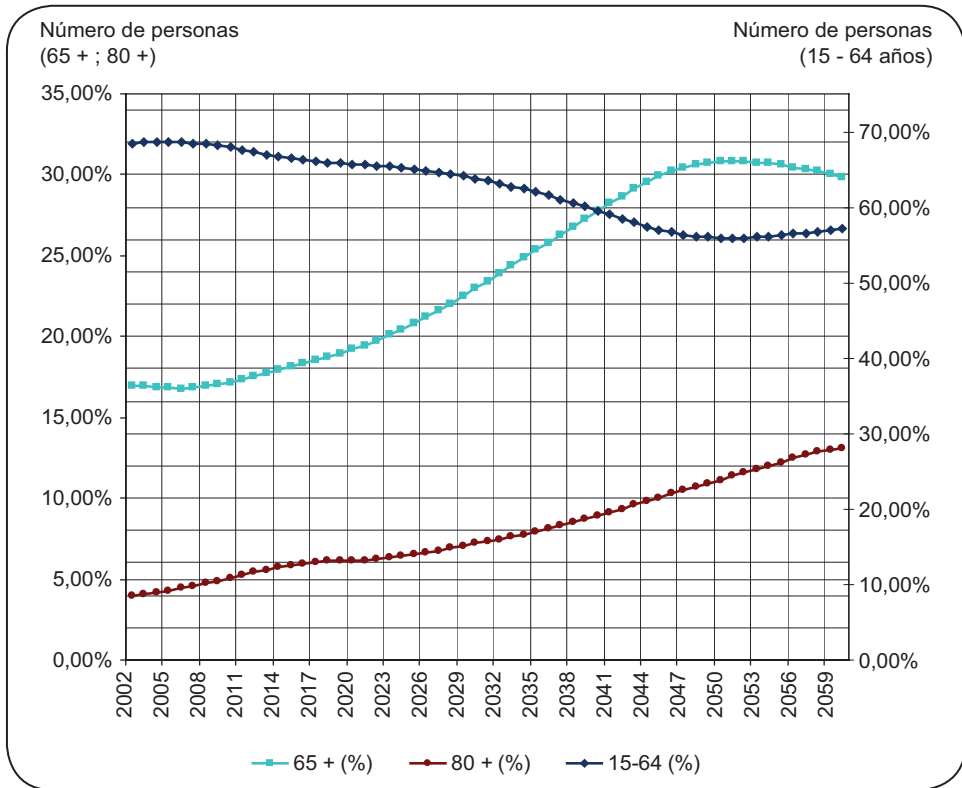
Cuando se analiza el gráfico anterior con los porcentajes de crecimiento anuales, se observa cómo el grupo de población entre 15 y 64 años experimenta un decrecimiento de 1.125 puntos básicos. La población mayor de 65 años presenta tasas de crecimiento positivas hasta el año 2051, momento en el que decrece desde un valor de 30,85% en ese año hasta el 29,86% en el año 2060. El único grupo poblacional que presenta crecimientos positivos en todo el período objeto de estudio es el de mayores de 80 años, que multiplicará por más de tres su peso en el conjunto de la población española.

Gráfico 2.19.
Evolución prevista de la población española
por grandes grupos de edad al año 2060



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE

Gráfico 2.20.
Evolución prevista de la población española
por grandes grupos de edad al año 2060 (porcentajes)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE

El 1 de enero de 2005 había 1.903.219 ancianos de 80 años y más, que representaban el 4,3% de la población total y el 26% de todos los mayores; en 2060 el porcentaje habrá pasado a ser del 13,1% de la población total y del 43,95% de los mayores. En la siguiente tabla se puede observar la evolución detallada desde 1900 al año 2060.

Tabla 2.15.
Evolución de la población mayor española 1900-2060

	65 y más años		65 – 79 años		80 y más años		Población Total
	Número	%	Número	%	Número	%	
1900	967.754	5,2%	852.389	4,6%	115.365	0,6%	18.618.086
1910	1.105.569	5,5%	972.954	4,9%	132.615	0,7%	19.995.686
1920	1.216.693	5,7%	1.073.679	5,0%	143.014	0,7%	21.389.842
1930	1.440.739	6,1%	1.263.626	5,3%	177.113	0,7%	23.677.794
1940	1.699.860	6,5%	1.475.702	5,7%	224.158	0,9%	26.015.907

Continúa

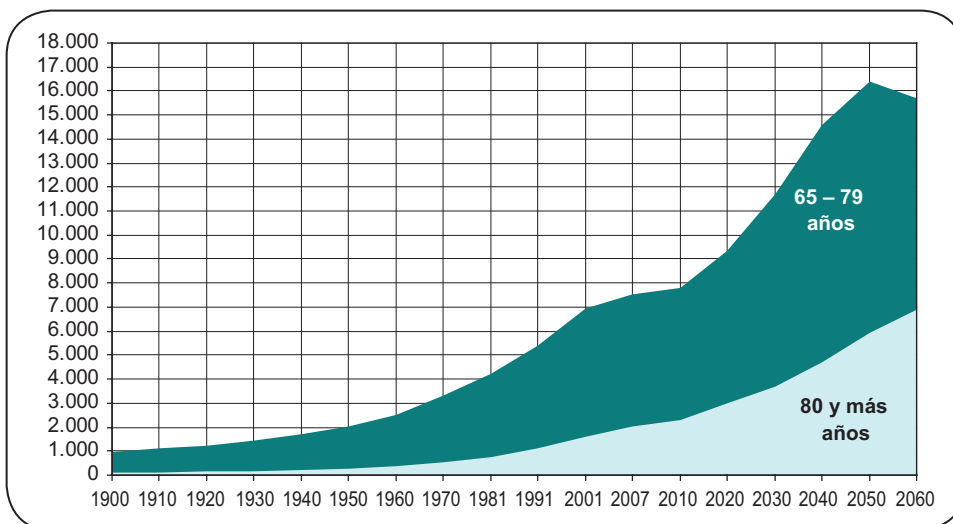
	65 y más años		65 – 79 años		80 y más años		Población Total
	Número	%	Número	%	Número	%	
1950	2.022.523	7,2%	1.750.045	6,3%	272.478	1,0%	27.976.755
1960	2.505.165	8,2%	2.136.190	7,0%	368.975	1,2%	30.528.539
1970	3.290.800	9,7%	2.767.061	8,1%	523.739	1,5%	34.040.989
1981	4.236.724	11,2%	3.511.593	9,3%	725.131	1,9%	37.683.363
1991	5.370.252	13,8%	4.222.384	10,9%	1.147.868	3,0%	38.872.268
2001	7.037.553	17,1%	5.404.513	13,1%	1.633.040	4,0%	41.116.842
2005	7.332.267	16,6%	5.429.048	12,3%	1.903.219	4,3%	44.108.530
2010	7.785.480	17,2%	5.490.621	12,1%	2.294.859	5,1%	45.311.954
2020	9.345.955	19,2%	6.338.532	13,0%	3.007.423	6,2%	48.664.658
2030	11.684.570	23,0%	8.025.109	15,8%	3.669.461	7,2%	50.878.142
2040	14.569.813	27,7%	9.886.602	18,8%	4.683.211	8,9%	52.540.936
2050	16.387.874	30,8%	10.464.874	19,7%	5.923.000	11,1%	53.159.991
2060	15.679.878	29,8%	8.788.288	16,7%	6.891.590	13,1%	52.511.518

Fuente: Elaboración propia a partir de Imserso, 2006 y datos del INE

En cuanto a las personas con edad superior a los 100 años, el censo de 2001 del INE calcula que alcanzan la cifra de 4.218 (3.310 mujeres y 908 varones). Las proyecciones más recientes estiman en 7.141 la cifra en 2010 y en 55.240 a mediados de siglo.

Gráfico 2.21.

Evolución población española entre 65 y 79 años y mayor de 80 años. Año 2060. (miles)

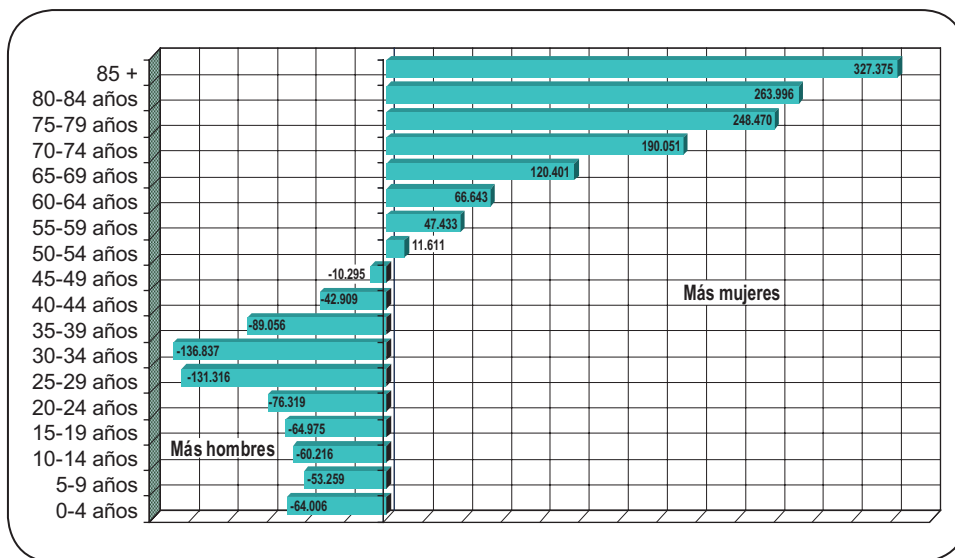


Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE⁴⁴

⁴⁴ INE: INEBASE: 1900-2001 Cifras de población. Resúmenes provinciales de población según sexo y edad desde 1900 hasta 2001; Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2007; 2010-2060: INE: INEBASE. Proyecciones de la población calculadas a partir del Censo de Población de 2001. Escenario 1.

La población mayor española es mayoritariamente femenina, al igual que ocurre con la población mundial. Aunque las diferencias en la tasa de mortalidad se van reduciendo entre sexos, todavía las mujeres son más longevas que los hombres, lo que tiene como consecuencia un mayor número de mujeres que hombres, proporción que aumenta con la edad como muestra el siguiente gráfico.

Gráfico 2.22.
Diferencia entre mujeres y hombres por grupos de edad. 2005

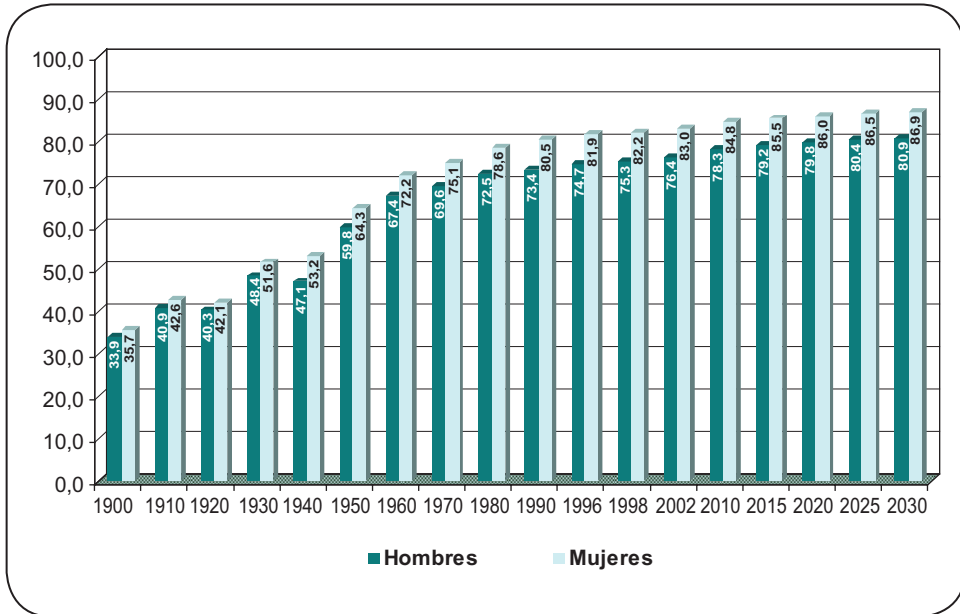


Fuente: Elaboración propia a partir de Imserso, 2006

Los últimos datos publicados sitúan a España como uno de los países con la esperanza de vida al nacer más alta del mundo. El gráfico siguiente muestra la evolución experimentada en el siglo xx y las proyecciones al año 2030; hasta mediados del siglo pasado se produce un crecimiento muy notable de la esperanza de vida al nacer, que se ralentiza a partir de la década de los 80, y vuelve a recuperar la senda alcista a medida que nos acercamos al año 2030. El gráfico muestra también la mayor longevidad de las mujeres respecto a los hombres.

Gráfico 2.23.

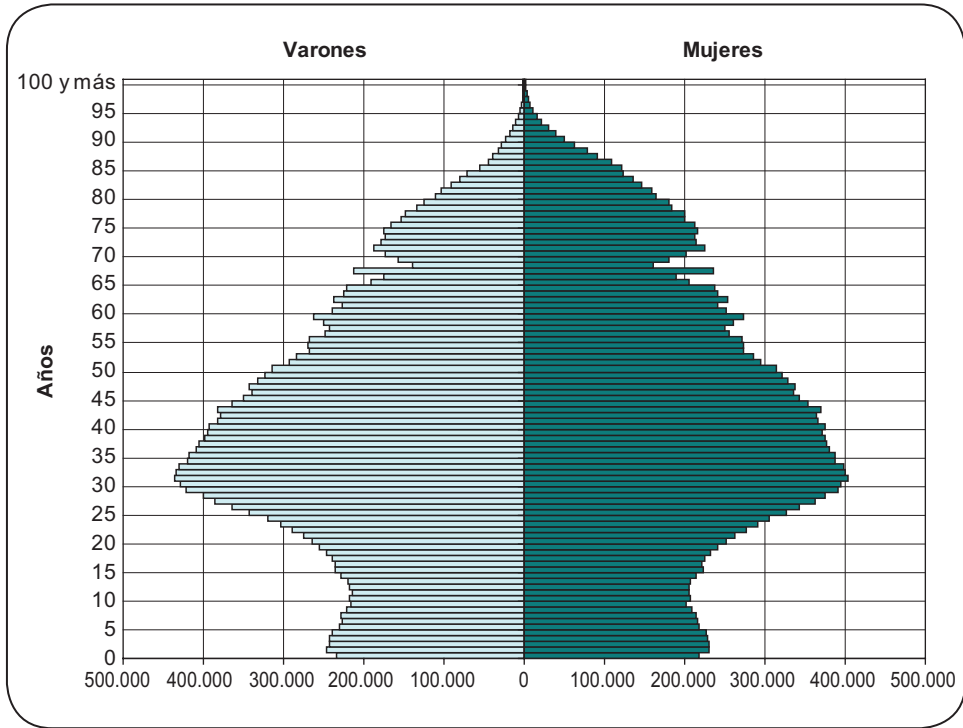
Esperanza de vida al nacer por edad y sexo. De 1900 a proyección 2030



Fuente: Elaboración propia a partir de lmserso, 2006

En las pirámides de población siguientes se observa cómo la población de más de 65 años será cada vez más numerosa, al tiempo que los efectivos de gente joven disminuirán, lo que provoca que la pirámide se invierta en el horizonte proyectado.

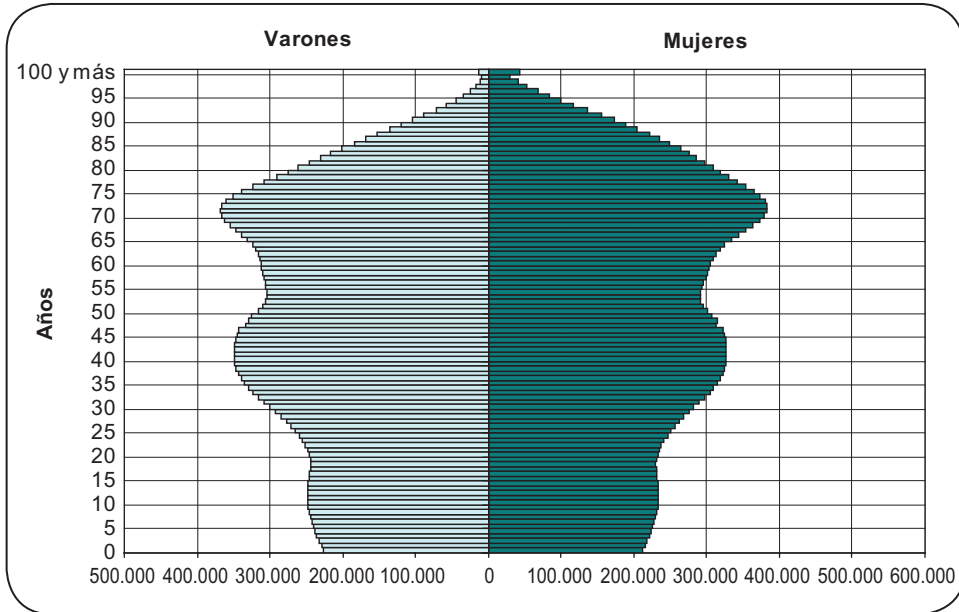
Gráfico 2.24.
Pirámide de población España a 1 de enero de 2008



Fuente: INE⁴⁵

⁴⁵ INE: INEBASE. Revisión del Padrón municipal a 1 de enero de 2008. Consultado en marzo de 2009 en <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/estadisticas/indicadores/indicadores-basicos/2008/01-demografia.xls>.

Gráfico 2.25.
Pirámide de población España. 2050



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE⁴⁶

Antes de pasar al estudio de la población discapacitada y población dependiente en España es preciso destacar la enorme importancia que los efectos migratorios van a tener en la estructura poblacional en las próximas décadas. Además de compensar la tendencia de decrecimiento de la población nativa española (derivada de una diferencia cada vez mayor entre la tasa de defunciones y la tasa de nacimientos), los flujos de inmigrantes ayudarán a rejuvenecer la estructura de la población y contribuirán a aumentar el número medio de hijos por mujer.

Es precisamente el incremento de población inmigrante en edades jóvenes y adultas una de las causas del crecimiento demográfico hasta el año 2050 en España; a partir de esa fecha, las estimaciones del INE apuntan a que se empezará a perder población.

Podemos concluir diciendo que la sociedad española no será ajena al proceso de envejecimiento que van a experimentar todas las sociedades desarrolladas, a pesar de que los movimientos migratorios contribuirán a retrasar este fenómeno. El predominio de la mujer es mayor cuanto más avanza la edad del grupo poblacional objeto de estudio. Por último, la población española experimentará el mismo fenómeno del «envejecimiento del envejecimiento» que el resto de la población mundial.

⁴⁶ INE: INEBASE: Revisión del Padrón municipal a 1 de enero de 2007. INE 2008 y Proyecciones de población Base Censo 2001: Escenario 1.

2.5.2. Población mayor discapacitada en España y proyecciones de población dependiente

Según el autor que se elija, la definición de discapacidad es más o menos restrictiva; así, para ciertos autores basta que exista cierta dificultad para desempeñar papeles y actividades de la vida cotidiana, habituales para personas de similar edad y condición sociocultural, mientras que para otros debe producirse una restricción total o ausencia de la capacidad de realizar una actividad que se considere normal para el ser humano.

Con independencia de la definición que se elija, todos los autores consultados coinciden en señalar una relación directa entre discapacidad y dependencia que, tal como definíamos en el Capítulo 1, se trata de aquella situación en la que un individuo necesita la ayuda prolongada, aunque no necesariamente permanente, y continuada de un tercero para el desempeño de actividades cotidianas del ámbito personal y comunitario, como consecuencia de una merma en sus facultades físicas, psíquicas o intelectuales, bien sea por el mero transcurso del tiempo o debido a un accidente o a una enfermedad invalidante.

No todos los discapacitados son dependientes, ya que no tienen por qué requerir asistencia y/o ayuda importante para realizar las actividades de la vida cotidiana, pero sí puede considerarse que todos los dependientes son discapacitados, ya que carecen de autonomía física, psíquica o intelectual. La dependencia va ligada, de una u otra manera, a la discapacidad, porque es precisamente la falta de capacidad para realizar actos esenciales de la vida ordinaria lo que produce la situación de dependencia.

La primera parte de este apartado presenta los resultados de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999 (EDDES 1999) y los primeros avances de resultados publicados de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD 2008).

La EDDES 1999 sólo realizó encuestas a personas que residían en viviendas familiares, lo que significa que quedaron fuera del cómputo las personas que estaban en residencias, que por otra parte son las que suelen tener las tasas de discapacidad más elevadas y con mayor severidad. EDAD 2008 superó esta limitación e incluyó encuestas a población institucionalizada; sin embargo, la escasez de datos publicados a la fecha de terminación de este trabajo ha aconsejado basarnos en los resultados de EDDES 1999. Nos limitamos, por tanto, a presentar únicamente una comparación de los resultados de ambas encuestas en cuanto al número de personas discapacitadas por grupo de edad y sexo.

La encuesta EDDES 1999 entiende por discapacidad «toda limitación grave que afecte o se espere que vaya a afectar durante más de un año a la actividad de quien la padece y tenga su origen en una deficiencia. Se considera que una persona padece una discapacidad aunque la tenga superada con el

uso de ayudas técnicas externas». La encuesta considera 36 discapacidades clasificadas en 10 grupos, según muestra la siguiente tabla.

Tabla 2.16.
Discapacidades clasificadas por grupos de la EDDDES 1999

Ver	Utilizar brazos y manos
Percibir cualquier imagen	Trasladar objetos no muy pesados
Realizar tareas visuales de conjunto	Utilizar utensilios y herramientas
Realizar tareas visuales de detalle	Manipular objetos pequeños con manos y dedos
Ver en condiciones de iluminación pobres, diferenciar colores, etc	Desplazarse fuera del hogar
Oír	Deambular sin medio de transporte
Recibir cualquier sonido	Desplazarse en transporte público
Audición de sonidos fuertes	Conducir vehículo propio (entre 18 y 75 años)
Escuchar el habla	Cuidar de sí mismo
Comunicarse	Asearse solo: lavarse y cuidar su aspecto
Comunicarse a través del habla	Controlar las necesidades y utilizar solo el servicio
Comunicarse a través de lenguajes alternativos	Vestirse-desvestirse y arreglarse
Comunicarse a través de gestos no signados	Comer y beber
Comunicarse a través de escritura-lectura convencional	Realizar las tareas del hogar (mayores de 10 años)
Aprender, aplicar conocimientos y desarrollar tareas	Hacer compras y controlar los suministros y servicios
Reconocer personas y objetos y orientarse	Cuidarse de las comidas
Recordar informaciones y episodios	Limpieza y cuidado de la ropa
Entender y ejecutar órdenes y/o tareas sencillas	Limpieza y mantenimiento de la casa
Entender y ejecutar órdenes y/o tareas complejas	Cuidarse del bienestar del resto de la familia
Desplazarse	Relacionarse con otras personas
Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo	Mantener relaciones de cariño con familiares
Levantarse, acostarse	Hacer nuevos amigos y mantener la amistad
Desplazarse dentro del hogar	Relacionarse con compañeros, jefes, etc

Fuente: INE, 2002

En la última parte de este apartado se presenta la proyección al año 2020 de personas dependientes que realiza el Libro Blanco, basado en los datos de la Encuesta EDDDES 1999. Para suplir la deficiencia de la Encuesta consistente en no tener en cuenta las personas institucionalizadas, realiza una estimación de las mismas según presenten una discapacidad severa o simplemente requieran ayuda para las tareas domésticas.

Según la EDDDES 1999 existen en España un total de 2.072.652 mayores de 65 años con alguna discapacidad, lo que supone un 32,21% de la población de 65 años y más.

Esta cifra ha aumentado según EDAD 2008 a 2.227.500 personas; sin embargo, el porcentaje de personas mayores que declararon alguna discapa-

cidad se ha visto reducido al 30,3%. Existen dos efectos de signo contrario que provocan estos resultados: por un lado, se ha producido un aumento de la población mayor de 64 años, grupo de edad en el que más incide la discapacidad; por otro lado, se han producido mejoras en las condiciones sociales y de salud que influyen en que el número de discapacitados sea menor.

La siguiente tabla muestra una comparación de población discapacitada entre las dos encuestas, clasificada por grupos de edad y sexo.

Tabla 2.17.

Comparación de población discapacitada por grupos de edad y sexo.
EDDES 1999 y EDAD 2008

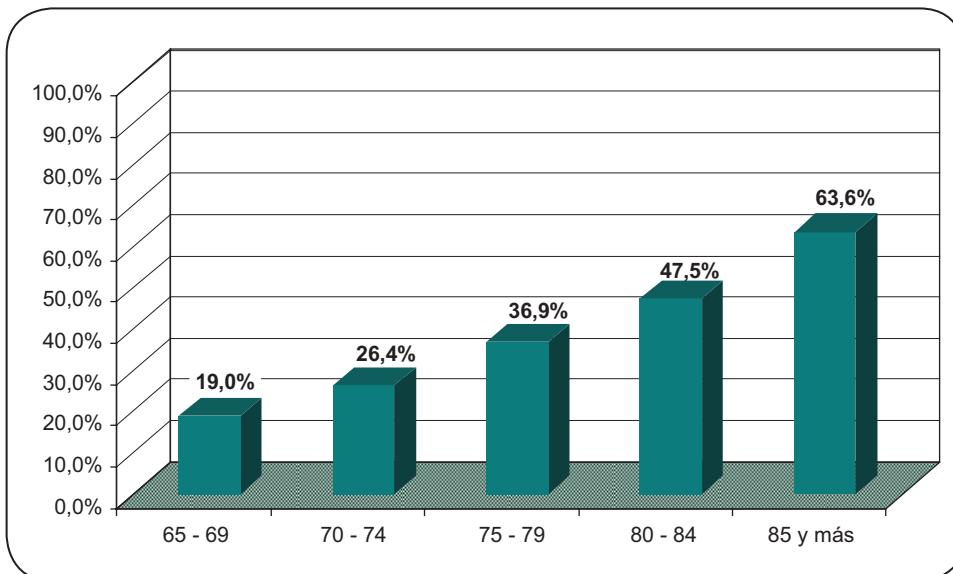
	EDDES 1999			EDAD 2008 (miles)		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
65 y más años	2.072.652	733.809	1.338.843	2.227,5	756,7	1.470,7
80 y más años	752.119	231.413	520.707	1.025,8	301,9	723,9
65 a 69 años	386.338	161.083	225.255	292,8	124,2	168,6
70 a 74 años	457.269	168.643	288.626	405,1	147,5	257,6
75 a 79 años	476.926	172.670	304.256	503,8	183,2	320,6
80 a 84 años	370.701	120.382	250.319	482,6	148,6	333,9
85 y más años	381.418	111.031	270.388	543,2	153,2	390,0

Fuente: Elaboración propia a partir de Portal Mayores, 2008

Cuando se analizan las tasas de discapacidad por tramos de edad se constata que existe una relación entre discapacidad y edad. Tal como se apunta en los datos provisionales publicados de EDAD 2008, el alargamiento de la vida no debe asociarse sin más a un incremento de personas con discapacidad, aunque sea uno de los factores que más influyen.

El siguiente gráfico muestra claramente esta relación, de forma que en el tramo de edad entre 65 y 69 años la tasa de discapacidad es de apenas el 19,0%, mientras que aumenta hasta el 63,6% para el grupo de personas de 85 años y más.

Gráfico 2.26.
Tasas de discapacidad por tramos de edad



Fuente: EDDDES 1999, microdatos

Si profundizamos en el análisis de la discapacidad por su grado de severidad, se observa que el porcentaje de población mayor discapacitada en un grado severo aumenta con la edad, como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 2.18.
Población con discapacidad severa

	Población con discapacidad	Población con discapacidad severa	% Severidad
6 – 19 años	112.575	77.305	68,7 %
20 – 49 años	610.280	448.303	73,5 %
50 – 64 años	683.138	496.975	72,8 %
65 – 79 años	1.320.534	995.265	75,4 %
80 y más años	752.118	631.081	83,9 %
Total	3.478.645	2.648.929	76,1%

Fuente: EDDDES 1999. Capítulo 2. Discapacidades y deficiencias

Se hace necesario incorporar la perspectiva de género en el estudio de la discapacidad en las personas mayores, ya que las diferencias son considerables (733.809 hombres y 1.338.843 mujeres). En todos los tramos de edad es superior la tasa de discapacidad de las mujeres, existiendo una diferencia de 88 puntos básicos en el global de toda la población mayor de 65 años.

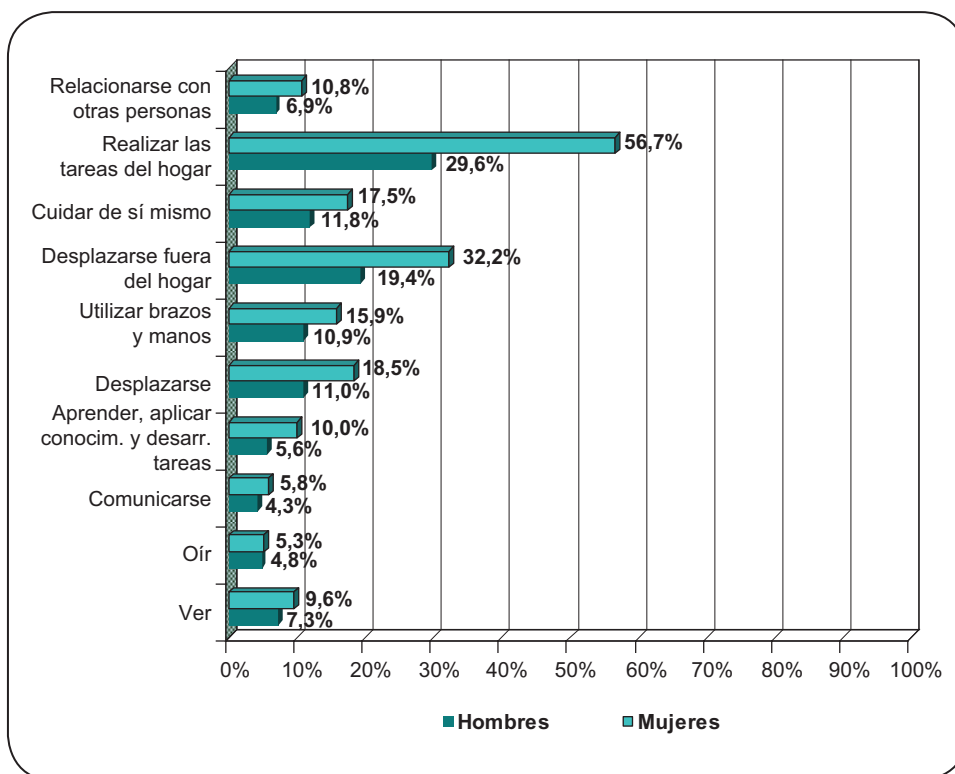
Tabla 2.19.
Tasas de discapacidad mayores de 65 años por grupos de edad

	Personas con discapacidad			Población nacional total			Tasas de discapacidad (%)		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
65-69	161.083	225.255	386.338	942.198	1.086.712	2.028.910	17,1%	20,7%	19,0%
70-74	168.643	288.626	457.269	768.251	964.027	1.732.278	22,0%	29,9%	26,4%
75-79	172.670	304.257	476.927	531.038	762.259	1.293.297	32,5%	39,9%	36,9%
80-84	120.382	250.319	370.701	280.653	499.910	780.563	42,9%	50,1%	47,5%
85 y más	111.031	270.386	381.417	187.667	411.807	599.474	59,2%	65,7%	63,6%
Total 65 y más	733.809	1.338.843	2.072.652	2.709.807	3.724.715	6.434.522	27,1%	35,9%	32,2%

Fuente: EDDes 1999, microdatos

Si analizamos las diferencias de género en las situaciones de discapacidades muy severas vuelve a constatarse, como en todas las actividades analizadas en el gráfico siguiente, que existe un predominio de la mujer.

Gráfico 2.27.
Discapacidades muy severas por tipo de discapacidad y sexo

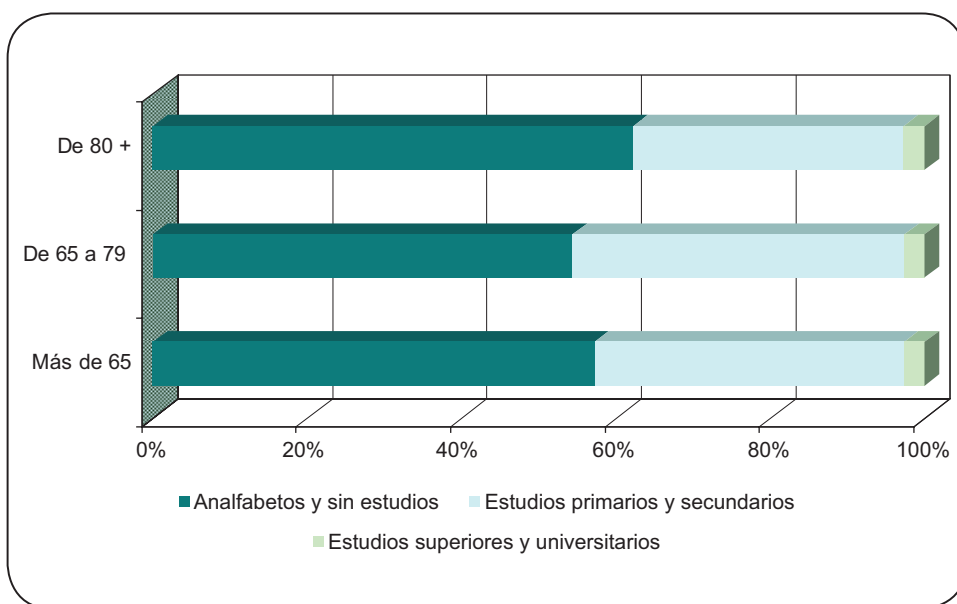


Fuente: EDDes 1999, microdatos

El análisis de las tasas de discapacidad en personas mayores atendiendo al nivel de estudios alcanzados muestra que existe una relación inversamente proporcional entre el nivel de formación alcanzado y la probabilidad de ser dependiente (Puga, 2001: 65-66), tal como se señalaba en páginas anteriores.

El gráfico siguiente muestra cómo apenas el 2,70% de los mayores de 65 años discapacitados está en posesión de estudios superiores y universitarios; por el contrario, el 57,21% de las personas mayores discapacitadas se declara analfabeta, lo que viene a confirmar para el caso español la influencia tan importante que tiene la falta de formación en la población mayor discapacitada.

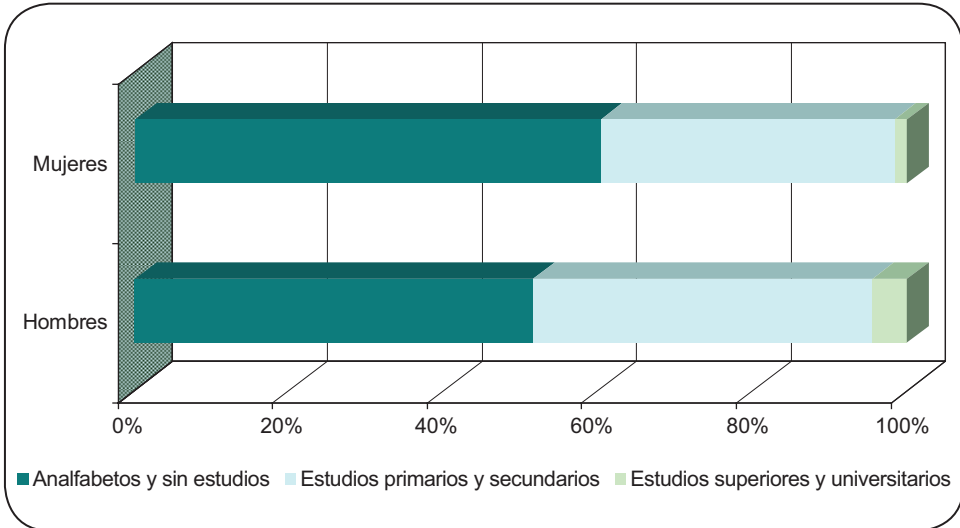
Gráfico 2.28.
 Perfil educativo de la población mayor discapacitada.
 Por edad



Fuente: EDES 1999

El siguiente gráfico analiza el mismo efecto bajo el prisma de la perspectiva de género. Aunque en términos relativos pudiera parecer que el desequilibrio en perjuicio de las mujeres no es excesivamente grande, la comparación en términos absolutos muestra la magnitud de la diferencia entre sexos: frente a un colectivo de 378.249 hombres analfabetos y sin estudios, las mujeres suponen una cifra de más del doble, hasta alcanzar las 807.458 mujeres.

Gráfico 2.29.
Perfil educativo de la población mayor discapacitada. Por sexo



Fuente: EDDDES 1999

La discapacidad en los mayores tampoco presenta un perfil homogéneo cuando se analiza por Comunidad Autónoma. La siguiente tabla muestra el número total de mayores discapacitados y la tasa de discapacidad por mil respecto a los habitantes mayores de 65 años en cada una de las Comunidades Autónomas. Andalucía y Murcia se sitúan en la parte alta de la tabla mientras que La Rioja presenta la tasa más baja.

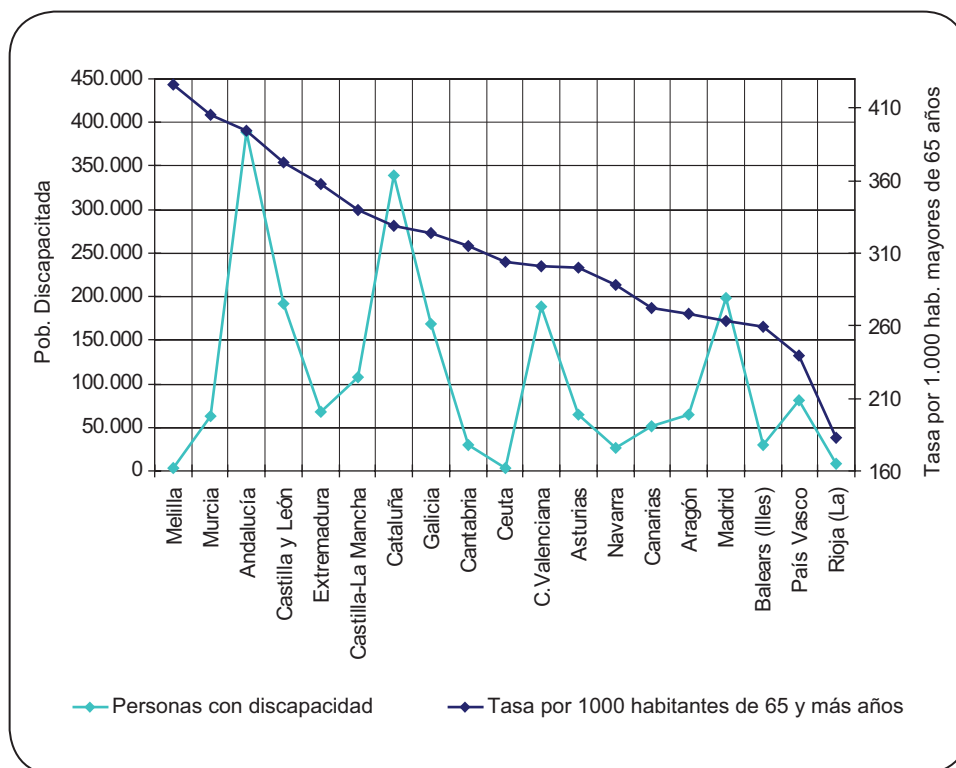
Tabla 2.20.
Población discapacitada y tasa por 1.000 habitantes mayores de 65 años por CC.AA.

	Personas con discapacidad	Tasa por 1.000 habitantes de 65 y más años		Personas con discapacidad	Tasa por 1.000 habitantes de 65 y más años
Total	2.072.652	322	Cataluña	339.553	329
Andalucía	388.837	394	Ceuta	2.604	304
Aragón	64.548	268	Extremadura	67.189	357
Asturias	63.776	300	Galicia	168.620	324
Balears (Illes)	29.684	260	Madrid	197.804	263
C. Valenciana	187.954	301	Melilla	3.227	426
Canarias	51.891	272	Murcia	62.558	405
Cantabria	29.748	315	Navarra	26.124	288
Castilla y León	191.087	373	País Vasco	80.693	239
Castilla-La-Mancha	107.881	340	Rioja (La)	8.877	183

Fuente: EDDDES 1999

Un análisis que compare al mismo tiempo las tasas relativas con el número absoluto de mayores dependientes permite comprobar que las Comunidades Autónomas de Andalucía, Cataluña, Madrid, Castilla y León y Comunidad Valenciana son las que mantienen unos valores más altos en ambos tipos de mediciones, como se muestra en el siguiente gráfico.

Gráfico 2.30.
Población discapacitada y tasa por 1.000 habitantes.
Mayores de 65 años por CC.AA



Fuente: Elaboración propia a partir de EDDDES 1999

Cuando hacemos el análisis a nivel de Comunidad Autónoma a través del porcentaje de mayores dependientes respecto a la población total en cada Comunidad se obtienen unos resultados algo diferentes en alguna de ellas: Aragón o Galicia tienen unas tasas por mil habitantes de 65 y más años relativamente bajas y, sin embargo, cuando se analiza su peso en el total de la población, el porcentaje es sensiblemente mayor. En el caso contrario se encuentran, por ejemplo, las regiones de Murcia y Andalucía.

Tabla 2.21.

Tasa de discapacidad y tasa por 1.000 habitantes mayores de 65 años por CC.AA.

	Porcentaje de discapacitados/total población por CC.AA.		Porcentaje de discapacitados/total población por CC.AA.
Total	4,64%	Cataluña	4,76%
Andalucía	4,88%	C. Valenciana	3,91%
Aragón	5,05%	Extremadura	6,18%
Asturias	5,92%	Galicia	6,09%
Balears (Illes)	2,97%	Madrid	3,29%
Canarias	2,60%	Murcia	4,57%
Cantabria	5,24%	Navarra	4,34%
Castilla y León	7,57%	País Vasco	3,78%
Castilla-La-Mancha	5,58%	Rioja (La)	2,90%

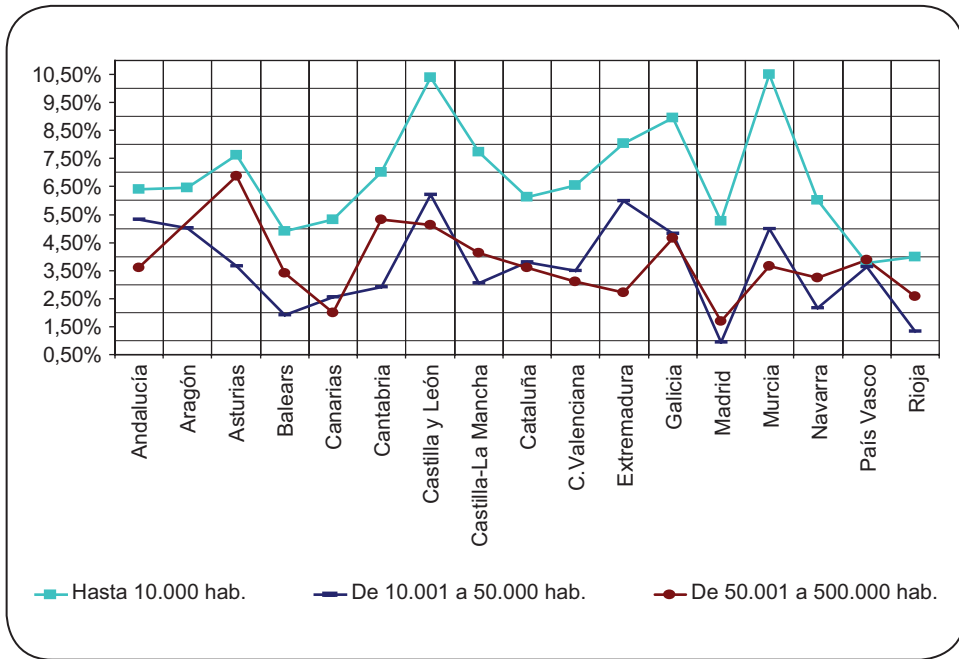
Fuente: Elaboración propia a partir de EDDDES 1999

Si nos fijamos en el tamaño del municipio, 694.227 mayores discapacitados habitan en poblaciones de menos de 10.000 habitantes, mientras que en poblaciones superiores lo hacen un total de 1.378.425, lo que representa un 66,5% de la población mayor discapacitada.

El análisis de los porcentajes de población mayor discapacitada respecto a la población total confirma que la discapacidad es un fenómeno más rural, propio de las poblaciones de menos de 10.000 habitantes, donde se sitúa en un valor para la media nacional de 7,10%, frente a un 3,92% en poblaciones entre 10.001 y 50.000 habitantes, un 3,56% en aquellas entre 50.001 y 500.000 habitantes, o un 4,81% en las poblaciones de más de 500.000 habitantes. La urbanización y el proceso de industrialización de la España de los años 60 y 70 del siglo pasado trajeron consigo un movimiento migratorio de la gente joven hacia las ciudades, lo que provocó que las poblaciones rurales envejecieran.

Estos datos también se mantienen cuando se analizan desagregadamente por Comunidad Autónoma, como se observa en el gráfico siguiente.

Gráfico 2.31.
Tasa de discapacidad sobre población total
según tamaño de municipio



Fuente: Elaboración propia a partir de EDDDES 1999

En el caso español se constata que envejecimiento y discapacidad son fenómenos predominantemente rurales. A ello contribuyó el movimiento migratorio de gente joven hacia las ciudades mencionado en la página anterior y también a que una parte de aquellos emigrantes regresan a sus municipios de origen una vez han alcanzado la edad de jubilación.

El envejecimiento rural se acentúa por tanto hasta el punto de que la proporción de personas mayores respecto del total de la población en núcleos propiamente rurales (menos de 2.000 habitantes) es de uno a cuatro, y en los más pequeños de uno a tres.

La siguiente tabla muestra claramente cómo la proporción de mayores en el medio rural es mucho más alta. Al mismo tiempo, es preciso destacar que existe una concentración de personas mayores en áreas urbanas (71,7% del total de personas mayores), en línea con el patrón de distribución general de la población, por el que el 77,8% del total de la población de todas las edades en 2005 vivía en el medio urbano, el 15,6% en municipios intermedios y un 6,6% en rurales.

Tabla 2.22.
Población según tamaño municipal. 2005

Nº habitantes	% Jóvenes	% Adultos	% Mayores
Total	15,2	68,1	16,6
Rural			
9-100	4,7	53,9	41,4
101-500	8,7	58,0	33,3
501-2000	12,2	62,1	25,6
Intermedio			
2001.5000	14,7	64,9	20,4
5001-10.000	16,0	67,2	16,8
Urbano			
10.001-20.000	16,5	68,3	15,2
20.001-50.000	16,8	69,2	14,0
50.001-100.000	16,6	69,8	13,6
100.001-500.000	15,0	70,0	15,0
>500.000	13,9	67,9	18,2

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE⁴⁷

Las estimaciones de población dependiente que realiza el Libro Blanco están basadas en la EDDES 1999, con el objetivo de intentar conocer el número de personas que el Sistema Nacional de Dependencia tendrá que atender y su clasificación según severidad para una mejor estimación de los cuidados que deben proveerse. Se ha señalado anteriormente que la EDDES 1999 sólo recoge encuestas a personas que conviven en domicilios familiares; para corregir este vacío el Libro Blanco estima en 200.000 personas los mayores discapacitados que están en Centros Residenciales.

En el análisis que realiza el Libro Blanco se distinguen dos grupos:

- Aquellos que presentan discapacidad severa y total para realizar alguna de las nueve Actividades Básicas de la Vida Diaria. Son los que requerirán una atención prioritaria del sistema, ya que sin una ayuda y cuidado permanente verían seriamente comprometida su supervivencia, lo que constituye el «núcleo duro».
- Aquellas personas que requieren ayuda para salir del hogar o realizar tareas domésticas así como aquellos que tienen alguna discapacidad moderada en áreas de autocuidado, movilidad, alimentación y funcionamiento mental básico.

⁴⁷ INE: INEBASE: Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero 2005. INE 17/01/2006.

El total de mayores dependientes asciende a 1.664.816. Para simplificar se ha considerado que el 100% de las personas institucionalizadas es mayor de 65 años, siguiendo las indicaciones del Libro Blanco; para continuar se han distribuido en partes iguales las personas institucionalizadas entre los que presentan discapacidad severa y total y los que únicamente necesitan ayuda para las tareas domésticas.

Tal como muestra la siguiente tabla, es importante hacer notar que el 41,8% de la población mayor dependiente (695.808 individuos) se encuadra en el denominado «núcleo duro» de las situaciones de dependencia.

Tabla 2.23.
Personas dependientes según tipo de residencia

	En domicilios familiares (EDDES 99)			En residencias (estimación)	TOTAL
	65 a 79 años	80 y más años	Total		
Personas dependientes					
Varones	108.496	77.155	185.651	100.000	695.808
Mujeres	204.444	205.713	410.157		
Personas con necesidad de ayuda para realizar tareas domésticas y/o discapacidad moderada en áreas de autocuidado, movilidad, alimentación y funcionamiento mental básico					
Varones	169.599	86.962	256.561	100.000	969.008
Mujeres	379.882	232.565	612.447		
TOTAL					1.664.816

Fuente: Elaboración propia a partir de Imserso, 2005

En las proyecciones que se puedan realizar hay que tener en cuenta la previsible evolución de la población mayor como consecuencia de nuestra historia demográfica, caracterizada por una disminución de nacimientos durante la Guerra Civil y primeros años de posguerra, una recuperación de la natalidad en los años subsiguientes y el *baby-boom* de los primeros años de la década de los sesenta.

Estos hechos conducirán a un aumento importante del número de personas mayores de 75 años y un descenso suave de los que se encuentran entre 65 y 75 años en la primera década del siglo XXI, en lo que algunos autores han denominado «tregua demográfica», para experimentar a partir de la segunda década un aumento mayor del grupo de personas entre 65 y 75 años.

Las proyecciones que se presentan parten de la hipótesis de que la prevalencia⁴⁸ de la dependencia descenderá de forma paulatina y será más perceptible en los niveles de menor gravedad.

Tabla 2.24.
Estimación población mayor dependiente año 2020

	2005	2010	2015	2020
Personas dependientes	826.551	931.769	1.046.410	1.156.604
Personas con necesidad de ayuda para realizar tareas domésticas y/o discapacidad moderada en áreas de autocuidado, movilidad, alimentación y funcionamiento mental básico	1.061.404	1.148.230	1.243.370	2.082.757
TOTAL	1.887.955	2.079.999	2.289.780	3.239.361

Fuente: Elaboración propia a partir de Imserso, 2005

Podemos concluir el estudio de la población discapacitada española afirmando que la edad es un factor que influye en que las personas mayores presenten situaciones de discapacidad más graves; que se produce una desigualdad en perjuicio de las mujeres; que la ausencia de estudios afecta negativamente en el grado de discapacidad de los mayores de 65 años; y, por último, que el fenómeno del envejecimiento y la discapacidad son fenómenos rurales.

2.6. EE.UU.: PROYECCIÓN DEMOGRÁFICA Y POBLACIÓN DEPENDIENTE

2.6.1. Proyecciones futuras de población

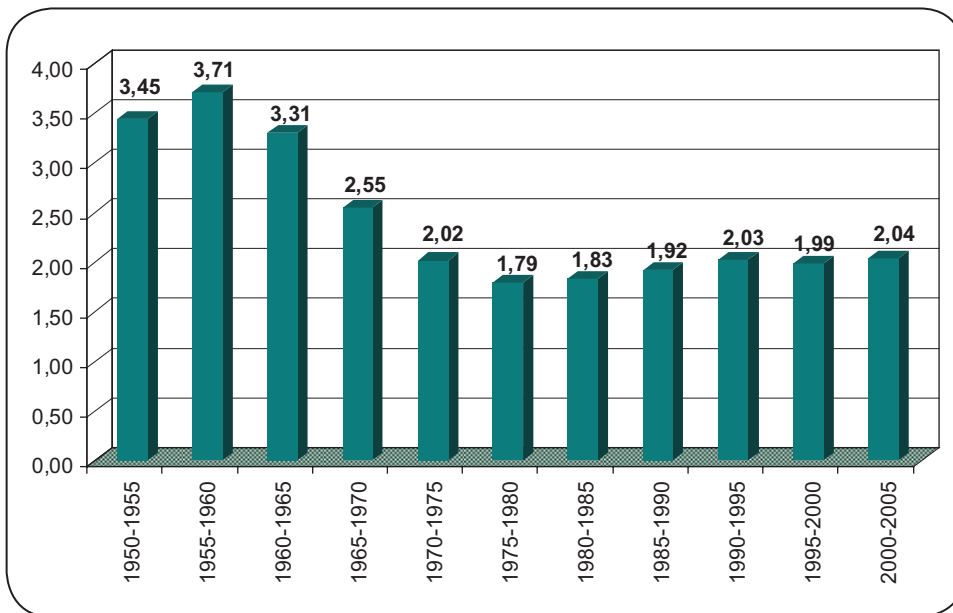
La estructura de población de EE.UU. sufrirá, al igual que el resto de la población mundial, el fenómeno de envejecimiento; sin embargo, puede decirse que es un país relativamente joven si se le compara con otros países de su entorno: en 2003 el porcentaje de población mayor se situaba en el 12,4%, cuando la media de otros países desarrollados podía situarse entre el 16% y el 18% (He et al. 2005: 6).

Además de verse favorecido por flujos migratorios positivos, EE.UU. ha disfrutado de tasas de fertilidad elevadas, como muestra el siguiente gráfico.

⁴⁸ La «prevalencia» se corresponde con el número de casos existentes de una condición en una población determinada. Es por tanto una medición puntual en el tiempo.

Si hablamos de «prevalencia de la dependencia» se refiere al número de individuos dependientes en una determinada edad y en un período de tiempo respecto al total de la población de esa misma edad.

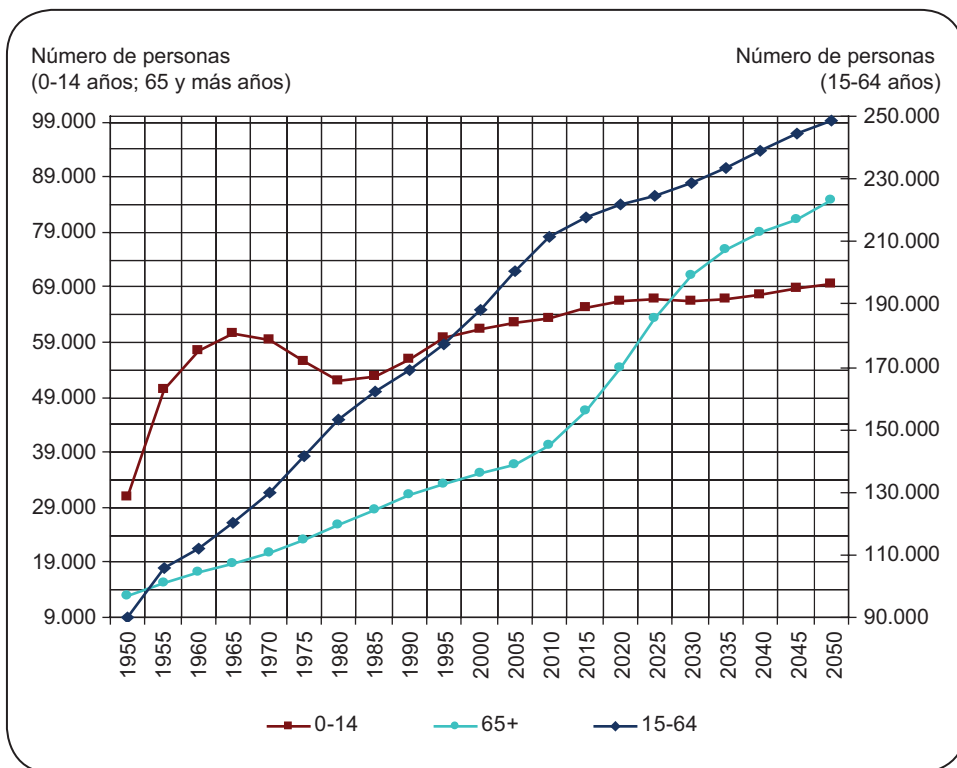
Gráfico 2.32.
Tasas de fertilidad en EE.UU. 1950-2005



Fuente: Elaboración propia a partir de Naciones Unidas.
The 2006 Revision and World Urbanization Prospects: The 2005 Revision

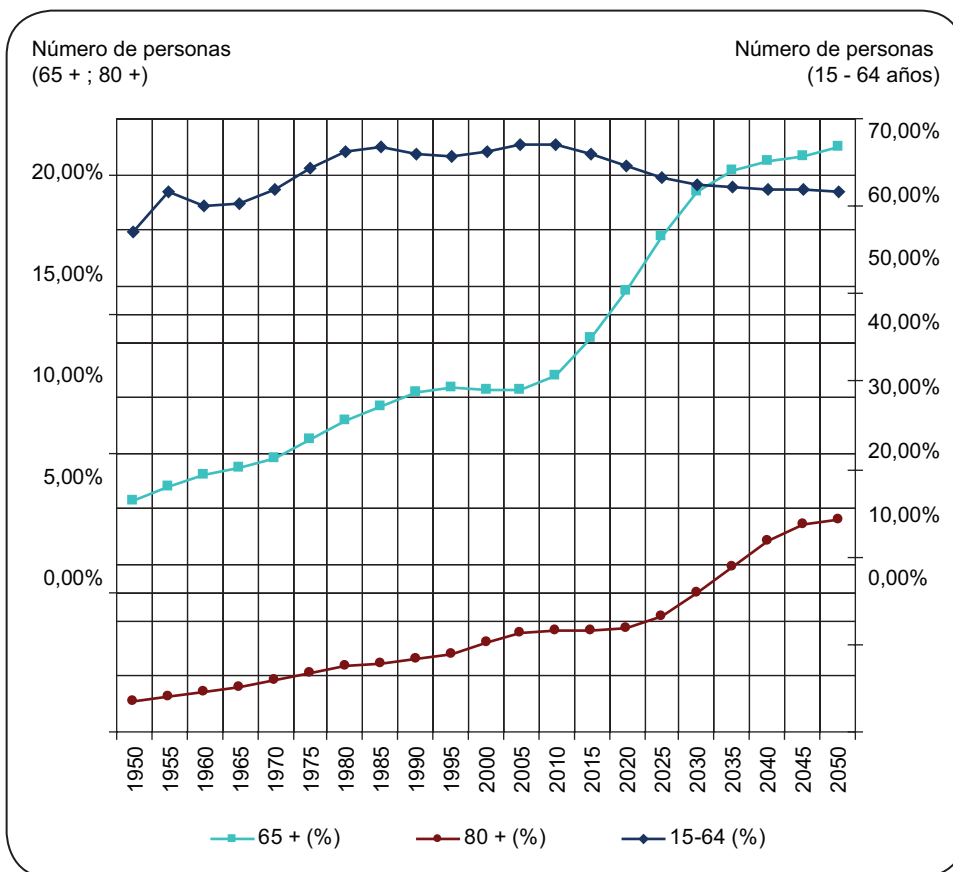
En términos absolutos se producirán aumentos en todos los tramos de edad en las proyecciones que se realizan al año 2050. Sin embargo, cuando se analiza el gráfico con los porcentajes de crecimiento anuales se observa cómo se produce un aumento muy pequeño en el grupo de población entre 15 y 64 años, mientras que en los otros dos grupos de población analizados los incrementos son espectaculares.

Gráfico 2.33.
 Evolución prevista de la población en EE.UU.
 por grandes grupos de edad al año 2050 (miles)



Fuente: Elaboración propia a partir de Naciones Unidas

Gráfico 2.34.
Evolución prevista de la población en EE.UU.
por grandes grupos de edad al año 2050 (porcentajes)



Fuente: Elaboración propia a partir de Naciones Unidas

Los gráficos anteriores muestran que la población mayor de 65 años experimentará un aumento muy importante entre los años 2010 y 2030, para suavizar su crecimiento a partir de esta fecha. La población mayor de 85 años experimentará un crecimiento similar en cuanto a porcentajes, aunque con un decalaje de varias décadas; concretamente entre los años 2020 y 2045 su participación respecto a la población total pasará del 3,71% al 7,48%.

Aquellas diferencias tan importantes que analizamos en las proyecciones de población al año 2050 que el mismo organismo (INE) realizaba en dos momentos separados por apenas diez años, se producen igualmente en el caso de EE.UU. con organismos tan dispares como Naciones Unidas, la *Federal Interagency Forum on aging-related statistics* (2004) y la *Congressional Budget Office*. Según la *Federal Interagency Forum on aging-related statistics* (2008: 2), la población mayor en EE.UU. pasó de alrededor de 3,1 millones de personas

en 1900 a 37,3 millones en el año 2006, y se espera que sobrepase la cifra de 86 millones en las proyecciones al año 2050. Naciones Unidas, por su parte, sitúa la cifra de personas mayores en poco más de 84,6 millones de personas en sus proyecciones al 2050, lo que representa el 21,03% de la población total. Por último, las proyecciones al año 2050 realizadas por el Congreso de los Estados Unidos sitúan la cifra de mayores de 65 años en un 21,5% de la población total (*Congressional Budget Office*, 2004: 13).

A pesar de esta aparente disparidad de cifras, las tres fuentes coinciden en que la población de EE.UU. experimentará un envejecimiento de la población y que el grupo de 80 años y más irá adquiriendo un peso relativo cada vez mayor.

Otro de los aspectos en el que también coinciden las tres proyecciones mencionadas es en el efecto que la generación de *baby-boomers* tendrá en el crecimiento futuro. El mayor envejecimiento se producirá entre los años 2010 y 2030, que coincide con el período en el que las generaciones de *baby-boomers* llegarán a la edad de 65 años. La tasa de crecimiento de los mayores disminuirá su tendencia después del año 2030, cuando la última generación llegue a esta edad; a partir de esa fecha la proporción de personas mayores permanecerá más o menos estable alrededor del 20% del total de la población, aunque en términos absolutos seguirá aumentando.

EE.UU. experimentará, al igual que el resto de la población mundial, el fenómeno del «envejecimiento del envejecimiento». Los mayores de 85 años pasaron de ser poco más de 100.000 en 1990 a superar la cifra de 5,3 millones de individuos en el año 2006, y se estima que sobrepasarán la cifra de 20 millones en las proyecciones al año 2050. Esta población alcanzará el 5,2% del total de la población en las cifras proyectadas al año 2050, cuando en el año 2000 sólo representaban el 3,8%.

Las proyecciones de Naciones Unidas confirman estas tendencias. La población mayor de 65 años va a ir adquiriendo un peso cada vez mayor respecto al total de población hasta superar los 84,6 millones de individuos, tal como muestra la siguiente tabla. En cuanto al fenómeno del «envejecimiento del envejecimiento», la población de más de 80 años se multiplicará por dos entre 2005 y 2050, hasta alcanzar la cifra de 30,5 millones de personas al final del período, lo que supondrá un 7,60% de la población total. El gráfico siguiente compara de forma visual los datos expuestos.

Tabla 2.25.
Evolución de la población mayor en EE.UU. 1950-2050 (miles)

	65 y más años		80 y más años		Población Total
	Número	%	Número	%	
1950	13.042	8,26%	1.800	1,14%	157.813
1955	15.073	8,81%	2.223	1,30%	171.074

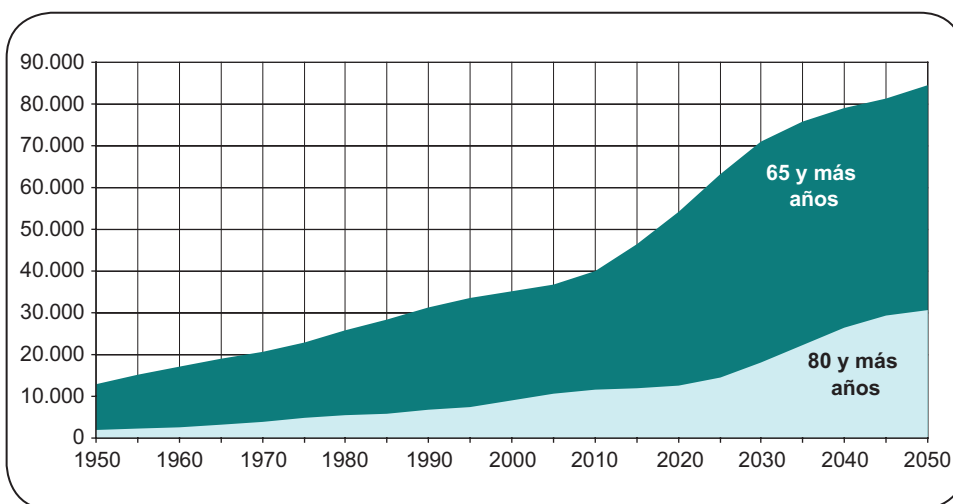
Continúa

	65 y más años		80 y más años		Población Total
	Número	%	Número	%	
1960	17.101	9,19%	2.643	1,42%	186.158
1965	18.945	9,50%	3.155	1,58%	199.386
1970	20.666	9,84%	3.837	1,83%	210.111
1975	23.035	10,46%	4.690	2,13%	220.165
1980	25.870	11,20%	5.460	2,36%	230.917
1985	28.422	11,69%	5.915	2,43%	243.063
1990	31.288	12,22%	6.657	2,60%	256.098
1995	33.348	12,36%	7.565	2,80%	270.245
2000	35.065	12,31%	9.139	3,21%	284.857
2005	36.751	12,26%	10.626	3,54%	299.846
2010	40.147	12,76%	11.564	3,67%	314.692
2015	46.356	14,09%	11.959	3,63%	329.010
2020	54.259	15,84%	12.692	3,71%	342.547
2025	63.204	17,81%	14.643	4,13%	354.930
2030	71.059	19,41%	18.217	4,97%	366.187
2035	75.932	20,17%	22.340	5,93%	376.492
2040	78.964	20,46%	26.503	6,87%	385.868
2045	81.331	20,62%	29.500	7,48%	394.426
2050	84.615	21,03%	30.598	7,60%	402.415

Fuente: Elaboración propia a partir de Naciones Unidas

Gráfico 2.35.

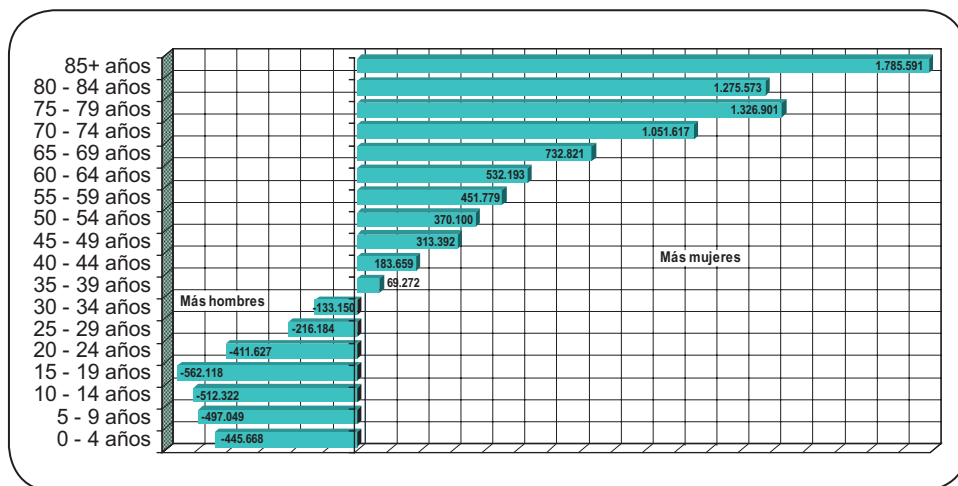
Evolución de la población mayor en EE.UU. 1950-2050 (miles)



Fuente: Elaboración propia a partir de Naciones Unidas

El componente de género también existe en la población mayor norteamericana y, al igual que en el caso español, la diferencia se acentúa conforme aumenta la edad de las personas mayores, como muestra el siguiente gráfico.

Gráfico 2.36.
Diferencia entre mujeres y hombres por grupos de edad. 2000

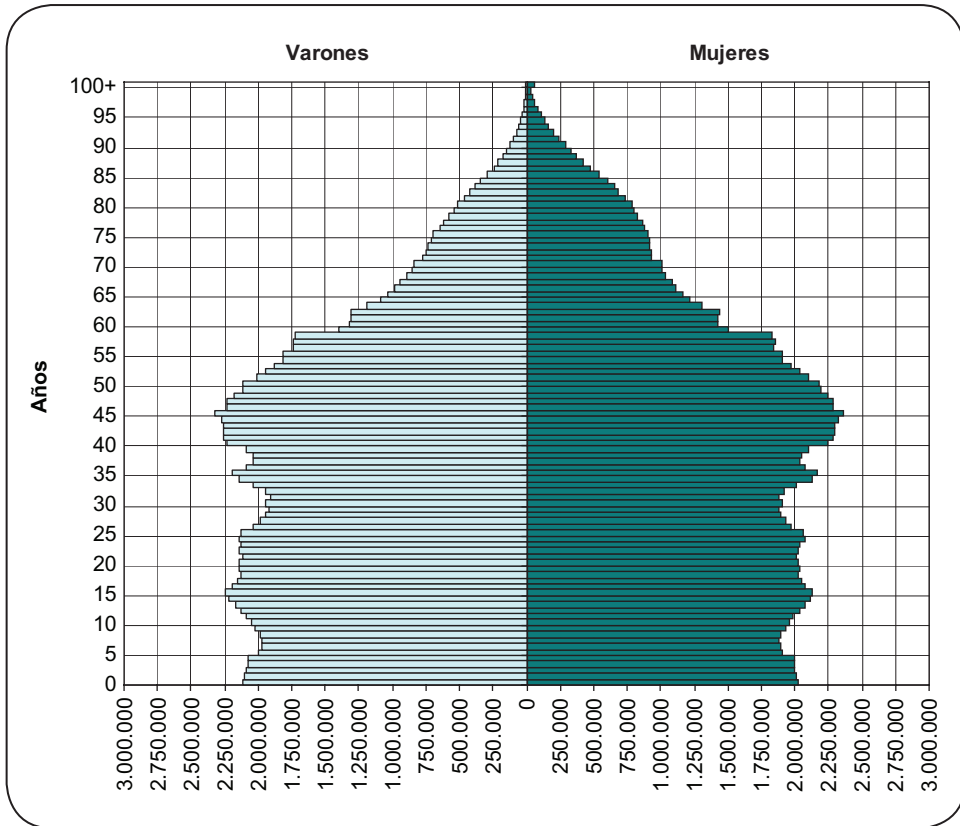


Fuente: Elaboración propia a partir de U.S. Census Bureau⁴⁹

La asimetría de género en las personas mayores a favor de las mujeres se acentuará en años venideros; las proyecciones existentes al año 2050, como se puede observar en el siguiente gráfico, constatan este fenómeno.

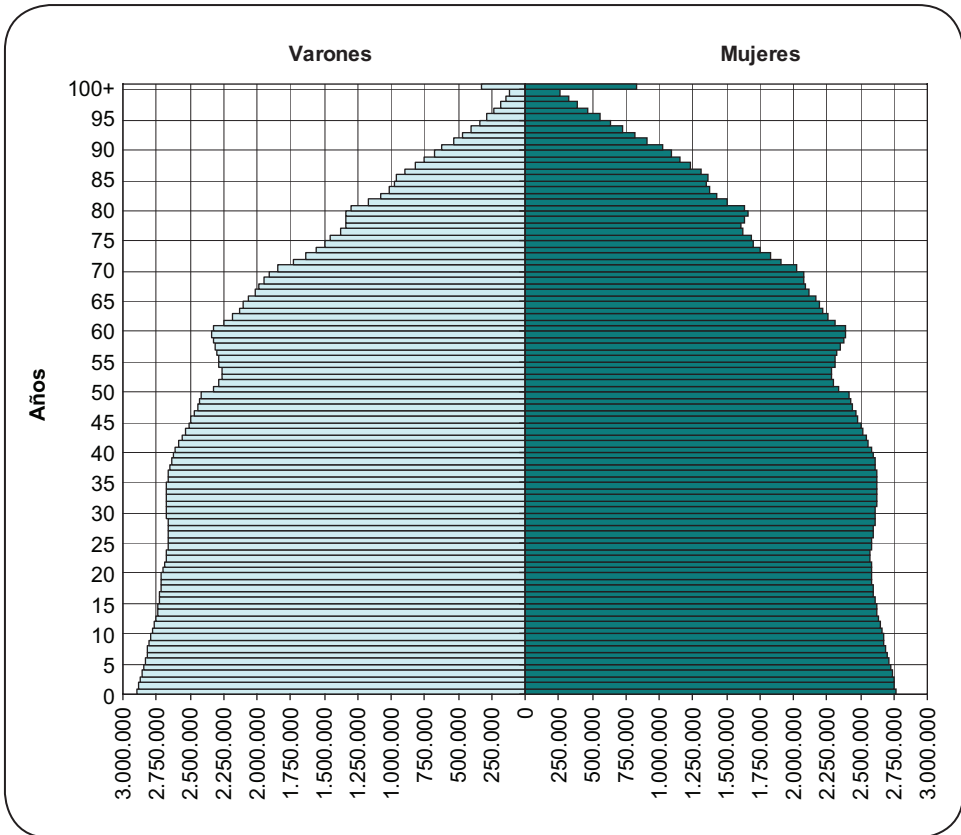
⁴⁹ Los datos de población de EE.UU. de U.S. Census Bureau de este apartado corresponden a Population Division, Interim State Population Projections 2005.

Gráfico 2.37. Pirámide de población en EE.UU. 2005



Fuente: Elaboración propia a partir de <http://www.census.gov/ipc/www/usinterimproj>

Gráfico 2.38. Pirámide de población en EE.UU. 2050



Fuente: Elaboración propia a partir de <http://www.census.gov/ipc/www/usinterimproj>

La diversidad de razas que presenta la sociedad norteamericana se intensifica cuando se trata de población mayor, y aumenta a medida que ésta aumenta en número.

La siguiente tabla muestra la evolución en el número de personas mayores y porcentajes respecto al total de los distintos grupos raciales en EE.UU., atendiendo a los datos del *U.S. Census Bureau* (2004).

Se observa que los blancos no hispanos agrupan la gran mayoría de la población mayor en EE.UU., aunque su peso relativo se prevé que disminuya sustancialmente en el año 2050; de hecho es el único grupo racial que presenta una disminución porcentual. El colectivo de hispanos es el que más rápido crece, llegando a superar incluso al de población negra (ésta última recoge a individuos negros o afroamericanos). La población asiática presenta la segunda tasa de crecimiento.

Tabla 2.26.

Población mayor en EE.UU. por raza y origen hispano. 2003, 2006 y 2050

	Estimación 2003		Estimación 2006		Proyección 2050	
	Número	%	Número	%	Número	%
Blancos no hispanos	29.597.559	82,5%	30.187.588	80,8%	53.159.961	60,0%
Sólo negros	3.011.410	8,4%	3.167.986	8,5%	10.401.575	12,0%
Sólo asiáticos	954.967	2,7%	1.176.599	3,2%	6.776.033	7,8%
Todas las razas solas o combinadas	398.551	1,1%	413.355	1,1%	2.328.390	2,7%
Hispanos de cualquier raza	2.034.994	5,7%	2.399.320	6,4%	15.178.025	17,5%

Fuente: Elaboración propia a partir de *Federal Interagency Forum on aging-related statistics*, 2004 y 2008

El estudio de la población mayor en EE.UU. nos conduce a unas conclusiones muy similares a las que veíamos para el caso español, aunque en unas proporciones sensiblemente inferiores. El porcentaje de población mayor respecto a la población total será inferior en EE.UU. al de España en 977 puntos básicos.

Por lo que respecta al fenómeno del «envejecimiento del envejecimiento», también se producirá aunque en menor medida que en España. Mientras que en este último país la proporción de personas mayores de 80 años se multiplicará casi por tres entre 2005 y las proyecciones al año 2050, en el caso de EE.UU. esta proporción será de dos veces. Mientras que en España este grupo poblacional representará un 11,1% del total de población mayor de 65 años en las proyecciones al año 2050, en el caso de EE.UU. este porcentaje será del 7,60%.

A continuación, y tras ver en detalle las proyecciones futuras de población en EE.UU., pasamos a estudiar las previsiones de población dependiente en las próximas décadas en dicho país.

2.6.2. Población mayor discapacitada en EE.UU. y proyecciones de población dependiente

Lafortune y Balestat (2007) recoge, en su trabajo acerca de la tendencia futura de las tasas de discapacidad severa en la población mayor de 65 años en 12 países de la OCDE, los resultados concretos de EE.UU., que detallaremos a continuación. Hemos de aclarar que el informe utiliza el concepto «edad ajustada» (*age-standardised* o *age-adjusted*), que proporciona una medida más consistente de la evolución de la tasa de discapacidad en un período determinado, ya que elimina el efecto del envejecimiento de la población de más de 65 años a lo largo del tiempo.

Presentamos a continuación los resultados de la encuesta denominada *National Long-Term Care Survey* (NLTC), realizada a población mayor resi-

dente, tanto en sus hogares como en instituciones, que declaró necesitar ayuda, al menos, para una Actividad Básica de la Vida Diaria o Actividad Instrumental de la Vida Diaria. La siguiente tabla muestra los resultados de forma resumida.

Tabla 2.27.

Población mayor de 65 años con al menos una limitación en ABVD en EE.UU.

	1982	1984	1989	1994	1999	2004/05
En domicilio						
65 + (edad ajustada)	13.2%	13.2%	13.4%	12.4%	13.0%	12.6%
65 a 74	7.9%	7.5%	7.0%	7.0%	6.8%	6.2%
75 a 84	15.5%	15.2%	16.6%	14.6%	15.6%	15.2%
85 +	27.3%	29.8%	28.5%	26.9%	30.6%	29.9%
Institucionalizada						
65 + (edad ajustada)	7.5%	7.0%	6.9%	6.3%	4.9%	4.0%
65 a 74	2.0%	1.7%	1.9%	1.6%	1.4%	0.9%
75 a 84	8.1%	7.1%	7.0%	6.3%	4.3%	4.1%
85 +	27.2%	26.6%	26.1%	24.6%	19.5%	15.6%
En domicilio e institucionalizada						
65 + (edad ajustada)	20.7%	20.2%	20.3%	18.7%	17.9%	16.6%
65 a 74	9.9%	9.2%	8.9%	8.6%	8.2%	7.1%
75 a 84	23.6%	22.3%	23.6%	20.9%	19.9%	19.3%
85 +	54.5%	56.4%	54.6%	51.5%	50.1%	45.5%

Fuente: Lafortune y Balestat, 2007

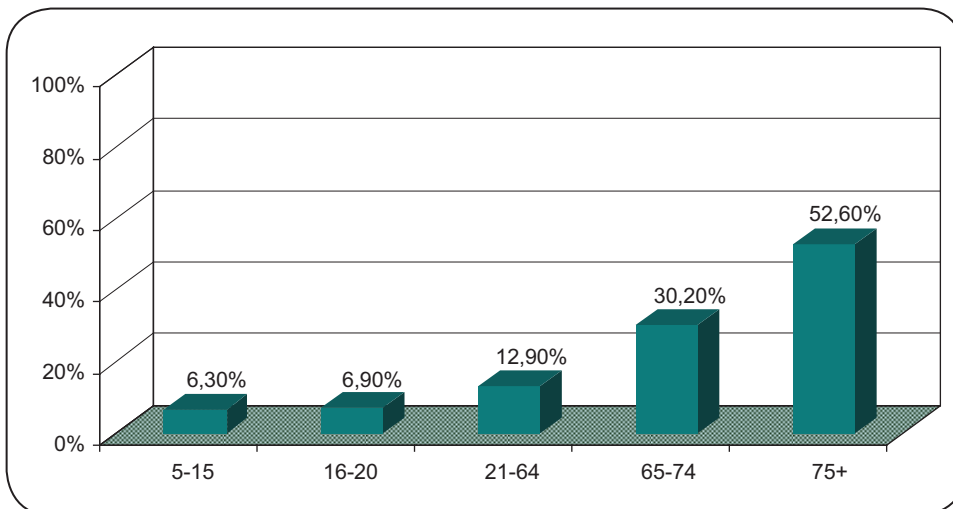
Se observa una disminución considerable de la tasa de prevalencia de discapacidad entre 1982 y 2004/05: al final del período objeto de estudio se sitúa en el 16,6% para el conjunto de la población mayor de 65 años desde un valor del 20,7% en 1982.

La razón fundamental de esta disminución hay que buscarla en el fuerte descenso en la tasa de prevalencia de la población institucionalizada, que se reduce a casi la mitad, mientras que la tasa de prevalencia para la población que reside en sus domicilios apenas se ve reducida en 6 puntos básicos.

Es destacable igualmente cómo la tasa de prevalencia de discapacidad aumenta con la edad, con independencia de las condiciones de vida del individuo discapacitado.

El estudio realizado por *Rehabilitation Research and Training Center on Disability Demographics and Statistics* (2007: 3), cuyos resultados se muestran en el siguiente gráfico, confirma la tesis de que la tasa de discapacidad es creciente con la edad y que ésta aumenta más rápidamente a medida que la edad es más avanzada.

Gráfico 2.39.
Tasas de discapacidad por tramos de edad. 2006



Fuente: Elaboración propia a partir de *Rehabilitation Research and Training Center on Disability Demographics and Statistics, 2007*

Este mismo informe estudia la prevalencia de discapacidad según unas categorías determinadas que se muestran en la siguiente tabla. Los datos muestran de nuevo que la tasa de prevalencia de discapacidad aumenta con la edad, así como que la tasa más alta de discapacidad está relacionada con la falta de capacidades físicas, mientras que el valor más bajo se asocia con la falta de tareas de autocuidado.

Tabla 2.28.
Prevalencia de discapacidad. Población mayor de 65 años de EE.UU. 2006

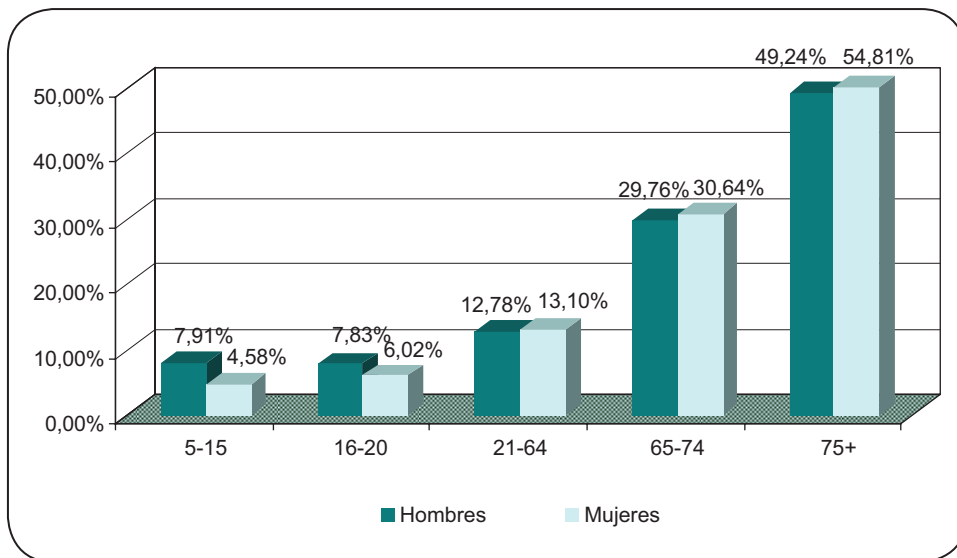
	65 a 74 años		75 +		65 +	
	Prevalencia	Nº (miles)	Prevalencia	Nº (miles)	Prevalencia	Nº (miles)
Cualquier discapacidad	30,2%	5.632	52,6%	8.922	40,9%	14.554
Sensorial	10,0%	1.863	23,6%	4.004	16,5%	5.867
Física	23,4%	4.352	40,0%	6.774	31,3%	11.126
Mental	7,7%	1.426	17,4%	2.944	12,3%	4.370
Autocuidado	6,1%	1.129	15,2%	2.572	10,4%	3.701
Salir de casa	9,4%	1.743	26,8%	4.537	17,6%	6.280

Fuente: Elaboración propia a partir de *Rehabilitation Research and Training Center on Disability Demographics and Statistics, 2007*

Si incorporamos el análisis de género se constata que en las personas mayores existe un predominio de las mujeres con discapacidad, como muestra el siguiente gráfico.

Gráfico 2.40.

Tasas de discapacidad por tramos de edad por género. 2006



Fuente: Elaboración propia a partir de *Rehabilitation Research and Training Center on Disability Demographics and Statistics, 2007*

En el caso de EE.UU. existe también una relación entre el nivel de educación y la posibilidad de tener una discapacidad cuando se alcanza la edad de 65 años. Johnson et al (2007: 6) señala que gran parte de la disminución de las tasas de discapacidad en EE.UU. se debe a mejoras en el nivel de educación de la población mayor.

Al igual que en el caso de España, resulta de interés conocer las proyecciones de población discapacitada y población dependiente. Para ello acudiremos al trabajo de Johnson et al (2007), en el que se realizan proyecciones al año 2040 de población discapacitada en EE.UU. El trabajo mencionado estudia tres escenarios de discapacidad posibles. En el más favorable proyecta una disminución de un 1% cada año indefinidamente; la proyección más negativa plantea un aumento del 0,6% cada año entre 2000 y 2014 para permanecer constante a partir de esa fecha; por último, el escenario intermedio, que será del que presentaremos los resultados, no asume ningún comportamiento predefinido en la tasa de discapacidad y en su lugar establece que la discapacidad depende de factores como la tasa de mortalidad, el nivel de educación, el nivel de ingresos, la edad y la raza.

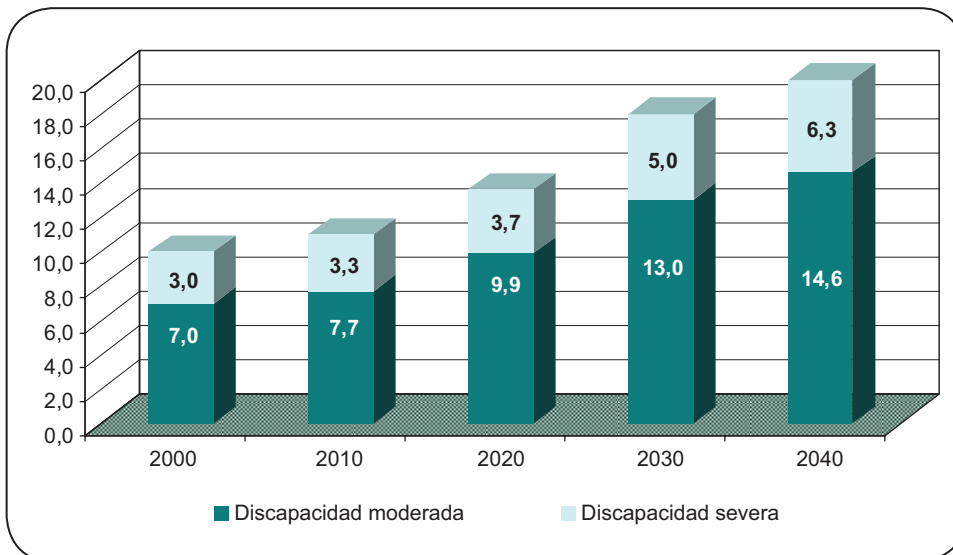
La proyección muestra una tendencia creciente en el número de mayores discapacitados. Entre los años 2000 y 2040, su número se habrá doblado desde 10 millones hasta casi 21 millones a final del período objeto de estudio, tal como muestra el siguiente gráfico, que clasifica la población discapacitada en dos situaciones: discapacidad «moderada» (cuando el individuo presenta

dificultades para realizar dos o menos Actividades Básicas de la Vida Diaria) y discapacidad «severa» (cuando esa dificultad se presenta para tres o más Actividades Básicas de la Vida Diaria).

El concepto de persona mayor «frágil» se define como aquella que tiene 65 o más años y que presenta dificultades para desarrollar al menos una Actividad Básica o Instrumental de la Vida Diaria.

Gráfico 2.41.

Número de mayores de 65 años «frágiles». Escenario intermedio. 2040 (millones)

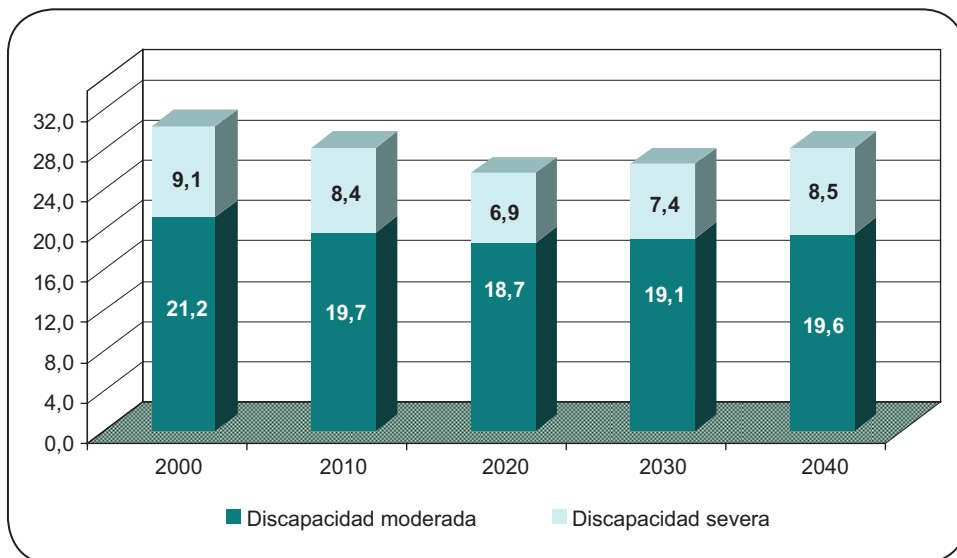


Fuente: Elaboración propia a partir de Johnson et al, 2007

Entre los años 2000 y 2020 la tasa de discapacidad de las personas mayores descenderá del 30,3% al 25,6%; sin embargo, volverá a tomar la senda de crecimiento entre 2020 y 2040, toda vez que la generación del *baby-boom* comienza a alcanzar la edad de 85 años hacia el año 2030, como muestra el gráfico siguiente.

Gráfico 2.42.

Porcentaje de mayores de 65 años con discapacidad. Escenario intermedio. 2040



Fuente: Elaboración propia a partir de Johnson et al, 2007

Las conclusiones que podemos extraer de EE.UU. son muy similares a las del caso español: la tasa de prevalencia de discapacidad aumenta con la edad; las mujeres soportan tasas de prevalencia de discapacidad superiores a las de los hombres; y el nivel de estudios condiciona la posible situación de discapacidad cuando se superan los 65 años. Además, las proyecciones auguran una disminución progresiva hasta la década de 2020 en la tasa de discapacidad en personas mayores; a partir del año 2030 esta tasa repuntará, debido fundamentalmente al envejecimiento de las generaciones de *baby-boom*.

2.7. FRANCIA: PROYECCIÓN DEMOGRÁFICA Y POBLACIÓN DEPENDIENTE

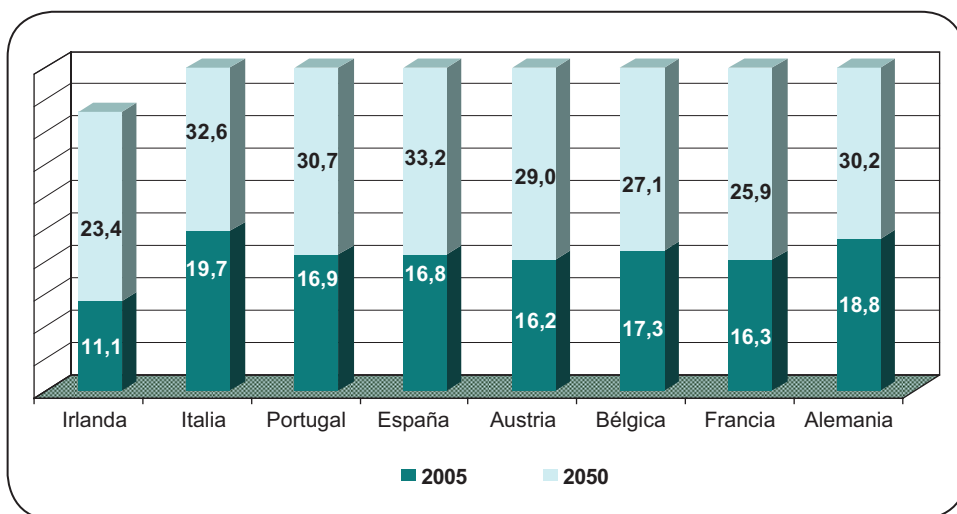
2.7.1. Proyecciones futuras de población

Francia, al igual que el resto de países del viejo continente, presenta una estructura de población más envejecida que la de países de otras regiones. Si se le compara, sin embargo, con otros países de Europa Occidental, su proporción de personas mayores de 65 años respecto al total de la población es menos elevada.

El siguiente gráfico muestra la comparación de varios países de Europa Occidental en el año 2005. Puede comprobarse que, con excepción de Irlanda y Austria, Francia es el país que presenta la tasa más baja de pobla-

ción mayor de 65 años respecto al total de la población. Cuando se analizan las proyecciones al año 2050, la situación mejora: la población francesa va a envejecer a menor ritmo que la del resto de países de su entorno, lo que la situará por detrás únicamente de Irlanda, con quien reducirá su diferencia a apenas 25 puntos básicos.

Gráfico 2.43.
Porcentaje de población mayor de 65 años. 2005 y proyección 2050



Fuente: Elaboración propia a partir de Naciones Unidas

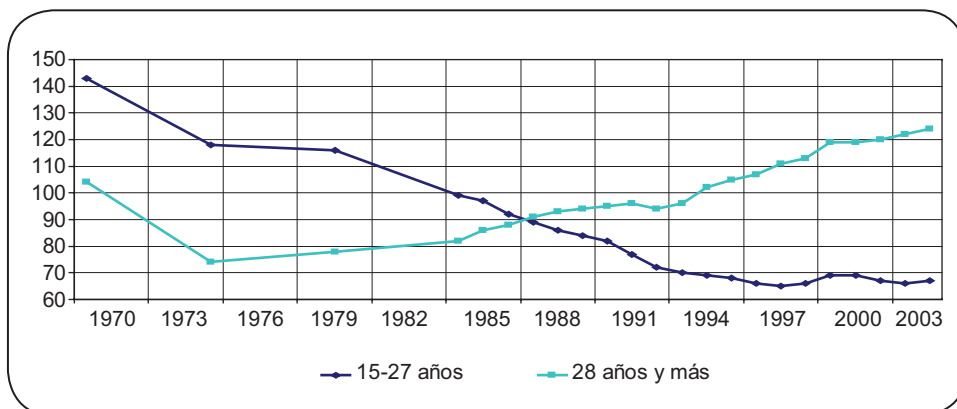
Según la misma fuente de Naciones Unidas, la tasa de fertilidad habría caído desde un valor de 3,71 hijos por mujer en el período 1955-1960 a una tasa de 2,04 en el primer lustro del siglo XXI, después de haber remontado desde su punto más bajo de 1,79 hijos por mujer en el período 1975-1980.

Complementariamente al descenso en el número de hijos por mujer, se ha producido en las tres últimas décadas del siglo pasado un retraso en la edad media de la maternidad, lo que contribuye al envejecimiento de la población.

En el gráfico siguiente puede verse cómo, a partir de 1988, en que por primera vez la tasa de fecundidad de las mujeres de más de 28 años supera a las del grupo de entre 15 y 27 años, las curvas de ambos grupos siguen tendencias contrarias. El grupo de mujeres entre 15 y 27 años experimentará disminuciones sucesivas en la tasa de fecundidad hasta el año 1999, con un valor mínimo de 66 hijos por cada 100 mujeres; el grupo de mujeres con edad superior a 28 años registrará crecimientos año tras año, con un ligero estancamiento entre los años 2000 y 2002 y valores alrededor de 120 hijos por cada 100 mujeres. La máxima diferencia se encuentra en el año 2004, donde se registran unos valores de 67 hijos y 124 hijos por cada 100 mujeres para ambos grupos de edad respectivamente.

Gráfico 2.44.

Evolución de la tasa de fecundidad según edad de la madre (por cada 100 mujeres). 1970-2004



Fuente: Elaboración propia a partir de Prioux, 2005

La evolución de la tasa de fecundidad para el período 1999 a 2004 que se presenta en la siguiente tabla confirma el repunte que Naciones Unidas fijaba para este valor en los primeros años del siglo XXI. El análisis por grupos de edad pone de manifiesto que el aumento de 112 hijos por cada 1.000 mujeres, en el período objeto de estudio, se sustenta en los grupos de mujeres de más de 25 años.

Tabla 2.29.

Evolución de la tasa de fecundidad por grupos de edad (por cada 1.000 mujeres). 1999-2004

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Menos de 20 años	37	40	42	41	39	40
20 a 24 años	268	280	286	278	274	277
25 a 29 años	644	666	655	648	644	645
30 a 34 años	556	585	584	583	596	607
35 a 39 años	235	250	255	259	264	272
40 años y más	52	56	58	59	62	64
Total	1.792	1.876	1.880	1.869	1.879	1.904

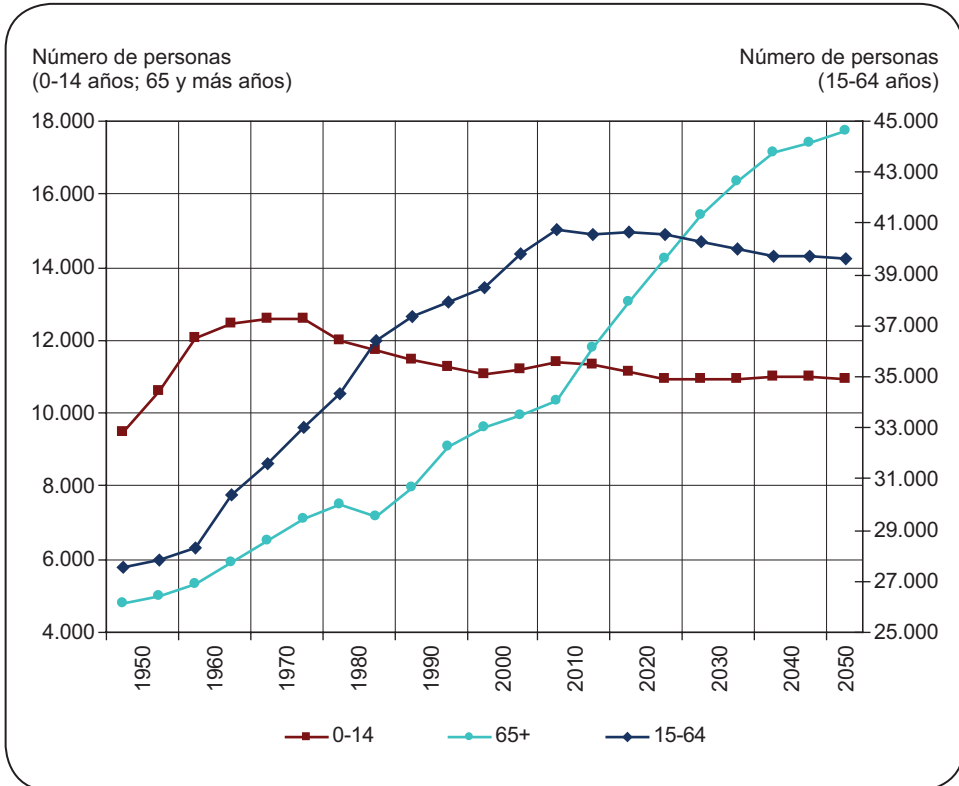
Fuente: Prioux, 2005, 451

La tendencia anterior causa un retraso en la edad media en la que las mujeres tienen su primer hijo, lo que contribuye al envejecimiento de la población. En el caso francés se pasó de una edad media de 26,5 años en 1977 a 29,7 años en 2005.

Francia sigue un patrón de desarrollo similar a los países de Europa Occidental, con aumentos en términos absolutos mucho mayores en la pobla-

ción mayor de 65 años que en el resto de grupos poblacionales de edades inferiores.

Gráfico 2.45.
Evolución prevista de la población francesa por grandes grupos de edad al año 2050 (miles)

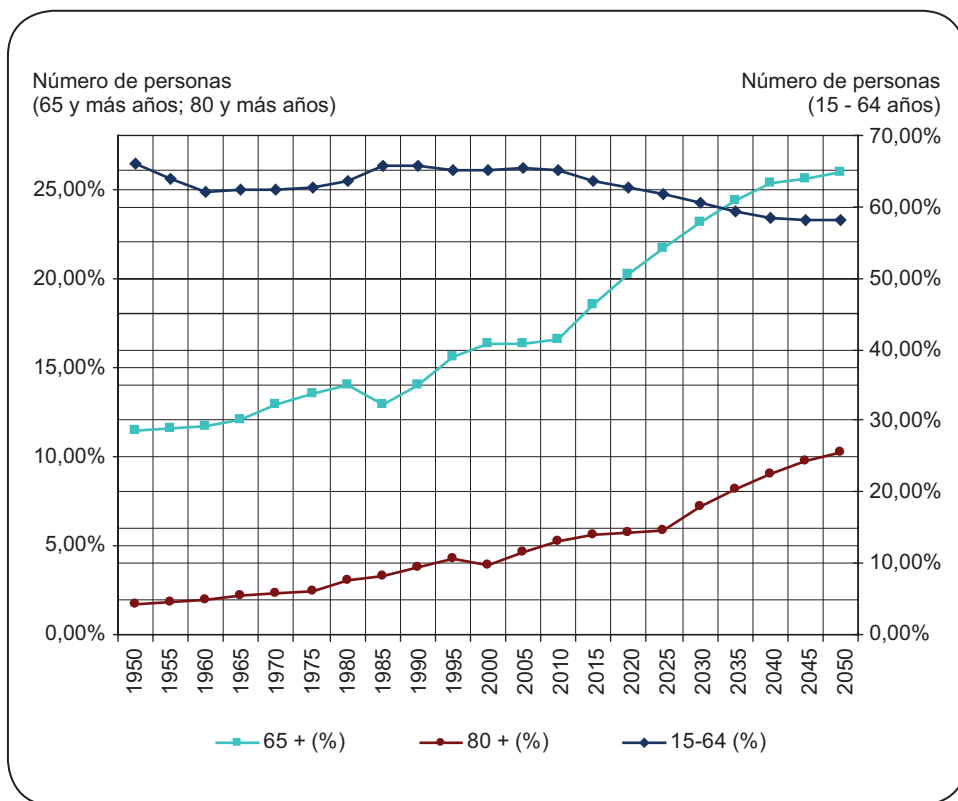


Fuente: Elaboración propia a partir de Naciones Unidas

En términos absolutos, se producirán aumentos en todos los tramos de edad en las proyecciones que se realizan al año 2050, aunque el más espectacular será el correspondiente a la población mayor de 65 años, que verá cuadruplicar su número respecto a la cifra de 1950. La población de edad inferior a 14 años apenas crecerá en el período objeto de estudio; por su parte, el grupo de edad entre 15 y 64 años pasará de algo más de 27 millones de individuos a casi 40 millones en las proyecciones al año 2050.

El análisis del gráfico con los porcentajes de crecimiento anuales constata la pérdida de peso del grupo de población entre 15 y 64 años, mientras que los otros dos grupos de población aumentan su participación en el conjunto de la población de manera constante durante todo el período estudiado.

Gráfico 2.46.
Evolución prevista de la población en Francia
por grandes grupos de edad al año 2050 (porcentajes)



Fuente: Elaboración propia a partir de Naciones Unidas

Hemos constatado en los casos de España y EE.UU. que las proyecciones de población a largo plazo realizadas por distintos entes pueden arrojar diferencias importantes. En el caso francés también se da este fenómeno cuando se proyecta la cifra de personas mayores al año 2050: mientras Naciones Unidas y Eurostat proyectan una cifra en términos absolutos muy parecida y cercana a 18 millones, el Insee lo sitúa en 18.322.808. En términos relativos, sin embargo, la proyección de Naciones Unidas es de 132 puntos básicos inferior a la de Eurostat y sólo 26 puntos básicos menor que la de Insee.

La tabla siguiente muestra las diferencias entre las tres fuentes mencionadas en cuanto a población total, población mayor de 65 años en términos absolutos y porcentajes de mayores de 65 años respecto al total de la población.

Tabla 2.30.
Comparación proyecciones población total
y población mayor francesa 2005-2050 (miles)

	Naciones Unidas			Insee			Eurostat ⁵⁰		
	Poblac. Total	Poblac. 65 +	% Pobl. 65 +	Poblac. Total	Poblac. 65 +	% Pobl. 65 +	Poblac. Total	Poblac. 65 +	% Pobl. 65 +
2005	60.991	9.957	16,33%	60.702	9.968	16,42%	59.901	9.806	16,37%
2010	62.507	10.342	16,55%	62.302	10.377	16,66%	61.239	10.205	16,66%
2015	63.746	11.812	18,53%	63.728	11.718	18,39%	62.404	11.397	18,26%
2020	64.825	13.076	20,17%	64.975	13.080	20,13%	63.392	12.864	20,29%
2025	65.769	14.267	21,69%	66.105	14.340	21,69%	64.236	14.189	22,09%
2030	66.605	15.431	23,17%	67.216	15.620	23,24%	64.981	15.499	23,85%
2035	67.307	16.374	24,33%	68.210	16.736	24,54%	65.606	16.667	25,40%
2040	67.819	17.134	25,26%	69.051	17.656	25,57%	65.967	17.588	26,66%
2045	68.121	17.436	25,60%	69.556	17.945	25,80%	65.980	17.755	26,91%
2050	68.270	17.705	25,93%	69.961	18.323	26,19%	65.762	17.921	27,25%

Fuente: Elaboración propia

La pirámide población del año 2005 muestra de forma clara el efecto en la natalidad de las dos guerras mundiales (grupos de población entre 80 y 85 años y entre 60 y 64 años), así como el comienzo y final del *baby-boom* (grupos de población entre 35 y 55 años).

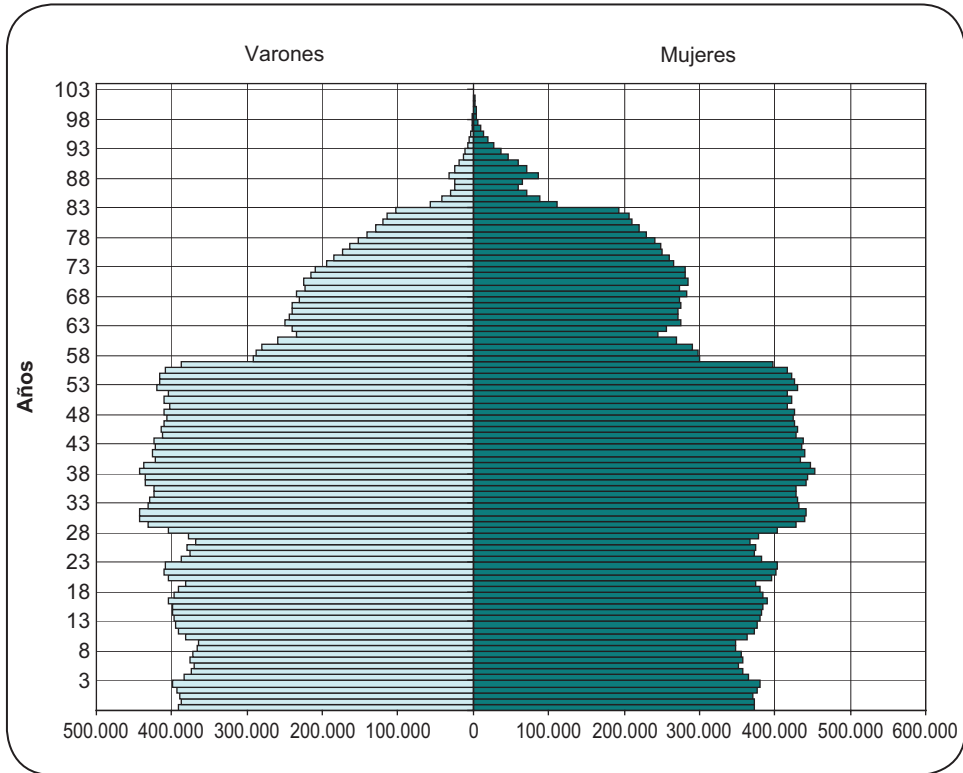
En las proyecciones al año 2050 la población más joven disminuirá su peso relativo, mientras que la población mayor de 85 años será cada vez más numerosa, tanto en términos absolutos como relativos.

El fenómeno del *baby-boom* tendrá, al igual que en otros países occidentales, un efecto muy importante en el envejecimiento, como coinciden en señalar la mayoría de los autores. En el momento en que la primera generación comience a llegar a los 65 años comenzará a disminuir la proporción de población entre 20 y 59 años. En 2040 las generaciones del *baby-boom* tendrán entre 65 y 95 años.

La figura que representa la pirámide poblacional proyectada al año 2050 se parecerá más a un cilindro que a una pirámide.

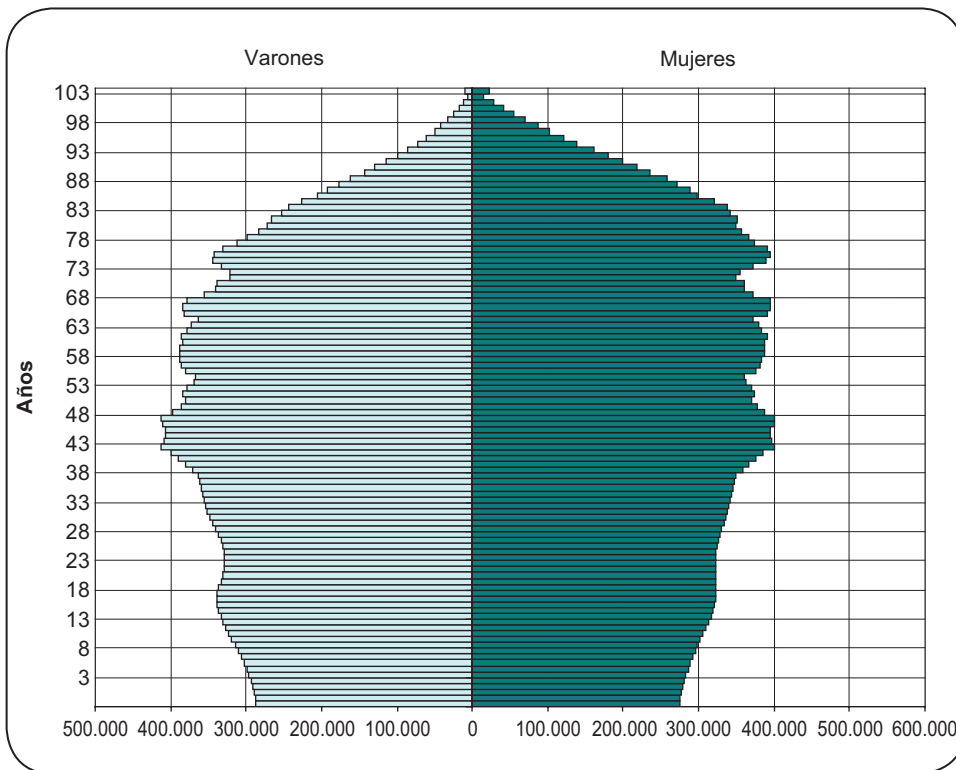
⁵⁰ El dato de 2005 en el caso de Eurostat corresponde realmente a 2004.

Gráfico 2.47.
Pirámide de población. Francia Metropolitana. 2005



Fuente: Elaboración propia a partir de <http://ined.fr>.

Gráfico 2.48.
Pirámide de población. Francia Metropolitana. 2050

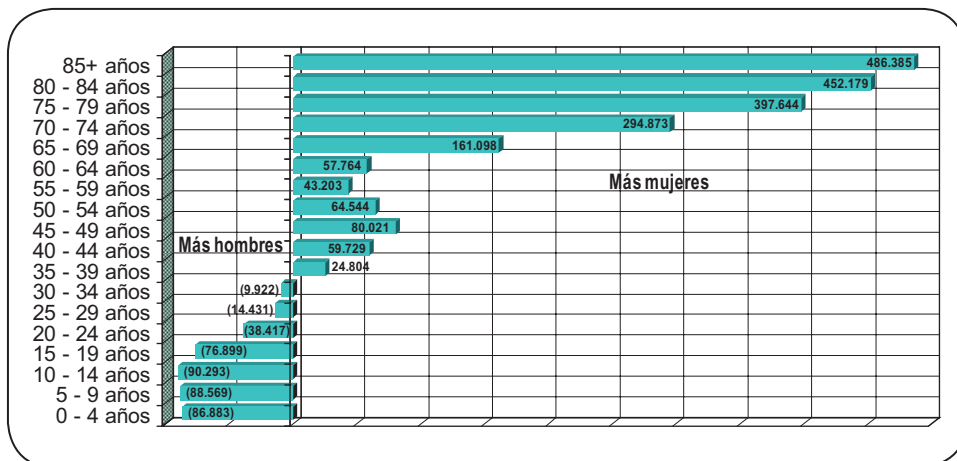


Fuente: Elaboración propia a partir de <http://ined.fr>.⁵¹

La incorporación del componente de género se hace también necesaria para analizar el envejecimiento de la población francesa. Al igual que en otras sociedades occidentales, a medida que la población envejece aumenta de forma creciente la proporción de mujeres respecto a los varones, como muestra el siguiente gráfico.

⁵¹ INED (*Institut National d'Études Démographiques*) excluye de este concepto los territorios de Antillas, Guyane y Reunion.

Gráfico 2.49.
Diferencia entre mujeres y hombres por grupos de edad. 2000



Fuente: Elaboración propia a partir de Naciones Unidas, 2006

En enero de 2004 había 9.967.336 personas mayores de 65 años, de los que aproximadamente 2.400.000 eran octogenarios y 14.383 sobrepasaban los 100 años de edad.

El fenómeno del «envejecimiento del envejecimiento» se producirá también en la población francesa, de forma que los grupos poblacionales de más de 85 años crecerán más rápidamente que los demás, como muestran la tabla siguiente y el gráfico obtenido a partir de sus datos.

Tabla 2.31.
Evolución de la población total y población mayor francesa (miles). 1950-2050

	65 y más años		80 y más años		Población Total
	Número	%	Número	%	
1950	4.763	11,4%	700	1,7%	41.829
1955	5.021	11,6%	775	1,8%	43.428
1960	5.317	11,6%	914	2,0%	45.684
1965	5.905	12,1%	1.039	2,1%	48.758
1970	6.536	12,9%	1.173	2,3%	50.772
1975	7.102	13,5%	1.300	2,5%	52.699
1980	7.525	14,0%	1.662	3,1%	53.880
1985	7.159	12,9%	1.818	3,3%	55.284
1990	7.935	14,0%	2.136	3,8%	56.735
1995	9.068	15,6%	2.495	4,3%	58.203

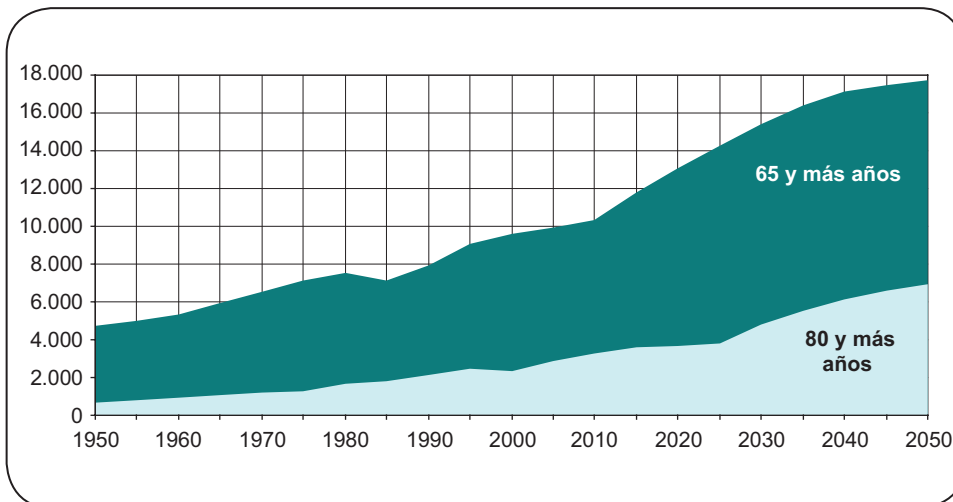
Continúa

	65 y más años		80 y más años		Población Total
	Número	%	Número	%	
2000	9.629	16,3%	2.330	3,9%	59.187
2005	9.957	16,3%	2.834	4,6%	60.991
2010	10.342	16,5%	3.297	5,3%	62.507
2015	11.812	18,5%	3.599	5,6%	63.746
2020	13.076	20,2%	3.695	5,7%	64.825
2025	14.267	21,7%	3.818	5,8%	65.769
2030	15.431	23,2%	4.773	7,2%	66.605
2035	16.374	24,3%	5.512	8,2%	67.307
2040	17.134	25,3%	6.101	9,0%	67.819
2045	17.436	25,6%	6.605	9,7%	68.121
2050	17.705	25,9%	6.959	10,2%	68.270

Fuente: Elaboración propia a partir de Naciones Unidas, <http://esa.un.org/unpp>

Gráfico 2.50.

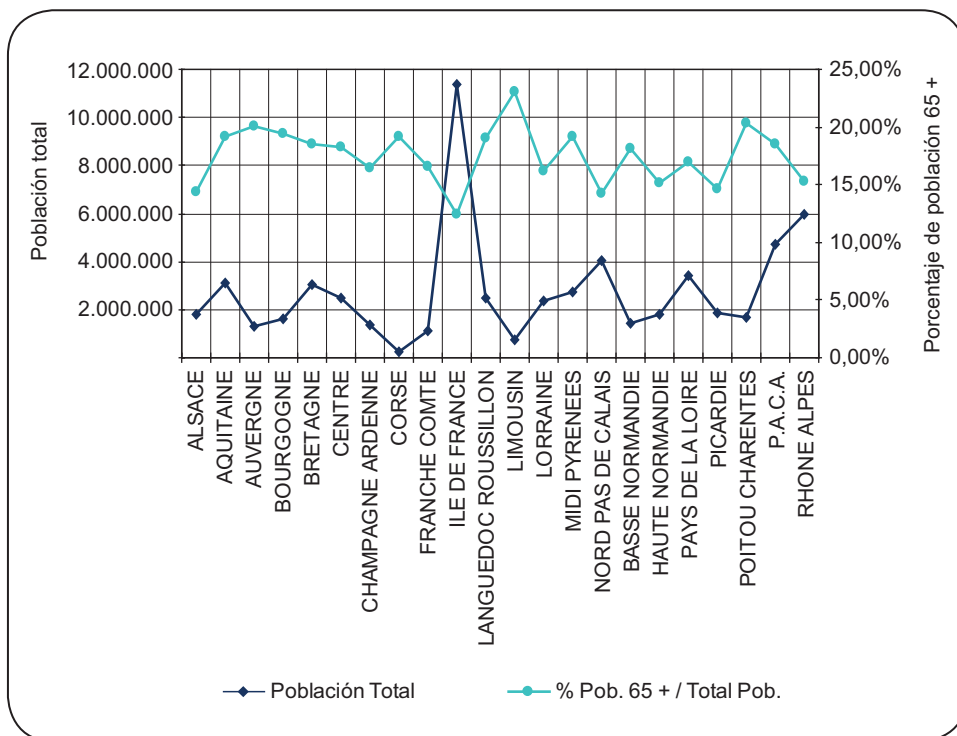
Evolución población francesa mayor de 65 años y mayor de 80 años.
Año 2050 (miles)



Fuente: Elaboración propia a partir de Naciones Unidas

Para terminar, es conveniente hacer notar cómo, al igual que ocurría en España, el envejecimiento es un fenómeno rural; aquellos departamentos con menos población total en términos absolutos presentan mayores tasas de población mayor de 65 años respecto del total, como muestra el siguiente gráfico.

Gráfico 2.51.
 Porcentaje de población mayor de 65 años por departamento. 2005



Fuente: Elaboración propia a partir de INSEE

2.7.2. Población mayor discapacitada en Francia y proyecciones de población dependiente

El análisis más riguroso y reciente sobre población dependiente en Francia se corresponde con la encuesta *Handicaps-Incapacités-Dépendance* (HID).

La encuesta consta de cuatro oleadas en cuatro años sucesivos sobre las mismas personas para poder así evaluar su evolución. Las primeras entrevistas se realizaron en 1998 a 14.600 residentes en instituciones sociosanitarias o psiquiátricas⁵², de los que 6.850 eran mayores de 60 años⁵³. La segunda oleada data de 1999 y entrevistó a 16.900 personas residentes en domicilio, de las que 8.750 eran mayores. Las dos últimas tomas de datos correspon-

⁵² Casas de retiro, hospicios, residencias temporales para personas mayores, unidades de cuidados de larga duración en establecimientos hospitalarios, establecimientos psiquiátricos e instituciones para adultos (Brouard y Désesquelles, 2003: 202).

⁵³ En la gran mayoría de las publicaciones francesas se pone el corte en 60 años y no en 65 como acostumbra a ocurrir con las publicaciones, estadísticas y proyecciones poblacionales de otros países.

den a los años 2000 y 2001 sobre las mismas personas. Al hacer la encuesta sobre las mismas personas, con un espacio temporal de dos años, se consigue medir la evolución de algunos de los estados de dependencia.

La siguiente tabla muestra la distribución de personas dependientes mayores de 60 años agrupados por grupos de edad y sexo. Se constata cómo la dependencia aumenta con la edad, al igual que incorpora el componente de género femenino a partir de los 80 años de edad.

Tabla 2.32.

Distribución de personas dependientes mayores de 60 años según edad y sexo (%)

	60-69 años	70-79 años	80-89 años	90 +	60 + (todos)
Hombres	12,7	19,2	34,0	49,5	18,2
Mujeres	10,7	17,8	43,4	76,3	15,9

Fuente: Elaboración propia a partir de *Institut National de la Statistique et des Études Économiques* (<http://www.insee.fr>) y Brouard y Désesquelles, 2003

Tanto la encuesta HID como el resto de estudios sobre dependencia en personas mayores toman como referencia la rejilla AGGIR⁵⁴, que agrupa las personas dependientes en grupos diferentes según sea su gravedad y necesidad de cuidados.

La rejilla AGGIR considera 10 actividades básicas y 7 instrumentales en las que se evalúa si el individuo es capaz de realizarlas autónomamente en uno de los siguientes tres grados:

A: Puede realizarla solo completamente de forma habitual y correctamente.

B: Puede realizarla parcialmente o no de forma habitual o no correctamente.

C: No la puede realizar.

Tabla 2.33.

Actividades evaluadas en la rejilla AGGIR

Básicas	Instrumentales
Coherencia: conversar y/o conducirse de forma sensata	Gestión: controlar los asuntos propios, sus bienes, su presupuesto
Orientación: en el tiempo, en los diferentes momentos del día y en los lugares	Cocina: preparar la comida y servirla.
Higiene: lavarse solo	Tareas domésticas: realizarlas en su conjunto.
Vestido: vestirse, desvestirse, arreglarse	Transporte: tomar o solicitar un medio de transporte.

Continúa

⁵⁴ La rejilla AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources) es una herramienta de medida de la autonomía de las personas mayores.

Básicas	Instrumentales
Alimentación: comer los alimentos preparados	Compras: adquisición directa o por correspondencia
Control de esfínteres: urinario y fecal	Seguimiento de tratamientos: adoptar las prescripciones médicas
Transferencias: levantarse, acostarse, sentarse	Actividades de tiempo libre: practicar actividades deportivas, sociales, de entretenimiento, etc.
Desplazamiento en el interior del domicilio o residencia: movilidad espontánea y con ayuda técnica	
Desplazamientos en el exterior: salir desde la puerta de entrada sin medio de transporte	
Comunicación a distancia: utilizar los medios de comunicación, teléfono, timbres	

Fuente: Sancho, 2004

Existe un algoritmo que, con los resultados de la evaluación de las actividades, clasifica los individuos en 6 grupos GIR⁵⁵ de forma que en el mismo grupo puede haber personas con situaciones muy diversas pero que necesitan el mismo nivel de cuidados.

Los 6 grupos GIR son los siguientes:

- GIR 1: Personas en cama que han perdido la autonomía mental, corporal, de locomoción y social y que necesitan atención continua e indispensable.
- GIR 2: Contiene dos subgrupos: por una parte, las personas en cama con las funciones mentales no totalmente alteradas y que necesitan ayuda para la mayor parte de las Actividades de la Vida Diaria; por la otra se encuentran las que tienen las capacidades mentales alteradas pero que conservan las capacidades de movimiento. El desplazamiento por el interior es posible pero necesitan ayuda para el aseo y para vestirse por sí solos.
- GIR 3: Personas que mantienen sus capacidades mentales y de movimiento, pero necesitan todos los días y de forma continuada ayuda para las actividades de su autonomía corporal.
- GIR 4: Se trata de personas que no pueden levantarse por sí solas, pero una vez de pie pueden desplazarse por el interior del domicilio. Necesitan ayuda para trasladarse y para asearse, vestirse, comer e higiene corporal.
- GIR 5: Personas autónomas para desplazarse dentro de su domicilio que se alimentan y se visten por sí solos. Necesitan ayuda puntual para asearse, la preparación de comidas y la limpieza.
- GIR 6: Son plenamente autónomas para las AVBD.

La encuesta informa que existen casi 800.000 personas con una dependencia grave o moderada, como muestra la siguiente tabla.

⁵⁵ GIR: *Groupes Iso Ressources*.

Tabla 2.34.

Número de personas dependientes mayores de 65 años según gravedad

Dependencia muy grave	GIR 1	69.000
	GIR 2	262.000
	GIR 3	201.000
Dependencia moderada	GIR 4	264.000
Total GIR 1 a GIR 4		796.000

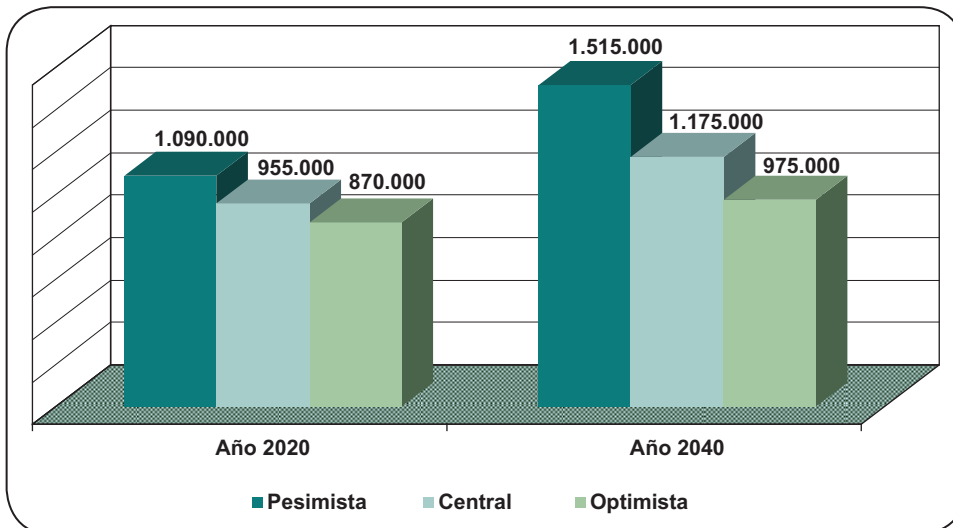
Fuente: Sancho, 2004

Las proyecciones de personas mayores dependientes realizadas por Insee se realizan para tres escenarios⁵⁶: en los tres se produce un aumento del número de mayores dependientes, que se hace más rápido a partir de 2030, cuando las generaciones del *baby-boom* tendrán entre 80 y 85 años, que es cuando las situaciones de dependencia alcanzan su mayor nivel de gravedad.

En el horizonte de los próximos 40 años, el aumento de los mayores de 60 años se sitúa entre el 18% en el escenario optimista y el 84% en el escenario pesimista. En términos absolutos, la cifra de 800.000 personas clasificadas entre los grupos GIR 1 a 4 se situará en el año 2020 entre 870.000 en el escenario optimista y 1.090.000 personas en el escenario pesimista.

Gráfico 2.52.

Proyección número de dependientes mayores de 60 años



Fuente: Elaboración propia a partir de Duée y Rebillard, 2006

⁵⁶ Escenario central: la duración de la vida en dependencia después de los 60 años permanece estable tanto para los hombres como para las mujeres.

Escenario pesimista: la duración de la vida en dependencia después de los 60 años crece al mismo ritmo que la esperanza de vida.

Escenario optimista: la duración de la vida en dependencia después de los 60 años disminuye.

En Francia se dan unas condiciones similares, en lo que se refiere al envejecimiento de la población, a las estudiadas para España y EE.UU. Lo más destacable tiene que ver con el fenómeno del «envejecimiento del envejecimiento», que provocará un aumento del peso de los mayores de 80 años respecto a la población total.

En lo que afecta a la previsible evolución de la población discapacitada, se confirma que la tasa de prevalencia de discapacidad aumenta con la edad y que las mujeres soportan tasas de prevalencia de discapacidad superiores a las de los hombres. Por último, las proyecciones a largo plazo auguran un aumento de la tasa de prevalencia de discapacidad, que se hará más patente a partir de 2030, cuando las generaciones *baby-boom* alcancen la edad de 80 años.

2.8. ANÁLISIS COMPARADO PROYECCIONES 2050: ESPAÑA, EE.UU. Y FRANCIA

Cuando se comparan las tasas de fertilidad se observan dos etapas diferenciadas en cuanto a su comportamiento:

- Hasta el período 1980-1985 se producen disminuciones de este valor, que en el caso de EE.UU. son mucho más pronunciadas que en el caso de España y Francia.
- En la década señalada las tasas de los tres países se igualan prácticamente en unos valores entre 1,83 y 1,89 hijos por mujer.
- A partir de esta década, en España comienza a caer la tasa de fertilidad en picado. Tal como se comentaba en el apartado 2.5.1., el proceso en España empezó más tarde que en el resto de países occidentales y, sin embargo, tomó una velocidad sin precedentes en ninguno de los países de su entorno.
- Francia y EE.UU., por su parte, mantienen e incluso aumentan ligeramente la tasa de fertilidad hasta el año 2005.

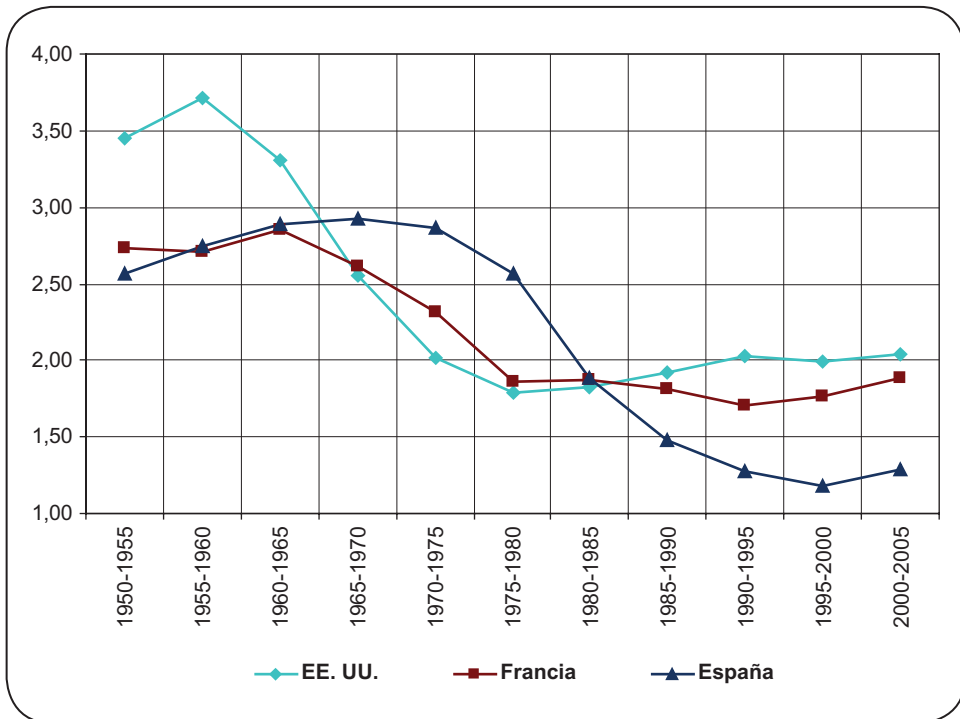
Otro indicador del envejecimiento de la población en un período determinado es la tasa de reemplazo⁵⁷ (o lo que es lo mismo, cuánta gente en edad activa es necesaria para proveer de servicios a la población pasiva).

En el año 1950 este indicador se situaba entre un valor de 6,90 para EE.UU. y 8,99 para el caso de España. Los tres países experimentaron disminuciones hasta el año 2005, en el que llevaron el valor a un intervalo entre 5,46 y 4,00 para EE.UU. y Francia, respectivamente. Sin embargo,

⁵⁷ «Tasa de reemplazo», entendida como el cociente entre la población de 15 a 64 años y la población mayor de 65 años, se define como el cociente entre el índice de juventud y el índice de vejez.

desde esta fecha hasta el año 2050 se estima que el ritmo de envejecimiento será mucho mayor, de forma que situará este indicador entre 1,58 para España y 2,24 para Francia. Para el caso de España estos valores significan que en 1905 había aproximadamente 11 personas en edad activa por cada persona mayor de 65 años, mientras que en las proyecciones al año 2050 sólo habrá 2 personas en edad activa por cada persona con 65 años o más.

Gráfico 2.53.
Tasas de fertilidad. 1950-2005



Fuente: Elaboración propia a partir de Naciones Unidas

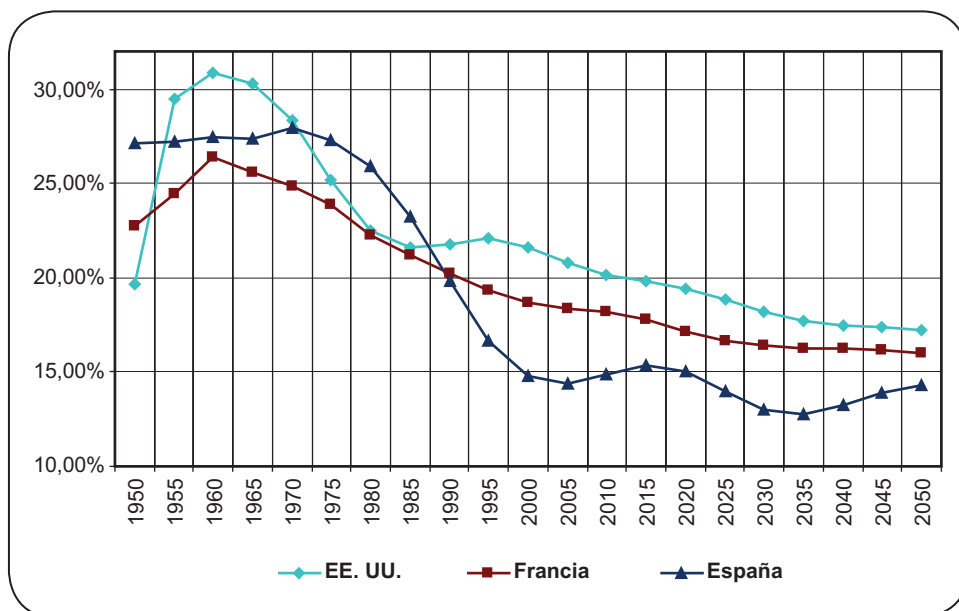
El análisis de los gráficos siguientes con proyecciones al año 2050 muestra varios elementos dignos de ser destacados:

- El grupo poblacional entre 15 y 64 años en EE.UU. ve reducido su peso respecto al total de la población de manera poco importante. Francia y España, en cambio, experimentan un descenso mucho mayor y similar, aunque este descenso es un poco mayor en el caso español.
- EE.UU. presenta la población menos envejecida, con unos porcentajes de población mayor de 65 años y población mayor de 80 años menor que los otros dos países.

- Francia va a experimentar el proceso de envejecimiento más lento. Mientras que la población mayor de 65 años se multiplicará por más de 2,5 en el caso de EE.UU., se limitará a un 2,28 en Francia. En el caso español este grupo poblacional será más de 4,5 veces superior en número al de 1950.
- Los tres países experimentarán el fenómeno del «envejecimiento del envejecimiento». De nuevo en Francia el crecimiento será inferior al de EE.UU., mientras que en España se multiplicará por más de 11 veces, hasta alcanzar una cifra superior al 12% en las proyecciones al año 2050.

Gráfico 2.54.

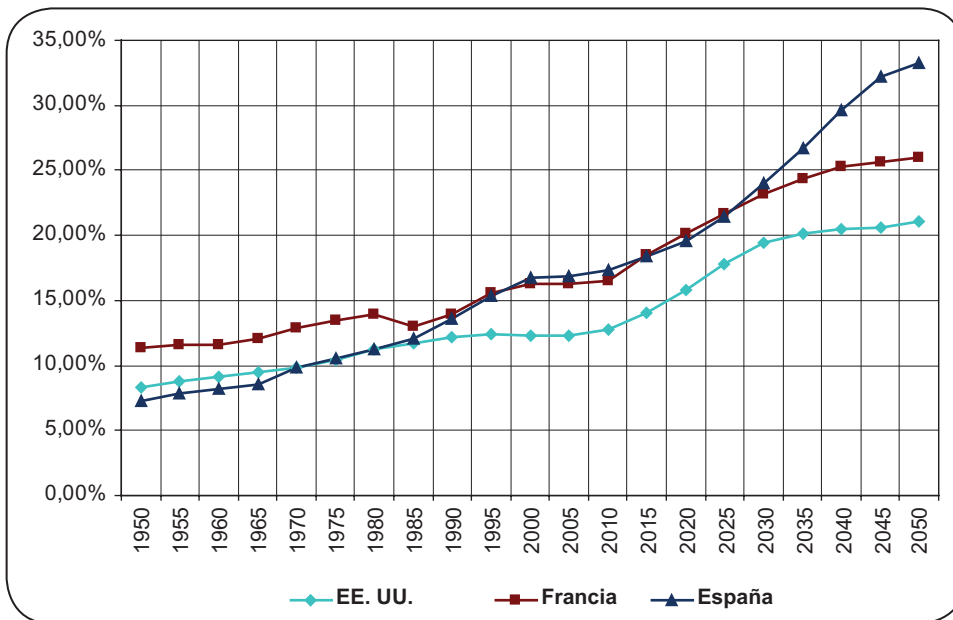
Evolución prevista de la población entre 15 y 64 años al año 2050 (porcentajes)



Fuente: Elaboración propia a partir de Naciones Unidas

Gráfico 2.55.

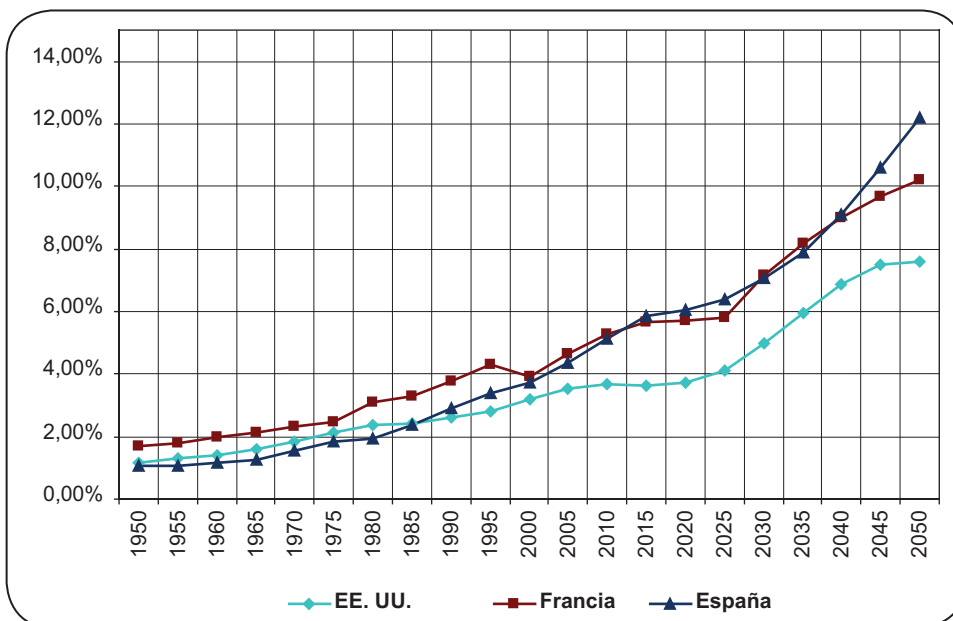
Evolución prevista de la población mayor de 65 años al año 2050 (porcentajes)



Fuente: Elaboración propia a partir de Naciones Unidas

Gráfico 2.56.

Evolución prevista de la población mayor de 80 años al año 2050 (porcentajes)



Fuente: Elaboración propia a partir de Naciones Unidas

CAPÍTULO 3

SISTEMAS DE PROTECCIÓN PÚBLICO Y DE APOYO INFORMAL DE LA DEPENDENCIA EN ESPAÑA, ESTADOS UNIDOS Y FRANCIA

3.1. EL CASO DE ESPAÑA

3.1.1. Sistema de protección público español

3.1.1.1. *Ámbito Competencial: Estado-Comunidades Autónomas-Corporaciones Locales*

Es preciso comenzar recordando cómo la Constitución Española establece en sus artículos 41, 139.1 y 149.1.1 la garantía de un «régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos y la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad», así como «los mismos derechos y obligaciones en cualquier parte del territorio del Estado» y la «igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales».

La intervención estatal se fundamenta en la necesidad de garantizar la igualdad en la prestación de servicios en todo el territorio español, al menos en unos niveles mínimos. Existe la posibilidad de que por encima de esos niveles mínimos las Comunidades Autónomas puedan dar coberturas diferentes.

El artículo 149.1.17^a de la Constitución Española reconoce al Estado la competencia normativa para los aspectos básicos del sistema «sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las Comunidades Autónomas». Al mismo tiempo la Constitución Española atribuye la competencia exclusiva en materia de asistencia social a las Comunidades Autónomas a través del artículo 148.1.20.

Los Estatutos de Autonomía constituyen el marco jurídico que garantiza los derechos de los ciudadanos en los ámbitos correspondientes. En este marco se fueron promulgando las respectivas Leyes Autonómicas de Servicios Sociales⁵⁸ que contemplan sus principios, actuaciones y prestaciones, promo-

⁵⁸ *Ley 2/1988 de 4 de abril, de Servicios Sociales de Andalucía. Ley 1/2003 de 24 de febrero, de Servicios Sociales del Principado de Asturias. Ley 9/1987 de 11 de febrero, de Acción Social de Islas Baleares. Ley 9/1987 de 28 de abril, de Servicios Sociales de Canarias. Ley 2/2007 de 27 de marzo de Derechos y Servicios Sociales de Cantabria. Ley 3/1986 de 16 de abril de Servicios Sociales de Castilla La Mancha. Ley 18/1988 de 28 de diciembre de Acción Social y Servicios Sociales de Castilla y León. Ley 12/2007 de 11 de Octubre de Servicios Sociales de*

viendo una red de equipamientos y servicios que han supuesto el desarrollo e implantación de los Servicios Sociales en todo el territorio del Estado.

La consecuencia más importante de esta diversidad de legislación autonómica es la existencia de diferencias territoriales muy notables entre Comunidades Autónomas, tanto en cuanto a su contenido como en cuanto a cobertura y a financiación. Las Comunidades Autónomas se ven obligadas a atender una creciente demanda social que es diversa, lo que provoca que se apliquen políticas diferentes en cada una de ellas, que en último término genera desigualdades territoriales.

Las Comunidades Autónomas desarrollan su política de Servicios Sociales según su estimación de necesidades, sus características y peculiaridades, dando lugar a un sistema de prestaciones diferentes a lo largo del territorio nacional. Estas diferencias se asientan en dos pilares básicos: el importe de los copagos y la discrecionalidad en la provisión de servicios.

El análisis del gasto social por Comunidades Autónomas que se muestra en la siguiente tabla deja constancia de estas diferencias. Castilla-La Mancha, País Vasco, Extremadura y Castilla y León son las Comunidades que presentan una estructura de población más envejecida y las que realizan un mayor esfuerzo económico, con valores de la relación gasto/PIB entre 0,46% y 0,59%. Asturias, La Rioja, Madrid, Comunidad Valenciana y Cataluña se sitúan en torno a la media con valores entre 0,32% y 0,29%. Por último, Murcia, Ceuta, Andalucía y Baleares se sitúan en los últimos lugares con valores entre 0,09% y 0,17%.

Si analizamos el gasto público unitario, la cifra media asciende a 4.390 €/año; observamos, sin embargo, valores extremos como los de Andalucía, con una cifra que apenas supera los 2.000 €/año, o los de Melilla (8.155 €/año) y País Vasco (9.702 €/año) como valores máximos.

El tercer nivel de prestación de Servicios Sociales corresponde a las Corporaciones Locales, que tienen competencias para la prestación de los mismos y de promoción y reinserción social.

La Ley 7/85, de 2 de Abril, Reguladora de las Bases de Régimen Local, establece en su artículo 25.2.k. que el municipio ejercerá, en todo caso, competencias, en los términos de la legislación del Estado y de las Comunidades Autónomas, en materia de prestación de los Servicios Sociales y de promo-

Cataluña. Ley 5/1989 de 6 de julio de Servicios Sociales de la Comunidad Valenciana. Ley 5/1987 de 23 de abril de Servicios Sociales de Extremadura. Ley 4/1993 de 14 de abril de Servicios Sociales de Galicia. Ley 11/2003 de 27 de marzo de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. Ley 3/2003 de 10 de abril del Sistema de Servicios Sociales de la Región de Murcia. Ley Foral 14/1983 de 30 de marzo sobre Servicios Sociales de Navarra. Ley 5/1996 de 18 de octubre de Servicios Sociales del País Vasco. Ley 1/2002 de 1 de marzo de Servicios Sociales de La Rioja.

ción y reinserción social. Señala también, en su artículo 26.1.c, «la obligación de los municipios con población superior a 20.000 habitantes a otorgar la prestación de Servicios Sociales».

Tabla 3.1.
Gasto público⁵⁹ en Servicios Sociales para personas mayores en España.
Enero 2005

	Población mayor de 65 años	Gasto Estimado total (x000 €)	Gasto Estimado por usuario (o plaza) mayor de 65 años (€)	Gasto Estimado por persona mayor de 65 años (€)	Gasto Estimado / PIB personas mayores
Andalucía	1.145.356	163.993,68	2.046,62	143,18	0,14 %
Aragón	260.373	63.286,82	2.438,61	243,06	0,24 %
Asturias	236.277	56.902,59	3.255,67	240,83	0,32 %
Baleares	134.696	35.729,53	4.262,65	265,26	0,17 %
Canarias	237.886	77.044,22	5.966,41	323,87	0,23 %
Cantabria	105.212	42.222,20	6.579,74	401,31	0,40 %
Castilla y León	566.468	209.775,03	4.270,23	370,32	0,46 %
Castilla La Mancha	356.511	166.404,74	3.379,94	466,76	0,59 %
Cataluña	1.150.724	453.606,09	5.441,79	394,19	0,29 %
C. Valenciana	751.761	239.691,01	5.199,03	318,84	0,29 %
Extremadura	206.887	76.301,17	2.341,10	368,81	0,55 %
Galicia	587.137	112.362,44	4.891,28	191,37	0,27 %
Madrid	847.250	449.539,30	3.679,11	530,59	0,30 %
Murcia	183.692	18.113,96	2.103,58	98,61	0,09 %
Navarra	103.637	34.506,79	3.115,46	332,96	0,24 %
Pais Vasco	387.309	293.021,46	9.702,38	756,56	0,57 %
La Rioja	55.587	19.402,72	4.571,80	349,05	0,31 %
Ceuta	8.395	1.748,96	2.206,60	208,33	0,14 %
Melilla	7.109	5.007,63	8.155,74	704,41	0,44 %
España	7.332.267	2.518.660,31	4.390,93	343,50	0,30 %

Fuente: Elaboración propia a partir de Observatorio de Personas Mayores y Alboma 2000 S.L., 2006

El Plan Concertado para el Desarrollo de las Prestaciones Básicas de Servicios Sociales Locales surgió en 1988 con objeto de articular la cooperación

⁵⁹ El gasto estimado incluye Servicio Público de Ayuda a Domicilio, Servicio Público de Telesistencia, Centros de Día para personas mayores dependientes, Centros Residenciales y estancias temporales en residencias.

Como unidades de consumo se considera el número de usuarios para los Servicios de Ayuda a Domicilio y Telesistencia y el número de plazas públicas y concertadas en Centros de Día, Centros Residenciales y estancias temporales.

El gasto público estimado es el resultado de multiplicar las unidades de consumo correspondientes a cada servicio por el precio unitario anual de cada uno de los servicios considerados (Observatorio de Personas Mayores y Alboma 2000 S.L., 2006).

económica y técnica entre las distintas Administraciones y con la finalidad de lograr la colaboración entre el Estado y las Comunidades Autónomas para financiar una red de atención de Servicios Sociales Municipales, ayudando a que las Corporaciones Locales pudieran cumplir con las obligaciones que dimanaban de la Ley de Bases de Régimen Local.

Algunos autores defienden que el Plan Concertado supuso un logro sin precedentes entre las tres Administraciones (Central, Autonómica y Local). El Estado se compromete a destinar una consignación específica para el desarrollo de este Plan en los Presupuestos Generales del Estado; las Comunidades Autónomas aportan una cifra igual o superior a la de la Administración Estatal; y por último, las Corporaciones Locales aportan una cantidad fijada previamente con la propia Comunidad Autónoma que debe ser, como mínimo igual, o superior, a la aportación de la Administración Autonómica.

La siguiente tabla muestra el esfuerzo de las tres Administraciones en las aportaciones económicas al Plan Concertado en el período 1988 a 2003.

Tabla 3.2.

Evolución de la financiación del Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en Corporaciones Locales. 1988-2003 (miles €)

	M.º de Trabajo y Asuntos Sociales		Comunidades Autónomas		Entidades Locales		Total
	€ (,000)	%	€ (,000)	%	€ (,000)	%	€ (,000)
1988	9.009	26%	11.491	33%	14.532	41%	35.032
1989	15.025	21%	23.836	33%	32.978	46%	71.839
1990	33.056	26%	42.480	33%	52.420	41%	127.956
1991	45.611	25%	58.238	32%	77.591	43%	181.440
1992	49.283	24%	65.048	32%	89.136	44%	203.467
1993	51.765	21%	68.581	27%	129.350	52%	249.696
1994	51.765	18%	78.582	28%	150.554	54%	280.901
1995	60.095	17%	82.188	23%	221.538	61%	363.821
1996	63.190	16%	93.139	24%	227.333	59%	383.662
1997	69.176	17%	99.499	25%	231.208	58%	399.883
1998	72.121	17%	113.652	27%	238.053	56%	423.826
1999	76.786	17%	120.068	27%	254.082	56%	450.936
2000	84.036	17%	130.846	26%	284.435	57%	499.317
2001	89.022	17%	148.446	28%	289.063	55%	526.531
2002	90.802	15%	166.052	29%	327.013	56%	583.867
2003	90.802	17%	182.637	34%	271.709	50%	545.148

Fuente: Elaboración propia a partir de Memoria del Plan Concertado del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2002-2003) y Defensor del Pueblo Andaluz, 2005

Destaca el hecho de que las Corporaciones Locales siempre aportan la mayor cantidad, que llega incluso hasta el 59% del total en 1996, y que se sitúa como media del período estudiado en el 54% del total de las aportaciones; la segunda mayor fuente de financiación es la de las Comunidades Autónomas, con un 24% de media en el mismo período, quedando la Administración General del Estado con un 22% de media.

3.1.1.2. Número de Servicios Sociales en España

Los inicios en la instauración de un sistema público de Servicios Sociales datan de la segunda mitad de la década de los 70 del siglo pasado, coincidiendo con la elaboración de la Constitución Española, norma máxima que, como se ha señalado en el apartado 3.1.1.1., sirve de garante del bienestar de los ciudadanos mayores.

En la década de los 80 el desarrollo de los Servicios Sociales en España vino por la vía de la construcción de grandes Centros Residenciales, en contra de la tendencia europea de «desinstitucionalización». La idea que prevalecía era la de proporcionar a nuestros mayores instalaciones hoteleras de gran calidad para que pudieran descansar de su época de duro trabajo cuando todavía muchos de ellos estaban en plenas facultades físicas y psíquicas. Es a finales de esa misma década, sin embargo, cuando comienzan a cobrar fuerza las ideas que defienden las ventajas de ofrecer atención a los mayores en su entorno habitual, siguiendo el paradigma de «envejecer en casa».

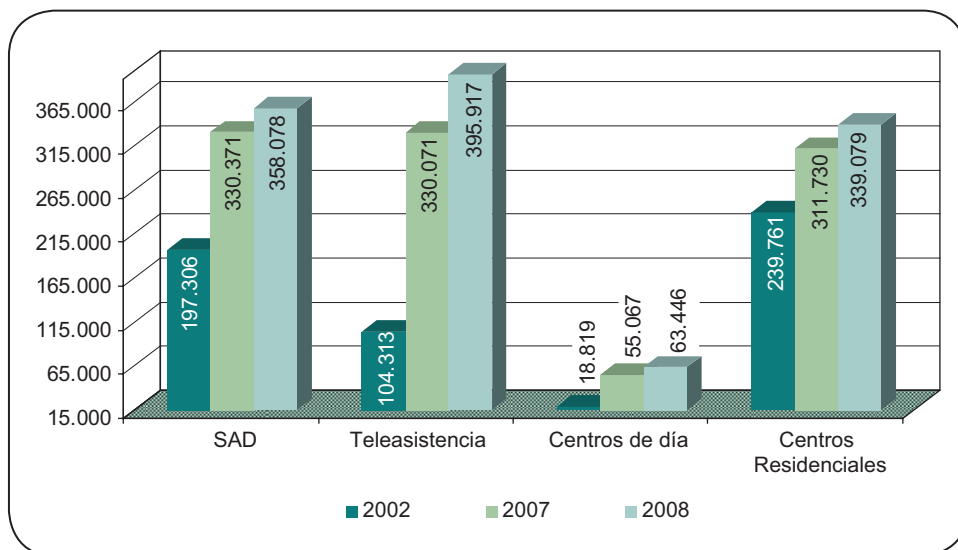
El Plan Gerontológico, elaborado entre los años 1988 y 1991, supuso una innovación en el planteamiento y planificación de los Servicios Sociales, que trajo como novedades más destacables las siguientes:

- Planificación de objetivos de cobertura de Servicios Sociales en el plazo de una década, así como la planificación del desarrollo de servicios inexistentes en España hasta ese momento (Centros de Día, estancias temporales en residencias, sistemas alternativos de alojamiento).
- Incorporación del concepto sociosanitario.
- Abordaje desde la perspectiva de género y teniendo en cuenta las necesidades de los cuidadores informales.
- Establecimiento de las bases de un sistema que cambia su enfoque hacia los Servicios Comunitarios que facilitan la permanencia del individuo en su entorno familiar, en contra del desarrollo de Servicios Residenciales de la década de los años 80.

Aunque el número de Servicios Sociales para personas mayores pueda resultar insuficiente, se ha producido un aumento considerable desde principios de la última década del siglo xx, como muestra el siguiente gráfico. El Servicio de Teleasistencia pasa a ser el servicio mayoritario, con casi 400.000 usua-

rios en 2008, al tiempo que es el que experimenta un mayor crecimiento en el período estudiado, desde una cifra ligeramente superior a los 100.000 usuarios en el año 2002. Los Servicios de Ayuda a Domicilio (SAD) se configuran como el segundo servicio más extendido entre la población mayor, superando incluso al número de usuarios de Centros Residenciales. Por último, cabe destacar el aumento de usuarios de Centros de Día, que aunque no muy importante en términos absolutos, consigue triplicar la cifra de seis años antes.

Gráfico 3.1.
Evolución de algunos Servicios Sociales
para personas mayores en España. 2002, 2007 y 2008



Fuente: Observatorio de Personas Mayores y Alboma 2000 S.L., 2007: 2; Imsero, 2009: 342

El análisis de los datos permite concluir que se consolida como firme la tendencia de los Servicios Sociales de mantener a las personas mayores en su entorno habitual, frente a la opción de llevarlos a Centros Residenciales. Ya el año 2007 los índices de cobertura de SAD y de Teleasistencia habían superado al de Centros Residenciales. El año 2008 confirma esta tendencia, de manera que frente a un índice de cobertura⁶⁰ para Centros Residenciales en 2008 del 4,44%, los de SAD y Teleasistencia se sitúan en 4,69% y 4,72% respectivamente.

El perfil de la población que disfruta de Servicios Sociales tiene un carácter predominantemente femenino y longevo, como muestra la siguiente tabla. La observación de los datos muestra la tendencia a la «desinstitucionalización»

⁶⁰ «Índice de cobertura», a lo largo de este apartado, se refiere a número de plazas/población total de más de 65 años (Observatorio de Personas Mayores y Alboma 2000 S.L., 2006; Observatorio de Personas Mayores y Alboma 2000 S.L., 2007).

comentada más arriba, así como un menor peso del porcentaje de mujeres usuarias de los Servicios Sociales en 2008 respecto al ejercicio anterior.

Tabla 3.3.
Servicios Sociales para personas mayores. Principales magnitudes.
Enero 2007 y enero 2008

	% Usuarios mujeres		% Usuarios de 80 y más años	
	2007	2008	2007	2008
Servicio Público de Ayuda a Domicilio	69%	67%	47%	51%
Servicio Público de Teleasistencia	80%	76%	53%	59%
Centros de Día para dependientes	65%	71%	61%	59%
Centros Residenciales	70%	66%	64%	62%

Fuente: Observatorio de Personas Mayores y Alboma 2000 S.L., 2007: 3; Imsero, 2009

Costa i Font (2007) muestra en su trabajo los resultados del barómetro sanitario 2002 ante la pregunta sobre cuál es la forma más adecuada de proporcionar cuidados de larga duración al mayor dependiente. La siguiente tabla pone de manifiesto cómo los resultados para el conjunto de España muestran que un 30,2% de los encuestados cree que el Estado debe ofrecer Servicios Domiciliarios, lo que, a juicio del autor, supone una necesidad de desarrollar un sistema de Servicios Comunitarios públicamente financiados. El resto de resultados para el conjunto de España cifra en un 13,1% los que prefieren un Centro Residencial, un 22,7% seguir contando con cuidados informales, y un 11,5% SAD privados.

El análisis de las respuestas dadas por cada Comunidad Autónoma muestra una característica constante en todos los tipos de Servicios Sociales a personas mayores: la heterogeneidad y diversidad regional. Mientras que en Extremadura la mayoría prefiere un Centro Residencial, en la Rioja, Galicia, Asturias y Castilla y León prefieren la atención familiar, mientras que en las demás Comunidades Autónomas un sistema de Atención Domiciliaria público es la opción preferida.

Tabla 3.4.
Preferencias de la población en torno a los servicios de cuidados de larga duración

	Residencia	Vivir en familia	SAD privada	Centro de Día	SAD Pública	Otros	NS/NC
Andalucía	15,6	24,0	12,8	11,8	28,8	4,55	5,95
Aragón	13,8	13,8	13,8	17,0	35,1	7,68	3,20
Asturias	7,7	42,9	17,6	11,0	16,5	3,19	4,40
Baleares	13,0	6,5	11,7	18,2	39,0	6,99	9,09
Canarias	10,6	16,3	10,6	15,4	41,3	5,82	0,00
Cantabria	5,8	18,8	18,8	8,7	34,8	0,00	13,05
Castilla La Mancha	15,3	19,8	9,9	19,8	30,6	13,4	1,80
Castilla y León	10,4	31,2	18,7	17,4	17,4	3,19	3,50
Cataluña	10,9	25,9	7,3	15,7	32,1	4,93	5,85

Continúa

	Residencia	Vivir en familia	SAD privada	Centro de Día	SAD Pública	Otros	NS/NC
C.Valenciana	11,8	28,9	9,1	11,2	36,4	4,35	1,60
Extremadura	26,4	14,9	9,2	18,4	25,3	5,05	1,15
Galicia	9,1	30,5	8,4	20,1	22,7	0,65	8,40
Madrid	18,0	12,3	12,3	19,7	28,5	11,51	5,25
Murcia	2,3	5,8	29,1	10,5	45,3	3,51	5,80
Navarra	7,2	10,1	17,4	18,8	30,4	10,16	8,70
País Vasco	15,7	22,8	3,9	15,0	35,4	9,48	6,30
La Rioja	6,0	41,8	10,4	3,0	17,9	7,79	19,39
España	13,1	22,7	11,5	15,4	30,2	2,10	5,05

Fuente: Costa i Font, 2007

3.1.1.2.1. Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD)

Es el recurso más demandado por la población mayor, que lo valora muy positivamente (91,6% de los encuestados) como solución más adecuada para poder seguir viviendo en su domicilio.

La institución responsable de la prestación suele ser el municipio, o en su defecto, otra Corporación Local superior, como las Diputaciones Provinciales, Cabildos Insulares, etc. Dentro de los Servicios Sociales gestionados por las Corporaciones Locales, se califica como el servicio estrella.

La prestación efectiva puede ser realizada de forma directa por la propia Corporación o puede estar concertada con una empresa externa, tenga o no ánimo de lucro.

Los datos de enero 2007 y enero 2008 confirman que es un servicio utilizado mayoritariamente por mujeres y por mayores de 80 años. El peso de las mujeres disminuye ligeramente y aumenta la proporción de mayores de 80 años que utilizan este servicio en 2008 respecto al ejercicio anterior. Aunque siguen predominando las tareas domésticas, se observa en el ejercicio 2008 un aumento en el peso de los cuidados personales, hasta el punto que alcanzan un 52% de media nacional.

Tabla 3.5.

Servicio Público de Ayuda a Domicilio en España. Perfil del usuario y distribución de las tareas. Enero 2007 y enero 2008

	% mujeres		% mayores de 80 años		% tareas domésticas	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008
Andalucía	70%	52%	41%	39%	59%	59%
Aragón	62%	65%	25%	48%	66%	64%
Asturias	36%	73%	56%	62%	45%	41%
Baleares	67%	69%	45%	64%	16%	7%

Continúa

	% mujeres		% mayores de 80 años		% tareas domésticas	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008
Canarias	79%	56%	5%	22%	80%	80%
Cantabria	–	–	–	–	–	–
Castilla y León	65%	64%	55%	59%	–	–
Castilla La Mancha	41%	70%	17%	37%	–	–
Cataluña⁶¹	75%	75%	71%	71%	28%	28%
C. Valenciana	–	–	–	–	–	54%
Extremadura	90%	70%	65%	65%	80%	80%
Galicia	79%	72%	70%	36%	53%	45%
Madrid	80%	84%	61%	64%	29%	29%
Murcia	81%	78%	–	–	65%	57%
Navarra	79%	58%	61%	58%	45%	45%
Pais Vasco	52%	72%	48%	65%	35%	32%
La Rioja	69%	56%	–	–	49%	57%
Ceuta	–	53%	–	32%	78%	42%
Melilla	78%	78%	34%	36%	60%	40%
España	70%	67%	47%	51%	–	48%

Fuente: Elaboración propia a partir de Observatorio de Personas Mayores y Alboma 2000 S.L., 2007; Imsero, 2009

Se trata del Servicio Social que más ha aumentado su penetración entre los mayores de 65 años, pasando de un índice de cobertura del 0,13 en 1998 a 4,69 en el año 2008, situándose en 358.078 usuarios a comienzos de ese año, como muestran la tabla y gráfico siguientes. En el último año, el aumento en 27.707 usuarios supuso un incremento del 8%.

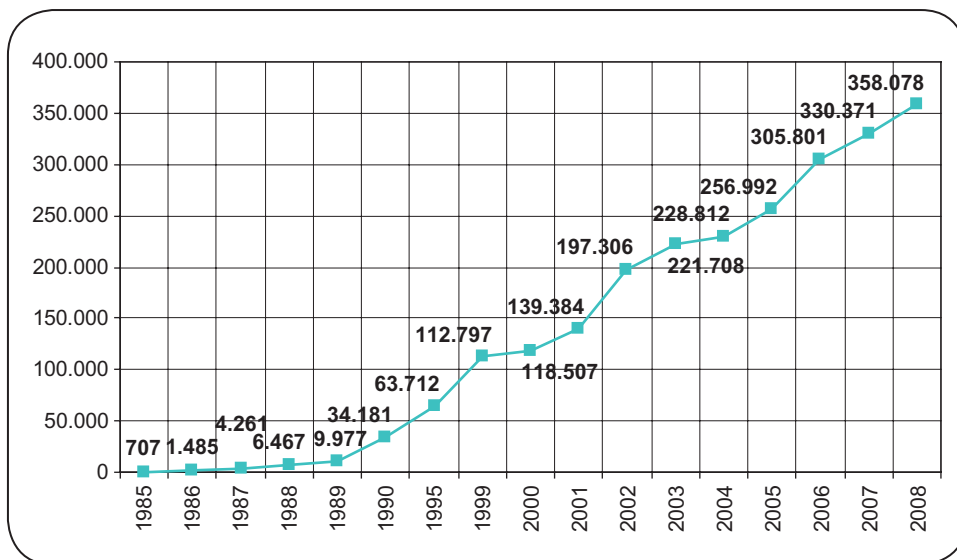
Tabla 3.6.
Índice de cobertura SAD. 1988-2008

1988	0,13
1991	0,64
1995	1,05
1999	1,67
2001	1,98
2002	2,75
2003	3,05
2004	3,14
2005	3,50
2006	4,09
2007	4,39
2008	4,69

Fuente: Elaboración propia a partir de Imsero, 2004; Imsero, 2006; Observatorio de Personas Mayores y Alboma 2000 S.L., 2006; Observatorio de Personas Mayores y Alboma 2000 S.L., 2007; Imsero, 2009

⁶¹ Los datos del ejercicio 2008 corresponden a enero 2007.

Gráfico 3.2.
Número de usuarios SAD. 1985-2008



Fuente: Elaboración propia a partir de Imsero, 2004; Imsero, 2006;
Observatorio de Personas Mayores y Alboma 2000 S.L., 2006;
Observatorio de Personas Mayores y Alboma 2000 S.L., 2007; Imsero, 2009

La siguiente tabla muestra las desigualdades territoriales entre Comunidades Autónomas: Extremadura (9,90), Ceuta (9,58), Comunidad de Madrid (7,97) y Castilla La Mancha (7,76) presentan los valores más elevados en cuanto a índice de cobertura, mientras que en el extremo opuesto se encuentran Galicia (1,66), la Región de Murcia (2,42) y la Comunidad Valenciana (2,74).

Tabla 3.7.
Índice de cobertura SAD e índice de intensidad horaria
por Comunidades Autónomas. Enero 2008

	Población mayor de 65 años	Número de usuarios atendidos	Índice de cobertura	Índice de intensidad horaria
Andalucía	1.196.354	46.924	3,92	8,39
Aragón	262.113	11.316	4,32	9,87
Asturias	235.428	10.712	4,55	13,00
Baleares	145.675	4.738	3,25	12,75
Canarias	263.027	9.251	3,52	24,00
Cantabria	107.342	3.826	3,56	19,64
Castilla y León	570.559	27.624	4,84	18,25
Castilla La Mancha	362.087	28.111	7,76	16,89
Cataluña	1.196.294	57.034	4,77	15,40
C. Valenciana	813.214	22.305	2,74	10,80

Continúa

	Población mayor de 65 años	Número de usuarios atendidos	Índice de cobertura	Índice de intensidad horaria
Extremadura	207.081	20.506	9,90	16,94
Galicia	602.986	10.018	1,66	28,00
Madrid	895.583	71.343	7,97	18,64
Murcia	194.003	4.699	2,42	16,00
Navarra	107.020	3.660	3,42	10,50
País Vasco	401.688	21.891	5,45	20,61
La Rioja	57.187	3.001	5,25	12,10
Ceuta	8.640	828	9,58	26,00
Melilla	7.526	291	3,87	24,00
España	7.633.807	358.078	4,69	16,94

Fuente: Elaboración propia a partir de Imserso, 2009

Existe una concentración geográfica en las Comunidades Autónomas de Andalucía, Cataluña y Madrid, que agrupan algo menos de la mitad de usuarios de todo el territorio.

Estas desigualdades territoriales se producen también cuando se analiza el índice de intensidad horaria⁶² como muestra la siguiente tabla.

La idea de diversidad del servicio prestado no sólo se constata entre Comunidades Autónomas, sino que dentro de la misma puede haber diferencias muy notables entre grandes Ayuntamientos. Antares Consulting (2007) realiza un análisis de los sistemas de Ayuda a Domicilio de Madrid, Barcelona, Valencia, Zaragoza y Málaga, que confirma el punto de vista de Santamaría respecto a que la heterogeneidad también se produce a nivel local en el caso de las grandes Corporaciones, como muestra la siguiente tabla.

Tabla 3.8.
SAD en cinco ciudades españolas. 2006

		Madrid	Barcelona	Valencia	Zaragoza	Málaga
En especie	Auxiliar domiciliario	X	X	X	X	X
	Comidas a domicilio	X	X			X
	Lavandería a domicilio	X	X			
	Teleasistencia	X	X	X	X	X
	Limpieza a domicilio	X	X			
	Relación con el entorno			X		X
	Carácter psico-social y educativas			X		X
Apoyo al cuidador y cargas familiares				X		

Continúa

⁶² «Índice de intensidad horaria» se calcula como el número de horas de atención por usuario al mes.

		Madrid	Barcelona	Valencia	Zaragoza	Málaga
Ayudas técnicas	Camas articuladas	X				
	Adaptaciones geriátricas	X				
	Reforma de viviendas		X			X
	Provisión del hogar (compra de productos de limpieza; pequeños electrodomésticos)		X			
Ayudas económicas	Para familias cuidadoras	X		X		
	Adaptación de viviendas		X			
	Apoyo a personas mayores		X	X		
	Apoyo de autonomía		X	X		
	Bono respiro			X		
	«Menjar a casa»			X		
	«Major a casa»			X		

Fuente: Elaboración propia a partir de Antares Consulting, 2007

Se comprueba que las diferencias no se deben tanto a la inclusión o no de una determinada ayuda, sino a la propia naturaleza de la cartera de servicios que se ponen a disposición de los ciudadanos: Zaragoza, por ejemplo, sólo ofrece ayudas en especie; Valencia, en cambio, no incluye ayudas técnicas; Málaga, por su parte, no contempla ayudas económicas dentro de su cartera de servicios.

Para concluir, existe un elemento nuevo: la escasa regulación, que se traduce en la aparición de entidades y particulares que ofrecen sus servicios sin ninguna garantía de calidad mínima.

3.1.1.2.2. Teleasistencia

Se trata en esencia de un servicio complementario de la Ayuda a Domicilio, siendo lo más habitual que ambos se den juntos, especialmente en el caso de personas mayores que viven solas.

La mayoría de usuarios que utilizaban este servicio en enero de 2004 eran mayores de 80 años (51%), cuando en 1995 este porcentaje era sólo del 31,4%. En esa misma fecha, las mujeres representaban el 71% del total de usuarios. Los datos que se muestran en la siguiente tabla confirman esta tendencia, así como que existe un predominio de hogares unifamiliares.

Tabla 3.9.
Servicio Público de Teleasistencia en España. Perfil del usuario.
Enero 2007 y Enero 2008

	% mujeres		% mayores de 80 años		% viven solos	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008
Andalucía	82%	84%	54%	57%	70%	77%
Aragón	–	–	–	–	–	–
Asturias	96%	85%	82%	75%	–	72%
Baleares	69%	66%	57%	67%	15%	71%
Canarias	86%	86%	51%	51%	–	80%
Cantabria	–	–	–	–	–	–
Castilla y León	72%	73%	56%	65%	74%	–
Castilla La Mancha	64%	71%	53%	62%	57%	50%
Cataluña	74%	74%	32%	35%	–	–
C. Valenciana	85%	86%	57%	61%	–	–
Extremadura	–	–	–	62%	–	78%
Galicia	81%	51%	59%	60%	–	80%
Madrid	76%	80%	57%	60%	65%	61%
Murcia	–	–	–	–	–	–
Navarra	81%	79%	35%	63%	–	–
País Vasco	89%	83%	56%	71%	69%	80%
La Rioja	76%	64%	71%	74%	–	23%
Ceuta	80%	67%	38%	45%	49%	59%
Melilla	86%	86%	36%	39%	60%	–
España	80%	76%	53%	58%	60%	54%

Fuente: Elaboración propia a partir de Observatorio de Personas Mayores y Alboma 2000 S.L., 2007; Imsero, 2009

Su provisión acostumbra a ser en la mayoría de los casos municipal, y es el único de los servicios estudiados que no plantea un copago al beneficiario. En algunas Comunidades Autónomas existe prácticamente una accesibilidad universal para aquellas personas octogenarias y los que viven solos.

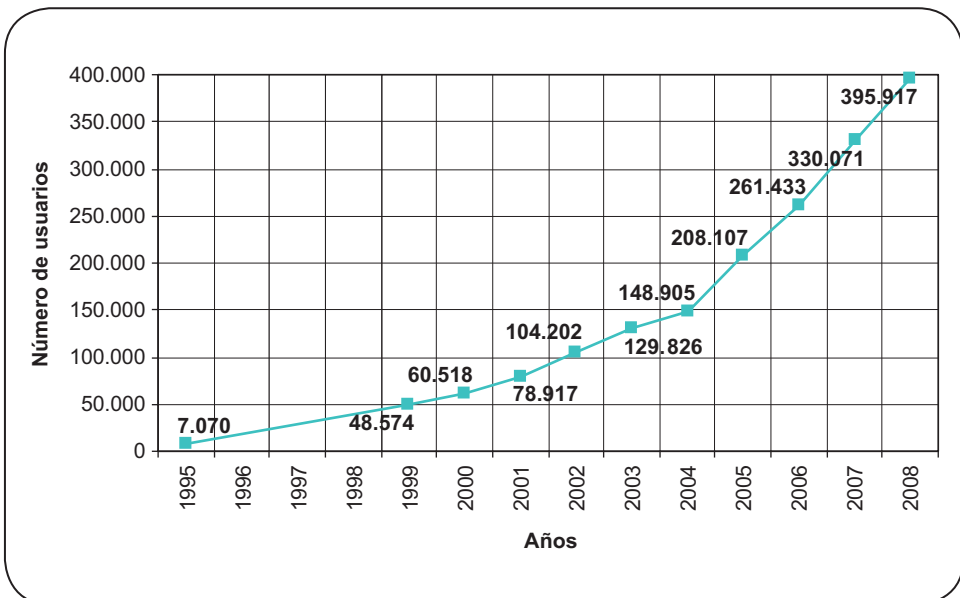
Desde el año 2000 se ha multiplicado por más de seis veces el número de usuarios, pasando la tasa de cobertura del 0,88% al 4,72% en ese período y alcanzando la cifra de 395.917 beneficiarios en enero de 2008, como muestran la tabla y gráfico siguientes.

Tabla 3.10.
Índice de cobertura Teleasistencia. 1995-2008

1995	0,12
1999	0,72
2000	0,88
2001	1,12
2002	1,45
2003	1,78
2004	2,05
2005	2,84
2006	3,50
2007	4,38
2008	4,72

Fuente: Elaboración propia a partir de Imsero, 2004; Imsero, 2006; Observatorio de Personas Mayores y Alboma 2000 S.L., 2006; Observatorio de Personas Mayores y Alboma 2000 S.L., 2007; Imsero, 2009

Gráfico 3.3.
Número de usuarios Teleasistencia. 1995-2008



Fuente: Elaboración propia a partir de Imsero, 2004; Imsero, 2006; Observatorio de Personas Mayores 2006 y Alboma 2000 S.L.; Observatorio de Personas Mayores y Alboma 2000 S.L., 2007; Imsero, 2009

También en el servicio de Teleasistencia existen desigualdades entre Comunidades Autónomas: las que tienen mayores índices de cobertura son Madrid (11,94) y Castilla-La Mancha (8,58), mientras que Galicia, Canarias y La Rioja presentan los índices más bajos, con valores que no superan 2 plazas por cada 100 personas mayores.

El precio público del servicio es otro indicador de la heterogeneidad regional, que sitúa los extremos en valores tan distantes como 99,06 €/año en Navarra y 465,80 €/año en La Rioja.

Tabla 3.11.

Número de usuarios atendidos, índice de cobertura y precio anual por usuario Servicio Público Teleasistencia por Comunidades Autónomas. Enero 2008

	Población mayor de 65 años	Número de usuarios atendidos	Índice de cobertura	Precio usuario anual
Andalucía	1.196.354	65.261	5,46	116,93 €
Aragón	262.113	14.248	5,44	180,00 €
Asturias	235.428	8.960	3,81	274,08 €
Baleares	145.675	5.504	3,78	283,73 €
Canarias	263.027	3.148	1,20	276,24 €
Cantabria	107.342	6.233	5,81	306,54 €
Castilla y León	570.559	20.218	3,54	273,96 €
Castilla La Mancha	362.087	31.078	8,58	174,76 €
Cataluña	1.196.294	59.339	4,96	320,60 €
C. Valenciana	813.214	29.537	3,63	281,00 €
Extremadura	207.081	9.138	4,41	250,76 €
Galicia	602.986	7.209	1,20	283,67 €
Madrid	895.583	106.894	11,94	256,44 €
Murcia	194.003	6.500	3,35	265,20 €
Navarra	107.020	6.303	5,89	99,06 €
País Vasco	401.688	14.333	3,57	241,24 €
La Rioja	57.187	1.103	1,93	465,80 €
Ceuta	8.640	578	6,69	223,56 €
Melilla	7.526	333	4,42	250,44 €
España	7.633.807	395.917	4,72	253,90 €

Fuente: Elaboración propia a partir de Imserso, 2009

3.1.1.2.3. Centros de Día para personas mayores

Son recursos «intermedios» porque se sitúan entre el domicilio y la residencia y se definen como «un centro gerontológico terapéutico y de apoyo a la familia que, de forma ambulatoria, presta atención integral y especializada a la persona mayor en situación de dependencia, promueve su autonomía y favorece la permanencia en su entorno habitual así como su calidad de vida».

El porcentaje de participación del usuario en el coste total acostumbra a ser del 20%.

El perfil del usuario es claramente femenino y un porcentaje elevado de los usuarios tiene 80 o más años. La siguiente tabla confirma esta afirmación al tiempo que muestra el perfil de usuario para cada Comunidad Autónoma.

Tabla 3.12.

Centros de Día para personas mayores en situación de dependencia en España.
Perfil del usuario. Enero 2007 y enero 2008

	% mujeres		% mayores de 80 años		Edad media del usuario	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008
Andalucía	–	–	–	–	–	–
Aragón	–	–	–	–	–	–
Asturias	70%	70%	58%	15%	80	80
Baleares	69%	–	54%	–	81	–
Canarias	–	–	–	–	–	–
Cantabria	57%	57%	39%	39%	80	80
Castilla y León	–	–	–	–	–	–
Castilla La Mancha	70%	70%	78%	78%	80	80
Cataluña	76%	75%	63%	61%	81	81
C. Valenciana	–	–	–	–	–	–
Extremadura	–	–	–	–	–	–
Galicia	63%	78%	67%	80%	81	81
Madrid	76%	74%	67%	67%	80	80
Murcia	56%	56%	33%	33%	71-80	71-80
Navarra	67%	69%	–	59%	75-84	79
País Vasco	68%	70%	66%	70%	83	83
La Rioja	62%	–	77%	–	83	–
Ceuta	49%	80%	57%	72%	83	80
Melilla	80%	80%	73%	75%	75	75

Fuente: Elaboración propia a partir de Imsero, 2009

Desde el año 2002, el número de plazas totales se ha triplicado pasando de 18.639 a 63.446, debido fundamentalmente al empuje de la financiación pública. La tabla siguiente muestra los distintos ritmos de crecimiento en el índice de cobertura desde el año 2002 según sea la titularidad de las plazas, que viene a confirmar el mayor peso de la financiación pública en las plazas de nueva creación.

Tabla 3.13.

Índice de cobertura Centros de Día para personas mayores dependientes en España, según titularidad. Enero 2002-Enero 2008

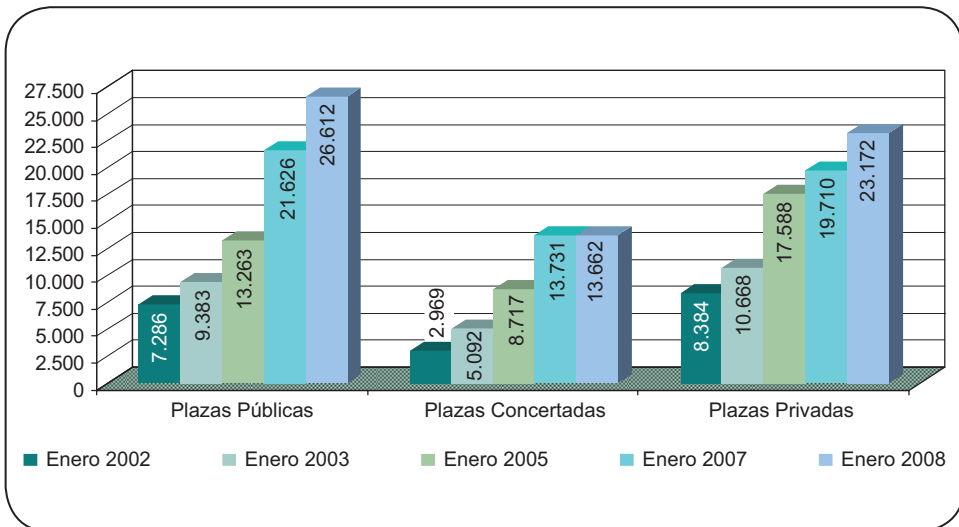
	Plazas públicas + Concertadas	Plazas Privadas	Total Plazas
Enero 2002	0,15	0,12	0,27
Enero 2003	0,20	0,15	0,35
Enero 2005	0,30	0,24	0,54
Enero 2007	0,47	0,26	0,73
Enero 2008	0,53	0,30	0,83

Fuente: Elaboración propia a partir de Observatorio de Personas Mayores, 2003; 2006 y 2007

Cuando se desagrega el dato entre plazas públicas y plazas concertadas queda patente como el porcentaje de plazas públicas respecto al total se ha mantenido estable entre 2002 y 2008, en un valor próximo al 40%. Donde se ha producido un trasvase es entre las plazas concertadas (pasan del 15,9% en 2002 al 21,5% en 2008) y las plazas privadas, que ven reducido su peso al 36,5% en 2008 desde un valor de 45% en el año 2002. El siguiente gráfico muestra la evolución del número de usuarios por tipo de plaza.

Gráfico 3.4.

Evolución de plazas en Centros de Día para personas mayores dependientes en España. 2002-2008



Fuente: Elaboración propia a partir de Observatorio de Personas Mayores y Alboma 2000 S.L., 2003; 2006 y 2007; Imsero, 2009

Se da la paradoja de que a pesar de que la financiación sea mayoritariamente pública (54%), la gestión y titularidad es predominantemente privada. Este modelo, sin embargo, presenta notables divergencias entre Comunidades Autónomas, como muestra la siguiente tabla.

Tabla 3.14.

Índice de cobertura Centros de Día para personas mayores dependientes en España por Comunidades Autónomas. Enero 2008

	Población mayor de 65 años	Índice de cobertura plazas públicas +concertadas	Índice de cobertura plazas privadas	Índice de cobertura total plazas
Andalucía	1.196.354	0,43	0,24	0,66
Aragón	262.113	0,26	0,38	0,64
Asturias	235.428	0,43	0,13	0,56
Baleares	145.675	0,55	0,13	0,68
Canarias	263.027	0,68	0,11	0,79
Cantabria	107.342	0,69	0,00	0,69
Castilla y León	570.559	0,30	0,28	0,58
Castilla La Mancha	362.087	0,56	0,13	0,69
Cataluña	1.196.294	0,48	0,58	1,07
C. Valenciana	813.214	0,42	0,24	0,66
Extremadura	207.081	0,97	0,14	1,11
Galicia	602.986	0,22	0,35	0,57
Madrid	895.583	0,87	0,41	1,28
Murcia	194.003	0,51	0,19	0,70
Navarra	107.020	0,14	0,43	0,57
País Vasco	401.688	0,74	0,14	0,89
La Rioja	57.187	0,48	0,21	0,69
Ceuta	8.640	0,53	0,00	0,53
Melilla	7.526	0,56	0,09	0,65
España	7.633.807	0,53	0,30	0,83

Fuente: Elaboración propia a partir de Imsero, 2009

3.1.1.2.4. Centros Residenciales

El Libro Blanco los define como «centros gerontológicos en los que se presta atención sociosanitaria profesional a personas mayores con algún grado de dependencia que viven temporal o permanentemente en ellos».

La población mayoritaria de este tipo de centros tiene un marcado componente de género femenino (el 66% son mujeres) y en un alto porcentaje los usuarios son personas de 80 y más años (62%), como muestra la tabla 3.15.

Puede observarse igualmente que la edad media de los usuarios es muy elevada, situándose en los 83 años; también en este aspecto existe asimetría de

género en perjuicio de las mujeres ya que, mientras la edad media de ingreso de los hombres es de 77 años, la de las mujeres es cuatro años superior.

La elevada edad de los residentes explica el alto valor que presenta el índice de dependencia (70%) que, como media, presentan los usuarios de Centros Residenciales.

También en este aspecto existen diferencias muy importantes entre Comunidades Autónomas, como queda expresado en la tabla. La Comunidad de Madrid y País Vasco se sitúan en la parte alta con porcentajes de usuarios dependientes de 98% y 86% respectivamente, mientras que Ceuta y Navarra presentan el valor más bajo, con menos de la mitad de los usuarios en situación de dependencia.

Tabla 3.15.

Centros Residenciales para personas mayores en situación de dependencia en España. Perfil del usuario. Enero 2007 y enero 2008

	% mujeres		% mayores de 80 años		Edad media del usuario		% usuarios dependientes	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008
Andalucía	73%	–	53%	–	83	–	76%	–
Aragón	70%	70%	–	–	83	–	80%	80%
Asturias	74%	74%	61%	61%	80	81	79%	79%
Baleares	75%	63%	54%	60%	81	78	48%	62%
Canarias	–	56%	–	2%	–	–	–	66%
Cantabria	–	–	–	–	–	–	–	–
Castilla y León	68%	68%	74%	71%	84	81	77%	80%
Castilla La Mancha	65%	63%	66%	71%	–	–	62%	80%
Cataluña	75%	75%	73%	72%	84	82	–	–
C. Valenciana	71%	72%	70%	74%	83	–	–	–
Extremadura	62%	62%	50%	62%	–	86	57%	60%
Galicia	71%	71%	62%	60%	83	–	70%	54%
Madrid	64%	76%	70%	82%	85	82	48%	98%
Murcia	–	–	–	–	–	–	77%	77%
Navarra	–	67%	–	72%	–	78	–	48%
País Vasco	69%	69%	71%	73%	84	82	88%	86%
La Rioja	–	–	–	–	–	–	–	–
Ceuta	–	36%	–	37%	–	72	–	34%
Melilla	73%	73%	69%	69%	82	80	73%	73%
España	70%	66%	64%	62%	83	80	70%	70%

Fuente: Elaboración propia a partir de Observatorio de Personas Mayores y Alboma 2000 S.L., 2007; Imsero, 2009

En el período de 2002 a 2008 las plazas residenciales aumentaron en 89.919, alcanzando la cifra de 329.311. A este crecimiento contribuyó especialmente

el notable aumento de las plazas concertadas, que pasaron de representar el 16% del total en 2002 al 23,9% a finales de 2009; en el mismo período las plazas públicas pasaron del 25,6% al 23,3% del total y las plazas privadas disminuyeron desde el 58,6% al 52,8%.

La titularidad y la gestión de las residencias acostumbra a ser mayoritariamente privada, que presenta una mayoría de plazas financiadas por los propios usuarios a precios de mercado. Las plazas privadas tienen un índice de ocupación habitualmente inferior al 100%, mientras que la oferta de plazas de financiación pública resulta insuficiente y se caracteriza por un elevado número de solicitudes de ingreso y largas listas de espera (Observatorio de Personas Mayores y Alboma 2000 S.L., 2007: 24).

La siguiente tabla muestra la distribución de las plazas según la titularidad sea pública o privada y confirma el mayor peso de la financiación pública en las plazas de nueva creación desde el año 2002.

Tabla 3.16.

Índice de cobertura Centros Residenciales en España para personas mayores dependientes, según titularidad. Enero 2002-enero 2008

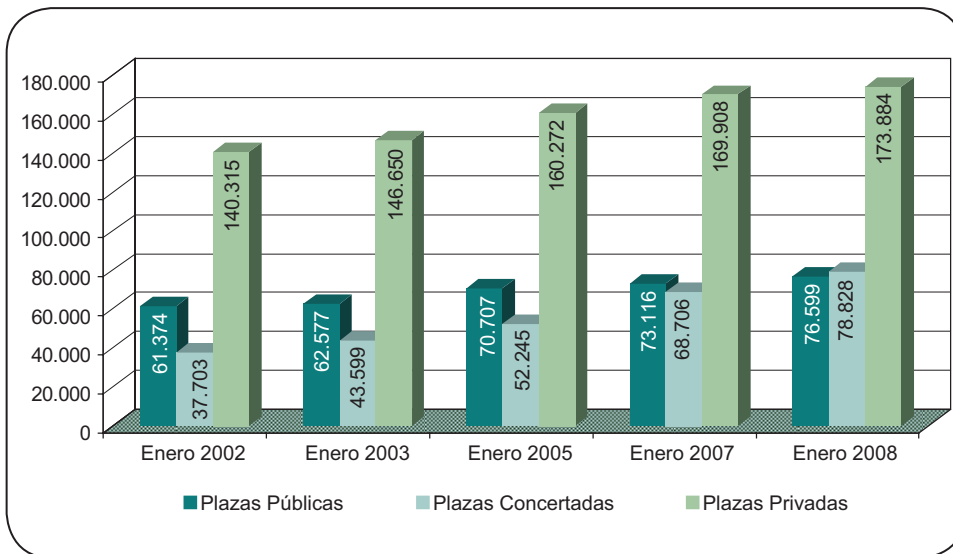
	Plazas públicas + Concertadas	Plazas Privadas	Total Plazas
Enero 2002	1,41	2,00	3,41
Enero 2003	1,46	2,00	3,46
Enero 2005	1,68	2,19	3,86
Enero 2008	1,88	2,26	4,14
Enero 2008	2,04	2,28	4,31

Fuente: Elaboración propia a partir de Observatorio de Personas Mayores y Alboma 2000 S.L., 2003; 2006 y 2007; Imsero, 2009

El siguiente gráfico muestra la evolución del número de usuarios en el período 2002 a 2008 por tipo de plaza, distinguiendo entre públicas, concertadas y privadas.

Gráfico 3.5.

Evolución de plazas en Centros Residenciales en España. 2002-2008



Fuente: Elaboración propia a partir de Observatorio de Personas Mayores y Alboma 2000 S.L., 2003; 2006 y 2007; Imsero, 2009

También se producen diferencias regionales en el porcentaje de cobertura de plazas residenciales, como muestra la siguiente tabla. Castilla y León presenta el mayor porcentaje de cobertura (6,806%), aunque también presenta la mayor proporción de plazas privadas (4,55%). En el otro extremo se encuentra Melilla, con un índice de cobertura del 2,75% y una mayoría de plazas de financiación pública.

Tabla 3.17.

Índice de cobertura Centros Residenciales para personas mayores dependientes en España por Comunidades Autónomas. Enero 2008

	Población mayor de 65 años	Índice de cobertura plazas públicas +concertadas	Índice de cobertura plazas privadas	Índice de cobertura total plazas
Andalucía	1.196.354	1,28	1,64	2,93
Aragón	262.113	2,30	3,80	6,10
Asturias	235.428	1,65	2,79	4,44
Baleares	145.675	1,73	1,53	3,26
Canarias	263.027	1,37	2,92	4,29
Cantabria	107.342	3,00	1,54	4,53
Castilla y León	570.559	2,25	4,55	6,80
Castilla La Mancha	362.087	3,24	3,15	6,39

Continúa

	Población mayor de 65 años	Índice de cobertura plazas públicas +concertadas	Índice de cobertura plazas privadas	Índice de cobertura total plazas
Cataluña	1.196.294	2,12	2,57	4,69
C. Valenciana	813.214	2,12	1,11	3,23
Extremadura	207.081	2,76	1,83	4,59
Galicia	602.986	1,19	1,28	2,47
Madrid	895.583	2,49	2,86	5,36
Murcia	194.003	1,15	1,69	2,85
Navarra	107.020	2,12	3,12	5,24
País Vasco	401.688	3,11	0,88	3,99
La Rioja	57.187	2,00	2,79	4,79
Ceuta	8.640	1,05	1,12	2,18
Melilla	7.526	2,39	0,36	2,75
España	7.633.807	2,04	2,28	4,31

Fuente: Observatorio de Personas Mayores y Alboma 2000 S.L., 2007: 26; Imserso, 2009: 367

Una vez estudiados los Servicios Sociales para personas mayores dependientes en España podemos concluir que es necesario incluir la perspectiva de género, ya que en los cuatro servicios analizados existe un predominio de las mujeres, que va desde un 66% en Centros Residenciales a un 80% en el caso de la Teleasistencia.

Podemos afirmar también que la edad media de los usuarios es superior a los 80 años en los cuatro servicios estudiados. La mayor proporción de octogenarios se encuentra en los Centros de Día, donde representan el 75% como media a nivel nacional.

Es digno de destacar el bajo índice de cobertura de los Centros de Día, que se sitúa en el 0,83% como media, frente a índices superiores al 4% en los otros tres servicios analizados en este apartado. Sin duda, el elevado índice de cobertura de plazas residenciales (4,31%) responde a la tendencia de la década de los ochenta del siglo pasado de construcción de grandes Centros Residenciales.

Para terminar, debemos destacar la gran heterogeneidad entre Comunidades Autónomas en cuanto al índice de cobertura de cada uno de los servicios analizados, fruto sin duda de la estructura poblacional, de los recursos disponibles y de las prioridades políticas y asistenciales de los responsables de cada Comunidad Autónoma.

3.1.1.3. Costes de los Servicios Sociales en España

Los costes de los Servicios Sociales han mostrado tradicionalmente un gran desequilibrio a favor de la prestación privada. En el año 1998 más del 70%

del coste asociado a los cuidados de larga duración en España lo realizaban agentes privados que no recibían fondos públicos, como muestra la siguiente tabla.

Tabla 3.18.
Coste total estimado de los cuidados de larga duración en España. 1998

	Millones de pesetas ⁶³	%
Coste Público	144.923	27,1%
Atención Domiciliaria	46.794	8,7%
Centros de Día	1.863	0,3%
Residencias	96.265	18,0%
Coste Privado	390.310	72,9%
Atención Domiciliaria	156.009	29,1%
Centros de Día	2.012	0,4%
Residencias	232.289	43,4%
Coste Total	535.233	100%

Fuente: Casado y López, 2001

Según Eurostat, el gasto público⁶⁴ en atención a personas mayores en 2004 ascendió para el conjunto de los 25 países de la Unión Europea al 0,5% del PIB, mientras que en España representaba apenas un 0,3%.

Guillén (2006) realiza una estimación de lo que pueden suponer los costes asociados a los cuidados de larga duración de la población española con discapacidades en 1999, basados en los costes unitarios que se estudiaban en el apartado 1.4 «Costes asociados a la dependencia» de este trabajo de investigación.

En su estudio Guillén tiene en cuenta tres modalidades de cuidados:

- En la primera, la discapacidad moderada es atendida en Centros de Día, mientras que aquellos que sufren una discapacidad grave combinan Centros de Día con cuidados en casa, y los dependientes más graves son atendidos en residencias especializadas.
- La segunda modalidad difiere de la anterior en que la discapacidad moderada es atendida en el propio domicilio en lugar de en un Centro de Día.
- La tercera modalidad se basa exclusivamente en cuidados en el hogar para todo tipo de severidades.

⁶³ Hemos optado por mantener la referencia de la moneda «pesetas», del autor citado.

⁶⁴ «Gasto público» se refiere en este caso a prestaciones públicas y concertadas, en especie o monetarias.

La siguiente tabla muestra los resultados de los costes de las diferentes modalidades, en los que se observa que la última modalidad es la más cara, lo que viene a demostrar que los cuidados familiares han venido ocultando la magnitud de los costes derivados de los cuidados de larga duración y que hace falta una apuesta pública importante.

Tabla 3.19.
Costes totales de cuidados de larga duración.
Personas con discapacidades en España. 1999

	Total discapacitados 65 años y más	Modalidad 1 (Euros)	Modalidad 2 (Euros)	Modalidad 3 (Euros)
Dificultad moderada	615.732	3.392.985.961	5.623.050.888	5.623.050.888
Dificultad grave	593.184	5.074.443.010	5.074.443.010	14.445.683.046
No puede realizar la actividad	838.018	10.785.582.250	10.785.582.250	35.714.167.068
Coste total		19.253.011.221	21.483.076.148	55.782.901.002

Fuente: Elaboración propia a partir de Guillén, 2006

3.1.1.4. Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia

3.1.1.4.1. Antecedentes

El sistema español de protección social carecía, hasta la promulgación de la Ley 39/2006⁶⁵, de un modelo integral y universal de atención a la dependencia, aunque diversos dispositivos públicos habían venido ofreciendo respuestas parciales a esta situación desde el ámbito de prestaciones de Seguridad Social: pensiones de gran invalidez, complementos de ayuda a tercera persona en la pensión no contributiva de invalidez, prestaciones familiares por hijo a cargo cuando éste tenga una discapacidad, subsidio por ayuda de tercera persona o rehabilitación de personas con discapacidad y asistencia a personas mayores.

Hasta 2003 los únicos antecedentes del término de dependencia los encontramos en el RD 383/1994 de 1 de febrero por el que se regula el sistema de prestaciones económicas y sociales previsto en la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI), cuando define el subsidio por ayuda a tercera persona y el subsidio de movilidad y compensación por gastos de transporte (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2006).

Es en la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad

⁶⁵ La denominaremos en adelante Ley de Dependencia.

(LIONDAU) donde se recogen los nuevos enfoques y estrategias en la manera de entender la discapacidad y donde comienzan a regularse aspectos relacionados con la dependencia.

La financiación pública de los servicios de atención a los mayores dependientes en España había tenido hasta la entrada en vigor de la Ley de Dependencia una concepción asistencialista, lo que significa que el apoyo de la Administración había estado basado en la prueba de medios del individuo beneficiario del servicio.

La Comisión no permanente para la valoración de los resultados obtenidos por la aplicación de las recomendaciones del Pacto de Toledo aprobó en sesión del 30 de septiembre de 2003 una resolución que resultaría de enorme importancia para el desarrollo futuro de la Ley de Dependencia y que establecía lo siguiente: «Resulta por tanto necesario configurar un sistema integrado que aborde, desde la perspectiva de la globalidad, el fenómeno de la dependencia. Ello debe hacerse con la participación activa de toda la sociedad y con la implicación de la Administración Pública a todos sus niveles, todo ello a través de la elaboración de una política integral de atención a la dependencia en la que quede claramente definido el papel que ha de jugar el sistema de protección social en su conjunto».

La aprobación de la Ley 39/2006 el 30 de noviembre de 2006 supone la creación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). La importancia que supone su creación es tal, que muchos autores han coincidido en señalar el mismo como el cuarto pilar del Estado del Bienestar, tras el Sistema Nacional de Salud, el Sistema Educativo y el Sistema de Pensiones (Bolancé, 2006). La propia Ley de Dependencia reconoce en la exposición de motivos este papel del SAAD en la atención de las situaciones de dependencia.

3.1.1.4.2. Principios que inspiran la Ley de Dependencia

El artículo 3 de la Ley detalla 18 principios en los que se inspira, que se recogen en la siguiente tabla.

Tabla 3.20.
Principios que inspiran la Ley de Dependencia

Carácter público de las prestaciones.	Calidad, sostenibilidad y accesibilidad de los servicios.
Universalidad en el acceso de todas las personas en situación de dependencia, en condiciones de igualdad efectiva y no discriminación.	Participación de las personas dependientes y de quienes les representen.

Continúa

Atención de forma integral e integrada.	Colaboración de los Servicios Sociales y Sanitarios.
Transversalidad de las políticas de atención a las personas en situación de dependencia.	Participación de la iniciativa privada.
Valoración de las necesidades de las personas, atendiendo a criterios de equidad para garantizar la igualdad real.	Participación del tercer sector en los servicios y prestaciones.
Personalización de la atención.	Cooperación administrativa.
Establecimiento de las medidas adecuadas de prevención, rehabilitación, estímulo social y mental.	Integración de las prestaciones establecidas en esta Ley en las redes de Servicios Sociales de las CC.AA. en el ámbito de las competencias que tienen asumidas, y el reconocimiento y garantía de su oferta mediante centros y servicios públicos o privados concertados.
Promoción de las condiciones precisas para que las personas en situación de dependencia puedan llevar una vida con el mayor grado de autonomía posible.	Inclusión de la perspectiva de género.
Permanencia en el entorno habitual.	Atención preferente a las personas en situación de gran dependencia.

Fuente: Elaboración propia

Se desarrollan a continuación, sin embargo, únicamente aquellos que la mayoría de autores coincide en considerar como más importantes.

3.1.1.4.3. Universalidad, equidad y accesibilidad

La Ley configura un derecho subjetivo que se fundamenta en los principios de universalidad, equidad y accesibilidad.

Lo anterior significa que todas las personas en situación de dependencia podrán acceder a servicios y prestaciones en condiciones de igualdad efectiva y no discriminación.

En esa misma línea, la Ley especifica que ningún ciudadano quedará fuera de la cobertura del sistema por no disponer de recursos económicos. La igualdad es una de las premisas básicas y uno de los rasgos distintivos entre una prestación asistencial, como la que existía con anterioridad a la entrada en vigor de la Ley de Dependencia, y otra de tipo universal.

El artículo 1 de la Ley es garante de «un contenido mínimo común de derechos para todos los ciudadanos en cualquier parte del territorio del Estado español». La Ley otorga al Estado el papel de exclusivo regulador de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en su Disposición Final Octava.

Antes de acabar con este punto es preciso destacar las opiniones discordantes de ciertos autores que coinciden en señalar que la Ley no es realmente universal ni igualitaria, ya que para serlo toda la población debería poder ser beneficiaria de la prestación que se determine, con independencia de su nivel de renta y/o patrimonio. En la práctica, la existencia del copago va a suponer que el usuario va a tener que asumir una parte del coste del servicio que reciba.

3.1.1.4.4. Coordinación y cooperación entre las distintas Administraciones

La coordinación y cooperación entre las tres Administraciones Públicas va a ser un elemento fundamental para el adecuado desarrollo del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

La Ley regula las condiciones para la creación del sistema y la forma en la que debe desarrollarse la colaboración y participación de las tres Administraciones Públicas afectadas: Administración General del Estado, Comunidades Autónomas y Corporaciones Locales. El Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia se configura como el instrumento encargado de realizar esta coordinación, que se materializará a través de Convenios entre la Administración General del Estado y cada una de las Comunidades Autónomas.

La Ley establece tres niveles diferentes en cuanto a la prestación:

- Un contenido mínimo común de protección para todos los beneficiarios en función de su grado y nivel de dependencia. Este nivel mínimo garantizado por la Administración General del Estado resulta del acuerdo en el seno del Consejo Territorial y es aprobado por el Gobierno mediante Real Decreto y financiado por el Estado.
- Un segundo nivel permite incrementar el nivel mínimo, fruto de convenios bilaterales entre el Estado y cada una de las Comunidades Autónomas. En virtud de estos acuerdos las Comunidades Autónomas son las encargadas de planificar, ordenar, coordinar y dirigir los recursos y servicios de valoración, atención, acreditación e inspección en sus territorios.
- Un nivel adicional de mejora, a iniciativa y cargo de las Comunidades Autónomas.

3.1.1.4.5. Financiación compartida por el Estado y las Comunidades Autónomas

Se puede afirmar que la Ley de Dependencia será financiada vía impositiva con cargo a los Presupuestos Generales del Estado, como cuarto pilar del sistema de protección del estado del Bienestar.

El incremento progresivo del presupuesto, consecuencia de la implantación gradual del sistema, hará que la cifra total de gasto en 2015 supere los 4.500 millones de euros entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas, en exceso de los 2.000 millones de euros que venía siendo el gasto público en dependencia hasta el año 2005.

La Ley establece distintos mecanismos de financiación en virtud del nivel de protección:

- El nivel de protección mínimo garantizado es asumido financieramente por la Administración General del Estado en su totalidad. También son a su cargo las cuotas de Seguridad Social de los cuidadores no profesionales.
- El segundo nivel es financiado al menos a partes iguales, ya que la aportación de la Comunidad Autónoma será cada año, al menos, igual a la que realice la Administración General del Estado. El importe destinado por la Administración General del Estado en 2007 ascendió a 200 millones de euros en un fondo general y un fondo adicional de 20 millones de euros. El fondo general se distribuyó entre las Comunidades Autónomas en base a la población dependiente estimada y a los índices de dispersión poblacional, de insularidad, de inmigrantes retornados y de superficie de cada una de ellas. El fondo adicional se distribuyó en función de la renta media y la pensión media de cada Comunidad Autónoma.

El importe aprobado por el Consejo Territorial para 2008⁶⁶ asciende a 241 millones de euros que se distribuyen de la siguiente forma:

Tabla 3.21.

Distribución del nivel acordado 2008 previsto en la Ley de Dependencia (euros)

	Fondo General 1 (85%)	Fondo General 2 (7,5%)	Fondo adicional (7,5%)	Total	%
	Según población	Según beneficiarios	Según renta y pensiones medias		
Andalucía	33.404.074	5.301.799	3.501.244	42.207.117	17,51
Aragón	8.128.142	838.424	609.637	9.576.203	3,97
Asturias	6.844.123	643.688	550.150	8.037.961	3,33
Baleares	4.343.253	215.276	341.341	4.899.870	2,03
Canarias	8.076.759	373.097	691.123	9.140.979	3,79
Cantabria	3.104.754	293.085	256.577	3.654.416	1,52
Castilla y León	17.589.498	1.117.778	1.427.617	20.134.893	8,35
Castilla La Mancha	11.414.232	1.041.073	1.067.921	13.523.226	5,61

Continúa

⁶⁶ Ministerio de Educación, Política Social y Deporte. Resolución de 8 de agosto de 2008, del Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

	Fondo General 1 (85%)	Fondo General 2 (7,5%)	Fondo adicional (7,5%)	Total	%
	Según población	Según beneficiarios	Según renta y pensiones medias		
Cataluña	33.791.016	2.875.579	2.665.539	39.332.134	16,32
C. Valenciana	21.586.225	1.494.967	2.079.694	25.160.886	10,44
Extremadura	6.240.472	523.003	636.206	7.399.681	3,07
Galicia	17.729.037	1.585.655	1.643.435	20.958.127	8,70
Madrid	24.952.105	709.187	1.855.396	27.516.688	11,42
Murcia	5.512.787	801.564	572.389	6.886.740	2,86
La Rioja	1.696.467	210.880	136.938	2.044.285	0,85
Ceuta	238.278	26.116	21.594	285.988	0,12
Melilla	215.318	25.289	19.659	260.266	0,11
Total	204.866.540	18.076.460	18.076.460	241.019.460	100,00

Fuente: BOE num. 198: 34769

- El Consejo Territorial acordó el 22 de diciembre de 2008 el reparto de un fondo extraordinario de 400 millones de euros, según el detalle que se muestra en la siguiente tabla.
- Es de destacar la inclusión de las Comunidades Autónomas de Navarra y País Vasco en el reparto de este fondo estatal extraordinario. La nota de prensa del Ministerio de Educación, Política Social y Deporte establece unos criterios de reparto similares a los anteriores; sin embargo, se observan porcentajes de participación sensiblemente diferentes en alguna Comunidad Autónoma, como es el caso de las de Madrid, Canarias y Comunidad Valenciana, que ven reducida su participación en más de un 10% respecto al reparto realizado en agosto del mismo año. Sólo experimentan aumentos en sus porcentajes de participación Andalucía, La Rioja y Murcia.

Tabla 3.22.
Distribución del fondo estatal extraordinario 2008 (euros)

	Importe	%		Importe	%
Andalucía	74.266.962	18,57	Extremadura	11.003.316	2,75
Aragón	15.236.704	3,81	Galicia	32.111.659	8,03
Asturias	12.239.161	3,06	Madrid	37.974.704	9,49
Baleares	7.299.677	1,82	Murcia	11.630.799	2,91
Canarias	12.901.953	3,23	Navarra	5.802.045	1,45
Cantabria	6.021.516	1,51	País Vasco	19.979.119	4,99
Castilla y León	29.549.850	7,39	La Rioja	3.507.764	0,88
Castilla La Mancha	21.416.954	5,35	Ceuta	467.552	0,12
Cataluña	61.965.893	15,49	Melilla	425.713	0,11
C. Valenciana	36.098.661	9,02	Total	400.000.000	100,00

Fuente: Elaboración propia a partir de <http://www.imsersodependencia.csic.es/documentacion/dossier-prensa/2008/not-22-12-2008.html>

- La financiación del tercer y último nivel es a cargo en su totalidad de cada Comunidad Autónoma.

3.1.1.4.6. *Prestación preferente de servicios*

El catálogo de servicios viene definido en la propia Ley de Dependencia de la siguiente forma en su artículo 15:

- Servicios de Prevención de las Situaciones de Dependencia.
- Servicio de Teleasistencia.
- Servicio de Ayuda a Domicilio.
- Servicio de Centro de Día y de Noche.
- Servicio de Atención Residencial.

La Ley de Dependencia prioriza la prestación de servicios frente a la prestación económica, aunque prevé que «cuando las Administraciones competentes no puedan ofrecer estos servicios, las personas en situación de dependencia tendrán derecho a recibir prestaciones económicas». Sólo excepcionalmente se admite la percepción de una prestación económica para ser atendido por cuidadores familiares.

Las prestaciones económicas pueden ser de tres tipos:

- Vinculada al servicio. Existe una falta de claridad en la redacción de la Ley, ya que mientras que el artículo 17 establece que se reconocerá de acuerdo con el convenio entre la Administración del Estado y la Comunidad Autónoma (en lo que parece querer referirse al segundo nivel de prestación), el artículo 20 atribuye al Consejo Territorial la facultad de acordar la cuantía de las prestaciones económicas.
- Para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales. Es preciso destacar la excepcionalidad que indica el propio artículo 18.1, que establece las tres condiciones que debe cumplir el beneficiario de la prestación: posibilidad efectiva de ser atendido por su entorno familiar; disponer de condiciones adecuadas de convivencia y habitabilidad; y que sea establecido así en el programa individual de atención.
- De asistencia personal. Está destinada a la contratación de una asistencia personal durante un número de horas determinado para ayuda de personas con gran dependencia.

3.1.1.4.7. *Igualdad en el acceso, valoración y reconocimiento único en toda España*

Tal como establece el artículo 28.1 de la Ley, el proceso para que un individuo obtenga una valoración de su grado y nivel de dependencia comienza con la solicitud de la persona afectada o de su representante.

La valoración se realiza en base al baremo acordado en el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia y tiene validez en todo el Estado. El artículo 28.4 prevé el posible traslado de un individuo a otra Comunidad Autónoma y señala que las prestaciones que reciba vendrán determinados por la red de servicios existente en esa Comunidad, lo que puede acarrear diferencias de trato entre regiones.

Como resultado del proceso de valoración, el interesado obtendrá un dictamen sobre su grado y nivel de dependencia con una especificación de los cuidados que debe recibir. Con dicho dictamen los Servicios Sociales establecerán un Programa Individual de Atención, y el propio beneficiario, sus familiares o entidad tutelar podrán elegir de entre las alternativas que se le propongan e incluso solicitar una revisión si estuvieran en desacuerdo.

El artículo 26 de la Ley establece la clasificación de la situación de dependencia en tres grados, y cada uno de ellos en dos niveles:

- Grado I. Dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias Actividades Básicas de la Vida Diaria al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.
- 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 quiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.
- 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.

3.1.1.4.8. Participación del ciudadano en el pago de servicios de acuerdo con sus recursos

Todos los sistemas modernos reconocen la participación del usuario en la financiación de los cuidados a personas dependientes. La Ley de Dependencia reconoce igualmente este extremo y vincula, en el artículo 33, el importe que cada beneficiario aporte a su capacidad económica.

En la práctica, el copago ha sido uno de los pilares sobre los que se ha asentado la diversidad interregional, ya que es responsabilidad de las Comunidades Autónomas la fijación del importe en sus territorios.

La Resolución de 2 de diciembre de 2008 de la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad es-

tablece los criterios en base a los que cada beneficiario participará en el coste de los servicios.

Se tendrán en cuenta la renta y el patrimonio del beneficiario. En lo que se refiere a la renta, se tendrán en cuenta los ingresos del trabajo y del capital, y en lo que se refiere a las rentas derivadas de los seguros privados de dependencia, la Resolución remite a lo que regule el Ministerio de Economía y Hacienda o, en su caso, las Comunidades Autónomas.

En lo que afecta al patrimonio sólo computará la vivienda habitual en caso de que el beneficiario reciba atención residencial o la prestación económica vinculada a tal servicio y no tenga personas a su cargo que continúen residiendo en dicha vivienda.

3.1.1.4.9. Implantación de la Ley de Dependencia

Aunque la fecha de puesta en marcha de la Ley fue el 1 de enero de 2007, su implantación será gradual hasta el año 2015 con el fin de acompañar el desarrollo de prestaciones con la creación de la infraestructura necesaria para ello.

La Ley de Dependencia faculta la creación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), que prevé una implantación progresiva desde enero de 2007 hasta el año 2014, cuando estará atendiendo a una población cercana al millón cuatrocientas mil personas.

El detalle de implantación es el siguiente:

- El primer año (2007), quienes sean valorados en Grado III, niveles 2 y 1.
- El segundo y tercer año (2008 y 2009), quienes sean valorados en Grado II, nivel 2.
- El tercer y cuarto año (2009 y 2010), quienes sean valorados en Grado II, nivel 1.
- El quinto y sexto año (2011 y 2012), quienes sean valorados en Grado I, nivel 2.
- El séptimo y octavo año (2013 y 2014), quienes sean valorados en Grado I, nivel 1.

La Disposición Final Primera de la Ley de Dependencia no solo establecía el calendario de aplicación progresiva de la misma, sino que recogía la llamada «retroactividad» de la Ley; esto suponía que el reconocimiento del derecho a la prestación generaba el derecho de acceso a los servicios y prestaciones, bien desde el momento en que el calendario de implantación progresiva alcanzara al beneficiario, bien desde el momento de la solicitud de reconocimiento por el interesado, si ésta fuera posterior. Se va a producir un cambio muy sustancial con la publicación del RD Ley 8/2010 de 20 de mayo por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público, ya que

elimina la retroactividad del pago de prestaciones, que desde 1 de junio de 2010 será desde que se reconozca la prestación en lugar de ser desde la presentación de la solicitud. De manera más concreta establece lo siguiente:

- Se establece un plazo máximo de 6 meses entre la fecha de entrada de la solicitud y la de resolución de reconocimiento de la prestación de dependencia.
- El reconocimiento del derecho será a partir de la fecha de la resolución en la que se reconozca la prestación.
- Si transcurriera el plazo de 6 meses, el derecho a la prestación se generará a partir del día siguiente al del cumplimiento del plazo máximo indicado de 6 meses.

Las estimaciones que realiza el Libro Blanco, a partir de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999 para población en domicilios familiares y a partir de datos de Imsero para personal institucionalizado, señalan un total de 959.890 potenciales beneficiarios de la Ley en el año 1999.

A partir de esa estimación y asumiendo las proyecciones de población total del INE, así como una hipótesis de cierta reducción de la prevalencia de la dependencia, Rivero obtiene los resultados de las dos siguientes tablas, que muestran un crecimiento continuado de la población elegible, tanto en términos absolutos como relativos, aunque éste es más intenso en la población mayor de 65 años.

Tabla 3.23.

Proyección del Libro Blanco de personas elegibles por la Ley de Dependencia en España. 2005, 2010, 2015, 2020

	2005	2010	2015	2020
Menos de 65 años	298.639	314.660	326.838	339.623
65 y más años	826.551	931.769	1.046.410	1.156.603
Total elegibles	1.125.190	1.246.429	1.373.248	1.496.226

Fuente: Rivero, 2006

Tabla 3.24.

Prevalencia de personas elegibles por la Ley de Dependencia en España, según la proyección del Libro Blanco. 2005, 2010, 2015, 2020

	2005	2010	2015	2020
Menos de 65 años	0,83%	0,83%	0,84%	0,86%
65 y más años	11,31%	11,75%	12,02%	12,14%
Total elegibles	2,59%	2,73%	2,89%	3,06%

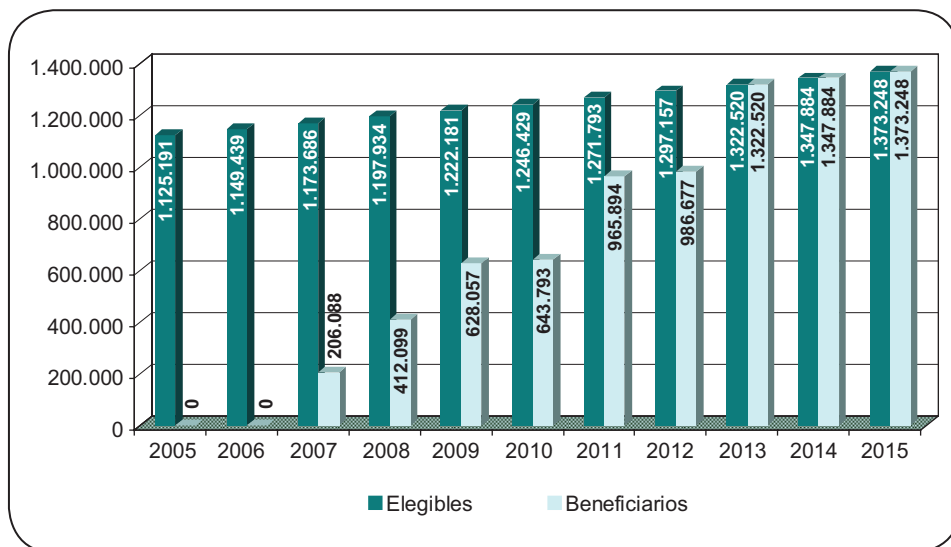
Fuente: Rivero, 2006

Según este modelo, la distribución de beneficiarios en los dos niveles de severidad es idéntica y la incorporación de nuevos beneficiarios al sistema se produce en el año previsto según su grado de dependencia.

Los resultados mostrados en el siguiente gráfico señalan el año 2010 como un año de transición, mientras que el año 2011 supone la entrada de algo más de 300.000 beneficiarios, lo que eleva la cobertura al 76% de la población elegible. El año 2012 vuelve a ser un año de transición para dar paso al 2013, en el que se completa la incorporación al sistema de las personas con dependencia con un reconocimiento de Grado 1 y nivel 1.

Gráfico 3.6.

Personas elegibles del Libro Blanco y de los beneficiarios del SAAD. 2005-2015



Fuente: Rivero, 2006

Los datos reales de implantación del SAAD son los que se muestran en la siguiente tabla, correspondientes al mes de abril de 2009, donde se presenta el desglose por Comunidades Autónomas.

Tabla 3.25.

Beneficiarios con derecho a prestación según gravedad, clasificados por CC.AA. 1 de mayo de 2009

	Número de habitantes ⁶⁷	Beneficiarios con derecho a prestación			
		Grado III	Grado II	Total	% sobre n.º de habitantes
Andalucía	8.202.220	113.923	61.688	175.611	2,14%
Aragón	1.326.918	17.305	8.621	25.926	1,95%
Asturias	1.080.138	11.778	5.130	16.908	1,57%

Continúa

⁶⁷ INE: Padrón municipal. Cifras de población a 1 de enero de 2008.

	Número de habitantes	Beneficiarios con derecho a prestación			
		Grado III	Grado II	Total	% sobre n.º de habitantes
Baleares, Illes	1.072.844	7.922	4.511	12.433	1,16%
Canarias	2.075.968	9.138	2.916	12.054	0,58%
Cantabria	582.138	7.624	3.859	11.483	1,97%
Castilla y León	2.557.330	24.992	9.802	34.794	1,36%
Castilla La Mancha	2.043.100	25.288	12.644	37.932	1,86%
Cataluña	7.364.078	77.953	31.478	109.431	1,49%
Comunitat Valenciana	5.029.601	26.019	7.717	33.736	0,67%
Extremadura	1.097.744	12.789	5.166	17.955	1,64%
Galicia	2.784.169	28.874	11.390	40.264	1,45%
Madrid Comunidad de	6.271.638	24.092	12.447	36.539	0,58%
Murcia, Región de	1.426.109	15.718	7.503	23.221	1,63%
Navarra, Comunidad foral	620.377	5.937	5.503	11.440	1,84%
País Vasco	2.157.112	24.308	15.372	39.680	1,84%
Rioja, La	317.501	5.715	2.259	7.974	2,51%
Ceuta y Melilla	148.837	920	755	1.675	1,13%
TOTAL	46.157.822	440.295	208.761	649.056	1,41%

Fuente: Elaboración propia a partir de <http://www.imsersodependencia.csic.es/estadisticas/saad/index.html>

El sistema público de atención a personas en situación de dependencia se asienta sobre tres niveles representados por la Administración General del Estado, las Comunidades Autónomas y en último término las Corporaciones Locales. La descentralización de la gestión a cargo de las dos últimas provoca importantes diferencias regionales que se ponen de manifiesto en la tabla anterior, donde se comprueba que hay CC.AA. con porcentajes de beneficiarios con derecho a prestación muy superiores a la media nacional (La Rioja, 2,24%; Andalucía, 1,91%; Aragón, 1,75%), mientras que otras presentan unos valores muy inferiores al valor medio (Canarias, 0,50%; Comunidad de Madrid, 0,52%; Comunidad Valenciana, 0,63%).

Según Rivero, los Servicios Residenciales serán predominantes los primeros años de implantación del sistema. A partir de 2010 será cuando comenzarán a cobrar protagonismo el Servicio de Ayuda a Domicilio y la atención informal. La siguiente tabla muestra la evolución del número de cada uno de los Servicios Sociales hasta la total implantación del sistema.

Tabla 3.26.

Evolución de beneficiarios por recursos asignados del SAAD en España

	Elegibles	Beneficiarios					Total
		Residencia	Centro de Día	SAD	Asistencia Personal	Atención Informal	
2007	1.173.686	174.554	10.837	5.443	9.786	5.594	206.214
2008	1.197.934	249.960	48.312	50.685	12.413	50.902	412.272
2009	1.222.181	329.974	86.972	97.975	15.098	98.258	628.276
2010	1.246.429	339.972	88.307	100.104	15.185	100.452	644.019
2011	1.271.793	350.492	89.537	256.053	15.214	254.831	966.127
2012	1.297.157	361.011	90.767	260.682	15.244	259.213	986.017
2013	1.322.520	371.530	91.998	423.991	15.274	419.975	1.322.767
2014	1.347.884	382.050	93.228	431.073	15.303	426.484	1.348.137
2015	1.373.248	392.495	94.440	438.072	15.330	432.911	1.373.248

Fuente: Elaboración propia a partir de Rivero, 2006

De nuevo, los datos reales de implantación del SAAD por tipo de servicio correspondientes al mes de abril de 2009 se muestran en la siguiente tabla, desglosados por Comunidades Autónomas.

Tabla 3.27.

Beneficiarios con derecho a prestación según tipo de prestación, clasificados por CC.AA. 1 de mayo de 2009

	Teleasistencia	Ayuda a Domicilio	Centros de Día	Atención Residencial	Prest. Especial ⁶⁸	Resto ⁶⁹	Total
Andalucía	14.230	39.447	5.912	13.907	59.962	42.153	175.611
Aragón	0	0	564	2.630	10.262	12.470	25.926
Asturias	27	577	469	3.090	5.084	7.661	16.908
Baleares, Illes	0	0	230	888	3.457	7.858	12.433
Canarias	0	0	420	478	1.810	9.346	12.054
Cantabria	1	373	654	2.262	4.550	3.643	11.483

Continúa

⁶⁸ Incluye prestaciones especiales vinculadas a servicio, de cuidadores familiares y de asistencia personal.

⁶⁹ Incluye prevención, dependencia y promoción autonomía personal y prestaciones sin especificar.

	Teleasistencia	Ayuda a Domicilio	Centros de Día	Atención Residencial	Prest. Especial	Resto	Total
Castilla La Mancha	798	192	371	5.298	11.330	19.943	37.932
Cataluña	2	4.096	593	5.860	39.794	59.086	109.431
Comunitat Valenciana	0	0	580	10.451	7.769	14.936	33.736
Extremadura	393	1.091	313	2.574	3.091	10.493	17.955
Galicia	105	2.977	770	4.000	17.590	14.822	40.264
Madrid Comunidad de	0	0	2.186	13.431	1.379	19.543	36.539
Murcia, Región de	4	0	0	129	5.510	17.578	23.221
Navarra, Comunidad foral	121	0	177	1.161	7.877	2.104	11.440
País Vasco	3.419	5.509	4.533	9.384	13.271	3.564	39.680
Rioja, La	235	757	480	864	1.875	3.763	7.974
Ceuta y Melilla	72	66	22	78	875	562	1.675
TOTAL	19.744	57.142	19.700	83.511	209.753	259.206	649.056

Fuente: Elaboración propia a partir de <http://www.imsersodependencia.csic.es/estadisticas/saad/index.html>

3.1.2 Modelo español de Apoyo Informal

En el caso de España, se constata que el modelo de Apoyo Informal es el más importante, hasta el punto de que éste es el modelo principal de ayuda en nueve de cada diez casos.

Según los datos de la encuesta⁷⁰ realizada por Gfk Emer Ad Hoc Research para el Imsero sobre los cuidados informales que reciben las personas mayores que residen en hogares, un total de 1.226.181 personas mayores, o lo que es lo mismo, el 17% de la población española de 65 años y más recibe ayuda informal.

La mayoría de autores coinciden en los rasgos principales del perfil del cuidador: se trata de una mujer (en un 82,8% de los casos), de mediana edad, casada (en un 75,2% de las ocasiones), sin actividad laboral fuera del ámbito familiar, con un bajo nivel de estudios y de extracción social modesta. Similar

⁷⁰ Es preciso destacar dos elementos metodológicos en esta encuesta: el primero es que es el propio informante el que se clasifica como cuidador, de forma que su clasificación es subjetiva. El segundo se refiere a que se incluye en la encuesta cualquier tipo de ayuda a una persona mayor de 65 años para hacer cosas que ya no puede hacer por sí misma. Esto significa que no se tienen en consideración aquellas tareas que la persona no había realizado anteriormente porque otros las realizaban por ellos.

es el perfil que dibujan otros autores: mujer de 53 años, casada, con estudios primarios y cuya actividad principal son las tareas del hogar.

El peso principal del Apoyo Informal ha recaído y recae casi en exclusiva en las mujeres del núcleo familiar: madres, cónyuges, hijas o hermanas de las personas dependientes. En los países europeos el principal cuidador es el cónyuge, hasta el punto de que vivir con el cónyuge es un factor decisivo para evitar el recurso de la ayuda formal y los Servicios Sociales. En el caso de parejas de personas mayores, la cifra de esposas cuidadoras es superior a la de varones cuidadores, ya que ellas tienen mayor esperanza de vida.

En el caso español existe una predominancia de la hija, hasta el punto de que en un 41,4% de los casos de dependencia es esta figura la que asume la responsabilidad principal o secundaria de la atención, desde dentro o desde fuera del hogar.

Comas-Herrera y Wittenberg (2003) comparan los casos de España, Reino Unido, Alemania e Italia en cuanto a cuidados de larga duración y consideran únicamente a aquellas personas mayores dependientes que reciben exclusivamente Apoyo Informal, de forma que quedan fuera del estudio aquellas que reciben además cuidados formales⁷¹. La tabla siguiente muestra cómo Alemania y España son los países, entre los cuatro estudiados, con mayor número de personas mayores dependientes que basan sus cuidados en atención informal, mientras que en el otro extremo Reino Unido tiene el indicador más bajo.

Tabla 3.28.

Estimación de beneficiarios de Apoyo Informal en los cuatro países del estudio 2000 (año base) (miles)

	Beneficiarios de Apoyo Informal	Beneficiarios de Apoyo Formal	Total beneficiarios	Solo Apoyo Informal (%)
Alemania	653	758	1.411	46%
Italia	564	977	1.541	37%
España	624	284	908	69%
Reino Unido	439	954	1.393	32%

Fuente: Comas-Herrera y Wittenberg, 2003: 188

⁷¹ A pesar de que la definición es común en los cuatro modelos, la forma de estimar la población que recibe cuidados informales es distinta:

En el caso alemán se han considerado aquellas personas mayores que viven en sus domicilios y reciben beneficios monetarios del seguro de cuidados de larga duración. En el de Reino Unido se consideran a los que reciben ayuda para tareas domésticas y que viven solos. En el caso italiano la cifra sale por exclusión, ya que se consideran aquellas personas que no reciben Apoyo Formal. En el caso de España los datos provienen de la Encuesta sobre la Soledad de las Personas Mayores, CIS 1998.

También influye en los datos obtenidos la definición de dependencia que se adopte: en el caso de Reino Unido y Alemania se consideran aquellas personas mayores con problemas en dos o más Actividades de la Vida Diaria mientras que en Italia y España basta con tener dificultades con una Actividad de la Vida Diaria para ser considerado dependiente.

La proporción de beneficiarios de Apoyo Informal, exclusivamente, vuelve a situar a España a la cabeza con cerca del 70% de los mismos disfrutando de este tipo de ayuda.

El Informe Mayores 2006 da cuenta de los datos censales obtenidos por Eurostat en los países de la Unión Europea⁷² acerca de los hábitos de vida de las personas mayores. Los datos de la siguiente tabla ponen de manifiesto que en España los mayores viven menos en soledad que en los otros países estudiados, comparten el hogar con hijos en una mayor proporción y forman parte en mayor medida de modalidades más complejas de organización familiar. España presenta, junto con Grecia y Portugal, los valores más bajos en la proporción de personas mayores que viven solas.

Álvarez (2005) viene a confirmar estas conclusiones cuando señala que el 36% de las personas mayores que reciben cuidados informales conviven con algún miembro de su familia de una generación posterior, es decir, hijos o hijas.

Costa i Font (2007) atribuye a los valores y a la cultura de cada país las diferencias en cuanto al mayor o menor peso de la ayuda informal en el cuidado de los mayores. La familia provee atención en un 69% en el caso español, mientras que en otros países como Reino Unido este valor apenas alcanza un 32%. Concluye este autor atribuyendo la causa de este diferencial Norte-Sur a la existencia de estructuras familiares multigeneracionales que hacen que en España sólo el 20% de personas mayores vivan solas, mientras que en Alemania, por ejemplo, este porcentaje sea del 41%.

Tabla 3.29.

Formas de convivencia de la población mayor en 21 países de la UE, CIRCA 2001

	Pareja sin hijos	Pareja con hijos	Padre o madre con hijos	Solo	Otros hogares familiares	Hogares colectivos
Alemania¹	55,9	1,0	2,2	36,6	4,1	–
Austria	41,6	7,9	5,2	32,5	8,5	4,2

Continúa

⁷² Aunque no siempre los métodos de recogida, los conceptos y aun el momento de referencia son los mismos para los 25 países, la riqueza y detalle de la información conseguida justifican la atención que se presta a los indicadores.

Con respecto al momento de referencia, la mayor parte de los países realizaron sus censos alrededor de 2001; entre enero y noviembre de ese año se realizaron censos u operaciones equivalentes en 15 países, incluida España; Alemania ha enviado datos referidos al 1 de noviembre de 2001 de una encuesta intercensal que se aplica a una muestra del 1% de su población, es decir, a más de ochocientos mil personas. Otros tres países han realizado el censo en el año inmediatamente anterior (Estonia, Letonia y Finlandia) o posterior (Eslovenia, Irlanda y Polonia); los datos más alejados en el tiempo son los ofrecidos por Francia (marzo de 1999) y, sobre todo, los de Malta (noviembre de 1995) (Imsero, 2006: 249).

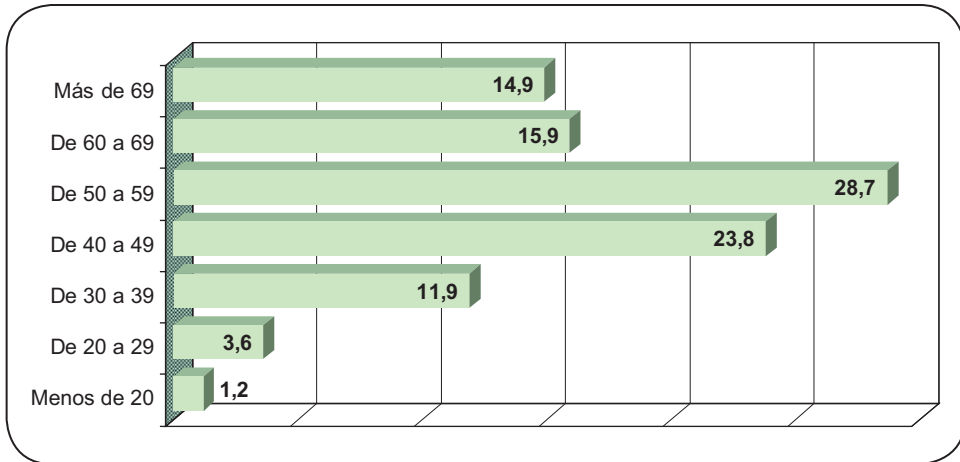
	Pareja sin hijos	Pareja con hijos	Padre o madre con hijos	Solo	Otros hogares familiares	Hogares colectivos
Chipre	53,1	9,9	4,3	20,9	8,1	3,6
Dinamarca	50,0	0,3	0,0	48,6	–	–
Eslovaquia	38,5	8,1	6,2	40,0	7,2	0,0
Eslovenia	37,8	11,8	7,6	25,3	14,2	3,4
España	40,4	17,0	6,8	19,5	14,0	2,3
Estonia	35,2	5,2	7,3	35,6	14,8	1,7
Finlandia	43,3	5,1	4,1	38,0	6,4	3,1
Francia	48,8	5,5	3,2	30,7	6,1	5,7
Grecia	46,4	14,6	6,0	17,8	13,8	2,5
Hungría	41,9	4,8	4,1	30,6	16,1	2,5
Irlanda	30,4	15,0	8,9	25,9	11,7	7,2
Italia	40,6	14,0	6,4	26,8	10,1	2,1
Letonia	–	34,0	9,0	23,4	32,2	1,5
Lituania	47,1	0,2	0,0	29,8	21,9	1,1
Países Bajos	51,2	4,2	2,2	33,1	2,7	6,5
Polonia	38,3	10,8	9,4	26,1	14,2	1,2
Portugal	46,1	12,3	6,0	19,0	13,0	3,6
Reino Unido	45,6	6,1	4,4	34,5	4,8	4,6
Rep. Checa	42,7	5,8	5,4	34,1	9,7	2,3

¹ Sólo población en viviendas familiares.

Fuente: Imserso, 2006

La edad media del cuidador se sitúa en 52,9 años. El grupo de edad con más peso es aquel que se sitúa entre 40 y 65 años de edad, conocido como «generación sándwich» por tener que ocuparse de cuidar de sus hijos al mismo tiempo que se encargan de prestar cuidados de larga duración a sus padres. La razón principal de la aparición de la «generación sándwich» es el hecho de que han tenido hijos a edades más tardías y están cuidando por tanto, al mismo tiempo, a los hijos, que siguen necesitando ayuda porque son todavía pequeños, y a sus mayores.

Gráfico 3.7.
Edad de los cuidadores

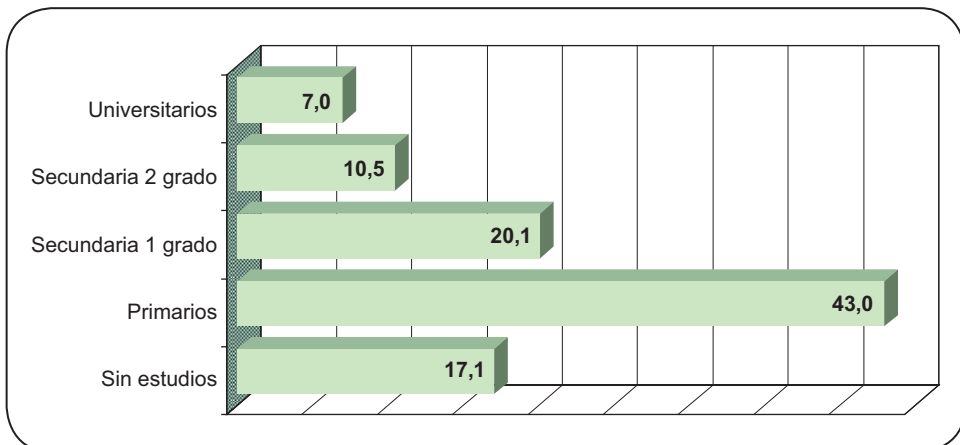


Fuente: Álvarez et al, 2004

El 67% de los cuidadores viven con hijos, siendo una tercera parte menores de 18 años de edad.

El 73,1% de los cuidadores no tiene ocupación remunerada y la mayoría corresponde a cuidadores con un nivel medio o bajo de estudios como muestra el siguiente gráfico.

Gráfico 3.8.
Nivel de estudios de los cuidadores



Fuente: Álvarez et al, 2004

A modo de resumen, se muestra en la siguiente tabla el detalle del perfil sociodemográfico del cuidador informal al tiempo que lo compara con el perfil

del total de la población española en 2004⁷³. A través del análisis de las dos columnas de la derecha, que comparan las diferencias entre ambos colectivos en 1994 y diez años más tarde, destaca el avance tan importante en el nivel de formación (desciende la diferencia de cuidadores sin estudios o analfabetos de 9,3 a 1,2 puntos porcentuales) y muy especialmente en el nivel de ocupación (en el período estudiado la diferencia ha descendido desde un valor de 32,4 en 1994 al 22,7 en 2004), en el que sin duda habrá tenido un papel determinante la incorporación de la mujer al mercado laboral.

Tabla 3.30.
Perfil sociodemográfico del cuidador informal español
y diferencias con la población española. 1994 y 2004 (%)

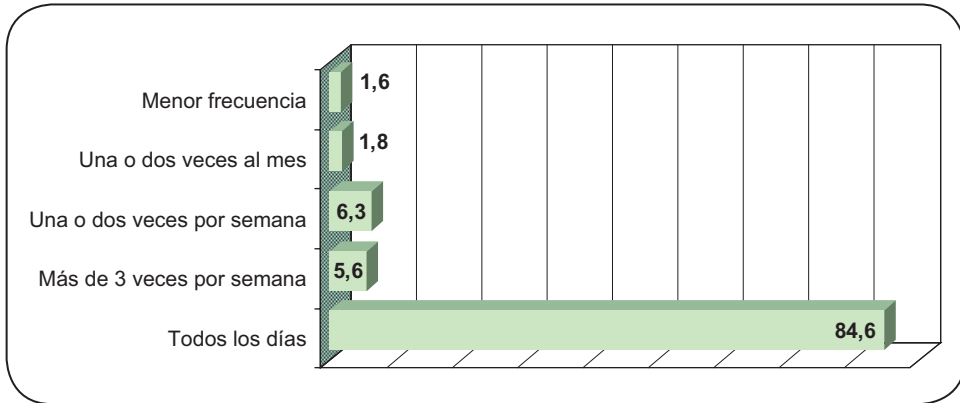
	Cuidadores	Población total	Diferencia 2004	Diferencia 1994
GENERO				
Hombre	16,4	49,1	-32,7	-30,9
Mujer	83,6	50,9	32,7	30,9
EDAD MEDIA	52,9	46,2	6,7	7,0
NIVEL DE ESTUDIOS				
Sin estudios+Analfabetos	17,1	15,9	1,2	9,3
Primarios	43,0	23,3	19,7	12,4
Segundo Grado	32,6	46,8	-14,2	-15,6
Tercer Grado	7,0	14,0	-7,0	-5,2
SITUACION LABORAL				
Ocupado	26,0	48,7	-22,7	-32,4
No ocupado	73,1	51,3	21,8	31,6

Fuente: Elaboración propia a partir de Álvarez, 2005

La intensidad de los cuidados es muy elevada, tanto en lo que se refiere al número de veces por semana como al número de horas diario. Los gráficos siguientes muestran cómo en un 90,2% de los casos se presta atención todos los días y más de 3 veces por semana. En cuanto a la dedicación diaria, en un 57,2% de los casos se atiende más de 5 horas todos los días.

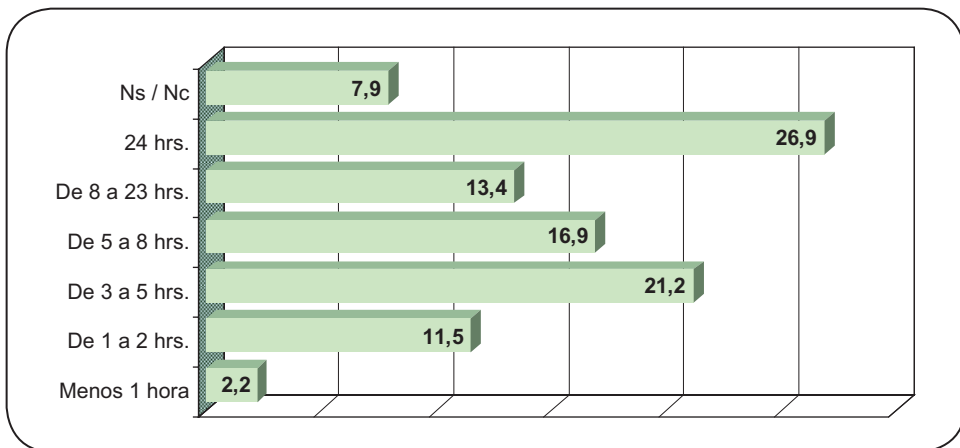
⁷³ INE (2004): Censo de Población y Viviendas 2001.

Gráfico 3.9.
Intensidad de los cuidados informales



Fuente: Álvarez et al, 2004

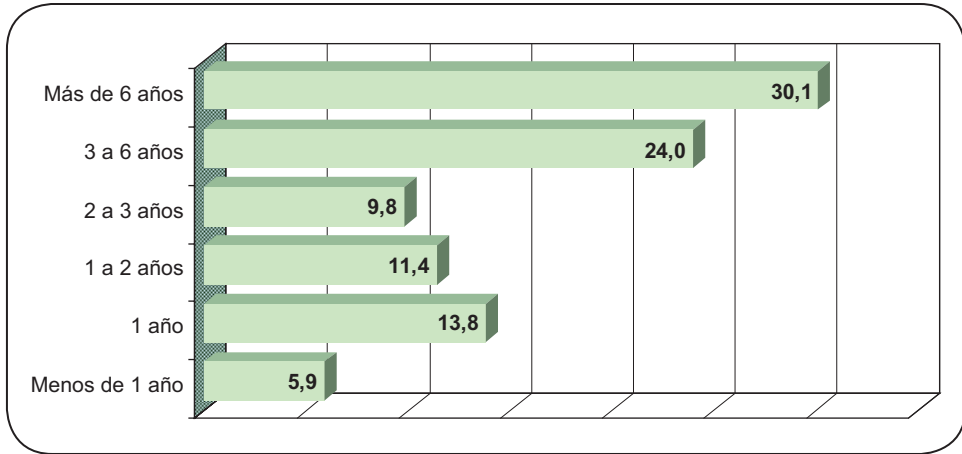
Gráfico 3.10.
Tiempo diario



Fuente: Álvarez et al, 2004

La duración de los cuidados es muy elevada y se sitúa como media en 5,5 años, con el desglose que se muestra en el siguiente gráfico. Las consecuencias de tipo emocional y familiar en los cuidadores son considerables, llegando a provocar conflictos en la pareja en un 7% de los cuidadores o haciendo que un 11,2% de ellos haya tenido que dejar de trabajar.

Gráfico 3.11.
Tiempo que lleva prestando la ayuda informal



Fuente: Álvarez et al, 2004

Este modelo tan arraigado en la sociedad española tiene los días contados a juicio de la mayoría de autores. Algunos señalan la profunda transformación que debe experimentarse a futuro en el modelo, mientras que otros muchos hablan abiertamente de «crisis».

Todos, sin embargo, coinciden al identificar los cambios sociales que se han producido en la institución familiar, que provocan que el modelo actual sea insostenible a medio plazo. Entre esos cambios destacan los siguientes:

- Desaparición de la familia extensa: el modelo en el que convivían en un mismo hogar varias generaciones y un número elevado de hijos está llamado a desaparecer y a ser sustituido por hogares nucleares con un número más reducido de hijos.
- Desdibujamiento de la institución familiar, que se traduce en un aumento de separaciones, divorcios y nuevos matrimonios.
- Retraso en la edad de matrimonio.
- Creciente movilidad geográfica, motivada en muchas ocasiones por cuestiones laborales.
- Aparición de nuevos hogares monoparentales y de parejas de hecho.
- Democratización de las relaciones entre los miembros del hogar, tanto entre la pareja como en las relaciones intergeneracionales.
- Retraso en la edad de independencia de los hijos.
- Tamaño reducido de las viviendas.
- Transformación del rol de las mujeres.

Nos detendremos en el último, que es, sin duda, el más importante de todos ellos. Casado y López (2001) analizan los resultados de la Encuesta sobre el Apoyo Informal a las personas mayores, 2.ª fase (EAI-2) (CIS, 1994)⁷⁴ y concluyen que la inactividad es la situación laboral que caracteriza en mayor medida a la mujer prestadora de cuidados informales. Otro dato revelador de esta situación es que sólo un 10% de las encuestadas declaró que había tenido que dejar de trabajar para poder atender a una persona mayor, lo que lleva a los autores a concluir que la inmensa mayoría de mujeres cuidadoras (70%) estaban inactivas cuando empezaron a actuar como tales.

La incorporación de la mujer española al mercado de trabajo ha sido enorme en los últimos veinte años, como muestra la siguiente tabla. Ha sido, precisamente, en los tramos de edad que tradicionalmente han estado encargados de la atención a los mayores donde ese aumento ha sido mucho más elevado. Puede observarse cómo todos los grupos de edad entre 35 y 59 años han duplicado la tasa de actividad laboral, llegando a alcanzar, en alguno de los casos, valores superiores al 80%.

Tabla 3.31.
Evolución tasa de actividad⁷⁵ de la mujer española.
Segundo trimestre de 1987 - Segundo trimestre de 2010

Edad	1987 Trimestre II	2004 Trimestre I	2008 Trimestre IV	2009 Trimestre IV	2010 Trimestre II
Total	31,83	44,07	51,38	51,70	52,19
De 16 a 19	37,03	18,35	23,52	16,09	19,50
De 20 a 24	59,35	56,44	63,99	62,20	60,52
De 25 a 29	57,80	79,32	83,57	84,06	84,04
De 30 a 34	47,82	74,03	81,23	82,26	83,10
De 35 a 39	37,36	69,07	78,20	79,21	81,55
De 40 a 44	34,26	66,70	76,34	78,49	77,52
De 45 a 49	30,86	60,91	72,41	73,48	75,48
De 50 a 54	26,67	48,51	62,09	64,51	66,68
De 55 a 59	22,03	33,43	45,88	48,63	47,82
De 60 a 64	15,89	19,48	22,37	26,11	26,87
De 65 a 69	4,79	2,62	4,77	4,35	4,73
70 y más	0,91	0,32	0,55	0,54	0,51

Fuente: Elaboración propia a partir de www.ine.es⁷⁶

⁷⁴ Centro de Investigaciones Sociológicas, 1994. La encuesta contiene información sobre 1.700 personas de más de 18 años que, en 1994, proporcionaban cuidados informales (no remunerados) a otras tantas personas mayores dependientes de todo el país.

⁷⁵ La «tasa específica de actividad» que se presenta es la que maneja la Encuesta de Población Activa y que se obtiene, para un intervalo de edad determinado, dividiendo el número de activos de esas edades entre la población correspondiente a ese intervalo.

⁷⁶ Encuesta de Población Activa. Resultados detallados. Activos. Tasas de actividad por sexo y grupos de edad.

A pesar de que algunos de los autores hablan de «crisis» del modelo de Apoyo Informal, el cambio será lento. Existen factores, como la obligación moral de los cuidadores o la imposibilidad de disponer de recursos públicos o privados alternativos, que obligarán a que la familia siga representando un papel predominante en el cuidado de las personas mayores.

En la encuesta realizada por Gfk Emer para el Imsero en 2004 un 90,6% de los encuestados afirma que es una obligación moral cuidar de la persona mayor, un 50,7% reconoce que no le queda otro remedio y un 46,6% está de acuerdo con la afirmación que señala que económicamente no puede plantearse otra solución.

Las conclusiones del estudio de Comas-Herrera y Wittenberg (2003) refuerzan la idea de que la transición será lenta y que el Apoyo Informal seguirá teniendo un papel muy importante en los próximos años. Las estimaciones al año 2050 que muestra la siguiente tabla sitúan a España como el país donde se producirá el mayor incremento en el número de beneficiarios de Apoyo Informal de entre los cuatro objeto de estudio.

Tabla 3.32.

Número estimado de beneficiarios de Apoyo Informal en los cuatro países del estudio en 2000 y 2050 (caso base) y porcentaje de crecimiento (miles)

	2000	2050	% incremento
Alemania	653	1.427	118,5%
Italia	564	1.180	109,2%
España	624	1.410	125,7%
Reino Unido	439	724	64,8%

Fuente: Comas-Herrera y Wittenberg, 2003: 189

Cuando estos mismos autores comparan los porcentajes de crecimiento del Apoyo Informal con cuidados en el hogar y el Apoyo Formal en el horizonte del año 2050, se comprueba que la distribución entre estos tipos de atención a las personas mayores dependientes va a sufrir poca variación, como muestra la siguiente tabla.

Tabla 3.33.

Porcentaje de crecimiento en los cuatro países del estudio 2000-2050 (caso base)

	Apoyo Informal	Cuidados en el hogar	Apoyo Formal
Alemania	118,5%	118,5%	126,6%
Italia	109,2%	119,2%	80,8%
España	125,7%	123,1%	120,0%
Reino Unido	64,8%	91,7%	111,4%

Fuente: Comas-Herrera y Wittenberg, 2003: 216

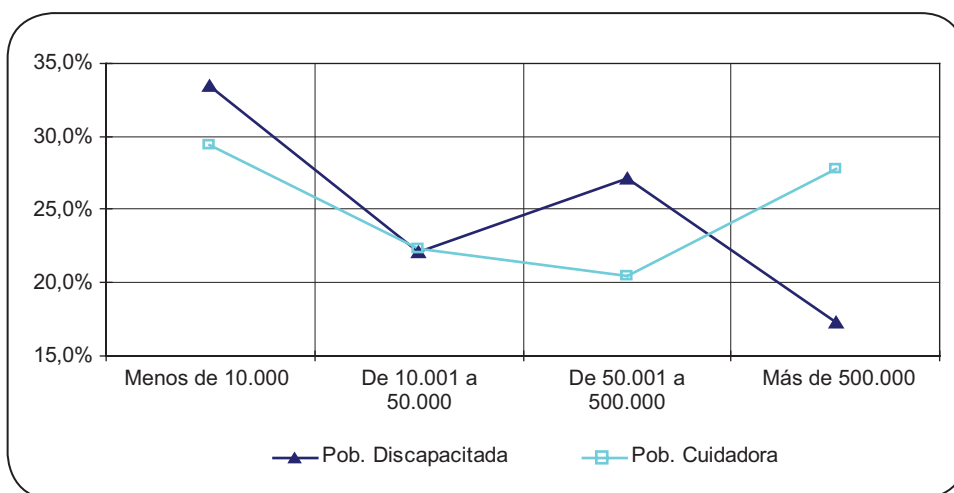
El proceso de envejecimiento de la población va a causar que la demanda de cuidados para personas mayores dependientes a medio y largo plazo aumente. Se va a seguir produciendo un aumento en las tasas de incorporación de la mujer al mercado laboral, lo que conducirá a una situación en la que cada vez va a haber menos mujeres en edad de cuidar y más ancianos que precisan cuidados de larga duración, y además esa brecha se va a seguir incrementando con el paso de los años.

La transformación del modelo de atención informal, derivada de la creciente participación de la mujer en el mercado de trabajo, afectará también al cónyuge, que tendrá que responsabilizarse de proporcionar los cuidados que el padre o la madre puedan necesitar. La consecuencia última será que, dado que ambos deben seguir trabajando, tendrán que buscar un complemento en la Atención Domiciliaria. La debilidad del modelo público español actual de cuidados de larga duración, unido a la imposibilidad de las familias de asumir el coste de la compra de dichos cuidados, está llevando a que éstas acudan al mercado desregulado, y por tanto más barato, de los inmigrantes.

En la búsqueda de soluciones a la falta de cuidadores debe tenerse en cuenta el factor tamaño del municipio. El siguiente gráfico muestra cómo la mayor escasez de cuidadores se produce en las poblaciones de menor tamaño. En las capitales de provincia se da el efecto contrario, hasta el punto de que el porcentaje de cuidadores supera en más de 100 puntos básicos al de población discapacitada.

Gráfico 3.12.

Comparación entre población discapacitada y población cuidadora según tamaño de municipio



Fuente: Elaboración propia a partir de INE (2002) y Álvarez et al, 2004

La carga que suponen los cuidados informales tiene incidencia en el desarrollo de la vida normal de los cuidadores. El tiempo es un recurso finito, y el transferido hacia el dependiente se quita del resto de actividades cotidianas, incluso de cuidar a los propios hijos.

Según estos mismos autores, casi la mitad (45%) de las personas que cuidan a un esposo y el 26% de las que cuidan a un padre presentan una alta sintomatología depresiva. Los síntomas depresivos aumentan con la edad del cuidador y son mayores entre los cuidadores de bajos ingresos y en aquellos que padecen varias enfermedades crónicas o se encuentran discapacitados.

La encuesta encargada por Imsero y realizada por Gfk Emer presenta los siguientes resultados cuando los cuidadores son preguntados acerca de «incidencias en el desarrollo de su vida normal por tener que ayudar a la persona de la que cuida».

Tabla 3.34.
Incidencias en el desarrollo de la vida normal del cuidador. 2004

Descripción	%
Ha tenido que reducir su tiempo de ocio	61,8
No puede ir de vacaciones	38,0
Se encuentra cansado	32,7
No tiene tiempo para frecuentar a sus amistades	31,8
Se ha deteriorado su salud	27,5
No tiene tiempo para cuidar de sí mismo	27,2
No puede plantearse trabajar fuera de casa	26,4
Se siente deprimido	18,1
No dispone de tiempo para cuidar a otras personas	17,4
Tiene problemas económicos	15,1
Ha tenido que dejar de trabajar	11,7
Ha tenido que reducir su jornada de trabajo	11,2
Tiene conflictos con su pareja	7,0

Fuente: Álvarez et al, 2004

Podemos concluir diciendo que en muchas ocasiones los cuidadores están a su vez enfermos y discapacitados, siendo a veces difícil distinguir quién cuida a quién, especialmente en parejas donde ambos son dependientes.

El valor económico que representan los cuidados informales es muy elevado. Guillén (2006) estima que un sistema basado sólo en Apoyo Informal supondría un 10% del PIB, en datos de 1999. Según Sánchez Fierro (2004), España necesitaría crear al menos 600.000 puestos de trabajo si se quisiera sustituir el tiempo de los cuidadores informales por trabajo remunerado.

Comas-Herrera y Wittenberg (2003) analizan en su trabajo el efecto económico que representaría la disminución del Apoyo Informal en el horizonte del año 2050 en tres escenarios diferentes según cuál sea el tipo de cuidados que sustituye al prestado hasta ese momento:

- Escenario 1: Una disminución del 0,5% en la proporción de personas mayores que reciben cuidados informales se desplaza hacia cuidados en instituciones.
- Escenario 2: Una disminución del 0,5% en la proporción de personas mayores que reciben cuidados informales se desplaza hacia cuidados en el hogar.
- Escenario 3: Una disminución del 1,0% en la proporción de personas mayores que reciben cuidados informales se desplaza hacia cuidados en instituciones en un 0,5% y hacia cuidados en el hogar en el otro 0,5%.

Las conclusiones del estudio son muy relevantes respecto al impacto que puede llegar a tener en el coste total de la atención a los mayores dependientes el destino sustitutorio de los cuidados informales. La siguiente tabla pone de manifiesto que el impacto económico es mucho mayor cuando los cuidados informales son sustituidos por cuidado institucional que cuando se trata de cuidados en el hogar.

Tabla 3.35.

Gasto proyectado en cuidados de larga duración al 2050 en los cuatro países del estudio ante una disminución en la proporción de cuidados informales. Cuidados de larga duración como porcentaje del Producto Interior Bruto (%)

	2000	2050			
		Escenario base	Escenario 1	Escenario 2	Escenario 3
Alemania	1,24%	2,72%	3,07%	2,81%	3,11%
Italia	0,99%	1,94%	2,55%	2,07%	2,60%
España	0,65%	1,39%	2,18%	1,52%	2,20%
Reino Unido	1,36%	2,75%	2,99%	2,82%	3,03%

Fuente: Elaboración propia a partir de Comas-Herrera y Wittenberg, 2003

Podemos concluir este apartado diciendo que el modelo de cuidados informales ha sido y sigue siendo en la actualidad el modelo principal de ayuda en el sistema español, basado fundamentalmente en las mujeres. Sin embargo, una serie de cambios sociológicos, entre los que destaca la incorporación de la mujer al mercado laboral, llevan a concluir que el modelo está en crisis y que requiere de una transformación.

3.2. EL CASO DE EE.UU.

3.2.1. Sistema de protección público en EE.UU.

El sistema público de protección a personas mayores en situación de dependencia es del tipo asistencial, basado en la prueba de recursos (*means tes-*

ted⁷⁷). A diferencia del sistema español, que reconoce un derecho subjetivo del ciudadano a recibir esta prestación por el mero hecho de serlo, fundamentado en el principio de universalidad, el sistema de EE.UU. provee de atención exclusivamente a aquellos individuos que no superan unos mínimos de ingresos anuales o de bienes.

El análisis de la distribución del gasto público en cuidados de larga duración demuestra que los dos programas más importantes sobre los que se basa la cobertura pública son *Medicaid* y *Medicare*.

En este apartado se analizará en primer lugar el gasto en cuidados de larga duración, para estudiar a continuación el coste que corresponde exclusivamente al colectivo de personas mayores. El programa *Medicaid* será analizado en todo detalle, comenzando por el alcance de cobertura y los importes de gasto incurridos y previstos en el futuro, los criterios de elegibilidad, y terminando con el estudio del *Partnership Program for Long-Term Care*. En la parte final de este apartado se estudia el programa *Medicare*.

3.2.1.1. Gastos en cuidados de larga duración⁷⁸

El gasto en cuidados de larga duración es uno de los componentes más importantes del gasto total en salud en EE.UU. Ratifica esta afirmación el hecho de que del total de 1,56 billones⁷⁹ de dólares US gastados en salud en EE.UU. en el ejercicio 2004, el 12,5% correspondieron a este concepto, totalizando 194.300 millones de dólares US.

Medicaid representa la partida más importante, con más de un 49%, seguido de *Medicare*, con algo más de un 19% del total. Si a esto se le añade un 2,5% de otros programas públicos, la cobertura pública de los cuidados de larga duración en 2004 ascendió al 71,0% del total, como muestra la siguiente tabla.

⁷⁷ «*Means tested*» puede traducirse literalmente como recursos chequeados. Significa que para poder acceder a los servicios debe probarse que los recursos económicos de que dispone el beneficiario no alcanzan un límite marcado por las autoridades públicas.

⁷⁸ «*Long Term Care*» (LTC) es un término traducido por todos los autores como cuidados de larga duración. Utilizado comúnmente en la bibliografía de EE.UU., se refiere a todos aquellos servicios sociosanitarios que requieren aquellas personas que no pueden cuidarse por sí solas debido a una discapacidad física, cognitiva o mental que deriva en una incapacidad funcional durante un período prolongado de tiempo.

El concepto se ha exportado a otros países y culturas y se utiliza con asiduidad para identificar los cuidados de larga duración en otros países distintos de EE.UU., como es el caso de Courbage y Roudaut (2008) para Francia.

Otros autores utilizan el término cuidados a largo plazo (Barnshaw et al, 2008).

⁷⁹ Para una mayor claridad, el término «billón» se utiliza en la acepción española (millón de millones) y no en la de EE.UU. (mil millones), utilizada frecuentemente por los autores de aquel país.

Tabla 3.36.

Distribución del gasto en cuidados de larga duración según el pagador, para toda la población. 2004

	Dólares US (miles de millones)	%
Medicaid	95,7	49,3%
Medicare	37,4	19,2%
Pagos a cargo del beneficiario⁸⁰	36,9	19,0%
Seguros privados⁸¹	14,2	7,3%
Otros pagadores privados	5,2	2,7%
Otros pagadores públicos	4,9	2,5%
	194,3	100,0%

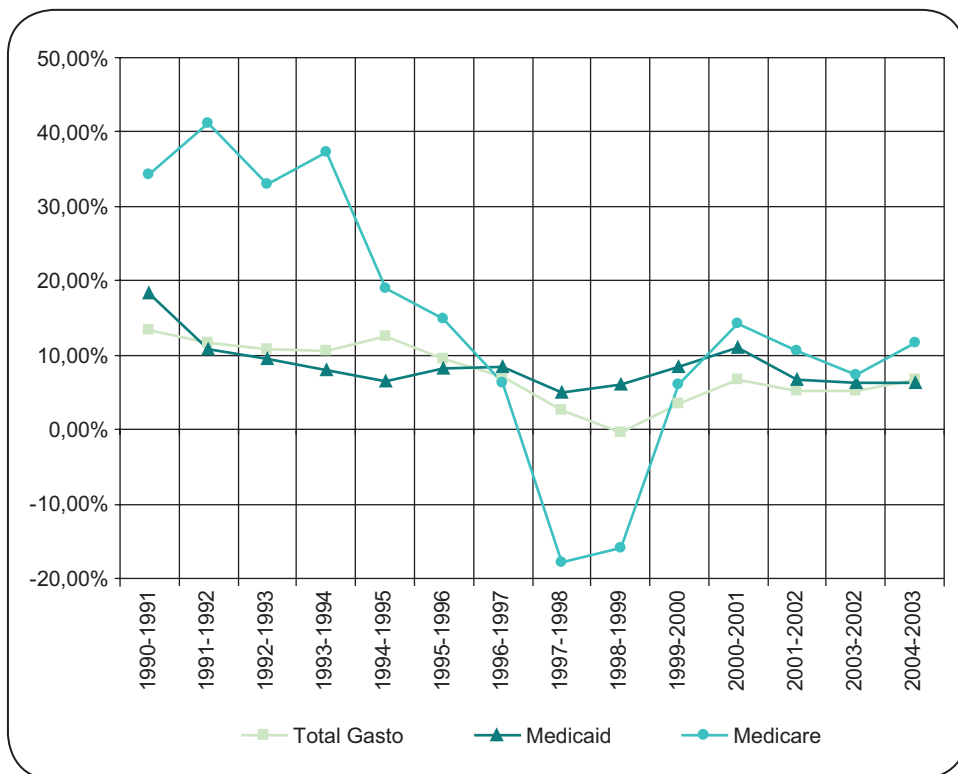
Fuente: Elaboración propia a partir de Tritz, 2006

El gasto de *Medicaid* y *Medicare* en cuidados de larga duración creció a tasas muy elevadas a principios de los años 90 para disminuir sustancialmente su crecimiento a mediados de esa misma década y volver a acelerarse en los últimos años del período estudiado, tal como muestra el gráfico siguiente.

⁸⁰ Traducción del término «*out of pocket*». Aplica igualmente en las tablas 3.36 y 3.37.

⁸¹ «Seguros privados» (*private insurance* en inglés) se refiere a productos que incluyen un suplemento a la cobertura de *Medicare (Medigap)*; seguros de salud tradicionales; algunos tipos de seguros de vida; y seguros de cuidados de larga duración (Tritz, 2006). Aplica igualmente en las tablas 3.37 y 3.38.

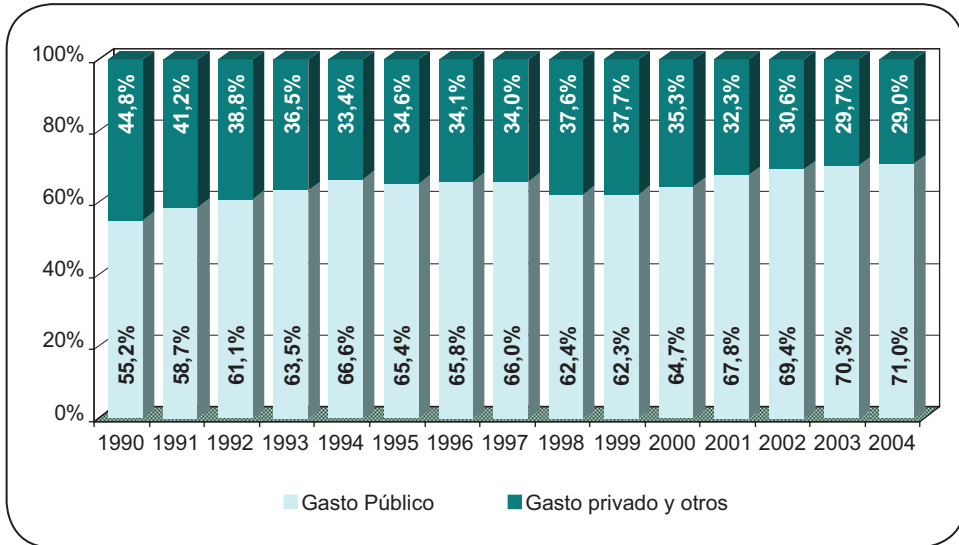
Gráfico 3.13.
 Tasas de crecimiento del gasto en cuidados de larga duración.
Medicaid y Medicare. 1990-2003



Fuente: Elaboración propia a partir de Tritz, 2006

El peso del gasto público en cuidados de larga duración aumentó en el período 1990 a 2004 a un ritmo muy superior al del gasto privado. En ese período de tiempo pasó de representar un 55% al 71% mencionado más arriba, como muestra el siguiente gráfico.

Gráfico 3.14.
Proporción de gasto público y privado en el total de gastos de cuidados de larga duración. 1990-2004



Fuente: Elaboración propia a partir de Tritz, 2006

En las proyecciones al año 2015, el peso de los programas públicos va a seguir ganando peso, y muy especialmente el programa *Medicaid*, que pasará a suponer más de la mitad de todo el gasto en cuidados de larga duración en ese año, como se pone de manifiesto en la siguiente tabla.

Tabla 3.37.
Distribución del gasto en cuidados de larga duración según el pagador, para toda la población. 2004 y proyección 2015

	2004		2015	
	Dólares US (miles de millones)	%	Dólares US (miles de millones)	%
Medicaid	95,7	49,3%	236,3	56,4%
Medicare	37,4	19,2%	80,0	19,1%
Pagos a cargo del beneficiario	36,9	19,0%	63,6	15,2%
Seguros privados	14,2	7,3%	21,3	5,1%
Otros pagadores privados	5,2	2,7%	8,0	1,9%
Otros pagadores públicos	4,9	2,5%	9,4	2,2%
	194,3	100,0%	418,7	100,0%

Fuente: Elaboración propia a partir de Tritz, 2006

Cuando se desciende al análisis del gasto en cuidados de larga duración en personas mayores se comprueba que el peso de los programas públicos para este colectivo es inferior al del conjunto de toda la población. La comparación de la tabla anterior y la siguiente muestra cómo el porcentaje de gasto en cuidados de larga duración para personas mayores (calculado como suma de los programas *Medicaid* y *Medicare*) en 2004 fue inferior en 86 puntos básicos respecto a los valores de gasto para el total de la población.

Tabla 3.38.

Distribución del gasto en cuidados de larga duración para personas mayores según el pagador, excluido Apoyo Informal. 2004

	Dólares US (miles de millones)	%
<i>Medicaid</i>	47,3	35,0%
<i>Medicare</i>	33,6	24,9%
Pagos a cargo del beneficiario	44,0	32,6%
Seguros privados	5,6	4,2%
Otros	4,4	3,3%
	134,9	100,0%

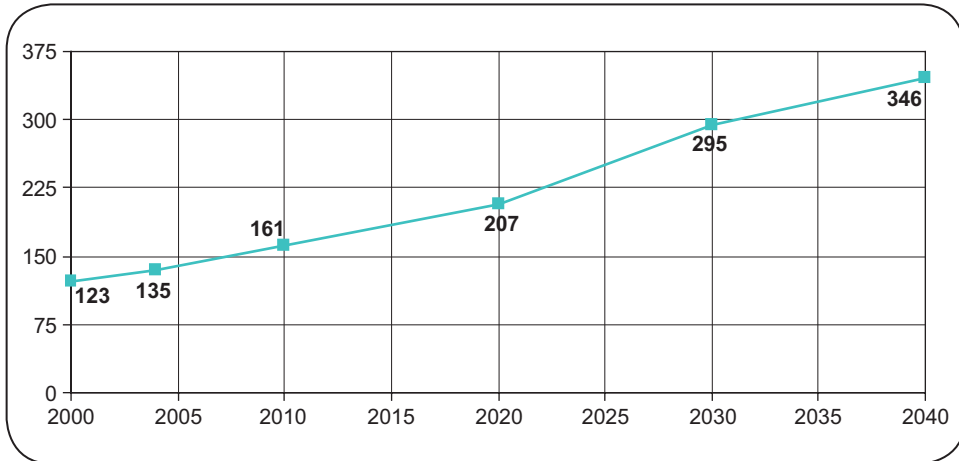
Fuente: Elaboración propia a partir de Tritz, 2006

Según Desonia (2004), la cifra de gasto en cuidados de larga duración para personas mayores alcanzará los 346.000 millones de dólares US en el año 2040, de forma que casi llegará a triplicar la del año 2000, como muestra el siguiente gráfico.

Es preciso destacar el elevado peso que tiene la financiación pública en los cuidados de larga duración, que alcanzaron un 71% en el año 2004. Cuando se trata del colectivo de personas mayores ese porcentaje desciende ligeramente, permitiendo una mayor participación de la iniciativa privada.

Gráfico 3.15.

Gasto en cuidados de larga duración para personas mayores. EE.UU.
Año 2000 y proyección 2040 (miles de millones de dólares US)



Fuente: Elaboración propia a partir de Tritz, 2006 y Desonia, 2004

3.2.1.2. Medicaid

Medicaid fue creado el 30 de julio de 1965 mediante el Título XIX de la *Social Security Act*. Se trata de un programa de salud para individuos con pocos recursos económicos o que no tengan un seguro médico adecuado (*Centers for Medicare and Medicaid Services*, 2008).

Medicaid es un programa financiado conjuntamente por el Gobierno Federal y los Estados. Hay divergencias en cuanto al porcentaje de media de participación de los Estados, según el autor que se escoja, aunque todos ellos apuntan porcentajes alrededor del 56% ó 57% del total.

Atendiendo a unas líneas generales marcadas por el Gobierno Federal, y que son controladas a través de *Centers for Medicare and Medicaid Services* (CMS), cada uno de los Estados establece sus propios criterios de elegibilidad, cantidades, duración y alcance de servicios, y se encarga de administrar el programa. Existe una gran flexibilidad por parte de los Estados para administrar el programa: beneficios a ofrecer, tipo de beneficiarios a cubrir, límites económicos determinantes de la elegibilidad, ampliación a nuevos grupos de beneficiarios, inclusión de coberturas adicionales, e incluso pueden solicitar al Departamento de Salud y Servicios Sociales exenciones (*waivers*) para determinados grupos que de otra forma estarían excluidos del programa.

El crecimiento del gasto de *Medicaid* en los últimos años ha sido muy elevado. Ese crecimiento se debe tanto al aumento en el número de beneficiarios (aunque el colectivo de personas mayores aumenta poco más del 10%, el de

discapacitados lo hace en más del doble al final del período estudiado) como a un mayor coste medio por beneficiario. En el caso de mayores y discapacitados llega a ser tan espectacular que la proporción de gasto respecto a los colectivos de adultos y de niños se multiplica por dos, como muestra la siguiente tabla.

Tabla 3.39.
Número de beneficiarios y coste medio por beneficiario *Medicaid*.
1975-2003

	Número de beneficiarios (millones)		Costes por beneficiario (Dólar US)	
	1975	2003	1975	2003
Mayores	3,6	4,0	3.372	13.818
Discapacitados	2,6	7,7	3.570	13.249
Niños	9,6	24,8	637	1.608
Adultos	4,5	11,7	1.274	2.291

Fuente: Elaboración propia a partir de Gleckman, 2007

Para este autor, la evolución del coste de *Medicaid* será creciente, de forma que el coste de *Medicaid* a mediados del siglo XXI (6,5% del PIB) será superior al gasto en defensa del año 2006 en EE.UU. (4,0% del PIB).

También en la parte del coste que soportan los Estados la partida correspondiente a *Medicaid* es muy elevada. En el año fiscal 2006 supuso un 22,2% del gasto total, superando el porcentaje de la enseñanza elemental y secundaria, que supuso un 21,5%.

La siguiente tabla muestra los costes anuales per cápita de los cuidados de larga duración de *Medicaid* del ejercicio 2006 de todos los Estados, donde se observan las enormes diferencias existentes entre cada uno de los Estados.

Tabla 3.40.
Gasto per cápita de cuidados de larga duración de *Medicaid*. 2006.
(Dólar US)

New York	914,74	Kansas	302,07
Connecticut	647,17	Montana	299,88
Washington DC	574,58	Maryland	299,29
Rhode Island	514,05	Kentucky	289,91
Maine	508,39	Missouri	281,41
Minnesota	505,78	Oklahoma	276,41
Alaska	497,85	Washington	271,33
Pennsylvania	491,16	Oregon	267,06
North Dakota	477,94	Tennessee	266,69

Continúa

Massachusetts	476,81	Alabama	259,90
New Jersey	421,44	California	255,86
West Virginia	417,08	Hawaii	251,92
Ohio	416,08	Illinois	241,38
Indiana	375,95	Idaho	232,93
Iowa	373,05	South Carolina	216,40
New Hampshire	370,91	Florida	213,35
Nebraska	358,32	Michigan	211,62
Wyoming	356,58	Colorado	210,68
Mississippi	352,46	Vermont	203,14
Wisconsin	348,70	Georgia	202,55
Louisiana	339,96	Texas	199,47
New Mexico	335,57	Virginia	193,73
Arkansas	332,42	Utah	135,98
Delaware	324,00	Nevada	123,55
South Dakota	317,35	Arizona	6,86
North Carolina	311,61	United States	331,69

Fuente: Elaboración propia a partir de *Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured*, 2006b

En sus inicios *Medicaid* era fundamentalmente un programa de salud para aquellos individuos con bajos ingresos. Desde entonces ha ido evolucionando hasta convertirse en la principal red de seguridad de los cuidados de larga duración. Se trata de un pilar fundamental sobre el que se apoya la cobertura de dependencia.

A pesar de que los gastos en cuidados de larga duración siguen siendo la mayor parte del gasto de *Medicaid*, se observa una disminución progresiva en su participación respecto al total del gasto de este programa al pasar de representar más del 43% en 1990 a poco más del 31% en el año 2006, como muestra la siguiente tabla.

Tabla 3.41.

Gasto total *Medicaid* y gasto en cuidados de larga duración. 1990-2006
(miles de millones de dólares US)

	1990	1995	2000	2004	2005	2006
Gasto total	69,70	136,30	187,90	271,60	305,30	323,79
Cuidados Larga Duración	30,50	50,40	71,50	95,70	104,41	101,91
% cuidados larga duración	43,76%	36,98%	38,05%	35,11%	34,20%	31,47%

Fuente: Elaboración propia a partir de Tritz, 2006, Kasper et al, 2007
y *American Health Care Association*, 2006

Según O'Brien (2005), el total de beneficiarios en 2003 ascendía a más de 52 millones de individuos distribuidos de la siguiente forma: 25,2 millones de ni-

ños; 14,2 millones de adultos; 4,7 millones de personas mayores; y 8,4 millones de discapacitados.

Para disfrutar de los beneficios de *Medicaid* deben cumplirse unos requisitos de ingresos y de recursos mínimos que, aunque establecidos en líneas generales por el Gobierno Federal, son fijados por cada Estado en sus límites concretos.

Con alguna pequeña excepción, los Estados están obligados a proveer cobertura de *Medicaid* a aquellos individuos que ya son beneficiarios del SSI⁸². En algunos Estados la cobertura para personas mayores y discapacitadas incluye a aquellos individuos con ingresos inferiores al 100% del nivel de pobreza federal⁸³.

El requisito de recursos establece que deben tenerse bienes valorados en menos de 2.000 dólares US para el individuo y 3.000 dólares US para la pareja. Aunque algún tipo de bienes no se tiene en cuenta a la hora de calcular el límite de recursos (pólizas de vida, bienes de la casa, automóvil, etc.), sí se considera la propia vivienda⁸⁴.

Si el valor de los bienes objeto de cómputo supera el mínimo deben ser gastados (*spent down*), lo que provoca que aquellas personas que tienen que sufragar de su propio bolsillo el internamiento en un centro asistencial porque superan el mínimo de *Medicaid* terminan al cabo de un tiempo siendo elegibles para el programa una vez han agotado sus recursos. Según un estudio que menciona el informe de CBO, un tercio de los pacientes admitidos originariamente durante 1996 como privados en un centro residencial resultaban finalmente elegibles para *Medicaid*.

Para evitar fraudes, *Medicaid* estableció la prohibición de transferir bienes a un precio inferior a mercado en un período anterior a tres años a ser elegible. La *Deficit Reduction Act of 2005* ampliaba este plazo a cinco años y establecía una multa consistente en retrasar el ingreso en *Medicaid* tantos meses como fuera posible su internamiento en un centro asistencial con el importe de la venta del bien en cuestión.

Medicaid tiene el enorme reto de reducir su importe, ya que constituye la segunda partida de gasto de EE.UU. Para conseguir esa reducción se han planteado las siguientes acciones fundamentalmente:

⁸² El acrónimo SSI («*Supplemental Security Income*») se puede traducir como Ingreso Suplementario de Seguridad. Se trata de un programa federal que otorga una cantidad mensual a aquellas personas mayores de 65 años con recursos limitados (O'Brien, 2005). Las cantidades mensuales para julio 2008 ascendían a 637 dólares US por individuo y 956 dólares US para la pareja.

⁸³ El nivel de pobreza federal (*Federal Poverty Level*) en 2004 era de 9.310 dólares US para el individuo y 12.490 dólares US para la pareja.

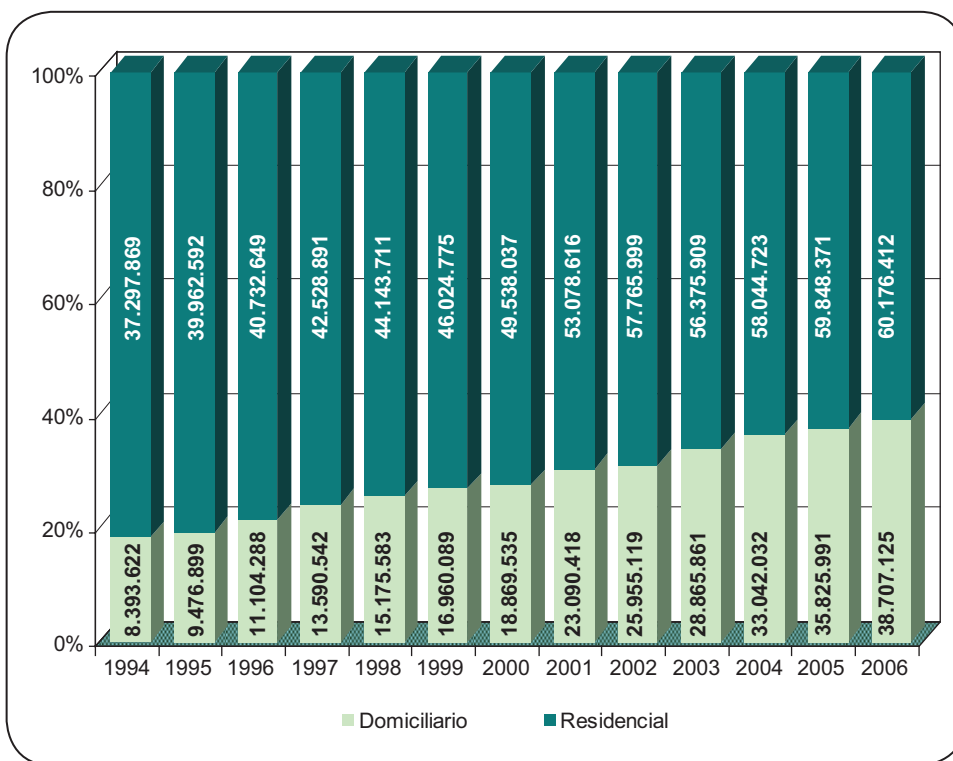
⁸⁴ La vivienda no se computa entre los bienes en unos pocos casos excepcionales, entre los que se encuentra que exista un niño dependiente viviendo en la casa.

- Fijar unas condiciones de acceso más restrictivas.
- Fomentar el uso de servicios domiciliarios.
- Facilitar la contratación de seguros privados.

Desde 1992 a 2004 el gasto en Servicios de Ayuda a Domicilio creció a una tasa del 11% anualmente, mientras que los Servicios Residenciales lo hicieron al 3%. El siguiente gráfico muestra el mayor peso que desde 1990 van tomando los Servicios a Domicilio⁸⁵, a costa de los Servicios Residenciales⁸⁶, en los cuidados de larga duración de *Medicaid*.

Gráfico 3.16.

Gasto en cuidados de larga duración de *Medicaid* distribuido entre Servicios Domiciliarios y Residenciales. 1990-2006. (miles de dólares US)



Fuente: Elaboración propia a partir de *Kaiser Commission on Medicaid and the uninsured*, 2006b

⁸⁵ Se incluyen los siguientes programas: «*Personal Care*», «*Home and Community Based Waiver*» y «*Home Health*» que pueden traducirse literalmente como Cuidados personales, Programa del hogar y servicios comunitarios y Salud en el hogar, respectivamente.

⁸⁶ Se incluyen los siguientes programas: «*Skilled Nursing Facilities*» y «*Intermediate-Care Facility for the Mentally Retarded*» que pueden traducirse literalmente como «Centros de enfermería especializados» y «Centros de cuidados intermedios para disminuidos mentales».

En opinión de Gleckman (2007), es dudoso que el aumento de los Servicios Domiciliarios haya supuesto una reducción de los costes totales ya que, aunque se reducen los costes medios por beneficiario, se produce el efecto consistente en que muchos mayores que estaban recibiendo hasta ese momento ayuda informal no remunerada solicitan su inclusión en estos programas, lo que tiene como resultado un aumento del coste total.

El *Partnership Program for Long Term Care*⁸⁷ permite que aquellos que compran una póliza de seguro privada amparada por este programa puedan aumentar el límite de bienes, al mismo tiempo que siguen siendo elegibles para *Medicaid*. Permite al asegurado integrarse en el programa federal una vez agotado el período de cobertura de su seguro sin la necesidad de haber tenido que agotar su patrimonio.

Aunque inicialmente sólo los Estados de California, Connecticut, Indiana y Nueva York podían ofrecer este programa, la *Deficit Reduction Act of 2005* lo amplió al resto de Estados de la Unión.

Una de las razones de la creación de este programa era reducir los costes de *Medicaid*, en virtud de que los primeros gastos son asumidos por una póliza de seguros privada. La siguiente tabla muestra el porcentaje tan bajo que representan los asegurados que han tenido que solicitar los beneficios de *Medicaid* por haber agotado el capital máximo de su póliza de seguro privado.

Tabla 3.42.

Número de asegurados activos de *Partnership Program* y número de aquellos que han accedido a los servicios de *Medicaid*

	California ^a	Connecticut ^a	Indiana ^a	Nueva York ^b
Número de asegurados activos	64.915	30.834	29.189	47.539
Número de asegurados que han recibido en alguna ocasión beneficios con cargo a la póliza	913	351	249	1.248
	1,40%	1,13%	0,85%	2,62%
Número de asegurados que están recibiendo beneficios con cargo a la póliza	343	141	83	642
	0,52%	0,45%	0,28%	1,35%
Número de asegurados que han agotado el capital máximo asegurado	89	35	31	96
Número de asegurados que han agotado el capital máximo asegurado y que han accedido a los servicios de Medicaid	25	19	16	59
	0,03%	0,06%	0,05%	0,12%

a: Datos de marzo 2005; b: Datos de diciembre 2004

Fuente: Elaboración propia a partir de *United States Government Accountability Office*, 2005

⁸⁷ «*Partnership Program for Long-Term Care*» puede traducirse literalmente como Programa de asociación para los cuidados de larga duración.

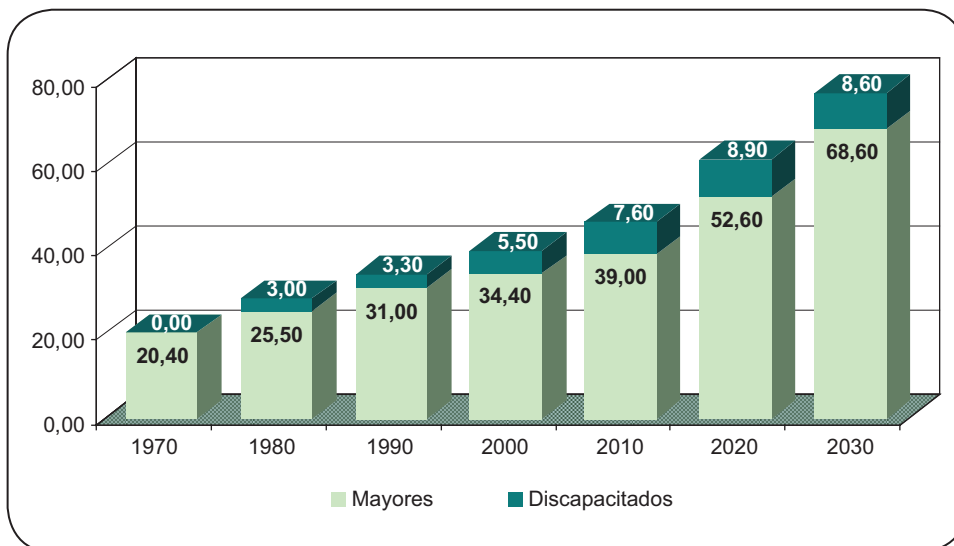
Podemos resumir diciendo que *Medicaid* es un programa basado en la prueba de recursos que se configura como el gran pilar sobre el que se asienta la cobertura a la dependencia en EE.UU. Igualmente es importante destacar que la gran flexibilidad que tienen los Estados en la administración del programa acarrea diferencias regionales muy importantes.

3.2.1.3. Medicare

Medicare fue creado el 30 de julio de 1965 mediante el Título XIX de la *Social Security Act*. Se trata de un programa exclusivamente federal, a diferencia de *Medicaid*, que atiende a personas mayores y a ciertos grupos de discapacitados que estén recibiendo ya beneficios de la Seguridad Social.

La mayoría de beneficiarios del programa son personas mayores, como puede comprobarse en el siguiente gráfico, donde puede verse también que las proyecciones al año 2030 apuntan a que el número de beneficiarios estará cerca de duplicar la población protegida a comienzos del siglo XXI.

Gráfico 3.17.
Número de beneficiarios de *Medicare* (millones). 1970-2030



Fuente: *Healthcare Financing Administration*, 2000: 15

Gleckman (2007) señala, en contra de la idea general, que *Medicare* no está pensado para proporcionar cuidados de larga duración, ya que normalmente sólo cubre los gastos cuando el beneficiario ha estado previamente ingresado en el hospital, y aún en este caso, únicamente durante un período limitado de tiempo.

Medicare se estructura en tres programas básicos que cubren, respectivamente, gastos hospitalarios (*Part A*), gastos extra hospitalarios y pruebas diagnósticas (*Part B*) y medicinas (*Part D*).

Tabla 3.43.
Pagos a cargo del beneficiario de *Medicare* en Parte A. 2009

Gastos hospitalarios	
Deducible	1.068 US\$
Días 1-60	No hay copagos
Días 61-90	267 US\$ por día
Días 91-150	534 US\$ por día
Días 151 y siguientes	No cubierto
Atención residencial	
Días 1-20	No hay copagos
Días 21-100	133 US\$ por día
Días 101 y siguientes	No cubierto
Cuidados domiciliarios	
Deducible	No hay deducible
Copagos	No hay copagos

Fuente: Elaboración propia a partir de *Kaiser Family Foundation*, 2007

La parte A cubre, además de gastos hospitalarios, atención residencial y cuidados domiciliarios hasta un máximo de 150 días. El beneficiario no satisface ninguna prima mensual o anual, pero sí participa del coste hasta un importe máximo de los gastos hospitalarios a modo de deducible⁸⁸ y una serie de copagos según el escalado temporal mostrado.

La parte B cubre honorarios médicos, gastos extra hospitalarios y visitas a domicilio no cubiertas en la parte A, además de análisis clínicos, pruebas diagnósticas, servicio de ambulancia y aparataje médico (sillas de ruedas, andadores, etc.). A diferencia de la parte A, sí existe una prima mensual⁸⁹ y el copago es del 20% generalmente.

Hasta finales de 2005 los gastos de farmacia estaban cubiertos por el programa *Medicaid*. A partir de enero de 2006 pasaron a estar cubiertos por la parte D del programa *Medicare* a cambio del pago de una prima mensual, que para 2009 asciende a 27,35 dólares US. Este cambio trajo consigo un traspaso del gasto en medicamentos de *Medicaid* a *Medicare* entre los años

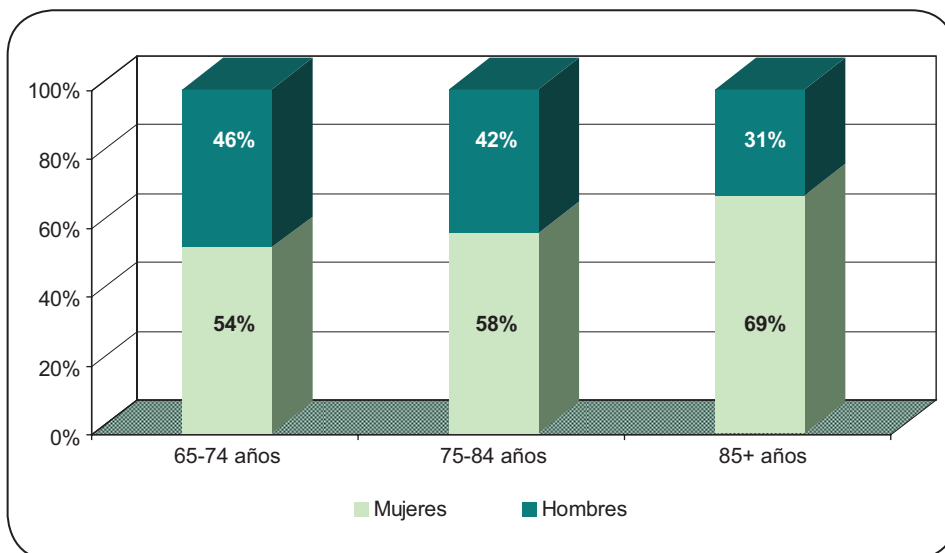
⁸⁸ «Deducible» es la cantidad máxima posible a satisfacer por el beneficiario. Todo importe que supere esa cantidad es asumido por *Medicare*.

⁸⁹ La prima mensual es de 96,40 dólares US en 2009; en caso de que los ingresos anuales sean superiores a 85.000 dólares US a título individual o 170.000 dólares US como pareja, la prima mensual puede llegar a 161,40 dólares US.

2005 y 2006 en los llamados *dual eligibles*, es decir, aquellas personas que disfrutaban de la cobertura de ambos sistemas.

La perspectiva de género no es demasiado acusada en el colectivo total de beneficiarios de *Medicare* (56% de mujeres); su peso, sin embargo, aumenta con la edad hasta llegar a representar un 69% del grupo de edad de mayores de 85 años, como muestra el siguiente gráfico.

Gráfico 3.18.
Edad y género de la población protegida de *Medicare*. 2003



Fuente: Elaboración propia a partir de *Centers for Medicare and Medicaid Services*, 2007

El predominio de las mujeres es abrumador (70%) entre el grupo de beneficiarios de *Medicare* que viven solos.

3.2.2. Modelo de Apoyo Informal en EE.UU.

Los cuidados informales tienen una gran importancia en los cuidados de larga duración a personas mayores en EE.UU. Más de dos tercios de los mayores con necesidades de este tipo de cuidados confían exclusivamente en cuidados informales proporcionados por la familia, fundamentalmente la esposa o una hija. Este porcentaje aumenta al 70% entre los no mayores.

La familia proporciona la mayoría de cuidados informales, conformando la columna vertebral del sistema de cuidados de larga duración. Reforzando la opinión anterior, Geling (2004: 4) señala que más de tres cuartas partes de los adultos que reciben cuidados de larga duración en su hogar cuentan únicamente con Apoyo Informal.

Una gran parte de los datos mostrados en este apartado se refieren a la encuesta realizada por el *National Alliance for Caregiving*⁹⁰. Esta encuesta maneja el llamado *Level of Burden Index*,⁹¹ que agrupa en 5 niveles⁹² el índice de grado de carga que supone la provisión de cuidados informales y que guarda una relación directa con el estrés emocional, el cansancio físico o la existencia de dificultades económicas generadas por ser un cuidador informal.

La siguiente tabla muestra la distribución de los cuidadores informales de la muestra atendiendo al índice de grado de carga.

Tabla 3.44.

Cuidadores informales en EE.UU. atendiendo al índice de grado de carga. 2004

	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5
Total	33%	17%	15%	21%	10%
Más de 9 horas de cuidados a la semana	2%	59%	50%	100%	100%
Media de horas de cuidados a la semana	3,5	9,8	12,0	33,1	87,2
Media de ABVD	3,1	4,0	4,3	5,2	5,9
Media de AIVD	0,0	0,4	2,2	2,9	4,2

Fuente: *National Alliance for Caregiving*, 2004: 21

El número de personas mayores de 18 años de edad en EE.UU. que proporcionan cuidados informales a familiares y amigos de más de 18 años asciende a 44.443.800 millones (el 21% de los adultos). Se estima que estos cuidadores están presentes en 22,9 millones de hogares en EE.UU. (el 21% de todos los hogares). La siguiente tabla pone de manifiesto que la prevalencia de los cuidadores informales es superior entre los blancos no hispanos y los afroamericanos que en el resto de grupos raciales.

⁹⁰ La encuesta está basada en una muestra de 6.139 entrevistas de los que resultaron 1.247 cuidadores mayores de 18 años, residentes en EE.UU., que al menos prestan ayuda de una Actividad Básica de la Vida Diaria o Actividad Instrumental de la Vida Diaria a familiares o amigos de más de 18 años de edad. Los grupos raciales o étnicos de afroamericanos, hispanos y asiáticos están representados aproximadamente por 200 cuidadores cada uno de ellos. La encuesta fue realizada por teléfono entre el 5 de septiembre y el 22 de diciembre de 2003.

⁹¹ «*Level of burden index*» puede traducirse literalmente por Índice de grado de carga.

⁹² Cada uno de los niveles implica un distinto grado de responsabilidad, desde el 1, donde es mínimo (el cuidador informal dedica muy pocas horas semanales al cuidado informal), hasta el grado 5, donde el nivel es el máximo (ayudan con al menos dos ABVD y dedican más de 40 horas a la semana a los cuidados informales).

Tabla 3.45.
Estimaciones del número y porcentajes de cuidadores informales
en EE.UU. según grupo racial y étnico. 2004

	Total	Blancos	Negros	Hispanos	Asiáticos
Cuidadores					
Número	44.443.800	32.337.000	5.119.900	3.734.200	1.527.500
Porcentaje	21%	21%	21%	16%	18%
Hogares					
Número	22.901.800	16.943.400	2.816.600	1.777.700	765.500
Porcentaje	21%	21%	21%	17%	17%

Fuente: Elaboración propia a partir de *National Alliance for Caregiving*, 2004

El perfil del cuidador medio en EE.UU. se corresponde con el de una mujer (61%) de 46 años de edad, con estudios medios (66%) y que presta una atención de 20 horas a la semana a una persona mayor de 50 años (79%).

Atendiendo a la misma fuente puede ampliarse el perfil de la siguiente forma:

- El cuidador mujer es más frecuente en los casos de índice de grado de carga más elevados. Por ejemplo, en el grado 5 la proporción es 71% mujeres y 29% hombres.
- En un 62% de los casos el cuidador está casado y vive con la pareja.
- El 59% tiene empleo, a tiempo completo o parcial. Entre los que tienen trabajo a jornada completa el predominio es de los hombres (60%), y cuanto mayor es el índice de grado de carga, menor es el porcentaje de cuidadores con trabajo a tiempo completo (33% en el nivel 5 frente al 53% en el nivel 1).

La siguiente tabla muestra un resumen del perfil del cuidador atendiendo al grupo racial y étnico al que pertenece.

Tabla 3.46.
Perfil demográfico de los cuidadores informales en EE.UU.
según grupo racial y étnico. 2004

	Total	Blancos	Negros	Hispanos	Asiáticos
Género					
Hombres	39%	38%	33%	41%	54%
Mujeres	61%	62%	67%	59%	46%
Edad del cuidador					
18-34 años	26%	22%	35%	33%	48%
35-49 años	32%	32%	36%	33%	27%
50-64 años	30%	31%	24%	24%	27%
65 y más años	13%	15%	5%	10%	9%
Edad media (años)	46	48	41	43	42

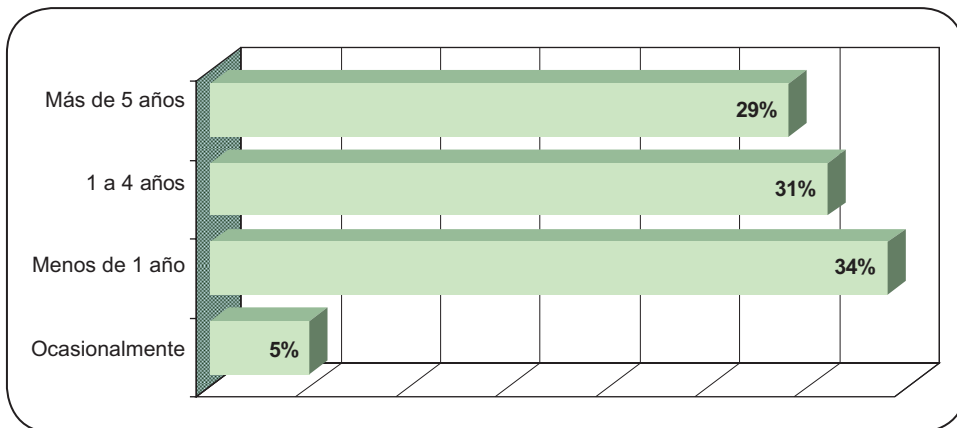
Continúa

	Total	Blancos	Negros	Hispanos	Asiáticos
Estado civil					
Casado y viviendo con la pareja	62%	65%	44%	57%	61%
Soltero	18%	14%	32%	23%	28%
Separado/Divorciado	14%	14%	18%	16%	5%
Viudo	6%	7%	6%	4%	3%
Condición laboral					
Empleo a jornada completa	48%	49%	51%	41%	44%
Empleo a jornada parcial	11%	11%	7%	11%	8%
Sin empleo	41%	39%	41%	46%	48%

Fuente: Elaboración propia a partir de *National Alliance for Caregiving*, 2004

La duración de los cuidados no es tan elevada como en el caso de España, aunque en un 40% de los casos ésta es superior a 1 año, como muestra el siguiente gráfico.

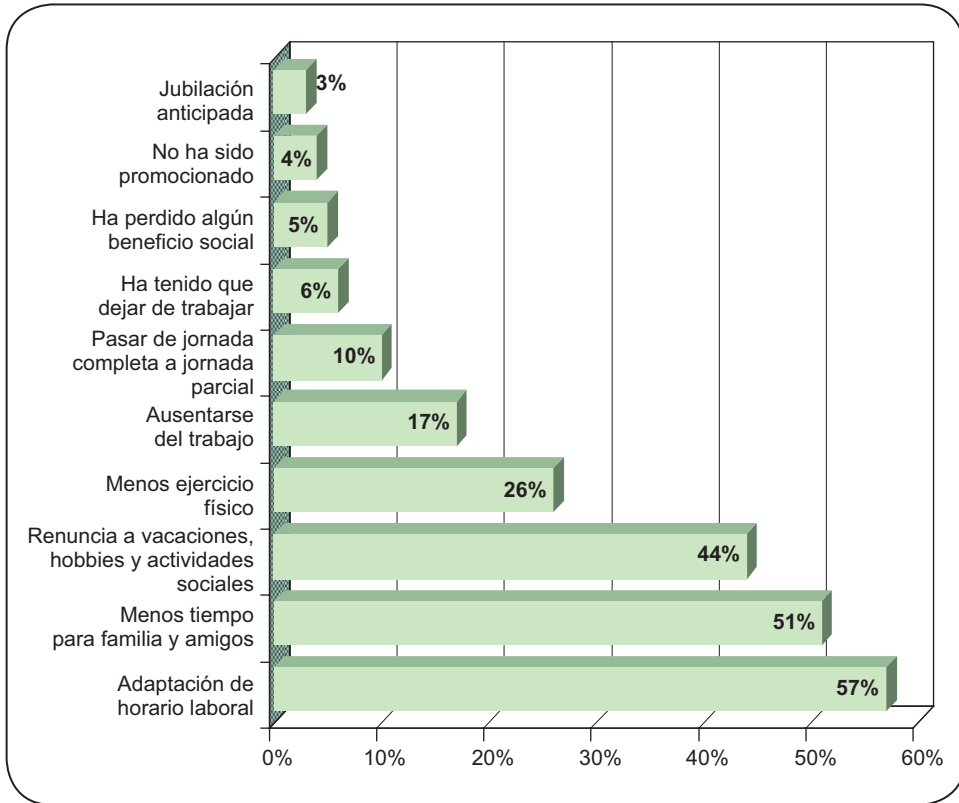
Gráfico 3.19.
Tiempo que lleva prestando la ayuda informal



Fuente: *National Alliance for Caregiving*, 2004

Esta dedicación tiene efectos muy importantes en la vida normal de los cuidadores, tanto en el terreno personal como en el laboral. El siguiente gráfico muestra los más significativos.

Gráfico 3.20.
Efectos en los cuidadores informales



Fuente: *National Alliance for Caregiving, 2004*

Es previsible que los cambios sociológicos en la sociedad de EE.UU. provocarán una disminución del Apoyo Informal en los próximos años. Los autores señalan distintos factores: aumento de divorcios, de parejas sin hijos, la disminución del tamaño de las familias y la incorporación de la mujer al mercado laboral, así como el aumento de la esperanza de vida, descenso de la tasa de fertilidad en la generación *baby-boom* y retraso en la edad de tener hijos.

Para concluir con el estudio de EE.UU., es conveniente destacar como el modelo de Apoyo Informal afronta una etapa de transformación similar a la experimentada por el modelo español. También en el caso de EE.UU. la creciente y continuada incorporación de la mujer al mercado laboral junto con otra serie de cambios sociológicos de primer nivel conducen a señalar que el modelo ha entrado en crisis.

3.3. EL CASO DE FRANCIA

3.3.1. Sistema de protección público en Francia

El sistema público de protección francés para personas mayores en situación de dependencia es del tipo universal para todos aquellos ciudadanos, de nacionalidad francesa o no, con 60 años cumplidos o más que tengan una residencia legal en territorio francés y que tengan una pérdida de autonomía o necesiten ayuda para las actividades cotidianas.

La primera iniciativa legislativa de protección de la población mayor dependiente fue la *Prestation Spécifique Dépendance* (PSD), que data de 1997. Fue sustituida con efecto enero 2002 por la *Allocation Personnalisée d'Autonomie* (APA), que confirió al sistema una universalidad que no tenía su precedente y eliminó la prueba de recursos para poder acceder a las prestaciones del sistema.

En este apartado analizaremos en primer lugar el número de Servicios Sociales para personal institucionalizado; continuaremos con el estudio del número de beneficiarios de cada uno de los Servicios Sociales, a Domicilio y Residenciales; y terminaremos con el estudio de los costes que estos Servicios Sociales representan.

En la última parte de este apartado analizaremos en detalle el programa APA que, en base a la distribución del gasto público en cuidados a personas mayores, se constituye como el eje principal de la ayuda social a este colectivo en Francia⁹³.

3.3.1.1. Servicios Sociales y beneficiarios en Francia

El sistema francés se caracteriza por gozar de una importante descentralización a favor de los *Conseils Généraux* (Gobiernos locales a nivel departamental), que son los que tienen la responsabilidad de llevar a cabo las políticas en favor de las personas mayores. Esto provoca, según ciertos autores, disparidades en el nivel de atención prestado entre los distintos Departamentos.

El campo de intervención de los Departamentos se amplió a raíz de la promulgación de las primeras leyes de descentralización de 1984. Desde enero de 2002, cuando se puso en marcha la APA, fueron los *Conseils Généraux* quienes se encargaron de gestionar este programa. Más adelante, en el año 2006, asumieron igualmente la gestión de una nueva prestación, PCH (*Prestation de*

⁹³ Se acostumbra a manejar dos conceptos de Francia, según se incluyan o no los territorios de ultramar (DOM: Guadalupe, Martinica, Guayana y Reunión). Estos son: Francia Continental, que todos los autores denominan Metropolitana (*France Métropolitaine*) y Francia entera (*France entière*).

Compensation du Handicap), destinada a cubrir las necesidades relacionadas con la pérdida de autonomía de las personas discapacitadas.

La ayuda social a favor de las personas mayores o discapacitadas incluye todos los gastos prestados en cualquier establecimiento, sea un hospital, un centro de cuidados de larga duración, un centro privado o la Ayuda a Domicilio, y es prestada por los Departamentos a través de alguno de los siguientes programas:

- APA (*L'Allocation Personnalisée d'Autonomie*), destinada a personas mayores.
- ASH (*L'Aide Sociale à L'Hébergement*), para los cuidados institucionalizados.
- ACTP (*Allocation Compensatrice pour Tierce Personne*), para ayuda de cuidados de terceras personas.
- PCH (*Prestation du Compensation du Handicap*), para personas discapacitadas.
- Ayudas domésticas.

La gran mayoría de los datos acerca del número de Servicios Sociales para individuos institucionalizados que se señalan en las siguientes páginas están tomados de la EHPA⁹⁴ (*Enquête des Établissements d'Hebergement pour Personnes Âgées*), que clasifica los Servicios Sociales para individuos institucionalizados en alguno de los siguientes tipos:

- *Maisons de Retraite*: son los equivalentes a los Centros Residenciales, que proporcionan una atención global sociosanitaria al individuo.
- *Logements-Foyers*: se refiere a viviendas tuteladas en las que existen Servicios Comunitarios a disposición de los beneficiarios, pero que no alcanzan el nivel de atención de un Centro Residencial.
- *Unités de Soins de Longue Durée* (USLD): se trata de aquellos centros que cuentan con un mayor grado de atención sanitaria y que están reservados a aquellas personas con un mayor grado de dependencia.

La siguiente tabla muestra el número de Servicios Sociales para personas institucionalizadas y la capacidad total para Francia entera. Se constata el predominio de los Centros Residenciales, con más de un 60% del total, respecto al resto de servicios.

⁹⁴ Se trata de una encuesta realizada por medio postal y realizada por DREES (*Direction de la Recherche des Études de L'Évaluation et des Statistiques*) aunque gestionada a nivel regional por las DRASS (*Directions Régional et Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales de Franche-Comté*). La EHPA 2003 ofrece la situación de los establecimientos a 31 de diciembre de 2003 para Francia entera, incluidos por tanto los territorios de ultramar (Prevot et al, 2007).

Tabla 3.47.

Número de Servicios Sociales para personas mayores y capacidad.
Francia entera. 31 diciembre 2003

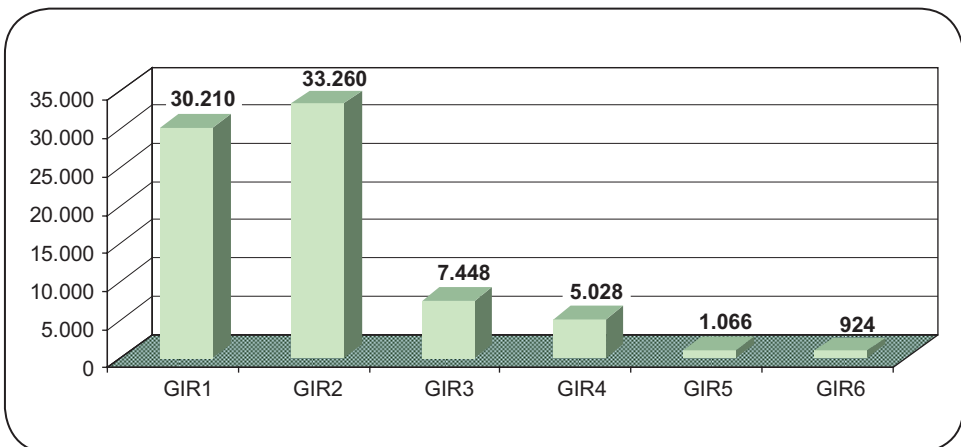
	Francia Metropolitana		Dominios de Ultramar		Francia entera	
	Número de servicios	Capacidad	Número de servicios	Capacidad	Número de servicios	Capacidad
Maison de Retraite	6.390	432.368	49	2.339	6.439	434.707
Logement-Foyer	2.968	154.598	6	253	2.974	154.851
USLD	1.080	81.611	13	726	1.093	82.337
Otros	155	2.887			155	2.887
Total	10.593	671.464	68	3.318	10.661	674.782

Fuente: Elaboración propia a partir de Prévot et al, 2007

El análisis concreto de los centros de cuidados de larga duración (USLD) atendiendo a la gravedad de los beneficiarios de los mismos señala que más del 80% de los usuarios están encuadrados en los grupos GIR 1 y 2 (véase apartado 2.7.2 en el Capítulo 2), como muestra el siguiente gráfico.

Gráfico 3.21.

Distribución de usuarios de unidades de cuidados de larga duración según GIR. Francia entera.
31 diciembre 2003



Fuente: Elaboración propia a partir de Prévot et al, 2007

El análisis del tamaño de los centros para personal institucionalizado muestra, al igual que en España y EE.UU., la tendencia de contar con centros de tamaño medio, como se observa en la siguiente tabla.

Tabla 3.48.

Distribución de los Servicios Sociales para personas mayores según tamaño.
Francia entera. 31 diciembre 2003

	Número de servicios	Número de plazas
De 1 a 10 plazas	252	1.998
De 11 a 20 plazas	912	15.116
De 21 a 40 plazas	1.976	61.729
De 41 a 60 plazas	2.497	129.179
De 61 a 80 plazas	2.655	190.979
De 81 a 100 plazas	1.249	110.581
De 101 a 200 plazas	993	130.171
Más de 200 plazas	127	35.029
Total	10.661	674.782

Fuente: Prévot et al, 2007

El número de beneficiarios de Servicios Sociales en cada uno de los programas gestionados por los Departamentos en la Francia Metropolitana, separados a su vez entre domiciliarios e institucionalizados, muestra una ligera desproporción a favor de los primeros, como muestra la siguiente tabla.

Tabla 3.49.

Distribución de beneficiarios de Servicios Sociales personas mayores
en Francia Metropolitana. 31 diciembre 2006

	Número	Porcentaje
Servicios domésticos	25.887	2,2%
APA a domicilio	594.971	51,4%
ACTP a domicilio	17.175	1,4%
PCH a domicilio	606	0,2%
ASH	112.388	9,7%
APA institucionalizado	403.304	34,8%
Otras ayudas	3.259	0,3%
Total	1.157.590	100,0%

Fuente: Bailleau y Trespeux, 2008: G-02

Cuando se analiza la evolución del número de beneficiarios de APA en el período 2002 a 2006 se constata que su número aumentó a un ritmo sostenido hasta llegar a representar a finales de 2006 más de cuatro quintas partes del total de beneficiarios personas mayores. A finales del año 2006, la cifra de beneficiarios alcanzó la cifra de 998.275, lo que representa un aumento del 8,2% respecto al año anterior, tal como se muestra en la siguiente tabla.

Los beneficiarios de APA a domicilio representan el 59,6% del total de beneficiarios de esta prestación y crecen a un ritmo del 10,4% el último año frente a un 5,1% de los beneficiarios APA institucionalizados.

Tabla 3.50.
Número de beneficiarios de ayudas sociales en personas mayores
en Francia Metropolitana. 2002-2006

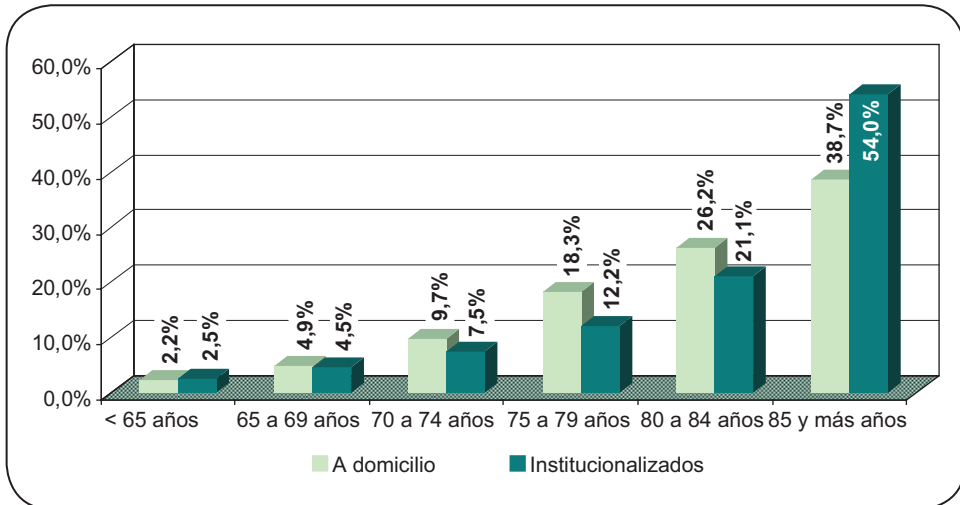
	2002	2003	2004	2005	2006	Incremento 2006/2002	Incremento 2006/2005
Personas Mayores	819.809	945.103	1.020.496	1.084.327	1.157.590	41,2 %	6,8%
A domicilio	387.705	475.758	534.312	584.258	638.639	64,7 %	9,3 %
Ayuda doméstica	46.028	36.544	32.906	27.800	25.887	-43,8 %	-6,9 %
APA	296.134	414.454	483.817	539.087	594.971	100,9 %	10,4 %
PSD	26.083	6.194	129				
ACTP + 60 años	19.459	18.565	17.460	17.371	17.175	-11,7 %	-1,1 %
PCH					606		
Institucionalizados	432.104	469.346	486.184	500.069	518.951	20,1 %	3,8 %
ASH	112.891	112.363	112.611	113.203	112.388	-0,4 %	-0,7 %
Casas particulares	974	1.059	1.049	1.179	1.265	29,9 %	7,3 %
APA	304.177	350.536	370.665	383.863	403.304	32,6 %	5,1 %
PSD	11.838	3.395	28				
ACTP + 60 años	2.224	1.992	1.832	1.824	1.994	-10,4 %	9,3 %
Total APA	600.311	764.990	854.482	922.950	998.275	66,3 %	8,1 %
Total PSD	37.921	9.589	157				
Total ACTP + 60 años	21.684	20.558	19.292	19.195	19.169	-11,6 %	-0,1 %

Fuente: Bailleau y Trespeux, 2008

Al igual que en España y EE.UU., las políticas sociales en Francia han favorecido la prestación de Servicios Sociales Domiciliarios como una manera de ayudar a la permanencia de las personas mayores en su entorno habitual. El siguiente gráfico muestra claramente cómo los Servicios Domiciliarios son mayoría para todos los tramos de edad excepto para los mayores de 85 años, al igual que ocurre en la mayoría de países occidentales.

Gráfico 3.22.

Distribución por grupos de edad de los beneficiarios personas mayores de una ayuda social a domicilio e institucionalizados en Francia Metropolitana. 31 diciembre 2006

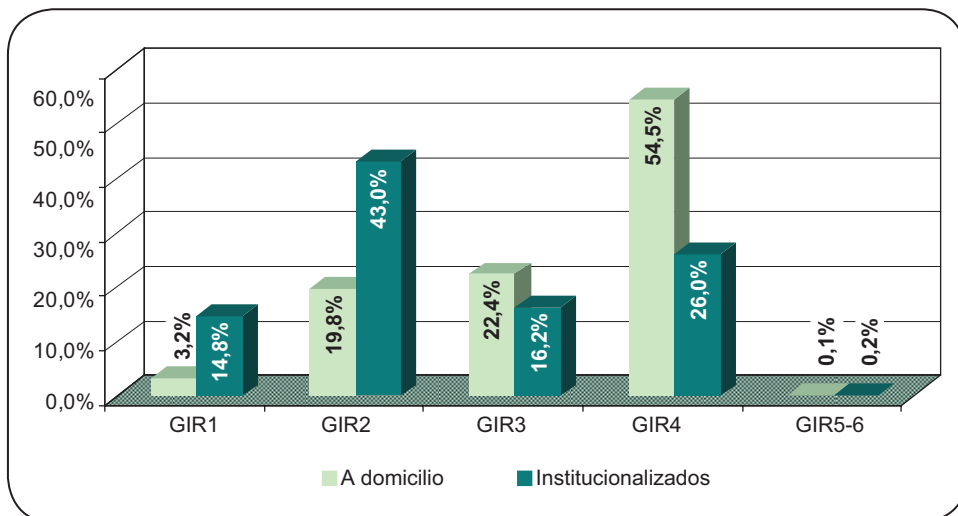


Fuente: Elaboración propia a partir de Bailleau y Trespeux, 2008

Cuando se analiza la clasificación de los beneficiarios en base al grado de dependencia se observa que aquellos individuos con un grado de dependencia más elevado, grupos GIR 1 y 2, presentan también un nivel de institucionalización más elevado. En sentido contrario, a medida que la severidad de la situación de dependencia disminuye, aumenta la proporción de Servicios Sociales a Domicilio, llegando a un 54,5% de los casos en el grupo GIR 4, como muestra la siguiente tabla.

Gráfico 3.23.

Distribución por GIR de los beneficiarios personas mayores de una ayuda social a domicilio e institucionalizados en Francia Metropolitana. 31 diciembre 2006



Fuente: Elaboración propia a partir de Bailleau y Trespeux, 2008

También en el caso francés existe un claro componente femenino, de forma que el 73,26% de las personas mayores beneficiarias de Servicios Sociales son mujeres.

3.3.1.2. Costes de los Servicios Sociales a personas mayores

El gasto total bruto en Servicios Sociales por parte de los *Conseils Généraux* en 2006 ascendió a 22.703 millones de euros para la Francia Metropolitana. De ese total de gastos, la partida dedicada a personas mayores ascendió a 6.428 millones, con un crecimiento algo inferior en el período estudiado al del total de los gastos sociales gestionados por los Departamentos, como muestra la siguiente tabla.

Tabla 3.51.

Evolución de los gastos sociales brutos por categoría en Francia Metropolitana 2002-2006 y tasa de crecimiento 2006 (millones⁹⁵)

	2002	2003	2004	2005	2006	Incremento 2006/2005
Personas mayores ⁹⁶	4.076,98 €	5.295,79 €	5.740,78 €	6.034,17 €	6.428,30 €	4,83%
Discapacitados	3.186,64 €	3.384,37 €	3.740,16 €	3.958,61 €	4.385,77 €	9,02%
Ayuda a la Infancia	4.708,48 €	5.017,04 €	5.118,13 €	5.281,73 €	5.551,27 €	3,42%
Ingreso mínimo de inserción	709,98 €	766,88 €	5.482,35 €	5.924,36 €	6.337,79 €	5,27%
Total	12.682,09 €	14.464,08 €	20.081,42 €	21.198,88 €	22.703,13 €	5,38%

Fuente: Elaboración propia a partir de Clement, 2008b

El análisis más detallado de los gastos sociales destinados específicamente al grupo de personas mayores dependientes muestra, sin embargo, que el crecimiento supera al de personas mayores en general, situándose en el 6,42% en el año 2006 como queda reflejado en la siguiente tabla.

Tabla 3.52.

Evolución de los gastos sociales brutos para personas mayores dependientes por programa en Francia Metropolitana 2002-2006 y tasa de crecimiento 2006 (millones)

	2002	2003	2004	2005	2006	Incremento 2006/2005
APA	1.834,34 €	3.207,52 €	3.584,31 €	3.873,24 €	4.190,96 €	6,47%
PSD	412,52 €	119,26 €				
ACTP + 60 años	118,95 €	109,34 €	104,93 €	105,83 €	105,40 €	-2,01%
PCH + 60 años					7,02 €	
Total	2.365,81 €	3.436,12 €	3.689,24 €	3.979,07 €	4.303,38 €	6,42%

Fuente: Elaboración propia a partir de Clement, 2008b

Si comparamos la evolución del gasto medio por beneficiario en gastos sociales con la partida específica de la APA, se observa cómo el esfuerzo por mantener el nivel de gasto por beneficiario de este programa ha sido constante a partir del año 2003, mientras que el gasto medio en el conjunto de Servicios Sociales ha disminuido de forma continuada, como queda de manifiesto en la siguiente tabla.

⁹⁵ Los valores absolutos de la tabla están expresados en euros corrientes, mientras que la tasa de crecimiento en 2006 está expresada en euros constantes para evitar así el efecto de la inflación.

⁹⁶ Recoge tanto los gastos a domicilio (ayuda domiciliaria, APA, ACTP para personas de 60 y más años y por primera vez desde 2006 la PCH para las personas de 60 y más años) como los institucionalizados.

Tabla 3.53.

Comparación de la cifra media de gasto por beneficiario entre la cifra total de Servicios Sociales brutos en personas mayores y la de APA en Francia Metropolitana 2002-2006

	2002	2003	2004	2005	2006
Servicios Sociales					
Gasto Bruto total (millones)	4.076,98 €	5.295,79 €	5.740,78 €	6.034,17 €	6.428,30 €
Número de Beneficiarios	584.400	882.400	982.800	1.052.400	1.121.300
Gasto Bruto/Beneficiario	6.976,36 €	6.001,58 €	5.841,25 €	5.733,72 €	5.732,90 €
APA					
Gasto total (millones)	1.834,34 €	3.207,52 €	3.584,31 €	3.873,24 €	4.190,96 €
Número de Beneficiarios	600.311	764.990	854.482	922.950	998.275
Gasto Bruto/Beneficiario	3.055,65 €	4.192,89 €	4.194,72 €	4.196,66 €	4.198,20 €

Fuente: Elaboración propia a partir de Clement, 2008b

3.3.1.3. *El Subsidio para la Autonomía Personal- L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)*

La APA fue promulgada mediante la Ley 201-647, aprobada en julio de 2001 y puesta en marcha en enero de 2002, sustituyendo a la *Prestation Spécifique Dépendance* (PSD).

La población a la que va dirigida es el grupo de personas de 60 años o más, con residencia estable en Francia, que no pueda asumir las consecuencias económicas de la falta o pérdida de autonomía asociada a su estado físico o mental.

A diferencia de la anterior prestación, la APA persigue la cobertura de todos los gastos que puedan contribuir a mejorar la autonomía de la persona (obras de acondicionamiento del domicilio, reparto de comida, ayudas técnicas, ayudas para la realización de las Actividades Básicas de la Vida Diaria). La APA incorpora en su cobertura al colectivo de personas mayores adscritas al grupo GIR 4, que en la anterior prestación estaban excluidas. Sin embargo, la diferencia más importante respecto a PSD radica en la cobertura universal que otorga y que no vincula a la prueba de recursos.

A diferencia del sistema nacional de enfermedad o del de pensiones, el APA es un programa gestionado por los *Conseils Généraux* y es financiado conjuntamente por el Estado y los Departamentos.

Aunque el nacimiento del derecho a la prestación no depende de los recursos de que disponga el beneficiario, estos sí se tienen en cuenta para determinar el importe con el que contribuirá a financiar parte de la prestación, mediante una cantidad conocida como «ticket moderador».

La prestación es distinta según sea prestada a domicilio o en un Centro Residencial. Si el beneficiario está en condiciones de permanecer en su domicilio, un equipo formado por un médico y un trabajador social le visita en el plazo máximo de un mes desde que realice la solicitud. Este equipo evalúa las necesidades y las ayudas que pueda requerir, clasifica en uno de los grupos GIR y propone un plan de ayuda personalizado si su caso se encuentra entre los GIR 1 y 4 (Duée y Rebillard, 2004 y 2006). Si la evaluación que realiza el equipo sitúa a un individuo en los grupos GIR 5 ó 6 no se justifica la elaboración de un plan de ayuda; en consecuencia se le suele derivar hacia otro tipo de ayudas, generalmente de Ayuda a Domicilio.

En caso de estar en un Centro Residencial, la evaluación es realizada por el médico coordinador del centro en el que se encuentre. El importe que se abona a un Centro Residencial está compuesto de tres partes: la de hospedaje, que es satisfecha por el beneficiario (siempre que disponga de recursos para ello, porque si no es abonada por la ayuda social); la de cuidados, que es pagada por el seguro nacional de enfermedad; y la de dependencia, que es pagada por el APA.

La Ley 2003-289 de 31 de marzo de 2003 estableció los nuevos límites de participación de los beneficiarios a partir de 1 de abril de 2003, tal como se detallan a continuación:

- En el caso de Servicio a Domicilio, el beneficiario está exonerado de participar en el coste si sus ingresos son inferiores a 658 € mensuales. Su participación oscila entre el 0% y el 90%, que es el porcentaje máximo de participación, según sus ingresos mensuales estén comprendidos entre 658 € y 2.621 €.
- Para los beneficiarios institucionalizados, el límite inferior por debajo del que están exonerados a título individual es de 1.002 €. El porcentaje máximo aumenta hasta el 80% cuando los ingresos alcanzan la cantidad de 3.338 € mensuales.

La siguiente tabla muestra información correspondiente a beneficiarios que residen en sus domicilios. Se observa cómo el importe de la ayuda en términos absolutos disminuye a medida que el nivel de dependencia es menor. De la misma forma, la participación del beneficiario aumenta a medida que su nivel de dependencia es menos severo.

Tabla 3.54.

Importe mensual en euros en usuarios de APA a domicilio.
Francia entera. 30 de junio de 2007

	Importe medio	A cargo de los <i>Conseils Généraux</i>	A cargo de la persona mayor	Porcentaje de beneficiarios que pagan ticket moderador	Participación financiera de los beneficiarios que pagan ticket moderador ⁹⁷
GIR 1	970 €	806 €	164 €	69%	238 €
GIR 2	763 €	626 €	137 €	73%	187 €
GIR 3	570 €	475 €	95 €	73%	129 €
GIR 4	349 €	293 €	56 €	76%	74 €
MEDIA	494 €	413 €	81 €	74%	110 €

Fuente: Elaboración propia a partir de Espagnol, 2007

El comportamiento en el caso de beneficiarios en centros de alojamiento para personas mayores es similar al domiciliario, como muestra la siguiente tabla.

Tabla 3.55.

Importe mensual en euros en usuarios de APA en centros de alojamiento para personas mayores. Francia entera. 30 de junio de 2007

	Total ayuda	A cargo de los <i>Conseils Généraux</i>	A cargo del beneficiario
GIR 1 y 2	501 €	360 €	141 €
GIR 3 y 4	309 €	179 €	130 €
MEDIA	422 €	286 €	136 €

Fuente: Elaboración propia a partir de Espagnol, 2007

Podemos resumir diciendo que el sistema público de protección a las situaciones de dependencia en Francia es del tipo universal para todo ciudadano francés de más de 60 años y residencia estable en territorio francés. Al igual que en el caso de España y EE.UU., existe una amplia descentralización a favor de los *Conseils Généraux* que genera importantes diferencias territoriales.

3.3.2. Modelo francés de Apoyo Informal

El sistema francés de cuidados de larga duración a personas dependientes se sustenta de manera muy importante en los cuidados informales que prestan los familiares y el entorno más cercano. Más de la mitad de la ayuda pres-

⁹⁷ Muestra el pago real que hacen como media los beneficiarios: se obtiene dividiendo la cantidad a cargo de la persona mayor entre el porcentaje de beneficiarios que pagan ticket (164/0,69 = 238 para GIR1).

tada proviene exclusivamente de los cuidados informales, siendo los familiares más cercanos los más afectados: en nueve casos de cada diez quien presta los cuidados es la pareja o los hijos.

La siguiente tabla muestra el tipo de cuidados en función de la gravedad de las personas dependientes, atendiendo a la clasificación de grupos GIR. Se observa cómo la ayuda profesional aumenta a medida que lo hace la gravedad de la persona atendida, así como que los casos en los que ésta se presta de forma exclusiva representan en términos globales menos de un 10% del total.

Tabla 3.56.
Distribución de las personas dependientes según su clasificación GIR
atendiendo al tipo de cuidados recibidos

	GIR 1, 2 y 3	GIR 4
Ayuda mixta (formal e informal)	63%	40%
Ayuda profesional sólo	7%	7%
Ayuda informal sólo	30%	53%
Total	100%	100%

Fuente: Duée y Rebillard, 2004

El entorno familiar juega un papel de primer orden en el mantenimiento de las personas mayores de 60 años en su propio domicilio, siendo especialmente importantes las figuras del cónyuge y de los hijos. Según Brouard y Désesquelles (2003), las personas mayores que siguen viviendo en su domicilio, para la misma edad, tienen recursos familiares en una proporción que dobla la de aquellos que están institucionalizados en un centro.

Al igual que en los casos de España y EE.UU., existe un componente femenino muy importante, hasta el punto de que el 62% de toda la ayuda informal prestada en el año 2003 fue a cargo de mujeres.

La puesta en marcha del programa APA ha supuesto apenas un trasvase del 2% desde la ayuda informal a una atención más profesional, lo que indica que la demanda de las ayudas de este programa está raramente relacionada con la falta de cuidadores informales. En este sentido, sólo un 5% de los beneficiarios del programa declaró haberla solicitado porque sus allegados no pudieran atenderle.

El modelo de cuidados a personas dependientes va a experimentar importantes cambios en los próximos años debido a una serie de factores entre los que destacan los siguientes:

- El aumento de la edad media de las personas dependientes.
- El aumento de la esperanza de vida sin discapacidad, lo que contribuirá a aumentar la presencia conjunta de las personas mayores y los hijos bajo el

mismo techo. Según el autor, la mujer será la más beneficiada, ya que su marido ganará en esperanza de vida.

- El aumento de rupturas de pareja causará una disminución en la presencia de la pareja, que a la postre resulta uno de los cuidadores más frecuentes de las personas mayores.
- La disminución de la tasa de fecundidad, que hará que disminuya la presencia de niños.

El cuidador principal es con frecuencia una persona sin ocupación laboral. La mitad de los cuidadores principales son los cónyuges, que prácticamente siempre están desocupados a causa de su elevada edad. Cuando el cuidador principal es un hijo, en la mitad de los casos no tiene ocupación laboral.

La siguiente tabla proyecta la evolución al año 2040 de las personas mayores dependientes en Francia atendiendo al tipo de cuidadores potenciales, que el autor clasifica en las siguientes cuatro categorías:

- Los que no tienen ni pareja ni hijos dependientes.
- Aquellos cuya pareja no es dependiente y no tienen hijos que puedan atenderles.
- Los que no tienen pareja no dependiente pero tienen al menos un hijo que sí puede atenderles.
- Los que tienen una pareja no dependiente pero tienen al menos un hijo que sí puede atenderles.

Tabla 3.57.

Personas mayores dependientes según el tipo de cuidadores potenciales. 2000 y 2040

	Hombres				Mujeres			
	2000		2040		2000		2040	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Sin cuidador	25.700	9	65.500	16	104.500	19	92.000	12
Con cónyuge no dependiente y sin hijos	22.850	8	20.500	5	16.500	3	15.000	2
Sin cónyuge no dependiente y al menos con un hijo que puede atenderles	71.400	25	139.500	34	319.000	58	512.500	67
Con cónyuge no dependiente y al menos con un hijo que puede atenderles	165.650	58	184.500	45	110.000	20	145.500	19
Total	285.600	100	410.000	100	550.000	100	765.000	100

Fuente: Duée y Rebillard, 2004

El análisis de los datos proyectados al año 2040 muestra cómo el número de personas mayores dependientes que no dispondrá de ningún tipo de ayuda familiar pasará de 130.200 a 157.500, aunque en términos relativos supondrá una disminución relativa desde el 13,44% del total de personas mayores dependientes en el año 2000 al 11,82% en las estimaciones del año 2040.

Cuando la dedicación del cuidador informal es muy intensa y prolongada termina teniendo efectos en sus vidas, tanto en el ámbito personal como en el profesional; en este sentido Duée y Rebillard señalan un trabajo de Dutheil, 2001, según el que en un 11% de los casos los cuidadores deben hacer ajustes en sus jornadas laborales y en un 2% de los casos llegan a tener que abandonar incluso su actividad profesional.

CAPÍTULO 4

SISTEMAS DE ASEGURAMIENTO PRIVADO EN EE.UU., FRANCIA Y ESPAÑA

4.1. CONCEPTO DE SEGURO DE DEPENDENCIA

El Diccionario de la Real Academia de la Lengua define seguro como aquel «contrato por el que alguien se obliga mediante el cobro de una prima a indemnizar el daño producido a otra persona, o a satisfacerle un capital, una renta u otras prestaciones convenidas».

El análisis de los contratos de seguro de las aseguradoras mencionadas en la tabla 4.1 permite definir el seguro de dependencia como aquel en virtud del cual la compañía aseguradora se obliga, mediante el cobro de unas primas, y dentro de unos límites previamente establecidos por el propio contrato, al pago de una renta o un capital, o a la prestación de un servicio, siempre que el asegurado se encuentre en situación de dependencia cubierta por el contrato de seguro.

Dos elementos otorgan cierta peculiaridad a este seguro:

- El hecho indemnizable no se trata exactamente de un daño, sino de una deficiencia en las capacidades de la persona para realizar ciertas actividades cotidianas.
- El sufragio de la prestación por parte de la compañía aseguradora no es un hecho puntual, sino que se produce a lo largo de un período de tiempo.

4.2. PÓLIZAS INDIVIDUALES Y PÓLIZAS COLECTIVAS

Creemos que es importante detenernos en el análisis de las diferencias entre pólizas individuales y colectivas. Tras una definición genérica de ambos tipos de pólizas estableceremos una primera clasificación de las pólizas colectivas en base a la relación del tomador con los asegurados, para terminar este apartado con un análisis comparado en base a distintos factores.

Cualquier tipo de seguro puede ser clasificado atendiendo a la forma como es contratado, como individual o como colectivo. En el caso de un seguro colectivo todos los asegurados comparten una característica común de pertenencia a un grupo, y por esta razón las pólizas colectivas se denominan también de grupo. La contratación en el seguro individual se realiza de manera perso-

nal y en absoluto está condicionada por la pertenencia del asegurado a un grupo.

Las pólizas colectivas pueden clasificarse a su vez, en virtud del grado de relación que mantiene el tomador del seguro con los asegurados, en las siguientes categorías:

- Pólizas colectivas de empleados: el tomador es la empresa y los asegurados son los empleados. Es frecuente que la empresa financie toda o parte de la prima de seguro de cada uno de los empleados. En seguros de dependencia, las experiencias con más historia corresponden al mercado de EE.UU., donde la mayoría son financiadas totalmente por el empleado.
- Pólizas colectivas de asociados profesionales: El tomador acostumbra a ser un ente, del tipo de un Colegio de Abogados, de Ingenieros, asociación profesional, etc., que aglutina a aquellas personas físicas que comparten la misma profesión, titulación, etc.
- Pólizas colectivas de asociados no profesionales: El tomador suele ser una cadena de distribución, operador de tarjeta de crédito, entidad financiera, etc. que agrupa a aquellas personas físicas poseedoras de una tarjeta de pertenencia a ese colectivo.

La tabla siguiente compara las diferencias entre las pólizas individuales y estos tres tipos de pólizas colectivas en una serie de criterios que explicaremos en detalle a continuación.

La forma de adhesión es totalmente voluntaria en las pólizas individuales y en las colectivas de asociados no profesionales. El hecho de que a priori no sea posible conocer el número de asegurados que se adherirán a la póliza hace que se las conozca también como pólizas «abiertas». Las pólizas colectivas de empleados y las colectivas de asociados profesionales pueden resultar tanto de adhesión obligatoria⁹⁸ como de adhesión voluntaria. Cuando existe adhesión obligatoria el número de asegurados en el momento de arranque de la póliza es conocido, lo que hace que se las conozca también como pólizas «cerradas».

Las pólizas individuales acostumbran a ser vendidas por las compañías aseguradoras a través de su red de agentes⁹⁹; las pólizas colectivas, por su par-

⁹⁸ Un ejemplo de póliza colectiva de empleados podría ser aquella cobertura del riesgo de fallecimiento que se suscribe porque el convenio laboral obliga a ello. La obligatoriedad de contratar la responsabilidad civil profesional a todo aquel arquitecto que desea estar colegiado sería un ejemplo de póliza colectiva de asociados profesionales.

⁹⁹ La Ley 26/2006 de 17 de Julio de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados define en su artículo 2 la actividad de mediación como el conjunto de «... aquellas actividades consistentes en la presentación, propuesta o realización de trabajos previos a la celebración de un contrato de seguro o de reaseguro, o de celebración de estos contratos, así como la asistencia en la gestión y ejecución de dichos contratos, en particular en caso de siniestro». El artículo 7 clasi-

te, son aportadas en su gran mayoría por mediadores independientes profesionales.

Esta forma de adquirir el negocio es la razón de que los costes de adquisición de nuevos asegurados sean mucho más elevados en el negocio individual que en cualquiera de las pólizas colectivas. Dentro de estas últimas existen también diferencias: cuando se trata de pólizas «cerradas» los costes de adquisición son reducidos, mientras que éstos aumentan considerablemente cuando la póliza es «abierta».

En las pólizas individuales la figura del tomador y del asegurado coincide; en las pólizas colectivas ambas figuras recaen sobre personas distintas.

Un asegurado individual disfruta de la máxima libertad para elegir entre todas las opciones que el producto asegurador pueda ofrecer. Cuando la póliza colectiva ofrecida es «cerrada» no es habitual permitir que el asegurado elija entre varias opciones, mientras que sí es el caso, aunque de manera limitada, cuando la póliza colectiva es «abierta».

En el caso de un asegurado individual, el momento de la contratación de una póliza depende exclusivamente de la voluntad del individuo, de forma que puede producirse en cualquier momento a lo largo del año. Con la excepción de las pólizas colectivas de empleados, en las que un asegurado puede causar alta o baja en la empresa en cualquier momento del año, en el resto de pólizas colectivas acostumbran a establecerse períodos prefijados fuera de los cuales no resulta posible adherirse a la póliza.

El concepto de antiselección en un contrato de seguro se refiere a la imposibilidad de la compañía aseguradora de realizar una adecuada valoración del riesgo que discrimine entre riesgos aceptables y riesgos no aceptables. Esta falta de evaluación de riesgo supone un incentivo para la contratación del seguro para aquellos individuos que no habrían podido superar los requisitos médicos de suscripción en caso de que estos hubieran existido. En la medida en que los requisitos médicos desaparecen la antiselección es mayor; de esta forma puede afirmarse que la antiselección es total en las pólizas colectivas «cerradas», mientras que en las individuales no existe en absoluto. Las pólizas colectivas «abiertas» quedan en un terreno intermedio cuya intensidad depende de lo exigentes que sean los requisitos de suscripción médica.

fica los mediadores en agentes de seguros, ya sean exclusivos o vinculados, y en corredores de seguros, y define en el artículo 9 la figura del agente de seguros como aquella persona física o jurídica que, mediante la celebración de un contrato de agencia con una o varias entidades aseguradoras y la inscripción en el Registro administrativo especial de mediadores de seguros, corredores de reaseguros y de sus altos cargos, se compromete frente a éstas a realizar la actividad de mediación definida en el artículo 2.1 de esta Ley.

Tabla 4.1.
Elementos diferenciadores entre pólizas individuales y colectivas

	Póliza Individual	Póliza Colectiva				Asociado No Profesional
		Empleado		Asociado Profesional		
		Adhesión Obligatoria	Adhesión Voluntaria	Adhesión Obligatoria	Adhesión Voluntaria	
Adquisición	Distribución	Red agencial	Mediadores			
	Costes de adquisición	Muy elevados	Reducidos	Medios	Reducidos	Medios
	Quién es el tomador	El propio asegurado	La empresa		La asociación	La asociación
	Requerimientos médicos	En todos los casos	Acostumbran a eliminarse	Pueden eliminarse	Acostumbran a eliminarse	Pueden eliminarse
	Opciones a elegir	Ilimitadas	Ninguna	Limitadas	Ninguna	Limitadas
Suscripción	Plazo de adhesión	A lo largo de todo el año	Coincide con el alta en la empresa	Solo en períodos prefijados del año		
	Antiselección	No	Sí	Depende de los requerimientos médicos exigidos	Sí	Depende de los requerimientos médicos exigidos
	Calidad del riesgo	Muy buena	Mala	Depende de los requerimientos médicos exigidos	Mala	Depende de los requerimientos médicos exigidos
Financiación	Quién paga la prima	100% el asegurado	100% la empresa	100% el asegurado	100% la asociación	100% el asegurado
	Único número de póliza o múltiple	Tantas pólizas como asegurados	Única póliza con existencia de certificados			
Administración	Fecha de vencimiento	Cada asegurado la suya	Unificada			
	Costes de administración	Muy elevados	Más reducidos			
Costes	Siniestralidad	Más reducida	Elevada			
	Nivel de primas	Elevado	Más reducido			

Fuente: Elaboración propia

Como consecuencia de las condiciones de suscripción que acabamos de ver podemos concluir que la calidad del riesgo de las pólizas individuales es muy buena y va disminuyendo a medida que las condiciones se relajan, pudiendo llegar a ser mala en el caso de las pólizas colectivas «cerradas».

La prima es abonada en su totalidad por cada asegurado en las pólizas individuales y en las pólizas colectivas «abiertas»; por el contrario, la prima en las pólizas colectivas «cerradas» es siempre financiada por la empresa o la asociación profesional.

Los asegurados individuales disponen de un contrato de seguro único para cada uno de ellos con su propio número de póliza. Las pólizas colectivas, en cambio, acostumbran a tener un único número de póliza con certificados de adhesión referenciados al número de la póliza colectiva, de forma que la agrupación de todos los asegurados de un colectivo se realiza a través de ese número de póliza superior.

Las compañías aseguradoras mantienen el vencimiento anual de cada uno de los seguros individuales en la misma fecha de calendario en la que fueron contratados en su origen. Las pólizas colectivas establecen una fecha de vencimiento igual para todos los asegurados incluidos en la póliza, de forma que si algún nuevo asegurado causara alta durante la anualidad de seguro se forzaría su primer vencimiento para hacerlo coincidir con el de la póliza colectiva.

La experiencia de siniestralidad es, sin duda, el elemento más determinante en la fijación de la prima de un seguro. A priori, podría pensarse que la prima de riesgo¹⁰⁰ de un individuo es la misma con independencia de que contrate una póliza individual o una póliza colectiva; sin embargo, los criterios médicos de selección pueden afectar de una manera determinante en la siniestralidad de la póliza de seguro, haciendo que las pólizas colectivas se comporten peor al no tener prácticamente requisitos médicos de entrada que impidan que los riesgos más agravados puedan suscribir una póliza de seguro.

Los costes de administración de una cartera de pólizas individuales serán siempre superiores a los de una cartera similar en número de asegurados a través de pólizas colectivas debido a los siguientes factores:

- Costes de adquisición: el esfuerzo de captar póliza a póliza a través de una red muy numerosa de agentes obliga a un coste muy elevado de marketing, formación y coordinación de la red de agentes.
- Requisitos médicos: en la medida en que se realiza en todos los casos un examen médico, es un coste añadido.

¹⁰⁰ Se entiende por «Prima de riesgo» o «Prima pura» el coste real asumido por la compañía aseguradora sin tener en cuenta los gastos de gestión (Castelo y Guardiola, 2008).

- Opciones a elegir: cuanto mayor es el número posible de opciones, mayor es el coste de mantenimiento en términos de sistemas de información, papelería, formación del personal encargado de tramitar siniestros, atención al público, etc.
- Cobro de la prima: en las pólizas individuales se gira un recibo a cada uno de los asegurados, mientras que en las pólizas colectivas existe un único recibo. Los costes asociados a la gestión de cobro son proporcionales al número de contratos existentes.
- Emisión de contratos: el coste de imprenta y de envío de la documentación contractual a cada uno de los asegurados individuales es igualmente proporcional al número de contratos en vigor.

El único factor que contribuye a compensar el mayor coste de administración de las pólizas individuales tiene que ver con la selección de riesgo que se realiza en este tipo de contratos, que asegura una mayor calidad del riesgo asumido.

4.3. ELEMENTOS DE UN CONTRATO DE SEGURO DE DEPENDENCIA

La siguiente tabla recoge los elementos más importantes a tener en cuenta en un contrato de seguro de dependencia.

La tabla recoge todos aquellos elementos que hemos encontrado al realizar el análisis de los productos de los tres países objeto de estudio: España, Francia y EE.UU. Dado el diferente estado de desarrollo de cada uno de estos tres mercados y las particularidades que cada uno presenta es preciso hacer notar que no todos los elementos estudiados tienen por qué existir en los productos de los tres mercados; al contrario, alguno de ellos puede resultar incluso exclusivo de uno solo de los países analizados.

En este apartado realizaremos un análisis meramente descriptivo de aquellos elementos que consideramos son los más importantes a tener en cuenta al analizar un contrato de seguro de dependencia. La comparación entre los productos de cada país será objeto de análisis de otro apartado posterior dentro de este mismo Capítulo.

Tabla 4.2.
Elementos más importantes en un contrato de seguro de dependencia

Definición de dependencia	
Condiciones de elegibilidad	Requisitos médicos de suscripción
	Enfermedades preexistentes
	Requisitos administrativos de suscripción
	Límites de edad

Continúa

Condiciones de permanencia	Garantía de renovación
	Restablecimiento de la cobertura en caso de impago de la prima
Tipo de prestación	Según el receptor del pago
	Pago de una cantidad en metálico o prestación de un servicio
	De riesgo o no de riesgo
	Temporal o vitalicia
Garantías básicas	
Otras garantías adicionales	Cobertura internacional
	Formación a cuidadores
	Portabilidad
	Reducción/ampliación del límite asegurado
	Restablecimiento del límite máximo tras un período sin siniestros
	Renuncia a la decisión de suscribir el seguro
	Indemnización en caso de hospitalización
Exclusiones	
Límites cubiertos	Límite de indemnización/renta periódica
	Capital total máximo cubierto
	Actualización de capitales
Límites temporales a la cobertura	Plazo máximo de cobertura
	Franquicia temporal y período de carencia
Primas	Garantía de mantenimiento de primas
	Suspensión y reducción por impago de primas
	Exención del pago de primas en caso de siniestro
	Reembolso de primas en caso de fallecimiento
	Reembolso de primas cuando existe período de carencia
	Comunicación de seguridad en caso de impago
Siniestros	Situación temporal o permanente de dependencia
	Acreditación periódica de la situación de dependencia

Fuente: Elaboración propia

4.3.1. Definición de dependencia

La definición de dependencia es uno de los elementos más importantes del contrato de seguro de dependencia, ya que establece el perímetro de cobertura del seguro.

Todas las definiciones hacen referencia a un estado de carácter permanente en el que una persona se encuentra con falta o pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, bien sea por razones de la edad, la enferme-

dad o la discapacidad, y precisa la atención de otras personas o de ayudas importantes para realizar Actividades Básicas de la Vida Diaria.

Las Actividades de la Vida Diaria a las que los productos aseguradores se refieren habitualmente son las siguientes:

- Vestirse: capacidad para ponerse o quitarse toda clase de prendas, miembros artificiales y aparatos ortopédicos así como atarse los zapatos y abrocharse los botones.
- Alimentarse: capacidad de tomar alimentos por sí mismo, siendo capaz de desmenuzarlos una vez cocinados y servidos.
- Asearse: limpiarse el cuerpo entero usando la ducha, bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo su cuerpo, así como la capacidad de higiene personal.
- Desplazarse: moverse de una habitación a otra en el mismo nivel. En el supuesto de utilizar silla de ruedas, efectuar todas las fases sin ayuda.
- Continencia: capacidad para controlar voluntariamente la función intestinal y urinaria, o en caso de no contar con esa capacidad, la correcta utilización de sistemas alternativos de continencia.

Todas las definiciones hacen referencia a la pérdida de autonomía, tanto física como intelectual, con mención específica a los casos de Alzheimer. La diferencia entre unos productos aseguradores y otros, en lo que a este aspecto se refiere, estriba en la gravedad de la situación de dependencia amparada por la póliza de seguro. Mientras que algunos sólo cubren aquella situación en la que es necesario el apoyo continuo de otra persona para desempeñar las Actividades Básicas de la Vida Diaria, otros incluyen también otras situaciones menos graves de dependencia.

Algunos productos consideran suficiente una situación temporal de dependencia (expresada en un número de días durante los que se necesita la ayuda especificada en la definición de dependencia), mientras que otros son más exigentes y sólo consideran que la situación de dependencia está cubierta por la póliza de seguro cuando tiene carácter de permanente.

4.3.2. Condiciones de elegibilidad

Las condiciones de elegibilidad se refieren a las condiciones que un asegurado debe cumplir para poder acceder a la cobertura de la póliza.

4.3.2.1. Requisitos médicos de suscripción

Se trata de la necesidad de rellenar un cuestionario de salud previo, que es revisado por el departamento médico de la compañía aseguradora. Si algu-

na de las respuestas refiere episodios quirúrgicos o médicos de enfermedades pasadas es habitual que se solicite información adicional al potencial asegurado.

Podría ocurrir que la compañía aseguradora decidiera rechazar la cobertura una vez examinadas las respuestas del cuestionario y/o las pruebas adicionales aportadas.

Cuando se trata de pólizas colectivas de adhesión obligatoria (pólizas «cerradas») puede afirmarse que este requisito se elimina en prácticamente todos los casos. En las pólizas de adhesión voluntaria (pólizas «abiertas») puede negociarse su eliminación o su relajación, mientras que en las pólizas individuales estos requisitos médicos son obligados en todos los casos.

Pociello et al (2004) señala, cuando se refiere al contenido del cuestionario de salud, que las actitudes y el estilo de vida del individuo son más importantes para la valoración de la dependencia que las lesiones médicas que éste sufra.

4.3.2.2. Enfermedades preexistentes

La consideración de enfermedades existentes con anterioridad, a la toma de efecto del seguro de dependencia, significa que la compañía aseguradora puede excluir cualquier pago o prestación con cargo a la póliza de seguro que sea consecuencia directa de esas enfermedades preexistentes.

La cobertura o no de las consecuencias derivadas de enfermedades preexistentes a la fecha de efecto de la póliza está directamente relacionada con la exigencia de cumplir con los requisitos médicos mencionados en el apartado anterior. Cuando la aceptación del riesgo se realiza sin la existencia de un cuestionario de salud quedan automáticamente aceptadas, mientras que la aceptación de las mismas cuando sí se rellena un cuestionario de salud depende de las respuestas que cada individuo haya consignado en el mismo.

4.3.2.3. Requisitos administrativos de suscripción

Los requisitos administrativos de suscripción son propios de las pólizas colectivas. En las de empleados el asegurado debe estar dado de alta como trabajador de la empresa, lo que significa que causará baja automáticamente cuando abandone la misma.

En las de asociados profesionales se requiere estar al corriente de las condiciones para ser miembro de la asociación. Por último, en las de asociados no profesionales basta con ser titular del derecho, instrumentado en gran parte de los casos a través de una tarjeta de afinidad.

Un requisito administrativo adicional que algunas compañías aseguradoras exigen en el caso de pólizas «abiertas» se refiere a la garantía de que va a

existir un número mínimo de asegurados al inicio de la póliza. La razón de este requisito radica en que a la compañía aseguradora le resulta rentable ofrecer unas primas de seguro significativamente inferiores a las correspondientes a la contratación individual siempre que se garantice un volumen mínimo de primas.

4.3.2.4. Límites de edad

Es habitual que se establezcan límites de entrada, que impiden que tanto las personas demasiado jóvenes como las muy ancianas puedan suscribir el seguro. Estos límites acostumbra a situarse entre los 18 años y los 75 años.

Es habitual que no exista límite de permanencia en la póliza si la contratación inicial se produjo dentro de los límites de edad permitidos.

4.3.3. Condiciones de permanencia

Las condiciones de permanencia tienen que ver con las condiciones que rigen la permanencia de la cobertura en el tiempo y con el restablecimiento de la cobertura en caso de impago.

4.3.3.1. Garantía de renovación

La existencia de esta cláusula garantiza que la compañía aseguradora no cancelará unilateralmente la cobertura. En la práctica esta garantía supone que la cobertura sólo cesaría en caso de que el asegurado renunciara a continuar pagando la prima de seguro.

La compañía aseguradora no puede por tanto cancelar la cobertura, mientras las primas de seguro sigan siendo pagadas, por ninguna causa, ni siquiera en caso de empeoramiento del estado de salud del asegurado o por haber alcanzado una determinada edad.

4.3.3.2. Restablecimiento de la cobertura en caso de impago de la prima

Las pólizas acostumbra a contemplar un período de gracia, que suele ser de 30 días, durante el que el asegurado sigue disfrutando de la cobertura de la póliza a pesar de no haber satisfecho el importe de la prima de seguro. Cuando se ha excedido este período de gracia, la cobertura de la póliza queda en suspenso¹⁰¹.

¹⁰¹ Una póliza está en suspenso cuando sus garantías quedan temporalmente sin vigencia (Castelo y Guardiola, 2008). El asegurado sigue manteniendo el derecho a restituir la cobertura de la póliza, sin embargo no puede disfrutar de las garantías del contrato de seguro.

Es habitual que se conceda un plazo de tiempo, que acostumbra a ser de seis meses desde el vencimiento del primer recibo de prima impagado, en el que la cobertura queda automáticamente restablecida si el asegurado abona todas las primas pendientes.

En caso de que transcurra el plazo de tiempo mencionado en el párrafo anterior sin que el asegurado haya abonado las primas pendientes, pueden producirse dos situaciones distintas en función del número de años, habitualmente ocho, que el beneficiario hubiera estado asegurado y al corriente en el pago de las primas:

- Si el plazo es inferior a ese número de años, el contrato queda extinguido¹⁰².
- Si el plazo es superior, lo habitual es que el contrato quede en situación de reducción¹⁰³ (véase el apartado 4.4.10.2).

4.3.4 Tipo de prestación

El tipo de prestación que incorpora una póliza es posiblemente uno de los elementos diferenciadores más importantes entre los distintos contratos de seguro.

El tipo de prestación puede ser distinto según quién sea el receptor de pago; según se abone una cantidad en metálico o se proceda al reembolso de las facturas que se presenten; según sea una póliza de riesgo o no; o según se trate de una cobertura temporal o vitalicia.

4.3.4.1. Receptor del pago

Atendiendo a este criterio, las pólizas pueden ser de dos tipos:

a) Pago al asegurado.

La compañía aseguradora abona al asegurado directamente un capital o una renta para que éste disponga libremente de ese dinero como mejor le parezca.

b) Pago al prestador del servicio.

La compañía aseguradora abona directamente al prestador del servicio.

Algunas pólizas incorporan la particularidad de que en caso de que el coste del servicio sea inferior al límite diario cubierto en la póliza, la diferencia posi-

¹⁰² La «extinción del contrato» supone que la compañía aseguradora queda liberada de cualquier obligación derivada del contrato de seguro.

¹⁰³ Se entiende por «reducción» la disminución de las garantías cubiertas por el contrato de seguro a causa del cese del pago de primas por parte del asegurado, siempre que haya transcurrido un número de años completo y durante los que haya estado al corriente en el pago de las primas.

tiva se acumula a un fondo que sirve para prorrogar el plazo de indemnización una vez éste llega a su fin (sólo aplica a las pólizas no vitalicias).

4.3.4.2. Abono en metálico de una cantidad o prestación de un servicio

La póliza puede establecer el abono de una cantidad única o periódica con la que el beneficiario trata de satisfacer sus necesidades, o por el contrario la compañía aseguradora puede comprometerse a que el individuo reciba un servicio pactado, con independencia del coste que este servicio represente para la compañía aseguradora.

En el caso de que el asegurado reciba una cantidad en metálico, puede ser a su vez un seguro de indemnización (*cash benefits*¹⁰⁴) por la cantidad pactada o un reembolso de los gastos efectivamente satisfechos por el beneficiario.

4.3.4.3. Concepto de la contingencia a cubrir

Según este criterio, las pólizas pueden ser o no de riesgo. En los dos tipos de pólizas el pago puede establecerse en forma de pago único de un capital o en forma de una renta.

Se dice que una póliza es de riesgo cuando, una vez transcurridos la franquicia temporal y el período de carencia (ver apartado 4.3.9.2), la compañía aseguradora está obligada al pago de los siniestros durante el período de indemnización establecido en póliza, con independencia de que las primas abonadas sean o no suficientes para atender los pagos futuros.

Cuando una póliza no es de riesgo, la compañía aseguradora se compromete a abonar al beneficiario la suma de todas las primas aportadas hasta el momento de la declaración del siniestro, incluyendo los intereses que las aportaciones hayan podido generar y deduciendo unos gastos de administración del contrato.

4.3.4.4. Temporal o vitalicia

El abono de la prestación, sea en cualquiera de las formas estudiadas, puede ser temporal, expresada habitualmente en un número de años, o vitalicia.

4.3.5 Garantías básicas

Las garantías básicas ofrecidas por una póliza de seguro son distintas según se trate de contratos en los que el concepto a indemnizar sea el abono de una cantidad en metálico o la prestación de un servicio.

¹⁰⁴ «*Cash benefits*» literalmente puede traducirse como beneficios en metálico.

4.3.5.1. Abono en metálico de una cantidad

Las garantías básicas acostumbra a ser las siguientes:

- Pago de una renta: normalmente se trata de una cantidad pactada por período (diario, semanal o mensual).
- Pago de un capital: suele cuantificarse como un múltiplo de la renta mensual, y puede abonarse de una sola vez o realizarse en varios pagos si se trata de reembolsar gastos de primera necesidad para adaptación del domicilio.

Este tipo de pólizas puede incluir como complementarias algunas garantías de asistencia, entre las que se encuentran las siguientes:

- Cobertura de gastos de desplazamiento y estancia de un familiar en el domicilio del asegurado si éste se encuentra en situación de dependencia tras un período de hospitalización.
- Orientación y asesoramiento telefónico: médico, social, psicológico, dietético, nutricional o jurídico.
- Teleasistencia.
- Ayuda a Domicilio.

4.3.5.2. Prestación de un servicio

Suelen estar incluidas las siguientes garantías:

a) Centro Residencial, Centro de Día, Centro para enfermos terminales.

Cubre el coste de estancia en un centro asistencial de acuerdo a las necesidades concretas de cuidados del asegurado.

b) Reserva de plaza.

Cubre el coste de la plaza en el centro asistencial donde se encuentre el asegurado durante un número de días al año en caso de que tenga que ausentarse a consecuencia de ingreso en un centro hospitalario.

c) Servicios Domiciliarios.

Cubre tanto los Servicios de Ayuda a Domicilio como aquellos de cuidado personal.

d) Teleasistencia.

4.3.6. Otras garantías adicionales

4.3.6.1. Cobertura internacional

Lo habitual es que el contrato de seguro atienda únicamente las prestaciones que se dispensan en el mismo territorio en el que habitualmente habita el be-

neficiario; algunas, sin embargo, cubren las estancias temporales en el extranjero siempre que este plazo no exceda de un número de meses determinado, que habitualmente se sitúa entre tres y seis.

En aquellas pólizas de EE.UU. en las que el pago se realiza al prestador del servicio, la póliza puede contemplar la garantía adicional consistente en cubrir pagos realizados fuera del territorio donde está establecida la compañía aseguradora. En este caso el límite cubierto suele ser habitualmente un porcentaje que acostumbra a oscilar entre un 75% y un 80% del límite diario de la póliza. Para aquellas pólizas con cobertura temporal ilimitada suele establecerse un límite máximo equivalente a diez años, o lo que es lo mismo, 3.650 multiplicado por la indemnización máxima diaria.

4.3.6.2. Formación a cuidadores

Cubre el coste de formación a aquel cuidador informal que soporta o va a soportar, una vez supere el curso de formación, la responsabilidad principal de los cuidados del asegurado dependiente.

Suele ser habitual que la aplicación de esta garantía no se vea afectada por la franquicia temporal de la póliza.

4.3.6.3. Portabilidad

En caso de que el asegurado tuviera que obligatoriamente causar baja en una póliza colectiva debido a que ha dejado de cumplir con los requisitos de elegibilidad (por ejemplo en una póliza colectiva de empleado porque causa baja en la empresa), la compañía aseguradora se obliga a mantenerle la cobertura en las mismas condiciones que venía disfrutando en la póliza anterior.

Para que se produzca la portabilidad es necesario que no se haya agotado el máximo capital asegurado.

4.3.6.4. Reducción/ampliación del límite asegurado

Mediante esta garantía el asegurado puede solicitar aumentos y disminuciones del límite de indemnización/renta periódica contratados inicialmente. Suele ser habitual que sólo se permita realizar una petición de modificación por anualidad de seguro.

Cuando la petición es de reducción, la nueva prima a aplicar se corresponde con la edad del asegurado en el momento inicial de la contratación.

En caso de querer aumentar el límite asegurado, las siguientes condiciones acostumbran a ser de aplicación estricta por todas las compañías aseguradoras:

- Aplicación del período de carencia (ver apartado 4.3.9.2) al importe de aumento solicitado.
- Aprobación por parte de la compañía aseguradora, que en ocasiones solicita una nueva declaración de salud y examen médico.
- La nueva prima a aplicar se corresponde con la edad del asegurado en el momento del aumento.

4.3.6.5. Restablecimiento del límite máximo tras un período sin siniestros

Esta garantía aplica para aquellos asegurados que han recibido algún tipo de prestación con cargo a la póliza y que no han agotado el límite máximo cubierto.

En caso de que transcurra un período de tiempo, que acostumbra a ser de dos años, sin volver a recibir cuidados con cargo a la póliza de seguro, el límite máximo cubierto en póliza es restablecido al valor inicialmente contratado.

4.3.6.6. Renuncia a la decisión de suscribir el seguro

El asegurado puede rescindir de forma unilateral el contrato de seguro dentro de un plazo que acostumbra a ser de 30 días desde que el mismo obra en su poder.

4.3.6.7. Indemnización en caso de hospitalización

El asegurado recibe una cantidad en metálico por cada uno de los días que permanece hospitalizado en situación de dependencia parcial, con un máximo de días por año que acostumbra a establecerse en treinta días. Esta garantía suele aplicarse con una franquicia temporal de un número reducido de días (habitualmente tres) con el objetivo fundamental de dejar fuera de cobertura las estancias de corta duración.

4.3.6.8. Fallecimiento

Algunos contratos permiten elegir el importe del capital a recibir, que puede llegar a alcanzar una cantidad hasta diez veces la renta mensual máxima.

Puede incluirse la garantía de doble capital en caso de dependencia ocasionada por accidente de circulación.

4.3.7. Exclusiones

Las exclusiones más frecuentes son las siguientes:

- Cualquier enfermedad o incapacidad conocida por el asegurado con anterioridad a la entrada en vigor de la cobertura de seguro.
- Demencia diagnosticada con anterioridad a la fecha de efecto del seguro.
- Tentativa de suicidio.
- Siniestros causados voluntariamente por el asegurado y la automutilación.
- Uso de sustancias clasificadas como drogas o estupefacientes que no hayan sido prescritas médicamente.
- Complicaciones psíquicas o neurológicas causadas por alcoholismo.
- Actos dolosos o criminales cometidos por el asegurado.
- Accidentes sufridos en situación de enajenación mental, en estado de embriaguez o bajo el efecto de drogas o estupefacientes no prescritos médicamente.
- Accidentes derivados de actos de imprudencia temeraria y los derivados de la participación del asegurado en apuestas, desafíos o peleas.
- Práctica profesional de cualquier deporte.
- Los derivados de la energía nuclear.
- Conflictos armados.
- Siniestros calificados por el Gobierno de la Nación como «catástrofe o calamidad nacional».
- Gastos que estén cubiertos por la Mutua de Accidentes de Trabajo, por una póliza colectiva de salud o por otro seguro obligatorio.
- Gastos que no hubiera tenido que satisfacer el asegurado en caso de no haber dispuesto de una póliza de seguros.

4.3.8. Límites cubiertos

4.3.8.1. Límite de indemnización/renta periódica

Todas las pólizas, con independencia de que sean de pago al asegurado o pago al prestador del servicio, cubren un importe económico máximo para el período elegido (diario, semanal o mensual).

En el caso de pago de rentas puede ocurrir que el porcentaje a indemnizar al asegurado sea diferente en función de la gravedad de su situación de dependencia: desde un 100% para situaciones de gran dependencia en las que el individuo requiere una atención continuada, hasta un 33% en aquellos casos de dependencia moderada en los que sólo se necesita ayuda intermitente y en menos de dos Actividades Básicas de la Vida Diaria.

En aquellas pólizas que pagan al prestador del servicio, el límite de indemnización periódico puede establecerse en términos diarios, semanales o mensuales. En este caso pueden existir dos formas de indemnizar los beneficios:

- *Expense-incurred method*¹⁰⁵: la compañía aseguradora paga la cantidad más baja entre el coste real del servicio y el límite máximo de la póliza.
- Puede contratarse una garantía adicional, conocida como «indemnización acumulada semanal», por la que en caso de que algún día determinado los costes de los servicios disfrutados superaran el límite de indemnización diario, pero estuvieran por debajo del límite máximo semanal, quedarían cubiertos en su totalidad.
- *Indemnity method*¹⁰⁶: la compañía aseguradora paga el límite máximo.

4.3.8.2. Capital total máximo cubierto

Cuando se trata de una póliza que paga al prestador del servicio y se ha contratado un límite temporal no vitalicio, el capital máximo cubierto actúa como límite último de cobertura.

Algunas de las pólizas incorporan garantías adicionales, como por ejemplo formación a cuidadores, que al usarlas no disminuyen el capital máximo cubierto.

En caso de que se aplique el *Expense-incurred method* y alguno de los días el coste del servicio sea inferior al límite diario cubierto en la póliza, el período de cobertura se amplía hasta que se agote el capital total máximo cubierto.

4.3.8.3. Actualización de capitales

Las pólizas de seguro de dependencia acostumbran a incorporar cláusulas de protección de inflación que actualizan los límites de indemnización. Estas cláusulas pueden ser automáticas, todos los años o a voluntad cada varios años.

Cuando la actualización es automática en función de un índice compuesto, la prima permanece invariable durante la vida de la póliza; en cambio, cuando esta actualización automática se realiza en base a un índice simple, las primas que se aplican cada año son las correspondientes a la edad del asegurado en cada anualidad, lo que significa que aumentan en cada nueva anualidad.

En aquellas pólizas en las que no se ha contratado la actualización automática se ofrece al asegurado la posibilidad de actualizar los límites cada tres

¹⁰⁵ «*Expense-incurred method*» puede traducirse literalmente por método de gastos realizados.

¹⁰⁶ «*Indemnity method*» puede traducirse literalmente por método de indemnización.

años¹⁰⁷. La prima a aplicar se corresponde con la edad del asegurado en el momento de ejercer la opción.

El asegurado no necesita rellenar cuestionarios de salud o presentar pruebas médicas adicionales si va aceptando las subidas cada vez que se le proponen; sin embargo, si deja pasar alguna propuesta sin realizar la actualización, es habitual que se le pida información médica si opta por actualizar los límites en el siguiente ofrecimiento, una vez transcurridos tres años desde la vez anterior.

Las pólizas que pagan directamente al asegurado una renta o un capital suelen incorporar una actualización anual de límites y también de primas, según un porcentaje calculado en base a la inflación o a una tasa de rendimiento interno obtenido por la compañía aseguradora.

4.3.9. Límites temporales a la cobertura

Tienen que ver con el plazo máximo durante el que la compañía aseguradora abonará el importe contratado en póliza, así como los plazos que es preciso consumir con anterioridad a que la compañía aseguradora comience a correr con los costes derivados de situaciones de dependencia cubiertas en el contrato.

4.3.9.1. Plazo máximo de cobertura

El asegurado puede optar por un período limitado de años o por una cobertura vitalicia.

Tal y como se indicaba en el apartado 4.3.8.2., Capital total máximo cubierto, en el caso de *Expense-incurred method*, si en alguno de los días el coste del servicio es inferior al límite diario cubierto en la póliza, el período de cobertura se amplía hasta que se agote el capital máximo cubierto.

4.3.9.2. Período de carencia y franquicia temporal

El período de carencia y la franquicia temporal son mecanismos de defensa de la compañía aseguradora para protegerse de aquellos individuos que deciden contratar la póliza una vez que conocen la existencia de un siniestro amparado por la póliza o sospechan que en un plazo breve de tiempo pueden necesitar la cobertura de una póliza de seguro.

Período de carencia es aquel que se inicia en la fecha de efecto del seguro y durante el que las garantías no están cubiertas por la compañía aseguradora; en los productos franceses este concepto se denomina *délai d'attente*¹⁰⁸.

¹⁰⁷ Esta opción es propia de los seguros colectivos en EE.UU. y se conoce con el nombre de «*Future Purchase Option*», que puede traducirse literalmente por Opción de compra futura.

¹⁰⁸ «*Délai d'attente*» puede traducirse literalmente como plazo de espera.

Lo habitual es que no se aplique período de carencia para las situaciones de dependencia derivadas de accidente. Cuando el origen es una enfermedad, el período aplicado a las situaciones de dependencia psíquicas o mentales acostumbra a ser muy superior al correspondiente a la dependencia física (puede llegar a ser de tres a uno).

La franquicia temporal, también conocida en el mercado de EE.UU. como *waiting period*¹⁰⁹ o *elimination period*, y en el mercado francés como *délai de franchise*¹¹⁰, es el número de días que deben transcurrir desde que el siniestro es comunicado a la compañía aseguradora hasta que ésta comienza a asumir las consecuencias económicas del mismo.

En algunos casos el asegurado puede elegir el número de días de franquicia temporal, de forma que cuanto mayor es este plazo más baja es la prima.

Algunas pólizas cuentan con una sola franquicia temporal para toda la vida de la póliza de seguro, mientras que otras cuentan con una franquicia para cada episodio de cuidados (NAIC, 2003).

4.3.10. Primas

Las primas acostumbran a ser función de los siguientes factores:

- La edad del asegurado en la fecha de efecto del seguro o en la fecha del aumento de las garantías.
- La existencia de protección de inflación.
- El sexo del asegurado.
- El estado de salud del asegurado en la fecha de efecto del seguro.
- Las garantías, límites y franquicias contratados.
- La forma de pago de las primas.
- La contratación individual o en pareja¹¹¹.
- La contratación individual o a través de una póliza colectiva.

¹⁰⁹ «*Waiting period*» y «*Elimination period*» pueden traducirse literalmente como período de espera y período de eliminación.

¹¹⁰ «*Délai de franchise*» puede traducirse literalmente como plazo de franquicia.

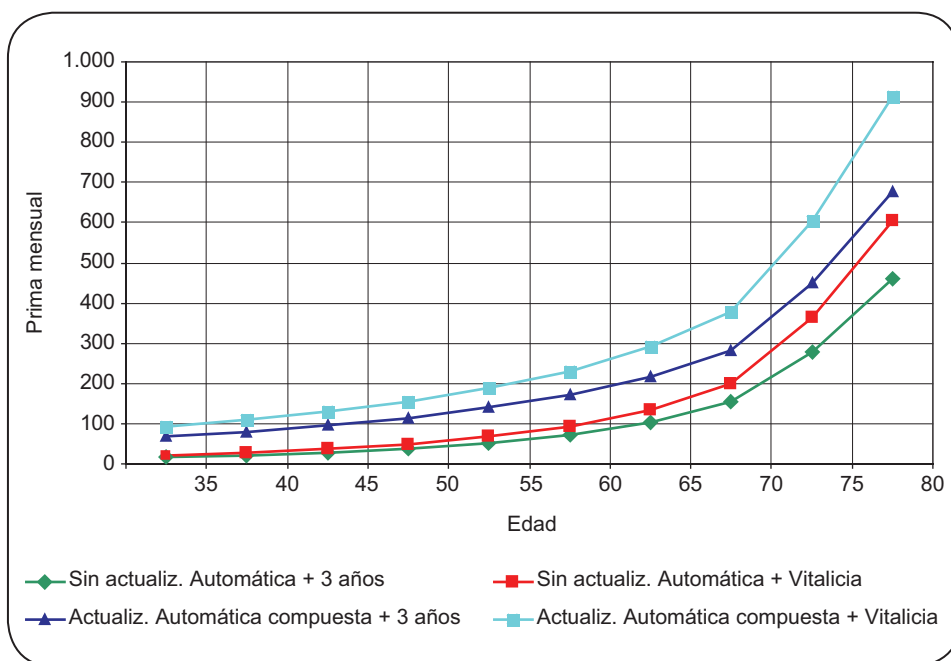
¹¹¹ Algunos autores encuentran la explicación a los descuentos ofrecidos cuando la póliza es contratada por los dos miembros de la pareja en que este tipo de asegurados confían menos en los cuidados formales, y por tanto la expectativa de que vayan a utilizar los servicios de la póliza de seguro en el futuro son menores a los de la contratación de uno solo de los miembros de la pareja (Lifeplans, 2007: 17). El descuento ofrecido puede llegar al 20% para el segundo miembro.

- El análisis de las primas del *Federal Long-Term Care Insurance Program* (véase apartado 4.4.5.) que se realiza en el siguiente gráfico muestra el impacto que tiene en la prima final el factor «límite de indemnización» y el factor «protección de inflación». El gráfico muestra las primas por edad en cuatro situaciones diferentes, según exista o no actualización automática de la prima y según que el período de indemnización sea de tres años o vitalicio.

Se observa cómo la prima experimenta un crecimiento acelerado de manera progresiva a medida que lo hace la edad del asegurado. Igualmente se constata cómo el factor de protección de inflación mediante un índice automático compuesto tiene un efecto en las primas mayor que el aumento del límite de indemnización de un período de tres años a una cobertura vitalicia.

Gráfico 4.1.

Primas mensuales del *Federal Long-Term Care Insurance Program*. 2008



Fuente: Elaboración propia a partir de <http://www.ltcfeds.com>

Antes de comenzar con el análisis de las cláusulas más relevantes que afectan a la prima de seguro, es importante hacer notar los dos tipos de contratos de seguro de dependencia que pueden existir en función de que la prima sea constante o varíe en función de la edad actuarial del asegurado: en el primer caso, la prima que se aplica en el momento de la contratación permanece constante durante toda la vida del asegurado, salvo por las excepciones que se mencionan en el apartado siguiente; en el caso de que el importe de la

prima dependa de la edad actuarial del asegurado, ésta varía en cada anualidad de seguro.

Comercialmente, los productos de prima actuarial son más atractivos que los de prima constante, ya que en el momento de la contratación su importe es mucho más bajo que los segundos. Por el contrario, en edades avanzadas el producto con prima actuarial termina resultando considerablemente más caro, precisamente cuando los recursos económicos acostumbran a ser sustancialmente menores que los que se obtienen en la etapa de activo.

Las cláusulas siguientes acostumbran a estar en los contratos de seguro de dependencia para regular los aspectos más importantes que tienen que ver con las incidencias relacionadas con el impago de las primas, así como con el compromiso de la compañía aseguradora de mantener el mismo nivel de primas que en el momento inicial de la contratación.

4.3.10.1. Garantía de mantenimiento de primas

Todas las pólizas de seguro de dependencia que incorporan prima constante (atendiendo a la clasificación que se acaba de hacer más arriba) garantizan que la prima no se alterará por motivos de edad o de empeoramiento del estado de salud del asegurado. Todos los contratos, sin embargo, dejan abierta la posibilidad de modificar las primas futuras en base a alguno de los siguientes criterios:

- Cuando el equilibrio técnico del contrato lo requiera como consecuencia de un cambio legislativo, una decisión reglamentaria o la modificación de las obligaciones de la compañía aseguradora en relación al conjunto de riesgos de dependencia.
- Si se realiza el cambio a un grupo completo de asegurados que disfruten de las mismas condiciones, como consecuencia de una desviación negativa de los resultados.

En algunos contratos de seguro es habitual encontrar cláusulas limitativas al posible aumento de primas como las siguientes:

- El incremento no podrá superar un porcentaje máximo respecto de la primera prima periódica.
- El aumento no se aplicará antes de transcurridos un número de años determinado¹¹². A nuestro juicio esta cláusula carece de sentido si el plazo garantizado es corto (tres o cinco años), ya que todas las compañías aseguradoras se comprometen a no subir las primas de seguro mientras no exista mala siniestralidad. Dado que la siniestralidad en una póliza de dependen-

¹¹² En los contratos de seguro de EE.UU. esta cláusula se conoce como «*Rate guarantee*», que puede traducirse literalmente por tasa garantizada.

cia acostumbra a declararse transcurrido un largo período de tiempo tras el efecto inicial de la póliza¹¹³, que en la gran mayoría es superior a diez años, significa que períodos inferiores no aportan ninguna garantía real para el asegurado.

4.3.10.2. Suspensión y reducción por impago de primas

En caso de que transcurra el período de gracia, una vez la prima ha sido impagada a su vencimiento, la cobertura queda en suspenso. Es habitual que se conceda un plazo de tiempo, a continuación del vencimiento de la prima, en el que el asegurado puede restablecer la cobertura si abona todas las primas pendientes; transcurrido este nuevo plazo lo más frecuente es que el contrato quede extinguido.

Los contratos de seguro acostumbran a permitir la reducción del capital asegurado en caso de impago de primas sólo si la póliza se ha mantenido en vigor y al corriente en el pago de las primas durante un número de años determinado, que en la mayoría de las compañías aseguradoras acostumbra ser de ocho.

El importe reducido de cada garantía se determina habitualmente en función del número de años completos en los que se han satisfecho las primas y puede ser muy diferente entre unas compañías aseguradoras y otras, oscilando entre el 20% para el plazo mínimo de ocho años y el 60% en caso de que el asegurado haya permanecido durante veinticinco años o más.

La garantía de reducción, conocida como *Nonforfeiture Benefit*¹¹⁴ en los productos de EE.UU., permite ofrecer al asegurado la posibilidad de elegir entre alguna de las siguientes opciones:

- Reducir el límite de indemnización diario, a cambio de mantener el límite temporal.
- Reducir el límite temporal, a cambio de mantener el límite de indemnización diario.
- Rescatar las primas pagadas, una vez deducidos una serie de gastos.

Una variedad de esta garantía es la conocida como *Contingent Nonforfeiture Benefit*¹¹⁵, que permite que el asegurado pueda ejercitar alguna de las opciones

¹¹³ Se prevé que la mayoría de los siniestros del *Federal LTC Insurance Program* sean declarados en un plazo no inferior a 25 años a partir de que comenzó el programa. Sólo un 23% de los siniestros de pólizas colectivas son declarados antes de transcurridos cinco años (*American Association for Long-Term Care Insurance*, 2009: 4).

¹¹⁴ «*Nonforfeiture Benefit*» puede traducirse literalmente por garantía de no pérdida.

¹¹⁵ «*Contingent Nonforfeiture Benefit*» puede traducirse literalmente por garantía de no pérdida contingente.

mencionadas para el caso de un aumento de primas desmesurado que impida que el asegurado pueda seguir atendiendo el pago de las primas (NAIC, 2003).

4.3.10.3. Exención del pago de primas en caso de siniestro

Mediante esta garantía la póliza exime al asegurado del pago de la prima desde el momento en que la compañía aseguradora acepta la tramitación de una solicitud de siniestro.

En caso de que el asegurado recupere una situación de normalidad, se reanudará la obligación del pago de primas correspondientes a la edad del asegurado en ese momento.

4.3.10.4. Reembolso de primas en caso de fallecimiento

Permite la devolución de las primas pagadas al beneficiario de la póliza, deducidos los posibles pagos por siniestros.

Suele ser habitual que exista una edad máxima a partir de la que no aplica esta garantía, que suele situarse en los 75 años. Igualmente suele ser necesario haber permanecido durante un mínimo número de años como asegurado al corriente del pago de las primas.

Se acostumbra a aplicar un coeficiente corrector como el de la siguiente tabla.

Tabla 4.3.
Porcentaje de reducción del importe a reembolsar en caso de fallecimiento

Edad	% de Reducción	Edad	% de Reducción
65 años o menos	100%	71 años	40%
66 años	90%	72 años	30%
67 años	80%	73 años	20%
68 años	70%	74 años	10%
69 años	60%	75 años o más	0%
70 años	50%		

Fuente: Elaboración propia

4.3.10.5. Reembolso de primas cuando existe período de carencia

Se estudiaba en el apartado 4.3.9.2. cómo durante el período de carencia las garantías no están cubiertas por la compañía aseguradora.

En el caso de existencia de esta garantía, el asegurado tiene derecho a que se le devuelvan todas las primas satisfechas si la declaración de siniestro se produce durante el período de carencia.

4.3.10.6. Comunicación de seguridad en caso de impago

Los contratos de seguro permiten identificar a una tercera persona a la que acudir en caso de que la prima resulte impagada, ya que por la propia naturaleza del seguro de dependencia puede ocurrir que el asegurado resulte incapacitado, en un momento determinado, para atender el pago de la prima de seguro. Esta garantía se conoce como *third party notice*.¹¹⁶

4.3.11. Siniestros

El siniestro es uno de los elementos más importantes a la hora de distinguir entre los distintos tipos de productos aseguradores de dependencia. Por otra parte, la existencia del siniestro perfecciona el contrato de seguro y permite evaluar la validez de la cobertura suscrita.

Estudiaremos en primer lugar las diferentes concepciones que distintos productos aseguradores de dependencia presentan acerca de las condiciones que deben cumplirse para que un asegurado tenga derecho a las prestaciones del contrato de seguro, para seguir a continuación con los requisitos administrativos de seguimiento de las situaciones de dependencia por parte de la compañía aseguradora.

4.3.11.1. Situación temporal o permanente de dependencia

Algunos productos consideran que se tiene derecho a las prestaciones de la póliza de seguro cuando se necesita la ayuda especificada en la definición de dependencia durante un período limitado de tiempo, expresado en un número de días. Otros son más exigentes y sólo consideran que la situación de dependencia está cubierta por la póliza de seguro cuando aquella tiene carácter de permanente.

La compañía aseguradora puede pedir que la declaración de siniestro sea realizada siguiendo un procedimiento formal determinado, así como que el asegurado sea reconocido con carácter previo por parte de uno de sus médicos.

4.3.11.2. Acreditación periódica de la situación de dependencia

La compañía aseguradora acostumbra a requerir acreditación periódica no sólo de la situación de dependencia del asegurado, sino también de que éste no ha fallecido.

Cuando existan posibilidades fundadas de regresión del proceso de dependencia, la compañía aseguradora acostumbra a solicitar al asegurado que su

¹¹⁶ «*Third party notice*» puede traducirse literalmente como Aviso a un tercero.

médico cumplimente un formulario con la finalidad de verificar que el asegurado sigue estando en una situación de dependencia cubierta por la póliza de seguro.

Tras analizar los principales elementos de un contrato de seguro de dependencia, pasamos a estudiar en los siguientes apartados los mercados de seguros privados de dependencia en EE.UU., Francia y España.

4.4. EE.UU.: MERCADO DE SEGUROS PRIVADOS DE DEPENDENCIA

Una vez analizado el elemento conceptual del seguro que sustenta la transferencia del riesgo económico derivado de una situación de dependencia a una compañía aseguradora y de haber analizado los elementos que a nuestro juicio son más importantes en un contrato de seguro de dependencia, se hace necesario analizar la situación real del mercado de seguros privados de dependencia de EE.UU.

Comenzar con el estudio de EE.UU. es casi obligado, ya que se trata del mercado más desarrollado del mundo, con un volumen de primas alrededor de los 9.000 millones de dólares US en el año 2007, que representaba un 70% del total de primas de seguros de dependencia del mundo (Barnshaw et al, 2008).

Revisaremos en primer lugar las fases por las que ha pasado el mercado de seguros privados de dependencia desde sus inicios en la década de 1970 hasta nuestros días, y estudiaremos las razones que distintos autores aportan para explicar la escasa penetración de este tipo de seguro entre los mayores de 65 años.

Explicaremos a continuación las características más relevantes de las pólizas contratadas en el mercado individual y compararemos las pólizas de contratación individual y colectiva bajo el análisis de distintos factores.

Por último, analizaremos en detalle dos programas (*Partnership Programs* y *Federal LTC Insurance Program*) que comparten el objetivo común de aumentar el volumen de contratación de pólizas de seguro privado de dependencia.

4.4.1. Fases de desarrollo del mercado de seguros privados y razones de su escaso volumen

Distintos autores señalan el año 1974 como el de la aparición de la primera póliza de seguro de dependencia en EE.UU. Desde entonces la evolución de los seguros privados de dependencia en EE.UU. ha pasado por tres etapas (Desonia, 2004).

a) Aparición de las primeras pólizas de seguro (1970-1980).

Se trataba exclusivamente de productos individuales, con unos costes de administración elevados que apenas cubrían la atención en Centros Residenciales y sólo cuando esta atención era consecuencia de una hospitalización.

b) Crecimiento y mejora de la coberturas (1980-1994).

Comienza a instalarse en la sociedad una mayor conciencia de la necesidad de contar con una cobertura privada de dependencia.

Las pólizas de seguro comienzan a incorporar nuevas garantías y coberturas, entre las que destacan los cuidados derivados del Alzheimer, la renovación automática, la cobertura de cuidados no derivada de una hospitalización o la protección de inflación.

El seguro de cuidados de larga duración se identificaba como un producto reservado a un grupo selecto y muy reducido.

c) Interés generalizado y crecimiento (De 1995 a nuestros días).

Las pólizas de seguro presentan el mismo esquema de garantías y servicios que hoy en día, entre los que destaca la incorporación de los cuidados a domicilio. Al mismo tiempo comienzan a aparecer las primeras pólizas colectivas de empleados, aunque todavía la prima es financiada en su totalidad por el empleado.

Es la época del despegue en el número de pólizas vendidas gracias a las siguientes iniciativas:

- *The Health Insurance Portability and Accountability Act* de 1996 (HIPAA), que viene a regular las condiciones en las que estos productos tienen ventajas fiscales, lo cual supone un importante empuje para el comprador individual.
- *The Long-Term Care Security Act* del año 2000 permitía ofrecer cobertura a empleados federales, militares, trabajadores de correos, retirados y sus esposas. El primer año de funcionamiento del plan se habían adherido 200.000 asegurados.

Entre los años 1998 y 2007 el crecimiento en número de pólizas vendidas fue positivo todos los años. Este autor pone de manifiesto que el volumen de primas aumentó un 12% en ese período de tiempo hasta alcanzar un volumen de primas de alrededor de los 9.000 millones de dólares US.

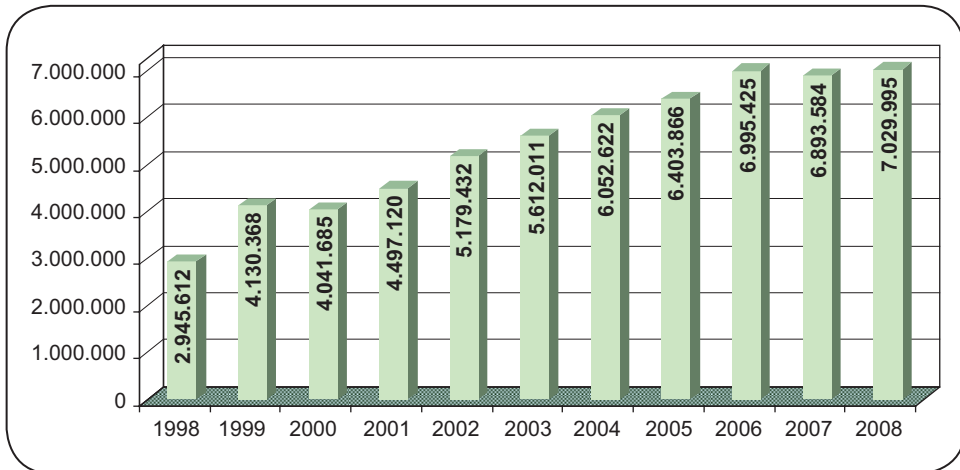
El mercado de seguros privados de dependencia en EE.UU. en el año 2005 estaba dominado por las pólizas de contratación individual, que representaban un porcentaje cercano al 80%. En el año 2008 este valor aumentaba hasta un 84,8% del total de pólizas.

Tritz (2006) fija en 9,2 millones las ventas acumuladas de pólizas de seguro privado de dependencia hasta finales del año 2005, e indica igualmente que

aproximadamente un 30% ya no estaba en vigor a esa fecha (debido al fallecimiento del asegurado y a la suspensión de la cobertura por falta de pago).

El siguiente gráfico muestra la evolución creciente del número de asegurados totales (individuales y colectivos) desde el año 1998 hasta el 2008.

Gráfico 4.2.
Evolución número de asegurados en EE.UU. 1998 a 2008



Fuente: Elaboración propia a partir de *American Association for Long-Term Care Insurance*, 2009

El porcentaje de primas que representa el mercado individual es aún superior al del número de pólizas, ya que excedería el 80% del total de primas a finales de 2007, con un importe aproximado de 7.700 millones de dólares US (Barnshaw et al, 2008).

A pesar de ser un tipo de seguro con más de 30 años de existencia en el mercado, sólo un 10% aproximadamente de las personas mayores de 65 años en EE.UU. tiene una póliza de seguro privado de dependencia. Esa misma idea de escasa cobertura es confirmada cuando se señala que apenas se cubre al 6% de la población y el 1% del gasto total en dependencia. En la población menor de 50 años la penetración es inferior al 10%.

Es relevante estudiar las razones que distintos autores señalan como causa del escaso desarrollo de este mercado en EE.UU., que se resumen a continuación:

- Escasa percepción por parte de los individuos de que la dependencia es un riesgo.
- Excesiva complejidad, que dificulta la comparación entre los distintos productos y termina actuando como un freno en los deseos de compra.

- Concepción de que el riesgo lo tienen cubierto con la cobertura pública a través de *Medicaid*. A pesar de que este programa público puede no ofrecer la misma calidad de servicios y opciones de elección de un seguro privado, a muchos individuos puede no importarles este inconveniente en la medida que así evitan pagar una prima de seguro adicional. Otro elemento a favor de *Medicaid* es que la prestación es en forma de servicios y no una cantidad monetaria, como sí hacen los seguros privados; puede darse el caso con los seguros privados que, ante una imprevisible evolución futura de los costes de asistencia, resulten insuficientes para ofrecer una cobertura adecuada.

4.4.2. Perfil del asegurado individual y características más relevantes de las pólizas contratadas

Los resultados que se muestran en este apartado corresponden al estudio realizado por *America's Health Insurance Plans* (AHIP¹¹⁷) en el año 2005 a tres tipos de individuos:

- *Mailing* a un colectivo de 1.274 compradores de una póliza en esa anualidad.
- *Mailing* a un colectivo de 214 individuos que, tras haberle sido presentada la póliza, decidieron no comprar.
- Entrevistas telefónicas de 15 minutos a 500 individuos de más de 50 años.

Los destinatarios del estudio fueron facilitados aleatoriamente por diez compañías¹¹⁸ aseguradoras que representaban un 80% de las ventas totales de seguros privados de dependencia en el año 2005. La siguiente tabla muestra la evolución de distintos factores desde el primer estudio realizado en 1990 hasta el actual.

Tabla 4.4.
Características socioculturales de compradores individuales de seguro de cuidados de larga duración

	1990	1995	2000	2005
Edad Media				
Edad Media	68 años	69 años	67 años	61 años
Menos de 55	–	–	–	22%

Continúa

¹¹⁷ Desde el año 1990, y cada cinco años, se han realizado una serie de estudios relacionados con las motivaciones de compra de seguros de cuidados de larga duración. Los primeros estudios fueron realizados por *Health Insurance Association of America* (HIAA); en el año 2004 se fusionó con *American Association of Health Plans* para dar lugar a *America's Health Insurance Plans* (AHIP), promotora del estudio correspondiente a 2005.

¹¹⁸ Bankers Life and Casualty; California Public Employees; Genworth Financial; John Hancock; Med America; Metropolitan Life; Mutual of Omaha; Northwestern Mutual; Penn Treaty; y Prudential.

	1990	1995	2000	2005
Edad Media				
55-64	25%	19%	33%	45%
65-69	33%	32%	27%	17%
70-74	25%	23%	19%	9%
Más de 75	17%	26%	21%	7%
Género				
Hombres	37%	39%	45%	43%
Mujeres	63%	61%	55%	57%
Estado Civil				
Nunca casados	5%	6%	4%	6%
Casados	68%	62%	70%	73%
Divorciados/Separados	4%	6%	6%	10%
Viudos	23%	27%	20%	9%
Domestic Partner (pareja de hecho)	–	–	–	2%
Ingresos (US\$)				
Menos de 20.000	29%	21%	9%	3%
20.000-24.999	13%	16%	8%	4%
25.000-34.999	20%	24%	19%	9%
35.000-49.999	17%	18%	22%	13%
> 50.000	21%	20%	42%	71%
Total Activos (US\$)				
Menos de 20.000	16%	18%	6%	4%
20.000-29.999	8%	10%	5%	3%
30.000-49.999	11%	13%	7%	6%
50.000-74.999	12%	10%	5%	6%
75.000-99.999	11%	8%	6%	5%
> 100.000	42%	41%	71%	76%
Nivel de estudios				
Menos que primaria	8%	7%	5%	2%
Primaria	30%	28%	21%	13%
Secundaria	29%	29%	27%	24%
Universitaria	33%	36%	47%	61%

Fuente: Elaboración propia a partir de LifePlans, 2007

La edad media ha descendido gradualmente desde el año 1990 hasta la cifra de 61 años en el año 2005, que además supone el descenso más grande entre periodos. Entre los años 1990 y 2000 los compradores de más de 70 años representaban no menos del 40%, mientras que en el año 2005 sólo suponen el 16% del total. Según los autores del estudio, este descenso puede deberse a dos factores:

- Por un lado, que las compañías aseguradoras han cambiado su enfoque comercial hacia el grupo de compradores más jóvenes.
- Por otro, el aumento experimentado por las primas provoca que las personas mayores de 70 años, que tienen unos ingresos fijos menores que cuando estaban en activo, no puedan permitirse comprar el seguro.

La proporción de parejas casadas ha aumentado significativamente hasta alcanzar un 73%. Se constata un aumento muy importante en el porcentaje de compradores con ingresos elevados, especialmente entre los años 2000 y 2005. En el año 2000 menos de la mitad de los compradores tenían ingresos superiores a 50.000 dólares US anuales, mientras que en el año 2005 este porcentaje ha aumentado hasta el 71%. Una evolución en el mismo sentido experimenta el porcentaje de compradores que se sitúan en la parte más alta en cuanto a valor de sus bienes, que llega a ser del 76% el de aquellos con valor superior a 100.000 dólares US.

Según el autor, la mejoría en el nivel de ingresos y en el patrimonio de los compradores individuales de un seguro de cuidados de larga duración es consecuencia del rejuvenecimiento en la edad de los compradores, que provoca que al estar en el mercado laboral activo dispongan de mayores ingresos que el personal retirado. De la misma manera, el mayor nivel de educación permite que puedan acceder a trabajos mejor remunerados.

La edad y el nivel de ingresos no sólo condicionan el hecho de contratar o no una póliza, sino también las características concretas de la misma. Los compradores individuales de mayor edad tienden a elegir períodos de indemnización más cortos y menores límites de indemnización diarios, y sólo unos pocos contratan garantía de inflación. La siguiente tabla muestra las conclusiones del estudio de Lifeplans.

Tabla 4.5.

Características de las pólizas individuales de seguro de cuidados de larga duración según la edad del comprador (valores medios)

	Menos de 55 años	Entre 55 y 64 años	Entre 65 y 69 años	Entre 70 y 74 años	Más de 75 años
Período de indemnización	5,9 años	5,6 años	4,4 años	3,8 años	3,0 años
Límite en Centro Residencial	151 US\$	142 US\$	132 US\$	119 US\$	112 US\$
Límite en cuidados a domicilio	146 US\$	136 US\$	127 US\$	113 US\$	106 US\$
Protección de inflación	87%	85%	62%	39%	19%
Franquicia temporal	78 días	83 días	80 días	88 días	82 días
Cuidados a domicilio incluidos	98%	97%	94%	92%	91%
Prima mensual	1.740 US\$	1.877 US\$	2.003 US\$	2.341 US\$	2.604 US\$

Fuente: Elaboración propia a partir de LifePlans, 2007

Los compradores entre 55 y 64 años de edad contratan protección de inflación cuatro y media veces más que los de más de 75 años. Para los más jóvenes, mantener las garantías de la póliza acorde con la evolución de los precios es muy importante, ya que su expectativa de tener que acudir a los beneficios de la póliza se sitúa entre 15 y 20 años desde que la contratan; los más ancianos, por el contrario, prefieren contratar un mayor límite inicial y asumir ellos mismos el riesgo de inflación, ya que el período que estiman que puede mediar hasta que comiencen a disfrutar de los beneficios de la póliza es muy corto.

El hecho de que las primas de un seguro de dependencia sean constantes durante toda la vida del asegurado lleva consigo que la prima media aumente considerablemente con la edad, llegando a alcanzar la cifra de 2.604 dólares US para los mayores de 75 años de edad.

A medida que el nivel de ingresos aumenta, el individuo es más proclive a contratar pólizas con mayores períodos de indemnización, mayores límites diarios de indemnización y con protección de inflación, como muestra la siguiente tabla.

Se observa, sin embargo, una disminución de la franquicia temporal en aquellos individuos con mayor nivel de ingresos, que a juicio del autor del informe se debe a que están dispuestos a pagar una prima mayor para no tener que pagar de su bolsillo los costes de una franquicia temporal más larga.

Tabla 4.6.

Características de las pólizas individuales de seguro de cuidados de larga duración según el nivel de ingresos del comprador (valores medios)

	Menos de 25.000 US\$	Entre 25.000 y 49.999 US\$	Entre 50.000 y 74.999 US\$	Más de 75.000 US\$
Período de indemnización	3,6 años	5,1 años	5,3 años	5,6 años
Límite en Centros Residenciales	116 US\$	121 US\$	131 US\$	147 US\$
Límite en cuidados a domicilio	105 US\$	116 US\$	126 US\$	142 US\$
Protección de inflación	44%	67%	71%	86%
Franquicia temporal	73 días	80 días	85 días	79 días
Cuidados a domicilio incluidos	84%	89%	96%	97%
Prima mensual	1.807 US\$	2.079 US\$	2.011 US\$	1.844 US\$

Fuente: Elaboración propia a partir de LifePlans, 2007

En el período de 1990 a 2005 los productos han evolucionado hasta ser completos y recoger tanto los cuidados en Centros Residenciales como en el propio domicilio. La tabla siguiente muestra cómo en 2005 el 90% de las pólizas vendidas incluye ambos tipos de cuidados.

En el período entre los años 2000 y 2005 la indemnización diaria para cuidados en Centros Residenciales aumentó un 30%, muy por encima del índice de inflación de ese período. En el caso de los cuidados a domicilio el límite de indemnización diario aumentó en un 27%.

Se observa cómo el período de indemnización muestra una tendencia a estabilizarse en un valor alrededor de 5 años, con independencia del tipo de cuidados de que se trate, mientras que el porcentaje de individuos que contrataron un período ilimitado disminuyó. Tal como establece el autor del informe, ese descenso puede deberse bien a que los individuos desean reducir el coste del seguro o a que han refinado las estimaciones que realizan del período de tiempo en que necesitarán de los cuidados.

Tabla 4.7.
Características de las pólizas individuales de seguro de cuidados de larga duración (valores medios)

	1990	1995	2000	2005
Tipo de póliza				
Sólo Centros Residenciales	63%	33%	14%	3%
Centros Residenciales y cuidados a domicilio	37%	61%	77%	90%
Sólo cuidados a domicilio	–	6%	9%	7%
Período de indemnización de cuidados en Centros Residenciales				
Media	5,6 años	5,1 años	5,5 años	5,4 años
Vitalicio	33%	30%	30%	23%
Período de indemnización de cuidados a domicilio				
Media	No disponible	3,4 años	5,4 años	5,2 años
Vitalicio	No disponible	12%	30%	22%
Indemnización diaria para cuidados en Centros Residenciales				
Media	72 US\$	85 US\$	109 US\$	142 US\$
Más de 120 US\$	4%	9%	34%	67%
Indemnización diaria para cuidados a domicilio				
Media	36 US\$	78 US\$	106 US\$	135 US\$
Más de 120 US\$	–	8%	33%	62%
Prima total anual				
Media US\$	1.071 US\$	1.505 US\$	1.677 US\$	1.918 US\$
Hasta 500 US\$	19%	10%	5%	4%
De 500 a 999 US\$	40%	29%	24%	18%
De 1.000 a 1.499 US\$	21%	23%	26%	25%
De 1.500 a 1.999 US\$	11%	15%	18%	20%
De 2.000 a 2.499 US\$	5%	9%	9%	12%
Más de 2.500	4%	14%	18%	22%
Franquicia temporal para Centros Residenciales	20 días	59 días	65 días	80 días
Franquicia temporal para cobertura integral	–	46 días	47 días	81 días
Protección de inflación	40%	33%	41%	76%

Fuente: Elaboración propia a partir de LifePlans, 2007

La franquicia temporal experimenta un aumento considerable de 15 días, como media, hasta situarse en 80 días para cuidados en Centros Residenciales y 81 días para cuidados a domicilio.

Existe también una tendencia a que los nuevos asegurados compren protección para inflación, que a juicio del autor del informe refleja un perfil de comprador más joven que está más preocupado por la evolución a largo plazo de los costes asociados con los cuidados de larga duración.

4.4.3. Comparación del mercado individual y colectivo

Darnell y Thau (2008) presentan en el *Group Long-Term Care Insurance Survey* las conclusiones del estudio realizado por Tillinghast en colaboración con Thau, Inc. entre las siete¹¹⁹ aseguradoras que en el año 2006 vendieron el 98% de todas las pólizas nuevas colectivas y más del 80% de las nuevas adhesiones a pólizas colectivas ya existentes con anterioridad. Si se incluyeran las aseguradoras que han abandonado¹²⁰ el mercado de seguros de dependencia y el *Federal LTC Insurance Program*, su volumen de asegurados representaría el 76% del total y su volumen de primas equivaldría al 64% de las primas totales¹²¹.

Mientras que la cifra de nuevos asegurados en 2006 se repartió al 50% entre pólizas colectivas¹²² e individuales¹²³, las primeras sólo representaron el 15% del conjunto de las nuevas primas. La razón de este desajuste se explica por dos motivos fundamentalmente:

Las garantías y límites contratados en las pólizas colectivas son muy inferiores a las individuales.

Una gran parte de los empleados en pólizas colectivas cerradas (*core/buy-up*) no contrata garantías adicionales de forma voluntaria, lo que provoca que

¹¹⁹ Blue Cross Blue Shield of Alabama, CAN, Genworth, John Hancock, MetLife, Prudential y UNUM.

¹²⁰ En el año 2006, la compañía aseguradora Aetna anunció que abandonaba los seguros colectivos de cuidados de larga duración, del que llegó a tener el 15% (Darnell y Thau, 2008: 28).

¹²¹ La diferencia de 120 puntos básicos se debe a que el *Federal LTC Insurance Program* incorpora en muchas de sus pólizas la protección de inflación que provoca que las primas medias sean más elevadas.

¹²² Las pólizas colectivas abiertas y cerradas que se explicaban en el apartado 4.2. se conocen en el mercado de EE.UU. como «*Entirely Voluntary*» y «*Core/Buy-Up*», respectivamente. Las segundas se caracterizan porque es la empresa la que paga una cobertura básica y se permite que cada empleado complementa la cobertura según sus propios deseos.

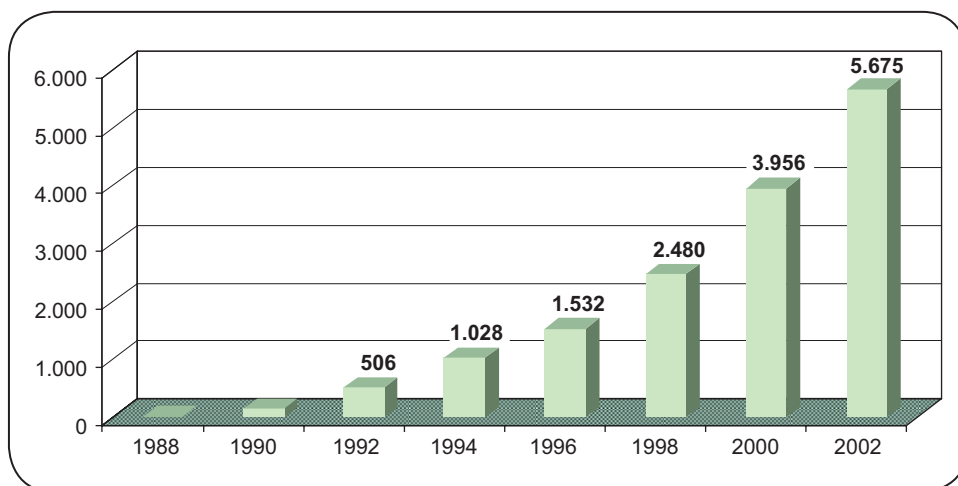
¹²³ Bajo el concepto de individuales se conocen tanto las conocidas popularmente como ventas directas «de ventanilla» como las «*Multi-Life*». Estas últimas son pólizas ofrecidas en el lugar de trabajo, generalmente en pequeñas empresas, sin esponsorización de la propia empresa y que son adquiridas a título particular por cada uno de los trabajadores que deciden comprar la póliza.

mientras que la prima media mensual en un colectivo abierto sea de 974 dólares US, en uno cerrado como los referidos la prima media mensual es apenas de 286 dólares US.

Mientras que las adhesiones a colectivos cerrados fueron de apenas un 2,3% en el año 2005, este porcentaje ascendió al 32,1% en el ejercicio 2006. Según el estudio realizado por *America's Health Insurance Plans (AHIP)*¹²⁴, a finales del año 2002 había más de 5.600 empresas que ofrecían a sus empleados la posibilidad de contratar una póliza colectiva de dependencia. La gran mayoría de los nuevos planes puestos en marcha en los años 2001 y 2002 eran financiados en su totalidad por el propio empleado. El siguiente gráfico muestra la evolución desde 1988 a 2002.

Gráfico 4.3.

Número de pólizas de dependencia acumulativas, colectivas de empleados ofrecidas entre 1988 y 2002

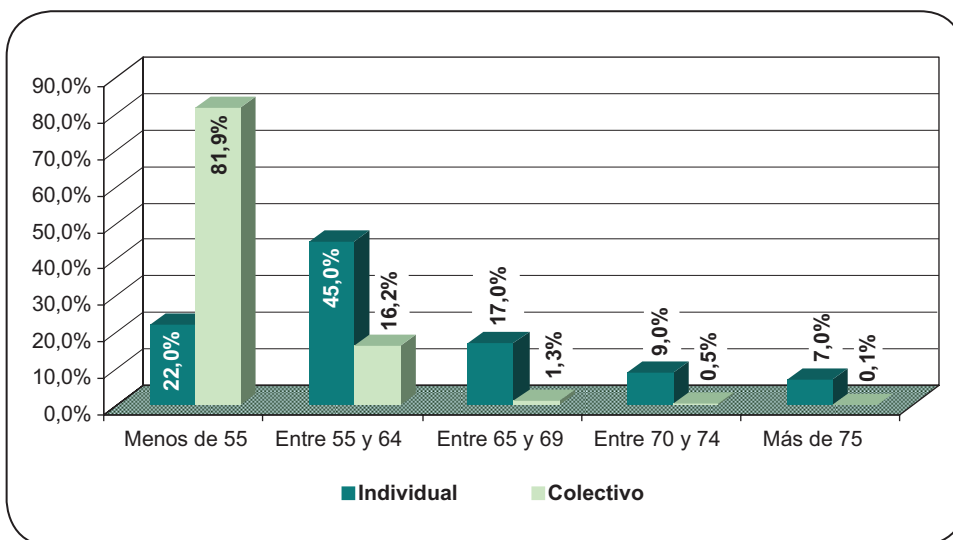


Fuente: Elaboración propia a partir de AHIP, 2004

La edad de contratación es quizás el elemento más importante, ya que influye en aspectos tan relevantes como el coste del seguro; las expectativas del asegurado respecto al plazo que debe esperar a que se produzca una situación de dependencia; los ingresos disponibles derivados de estar en activo o no; etc. El siguiente gráfico muestra las diferencias en el mercado de EE.UU. entre los productos contratados de forma individual y colectiva. En los segundos, más de un 50% se sitúa por debajo de los 45 años, lo que provoca que la edad media sea de 41,7 años frente a los 61 de las pólizas de contratación individual.

¹²⁴ En abril de 2003, AHIP envió una encuesta a todas las compañías aseguradoras de dependencia en EE.UU. en cualquiera de los siguientes ámbitos: pólizas individuales, pólizas colectivas de empleados y pólizas de vida con complemento de garantía de dependencia (*accelerated death benefits*).

Gráfico 4.4.
Contratación individual y colectiva de seguros de cuidados de larga duración, por tramos de edad



Fuente: Elaboración propia a partir de LifePlans, 2007 y Darnell y Thau, 2008

En la siguiente tabla se comparan algunas de las características más importantes de las pólizas individuales y colectivas vendidas en el ejercicio 2006 en el mercado de EE.UU.

Tabla 4.8.
Características de los productos individuales y colectivos vendidos en 2006 en EE.UU.

	Colectivas	Individuales
Número de aseguradoras participantes	7	23
Pólizas/Adhesiones vendidas	130.964	273.689
Ventas anuales	97.911.802 US\$	565.400.701 US\$
Pólizas/Adhesiones vendidas en el lugar de trabajo	130.964	21.548
Porcentaje de ventas a parejas comprando los dos	Inferior al 10%	64%
Edad media de contratación	41,7 años	58 años
Límite diario de indemnización medio	128 US\$	145 US\$
Porcentaje de pólizas con igual capital en cuidados a domicilio y en estancia residencial	24%	95%
Período de indemnización medio (excluyendo las de límite indefinido)	4,3 años	4,1 años
Porcentaje de pólizas con límite indefinido	22%	19,8%
Porcentaje de actualización automática 5%	15,9%	47,6%
Porcentaje con <i>Future Purchase Option</i>	45,4%	12,6%

Continúa

	Colectivas	Individuales
Número de asegurados	1.406.074	3.158.827
Volumen total de primas	747.434.382 US\$	5.439.268.240 US\$
Número de días de franquicia temporal	87 días	82 días
Criterio de aplicación para franquicia temporal	Días naturales	Días laborables
Devolución de prima en caso de fallecimiento	39%	2%
Reducción del período de indemnización en caso de impago (<i>nonforfeiture</i>)	32%	1,5%

Fuente: Elaboración propia a partir de Darnell y Thau, 2008

En el ejercicio 2006 se produjo un aumento muy importante en la venta de pólizas de seguro de dependencia a través de programas *core/buy-up*, con el consecuente aumento en el número de nuevos asegurados en la franja de edad entre 30 y 34 años, lo que a su vez llevó a que la edad media de contratación en los seguros colectivos descendiera desde un valor de 49,5 años en el año 2005 a 41 años en el ejercicio 2006.

En las contrataciones individuales el porcentaje de parejas que suscriben el seguro es muy elevado, mientras que en las pólizas colectivas es inferior al 10%; según Darnell y Thau (2008: 34) esto se debe a que los programas *core/buy-up* rara vez ofrecen la posibilidad de incluir a familiares.

En el estudio que realiza *American Association for Long-Term Care Insurance* (2009) se comparan las características de las pólizas individuales y colectivas vendidas en el ejercicio 2008 en EE.UU., que se presentan en la siguiente tabla.

Tabla 4.9.
Características de las pólizas individuales y colectivas vendidas en 2008 en EE.UU.

	Colectivas	Individuales
Edad de contratación		
Menos de 35 años	12%	2%
Entre 35 y 44 años	24%	5%
Entre 45 y 54 años	36%	24%
Entre 55 y 64 años	23%	53%
Entre 65 y 74 años	4,5%	15%
Más de 75	0,5%	1%
Indemnización diaria		
Entre 50 US\$ y 99 US\$	9%	6%
Entre 100 US\$ y 149 US\$	33%	31,5%

Continúa

	Colectivas	Individuales
Entre 150 US\$ y 199 US\$	25%	35%
Más de 200 US\$	33%	27%
Período de indemnización		
1 año	0%	0,2%
2 años	3%	7%
3 años	27%	30%
4 años	1%	15%
5 años	61%	24%
Entre 6 y 10 años	6%	11%
Vitalicio	2%	13%
Protección de inflación		
5% interés compuesto	23%	40%
5% interés simple	2%	16%
<i>Purchase Option</i>	72%	13%
Sin protección de inflación	N/A	14%

Fuente: Elaboración propia a partir de American Association for Long-Term Care Insurance, 2009

Los datos de este estudio ratifican, en prácticamente todos los casos, los hallazgos de Darnell y Thau (2008):

- Los asegurados de pólizas colectivas tienen una edad media inferior. El 60% de los asegurados de este tipo de pólizas tienen entre 35 y 54 años, mientras que más de la mitad de las pólizas individuales son contratadas por personas con más de 55 años.
- La distribución de asegurados según el importe contratado de indemnización diaria arroja unas datos que pueden confirmar el hecho de que los asegurados individuales contratan una cantidad media superior que los asegurados de pólizas colectivas.
- En este caso es muy superior el porcentaje de asegurados individuales que contratan una cobertura vitalicia (13%) frente al de asegurados de pólizas colectivas (2%).
- Es muy superior el porcentaje de asegurados que contratan protección de inflación en la contratación individual que en la colectiva.

4.4.4. *Partnership Programs*

El *Partnership Program for Long-Term Care* es una experiencia desarrollada entre los Estados y las compañías de seguros privadas, con el objetivo fun-

damental de reducir el coste de *Medicaid* mediante el traslado a las compañías de seguros de todo o parte de los costes de cuidados de larga duración.

Dado que *Medicaid* exige un mínimo de bienes para poder disfrutar de sus beneficios, en la práctica los individuos se ven obligados a gastar su patrimonio para poder comenzar a disfrutar de los beneficios. El *Partnership Program* permite que aquellos que compran una póliza de seguro privada amparada por este programa puedan poner a salvo un valor de su patrimonio superior al mínimo exigido por *Medicaid*. Esto significa que el asegurado puede integrarse en el programa federal una vez ha agotado el límite máximo de indemnización de su póliza de seguro privada, sin la necesidad de haber tenido que agotar su patrimonio.

La forma en la que puede protegerse el patrimonio del asegurado puede ser de tres tipos:

- *Dollar for dollar*: la cantidad que queda protegida del patrimonio es igual al valor contratado en la póliza de seguro. Esta modalidad aplica en los Estados de California y Connecticut.
- *Total asset protection*¹²⁵: la protección al patrimonio es total, pero a cambio se exigen unas condiciones determinadas de garantías y coberturas. Esta modalidad es la que rige en el Estado de Nueva York, que exige una póliza completa que cubra al menos tres años en Centros Residenciales y seis años en Servicios Comunitarios.
- Híbrido: permite una protección *Dollar for dollar* hasta un límite y *Total asset protection* por encima de ese límite. Es la modalidad que se utiliza en el Estado de Indiana.

Inicialmente sólo los Estados de California, Connecticut, Indiana y New York podían ofrecer este programa. Más adelante, la *Deficit Reduction Act of 2005* lo amplió al resto de Estados de la Unión.

La edad mediana de los compradores de este tipo de póliza se encuentra entre 58 y 63 años de edad. Existe una amplia mayoría de asegurados de sexo femenino, casados y que ha comprado un seguro de cuidados de larga duración por primera vez en su vida, como muestra la siguiente tabla. La contratación es en su gran mayoría individual y con la cobertura más amplia posible. A comienzos del año 2005 existían 172.477 pólizas activas de un total de 211.972 vendidas, lo que representa un 81,36% de retención.

¹²⁵ «*Total asset protection*» puede traducirse literalmente por protección total del patrimonio.

Tabla 4.10.

Características socioculturales de los compradores de pólizas *Partnership Program*

	California ^a	Connecticut ^a	Indiana ^a	Nueva York ^b
Edad Media				
Edad Mediana	60 años	58 años	62 años	63 años
Menos de 55	24%	17%	18%	14%
55-59	23%	19%	21%	19%
60-64	21%	23%	25%	26%
65-69	15%	23%	21%	23%
70-74	11%	13%	10%	12%
Más de 75	7%	5%	5%	7%
Género				
Hombres	41%	44%	43%	41%
Mujeres	59%	56%	57%	59%
Estado Civil				
Casados	70%	76% ^c	78%	72%
Solteros	29%	23% ^c	21%	25%
Desconocido	1%	0% ^c	1%	3%
Tipo de cobertura				
Centros Residenciales y Servicios Comunitarios	95%	99%	88%	100% ^d
Sólo Centros Residenciales	5%	1%	12%	0%
Tipo de contratación				
Pólizas individuales	100% ^e	84%	96%	90%
Pólizas colectivas	0%	16%	4%	10%
Pólizas en vigor				
Pólizas vendidas	77.501	38.144	34.969	61.358
Pólizas activas	64.915	30.834	29.189	47.539
Porcentaje de retención	83,76%	80,84%	83,47%	77,48%

a: datos de marzo 2005; b: datos de diciembre 2004; c: datos de junio 2004; d: en el Estado de Nueva York la cobertura sólo puede ser de este tipo; e: en el Estado de California sólo hay posibilidad de adquirir pólizas individuales. Nota: algunos porcentajes pueden no sumar 100 debido a redondeos.

Fuente: Elaboración propia a partir de *United States Government Accountability Office*, 2005

4.4.5. *Federal LTC Insurance Program*

En el año 2000 fue aprobada la *Long-Term Care Security Act*, que requería al Gobierno Federal que ofreciera a sus empleados y beneficiarios una cobertura privada de seguro de cuidados de larga duración y que permitía la constitución de la OPM (*US Office of Personnel Management*) como el órgano encargado de gestionar el programa.

La OPM firmó un contrato a siete años con una sociedad conjunta formada por las compañías aseguradoras John Hancock y Metlife, que a su vez crearon una subsidiaria (Long Term Care Partners, LLC) encargada exclusivamente de la gestión de este programa.

4.4.5.1. Tipos de productos

El programa permite elegir a cada individuo entre los cuatro programas cerrados que se detallan en la siguiente tabla.

Tabla 4.11.
Tipos de cobertura del *Federal Long-Term Care Program*

	<i>Facilities</i> ¹²⁶ <i>100 Plan</i>	<i>Comprehensive</i> <i>100 Plan</i>	<i>Comprehensive</i> <i>150 Plan</i>	<i>Comprehensive</i> <i>150+ Plan</i>
Límite diario de indemnización (US\$)	100	100	150	150
Límite temporal (años)	3	3	5	Ilimitado
Importe máximo cubierto en la vida de la póliza (US\$) ¹²⁷	109.500	109.500	273.750	Ilimitado
Franquicia temporal (días)	90	90	90	90
Protección de inflación ¹²⁸	Sí	Sí	Sí	Sí

Fuente: Elaboración propia a partir de <http://www.ltcfeds.com>

Complementariamente a estos cuatro productos cerrados, se permite que cada beneficiario construya su plan de beneficios personalizado mediante la elección entre diferentes opciones de los siguientes elementos:

- Límite diario de indemnización: elección entre 50 dólares US y 300 dólares US, en intervalos de 25 dólares US.
- Límite temporal: elección entre 3 años, 5 años o ilimitado.
- Franquicia temporal: elección entre 30 ó 90 días.
- Protección de inflación: elección entre índice compuesto o compra futura.

La siguiente tabla muestra de forma detallada las garantías más importantes de los productos *Facilities* y *Comprehensive*.

¹²⁶ La distinción más importante entre la opción *Facilities* y la opción *Comprehensive* radica en que esta última incluye los cuidados en el hogar y en un Centro de Día para adultos.

¹²⁷ En caso de que el importe a reembolsar sea inferior al importe máximo diario cubierto, el período de cobertura se amplía hasta que se agota esta cantidad.

¹²⁸ Ofrecen la posibilidad de elegir entre índice compuesto o compra futura.

Tabla 4.12.
Diferencias en garantías y límites entre los productos
Facilities y *Comprehensive*

	<i>Facilities</i>	<i>Comprehensive</i>	Cobertura del límite diario (%)	Franquicia Temporal	Límite temporal (distinto del contratado en póliza)
SERVICIOS BÁSICOS¹²⁹					
<i>Nursing Home Care</i>	Cubierto	Cubierto	100%	Sí	
<i>Assisted Living Facility Care</i>	Cubierto	Cubierto	100%	Sí	
<i>Hospice Care in a Hospice Facility</i>	Cubierto	Cubierto	100%	No	
<i>Respite Care in a Facility</i>	Cubierto	Cubierto	100%	No	30 días/año
<i>Hospice Care at Home</i>	No Cubierto	Cubierto	100%	No	
Cuidados en el domicilio	No Cubierto	Cubierto	75%	Sí	
Centro de Día para adultos	No Cubierto	Cubierto	75%	Sí	
<i>Respite Care at Home</i>	No Cubierto	Cubierto	75%	No	
SERVICIOS OPCIONALES A LOS DOS TIPOS DE PÓLIZAS					
Reserva de plaza			100%		30 días/año
Formación a cuidadores			100%	No	7 veces el límite diario
Cobertura en el extranjero			80%	Sí	3.650 días/vida
Servicio de respiro para cuidadores informales			100%	Sí	30 días/año
SERVICIOS OPCIONALES A LA PÓLIZA COMPREHENSIVE					
Cuidado informal a cargo de familiares			75%	Sí	365 días/vida
Indemnización acumulada semanal			N/A	N/A	N/A

Fuente: Elaboración propia a partir de <http://www.ltcfeds.com>

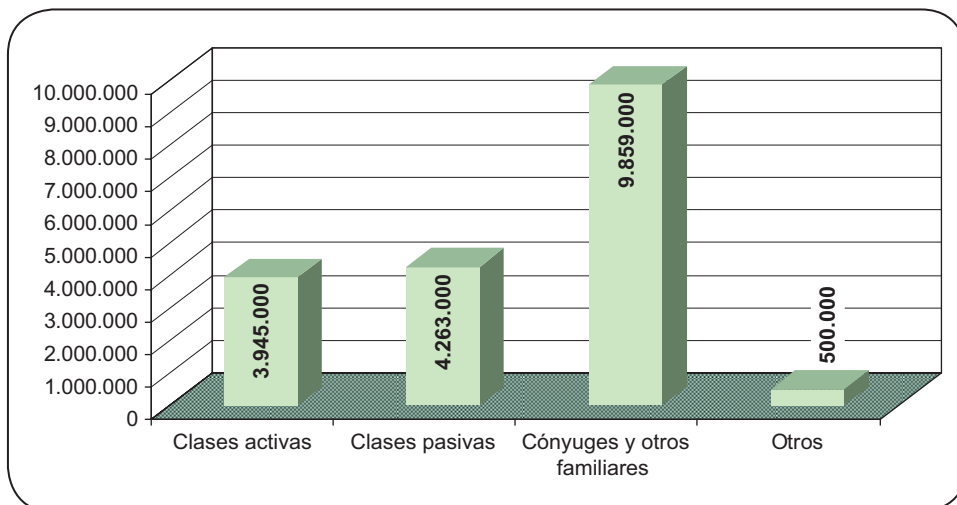
4.4.5.2. Número de asegurados

El colectivo al que va dirigido está formado por aproximadamente 18,5 millones de personas, de las que más de la mitad corresponde a cónyuges y familiares; el resto se distribuye de manera casi equitativa entre empleados en activo y retirados, como muestra el siguiente gráfico.

¹²⁹ Hemos considerado conveniente respetar el término inglés, evitando perder matices importantes que podrían perderse en la traducción al castellano. La definición de estos términos puede encontrarse en el Anexo: Abreviaturas.

Gráfico 4.5.

Distribución del colectivo elegible en el *Federal LTC Insurance Program*



Fuente: Elaboración propia a partir de *United States General Accountability Office*, 2006

Este programa consiguió atraer a 218.000 asegurados entre el 25 de marzo de 2002 y el 31 de marzo de 2005, constituyéndose en el colectivo de empleo más grande de EE.UU., seguido a mucha distancia por el colectivo de empleados públicos de California (CalPERS), con 175.000 asegurados aproximadamente.

La siguiente tabla muestra la distribución del colectivo elegible y las adhesiones a 31 de marzo de 2005. Se observa cómo el porcentaje de adhesión es mucho mayor entre los empleados activos y sus cónyuges que entre las clases pasivas.

Tabla 4.13.

Distribución de población elegida y número de asegurados por categoría. 31 de marzo de 2005

	Población elegible	Número de asegurados	Porcentaje de adhesión
Civiles en activo	1.792.000	90.613	5,1%
Militares en activo	1.353.000	3.244	0,2%
Empleados del servicio postal en activo	800.000	6.352	0,8%
Cónyuges y familiares de empleados en activo	1.775.000	35.924	2,0%
Clases pasivas	4.263.000	48.013	1,1%
Cónyuges y familiares de clase pasivas	8.084.000	23.461	0,3%
Otros	500.000	11.293	2,3%
Total	18.567.000	218.890	1,2%

Fuente: Elaboración propia a partir de *United States General Accountability Office*, 2006

El análisis del número de asegurados atendiendo al tipo de producto contratado pone de manifiesto que una amplia mayoría opta por los paquetes cerrados y por una protección de inflación con índice compuesto, como muestra la siguiente tabla.

Tabla 4.14.
Distribución de los asegurados atendiendo al tipo de producto contratado.
31 de marzo de 2005

	Número de Asegurados	Porcentaje
Paquetes cerrados		
Protección de inflación con interés compuesto	93.870	42,9%
Protección de inflación con <i>Future Purchase Option</i>	47.325	21,6%
Paquetes de libre elección		
Protección de inflación con interés compuesto	55.015	25,1%
Protección de inflación con <i>Future Purchase Option</i>	22.149	10,1%
Otros planes	531	0,2%
Total	218.890	

Fuente: Elaboración propia a partir de *United States General Accountability Office*, 2006

La distribución de los asegurados que habían comprado la póliza a 31 de marzo de 2005, que se muestra en la siguiente tabla, indica que el 88% de aquellos que eligieron un paquete cerrado optó por el producto completo (Servicios Residenciales y Servicios a Domicilio); aproximadamente dos tercios de todos los que optaron por un paquete cerrado eligieron protección de inflación compuesta.

Tabla 4.15.
Distribución de los asegurados de paquetes cerrados atendiendo al tipo de producto contratado y a la protección de inflación elegida. 31 de marzo de 2005

	Protección de inflación con interés compuesto	Protección de inflación con <i>Future Purchase Option</i>	Total	Porcentaje
Facilities 100	10.324	6.749	17.073	12,1%
Comprehensive 100	41.031	18.110	59.141	41,9%
Comprehensive 150	25.575	12.962	38.537	27,3%
Comprehensive 150+	16.940	9.504	26.444	18,7%
Total	93.870	47.325	141.195	

Fuente: Elaboración propia a partir de *United States General Accountability Office*, 2006

4.4.5.3. Primas de seguro

El informe realizado por *United States General Accountability Office* (2006) realiza una comparación de las primas de tres de los productos cerrados¹³⁰ del programa con la media de los productos de cinco compañías aseguradoras del mercado con productos similares.

La comparación se realiza tanto para una sola persona como para el caso de una pareja. En este último caso se considera que ambos miembros tienen la misma edad; mientras que en el caso de las cinco compañías aseguradoras se han tenido en cuenta los descuentos que habitualmente aplican por contratación como pareja, en el producto del *Federal Program* no se ha considerado ningún tipo de descuento.

Las siguientes tablas muestran que el producto que ofrece el *Federal Program* es muy competitivo en precio respecto a la contratación individual que puede realizarse en otras compañías aseguradoras del mercado.

Tabla 4.16.
Comparativa de primas para un soltero en el mercado individual
a fecha 31 de marzo de 2005

	40 años	50 años	60 años	70 años
Comprehensive 100				
Federal Program	528,80 US\$	746,40 US\$	1.118,40 US\$	1.852,80 US\$
Media de cinco compañías aseguradoras	1.045,70 US\$	1.253,02 US\$	1.702,32 US\$	3.143,29 US\$
Porcentaje de ahorro	50,20%	40,43%	34,30%	41,06%
Comprehensive 150				
Federal Program	950,40 US\$	1.364,40 US\$	2.044,80 US\$	3.380,40 US\$
Media de cinco compañías aseguradoras	2.066,88 US\$	2.446,50 US\$	3.332,64 US\$	6.178,10 US\$
Porcentaje de ahorro	54,02%	44,23%	38,64%	45,28%
Comprehensive 150 +				
Federal Program	1.310,40 US\$	1.875,6 US\$	2.779,20 US\$	4.550,40 US\$
Media de cinco compañías aseguradoras	3.066,24 US\$	3.647,26 US\$	5.004,11 US\$	9.093,04 US\$
Porcentaje de ahorro	57,26%	48,58%	44,46%	49,96%

Fuente: Elaboración propia a partir de *United States General Accountability Office*, 2006

¹³⁰ Los tres productos elegidos incorporan una protección de inflación con interés compuesto.

Tabla 4.17.
Comparativa de primas para una pareja en el mercado individual
a fecha 31 de marzo de 2005

	40 años	50 años	60 años	70 años
Comprehensive 100				
Federal Program	1.041,60 US\$	1.492,80 US\$	2.236,80 US\$	3.705,60 US\$
Media de cinco compañías aseguradoras	1.382,38 US\$	1.653,03 US\$	2.284,25 US\$	4.155,52 US\$
Porcentaje de ahorro	24,65%	9,69%	0,51%	10,83%
Comprehensive 150				
Federal Program	1.900,80 US\$	2.728,80 US\$	4.089,60 US\$	6.760,80 US\$
Media de cinco compañías aseguradoras	2.735,83 US\$	3.231,50 US\$	4.404,34 US\$	8.149,30 US\$
Porcentaje de ahorro	30,52%	15,56%	7,15%	17,04%
Comprehensive 150 +				
Federal Program	2.620,80 US\$	3.751,20 US\$	5.558,40 US\$	9.100,80 US\$
Media de cinco compañías aseguradoras	4.051,62 US\$	4.812,09 US\$	6.606,20 US\$	11.971,86 US\$
Porcentaje de ahorro	35,31%	22,05%	15,86%	23,98%

Fuente: Elaboración propia a partir de *United States General Accountability Office*, 2006

A modo de conclusión, podemos señalar que el mercado de seguros de dependencia en EE.UU. es mayoritariamente de contratación individual. La edad y el nivel de ingresos son dos elementos que guardan una relación positiva con el nivel de contratación (a más edad y mayor nivel de ingresos, más predisposición a comprar la póliza), pero que influyen de forma opuesta en las características finales concretas del producto que adquieren: mientras que los compradores de mayor edad acostumbran a elegir períodos de indemnización más cortos y menores límites de indemnización diarios, y sólo unos pocos contratan la garantía de inflación (Lifepans, 2007), los que disfrutan de un mayor nivel económico optan por productos con características opuestas.

Las pólizas han ido evolucionando hacia contratos con una cobertura cada vez más completa, que no sólo incluye la atención en Centros Residenciales, sino que también contempla los cuidados a domicilio. Es de destacar la aparición de las primeras pólizas colectivas a partir de la segunda mitad de la última década del siglo xx. La *Long-Term Care Security Act* del año 2000, que facultaba la creación del *Federal LTC Insurance Program*, así como la regulación de las condiciones bajo las que estos productos podían disfrutar de ventajas fiscales, facilitó un mayor desarrollo de la contratación colectiva.

Para terminar, y tal como se ha comentado en páginas anteriores, es importante destacar que a pesar de ser un tipo de seguro con más de 30 años de existencia en el mercado, tiene una penetración baja (10%) entre los mayores

de 65 años en EE.UU. Las causas del escaso desarrollo cabe buscarlas en las siguientes, tal como señalan varios de los autores estudiados:

- Escasa percepción por parte de los individuos de que la dependencia es un riesgo.
- Excesiva complejidad de los productos, que dificulta su comprensión.
- Concepción de que ese riesgo lo tienen cubierto a través de *Medicaid*.

4.5. FRANCIA: MERCADO DE SEGUROS PRIVADOS DE DEPENDENCIA Y TIPOS DE CONTRATO

El estudio de los seguros privados de dependencia en Francia es obligado si se desea tener un conocimiento profundo de este mercado, ya que se trata del segundo mercado más grande del mundo tras EE.UU., con aproximadamente tres millones de asegurados y con más de veinte años de experiencia.

La cobertura de dependencia en Francia puede ser ofrecida por tres tipos de entidades: compañías aseguradoras, mutualidades y entidades de previsión reguladas por el Código de la Seguridad Social. De estos tres tipos de entidades, el más desarrollado es el de las compañías de seguros, que cuenta con algo menos de dos millones de asegurados a finales del año 2007.

El mercado de compañías aseguradoras de dependencia en el año 2006 estaba compuesto por 25 entidades, que ofrecían en ese año 41 pólizas diferentes de dependencia. Las compañías de seguros utilizan mayoritariamente pólizas del ramo de vida e instrumentan el pago de rentas mensuales.

4.5.1. Fases de desarrollo del mercado de seguros privados

La primera generación de productos se corresponde con los productos lanzados entre los años 1985 a 1997 aproximadamente. En ese momento sólo existían pólizas individuales en las que las condiciones para que un individuo fuera declarado dependiente a efectos del seguro eran muy exigentes, llegando a tener que necesitar ayuda en cuatro Actividades de la Vida Diaria. La máxima edad de contratación era de 70 años y se trataba de pólizas de riesgo en las que la prestación consistía en una renta vitalicia.

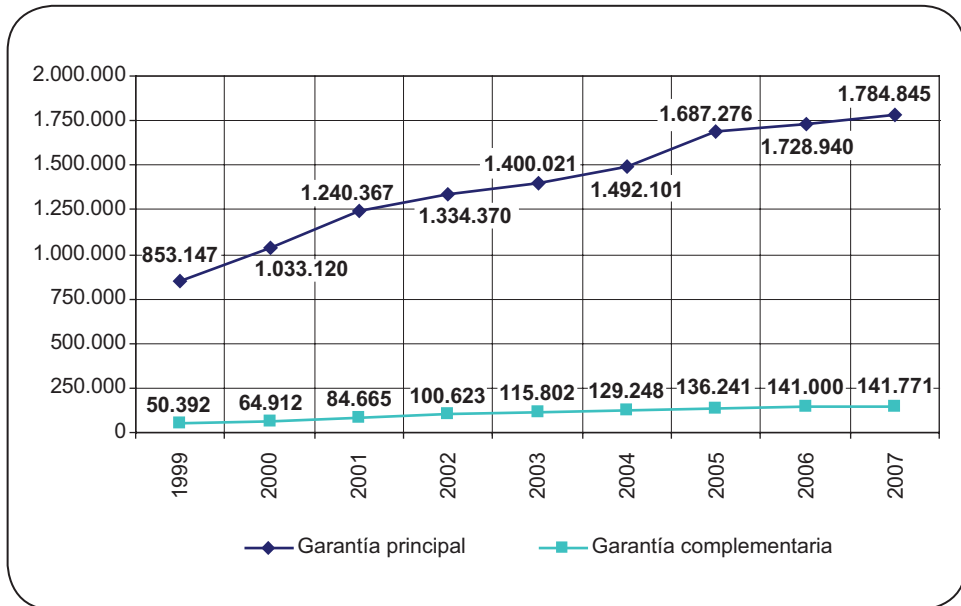
La segunda generación de productos alcanza hasta el año 2000 aproximadamente. Comienza a cubrirse la dependencia parcial y se adopta la escala AGGIR como base para determinar el grado de dependencia, que se relaja respecto a la primera etapa. Se enriquece el producto mediante la posibilidad de cobrar la prestación en forma de pago único, la incorporación de servicios de asistencia y la elevación de la edad de contratación hasta los 75 años.

La última generación de productos incorpora el reembolso de gastos según el grado de dependencia, así como servicios más centrados en la asistencia y la prevención. Es la época en la que aparecen los contratos colectivos.

4.5.2. Número de asegurados en compañías de seguros y volumen de primas

De los 1.926.616 asegurados en compañías de seguros a finales de 2007, el 93% tenía contratada la garantía de dependencia como garantía principal. El siguiente gráfico muestra la evolución desde 1999 a 2007.

Gráfico 4.6.
Número de asegurados privados de dependencia en compañías aseguradoras según sea garantía principal o complementaria. 1999-2007



Fuente: Elaboración propia a partir de Decoster, 2008

Este mismo autor destaca en su trabajo la elevada concentración del mercado de seguros privados en Francia cuando sitúa en 10 compañías aseguradoras la práctica totalidad de la oferta para el caso en que la dependencia se contrata como garantía complementaria. Cuando la dependencia es la garantía principal, el mercado total se amplía a 30 compañías aseguradoras aproximadamente; de estas 30, sólo cinco de ellas en el mercado individual y 3 en el mercado colectivo concentran la gran mayoría de asegurados y primas, como muestra la siguiente tabla.

Tabla 4.18.

Índice de concentración del mercado de seguros de dependencia de compañías aseguradoras en Francia. 2007

	Número de compañías aseguradoras	Porcentaje de asegurados	Porcentaje de primas
Individual	5	75%	76%
Colectivo	3	93%	91%

Fuente: Elaboración propia a partir de Decoster, 2008

La concentración del mercado de seguros privados de dependencia en Francia es muy elevada, de manera que cuatro compañías aseguradoras representaban en el año 2005 el 72% del total de asegurados y el 73% de las primas, según el detalle de la siguiente tabla.

Tabla 4.19.

Concentración del mercado de seguros de dependencia de compañías aseguradoras en Francia, con identificación de las cuatro primeras. 2005

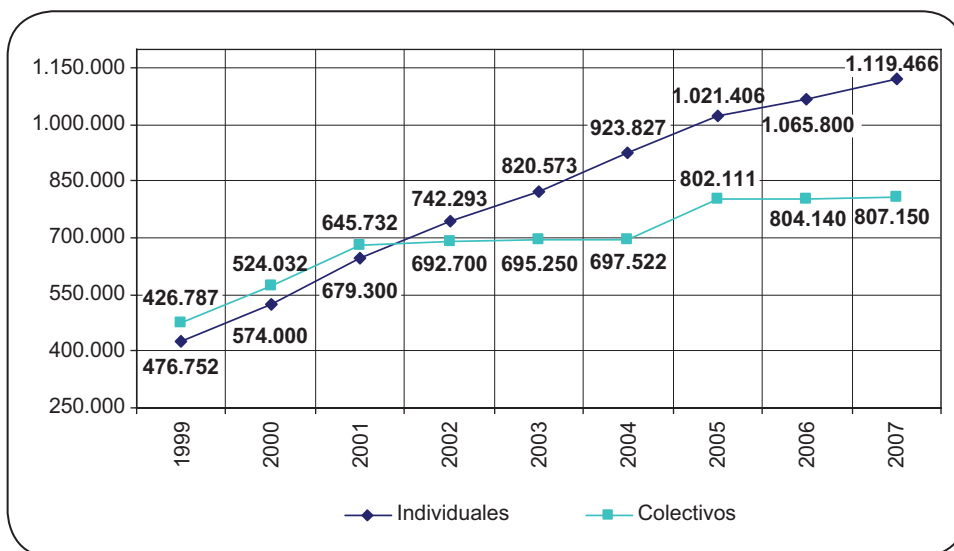
	AGR2	GROUPAMA	CREDIT AGRICOLE	CNP
N.º asegurados	21%	24%	18%	9%
Primas totales	22%	18%	23%	10%

Fuente: Elaboración propia a partir de Gisserot, 2007

Tras una elevada tasa de crecimiento en el número de asegurados en el año 2005 respecto al ejercicio anterior (12,47%), ésta se reduce considerablemente en los años 2006 y 2007 a unos niveles del 2,55% y 3,03% respectivamente. El gráfico siguiente muestra cómo el ritmo de crecimiento disminuye en los dos tipos de productos, pero de forma mucho más acusada en la contratación colectiva, que pasa de una tasa de crecimiento del 14,99% en el año 2005 al 0,25% y 0,37% en los años 2006 y 2007 respectivamente; por su parte, el mercado individual presenta unas tasas de crecimiento en los años 2006 y 2007 del 4,35% y 5,04% respectivamente.

Gráfico 4.7.

Número de asegurados privados de dependencia en compañías aseguradoras según sea contratación individual o colectiva, con independencia de que sea garantía principal o complementaria. 1999-2007

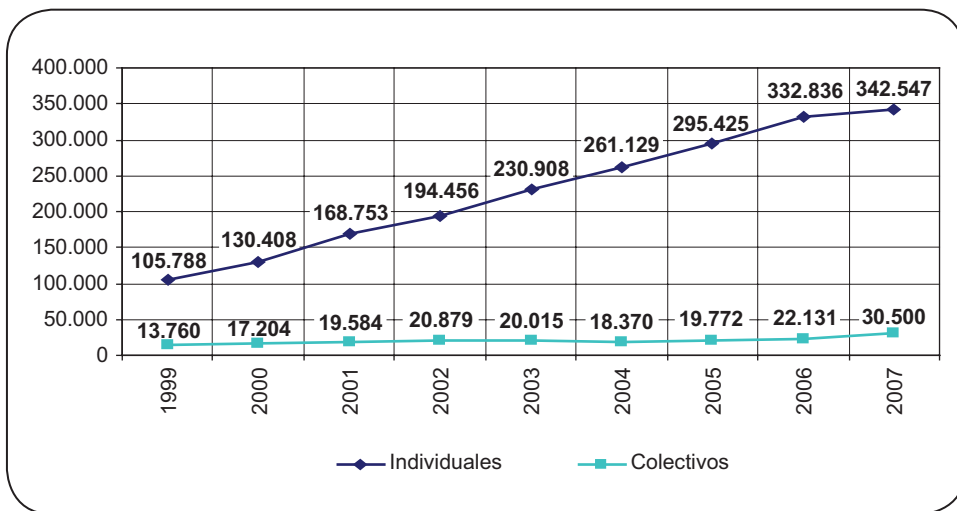


Fuente: Elaboración propia a partir de Decoster, 2008

El volumen total de primas de seguros colectivos en los que la dependencia es la garantía principal, en el periodo 1999 a 2006, experimenta tasas de crecimiento anuales que superan en todos los casos el 12%, como muestra el siguiente gráfico, hasta superar la cifra de 373 millones de euros a finales de 2007; únicamente en el año 2007 la tasa de crecimiento del conjunto del mercado se sitúa por debajo de esa barrera, con un escaso crecimiento del 5,09% respecto al ejercicio anterior. El patrón de crecimiento de los mercados individual y colectivo es muy similar al del número de contratos: se producen mayores tasas de crecimiento del mercado individual respecto al colectivo, salvo en el año 2007, en el que estos últimos crecen al 37,82% frente a un 2,92% del mercado individual.

Gráfico 4.8.

Primas totales según contratación individual o colectiva, en pólizas con la dependencia como garantía principal. 1999-2007 (miles de euros)

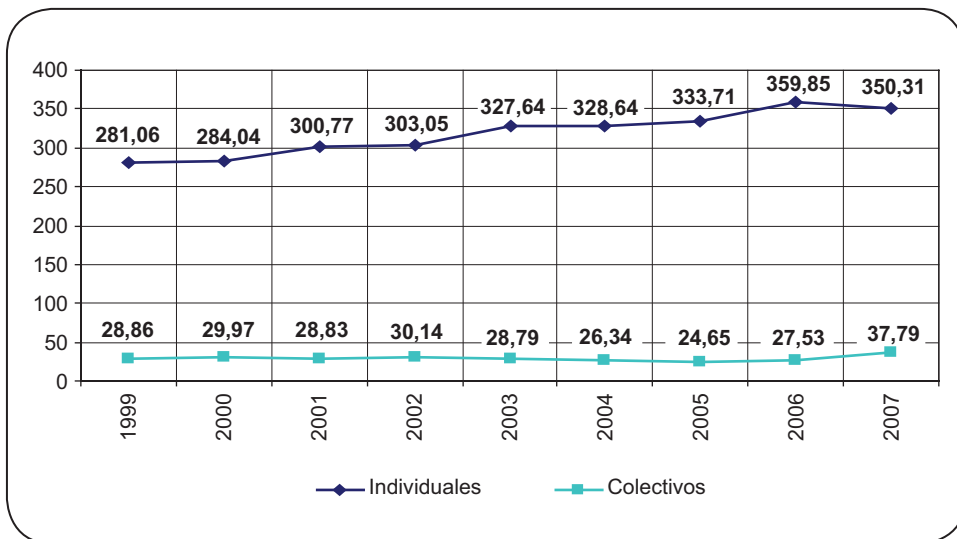


Fuente: Elaboración propia a partir de Decoster, 2008

Existe una gran diferencia en el importe de prima media entre los contratos individuales y colectivos, como se pone de manifiesto en el siguiente gráfico.

Gráfico 4.9.

Primas medias según contratación individual o colectiva, en pólizas con la dependencia como garantía principal. 1999-2007 (euros)



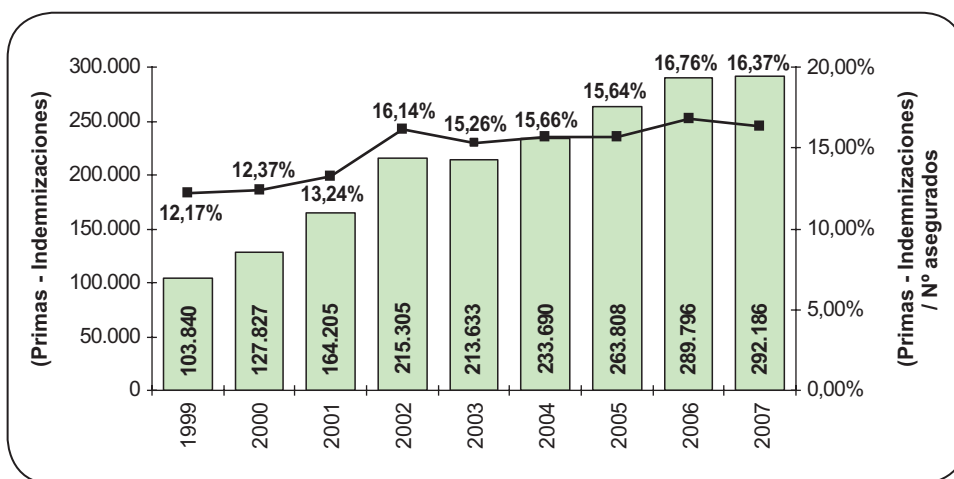
Fuente: Elaboración propia a partir de Decoster, 2008

Se observa en el gráfico anterior cómo durante todo el período analizado la prima de los contratos colectivos representa de forma constante algo menos de un 10% de la prima individual, a pesar de que la diferencia en términos absolutos ha ido aumentando con el paso de los años desde una cantidad de 252,19 € en 1999 a 312,51 € en el año 2007. En los dos tipos de contratos la prima ha crecido de forma constante durante todo el período.

En el conjunto de pólizas en el que la dependencia es la garantía principal se ha producido un aumento progresivo del saldo positivo entre primas recaudadas y siniestros pagados, así como una mejora del porcentaje que representa esta diferencia sobre el número total de asegurados. Desde 1997, en que este porcentaje era del 12,17%, se ha pasado al 16,37% a finales del año 2007, como muestra el siguiente gráfico.

Gráfico 4.10.

Saldo neto de primas menos indemnizaciones y porcentaje respecto a número total de asegurados en pólizas con la dependencia como garantía principal. 1999-2007 (euros)



Fuente: Elaboración propia a partir de Decoster, 2008

A la vista de lo estudiado en este apartado puede concluirse que el mercado de seguros de dependencia en Francia está muy concentrado en un número muy reducido de compañías aseguradoras, hasta el punto de que cinco de ellas agrupan el 75% de los asegurados individuales y sólo tres concentran el 93% de los asegurados de contratación colectiva.

Además, en Francia las pólizas de contratación individual son la gran mayoría (en el año 2007 había más de 342 millones de euros en primas de productos individuales de un total de 373 millones de euros), en parte causado porque no fue hasta los primeros años de este siglo cuando se ofreció la posibilidad de la contratación colectiva.

4.6. ESPAÑA: MERCADO DE SEGUROS PRIVADOS DE DEPENDENCIA

Estudiaremos en primer lugar los antecedentes y el volumen de asegurados y primas en base a los últimos datos publicados por ICEA (Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras y Fondos de Pensiones), correspondientes al cierre del ejercicio 2009; analizaremos a continuación los productos españoles existentes en la actualidad atendiendo a cinco características fundamentales, tanto de forma individual como en una comparación global de los cinco criterios.

4.6.1. Marco legal asegurador

La Disposición Final Quinta de la *Ley 35/2006, de 28 de noviembre, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y de Modificación Parcial de las Leyes de los Impuestos sobre Sociedades, sobre la Renta de no Residentes y sobre el Patrimonio* modificó el texto refundido de la Ley de Regulación de los Planes y Fondos de Pensiones al incluir la dependencia severa y la gran dependencia como contingencias susceptibles de ser amparadas por los planes de pensiones.

La precitada Ley 35/2006 modificó también la Disposición Adicional Primera del texto refundido de la Ley de Regulación de los Planes y Fondos de Pensiones y que regula la protección de los compromisos por pensiones¹³¹ de las empresas con los trabajadores.

Debido a la acción de ambas modificaciones legales, la dependencia severa y la gran dependencia son contingencias susceptibles de ser incluidas en los compromisos por pensiones que las empresas asuman con sus trabajadores y, por tanto, su instrumentación puede ser efectuada a través de los mismos mecanismos que las contingencias de fallecimiento, incapacidad laboral o jubilación: contratos de seguro colectivo, incluidos los planes de previsión social empresarial, planes de pensiones del sistema de empleo o una mezcla de ambos instrumentos.

Para que los contratos de seguro puedan instrumentar compromisos por pensiones deben ser colectivos, de forma que el tomador sea la empresa, el asegurado sea el propio trabajador y beneficiarios las personas en cuyo favor se generen las pensiones según los compromisos asumidos.

Al mismo tiempo, la *Ley 35/2006 del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas* establece en su artículo 51 qué tipo de aportaciones y contribuciones a sistemas de previsión social pueden ser objeto de reducción en la base imponible general:

¹³¹ Se entiende «compromisos por pensiones» aquellos que se derivan de obligaciones legales o contractuales del empresario con el personal de su empresa.

- Aportaciones y contribuciones a mutualidades de previsión social en virtud de contratos de seguro.
- Planes de previsión asegurados.
- Aportaciones realizadas por los trabajadores a planes de previsión social empresarial.
- Seguros privados que cubran exclusivamente el riesgo de dependencia severa o gran dependencia¹³².
- Planes de pensiones.

Este mismo artículo 51, en su apartado 5, establece que los seguros privados deben cumplir necesariamente con la condición de que el contribuyente sea el tomador, asegurado y beneficiario. Por ello, para que las primas satisfechas a estos seguros privados puedan acogerse a la reducción de la base imponible debe tratarse necesariamente de seguros de contratación individual.

Por otra parte, la *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia* establece en su Disposición Adicional Séptima que el Gobierno promovería en el plazo de seis meses las modificaciones legislativas necesarias para regular la cobertura privada de las situaciones de dependencia. Se da respuesta a este compromiso con la *Ley 41/2007 de 7 de diciembre* por la que se modifica la *Ley 2/1981, de 25 de marzo, de Regulación del Mercado Hipotecario y Otras Normas del Sistema Hipotecario y Financiero, de Regulación de las Hipotecas Inversas y el Seguro de Dependencia* y por la que se establece determinada norma tributaria, que en su Disposición Adicional Segunda establece que la cobertura privada de la dependencia mediante un seguro podrá ser realizada con una aseguradora, con una mutualidad de previsión social y con un plan de pensiones. En la misma Disposición se indica la posibilidad de que el contrato de seguro de dependencia sea individual o colectivo y, a salvo de otra norma, aclara que le será de aplicación la normativa reguladora del contrato de seguro y la de ordenación y supervisión de los seguros privados.

La misma Ley 41/2007 concreta en la Disposición Final Segunda la decisión del legislador de no crear un ramo específico para el riesgo de dependencia, ya que lo encuadra como complementario al de vida para el caso de supervivencia o como complementario del de enfermedad.

4.6.2. Número de asegurados y volumen de primas

El mercado español es el más reciente de los tres estudiados en este trabajo de investigación. Sánchez Delgado (2008) señala a Centro Asegurador como la compañía aseguradora pionera. Fueron ellos quienes lanzaron en la última

¹³² Se refiere a contratos de seguro individuales.

década del siglo pasado el producto denominado Seguro de Dependencia de Centro Asegurador (*Long Term Care*), que cubría el reembolso del 80% de los gastos derivados de una situación de dependencia, con independencia de que fueran en un Centro Residencial o fueran para cubrir a personal especializado que atendiera al individuo en su propio domicilio.

Es, sin duda, el mercado con menos historia de los tres estudiados ya que, a pesar de que algunos autores sitúan la primera póliza en la década de 1990, no ha sido hasta la segunda mitad de la presente década cuando algunas entidades aseguradoras han lanzado al mercado productos específicos de dependencia, coincidiendo con la publicación del Libro Blanco de atención a las personas en situación de dependencia en España y la posterior promulgación de la *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia*.

El número de entidades aseguradoras (se trata tanto de compañías de seguros como de mutualidades de previsión social) que están ofreciendo en la actualidad un producto de dependencia en España es inferior a una decena, un número muy corto en comparación con los mercados de EE.UU. y Francia.

Las estadísticas de ICEA¹³³ de cierre del ejercicio 2009 indican la existencia de apenas 15.477 asegurados (2.622 asegurados al cierre del ejercicio anterior) en el ramo de dependencia, todos ellos de contratación individual, con un total de primas que pasa de 342.255,36 € en 2008 a 2.164.294,05 € a cierre del ejercicio 2009. Estos datos varían muy poco respecto a los que aporta el «Informe Estadístico 2009 de Planes y Fondos de Pensiones», que sitúa el número de asegurados en 16.491 y el total de primas devengadas en 2.453.036 € (Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, 2010).

4.6.3. Tipología de los productos españoles

Se puede afirmar que el perfil del producto de dependencia español se corresponde con uno de contratación individual, con componente de riesgo, que cubre rentas pagaderas mensualmente de manera vitalicia y que cubre únicamente las situaciones más graves de dependencia. Aunque la mayoría de los productos son de prima constante, dos de las entidades aseguradoras analizadas comercializan un producto con prima actuarial (ver apartado 4.3.10.).

En este apartado analizaremos algunos de los aspectos más relevantes de los productos de las siguientes entidades aseguradoras: Aegon Seguros y Reaseguros de Vida, Ahorro e Inversión, S.A.; Agrupación Mutua del Comercio y de la Industria, Mutua de Seguros y Reaseguros a prima fija; Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.; Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. (Caser); CNP Vida de Seguros y Reaseguros S.A.; Mapfre

¹³³ Consultado en septiembre 2010 en <http://intranet.icea.es/Almacen/Index.htm>. No incluye datos de Mutua Médica.

Vida S.A. de Seguros y Reaseguros; Mutual Médica de Cataluña y Baleares; Sanitas S.A. de Seguros; y Svrne Seguros y Pensiones ¹³⁴.

Comenzaremos con el análisis de los tipos de dependencia que los contratos de seguro españoles acostumbran a cubrir; seguiremos con el estudio de cuál acostumbra a ser la garantía principal y qué otras pueden contratarse como complementarias; estudiaremos el tipo de prestación que incorporan; el período de pago de primas y el tipo de prima de seguro; los importes de la renta mensual que pueden contratarse; y acabaremos con el análisis de los períodos de carencia y franquicia temporal y los límites de edad para poder contratar una póliza.

4.6.3.1. Tipos de dependencia cubiertos

Todos los productos analizados utilizan la clasificación de las situaciones de dependencia que realiza la *Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia* y el baremo aprobado por el RD 504/2007 de 20 de abril, salvo el de Sanitas¹³⁵, que fue lanzado al mercado con anterioridad a la publicación de la citada Ley.

Tabla 4.20.

Criterios de valoración y tipos de dependencia cubiertos en función de su gravedad

	Tipo de Dependencia cubierto		
	Moderada	Severa	Gran Dependencia
Aegon	No	Sí	Sí
Agrupación Mutua	No	No	Sí
Allianz	No	Sí	Sí
Caser	No	Sí	Sí
CNP Vida	No	Sí	Sí
Mapfre Vida	No	Sí	Sí
Mutual Médica	Sí	Sí	Sí
Sanitas¹³⁶	Sí	Sí	Sí
Svrne	No	Sí	Sí

Fuente: Elaboración propia

¹³⁴ Existen otras entidades aseguradoras que ofrecen un seguro de dependencia, pero comercializan productos de Caser (Caja Burgos), de CNP Vida (Caixa Manlleu; Caja Canarias; Caixa Tarragona; Sa Nostra; Caja Ávila; CAI) o de Mapfre Vida (Mapfre Cajamadrid Vida).

¹³⁵ Sanitas clasifica los tipos de dependencia atendiendo a cinco AVD (vestirse; alimentarse; asearse; desplazarse y continencia) en uno los tres siguientes: nivel I (ayuda considerable) es aquel en el que el individuo requiere ayuda al menos para dos de las cinco ABVD; Nivel II (ayuda severa) en el que se requiere ayuda al menos para tres de las cinco ABVD. Nivel III (ayuda extrema) cuando el individuo necesita ayuda al menos para cuatro de las cinco ABVD.

¹³⁶ Las categorías de Ayuda Considerable, Ayuda Severa y Ayuda Extrema podrían ser asimiladas a las de Dependencia Moderada, Severa y Gran Dependencia respectivamente.

Salvo el producto de Mutual Médica, ninguno de los otros cubre las situaciones más leves de dependencia¹³⁷. El de Agrupación Mutua es el producto más restrictivo de todos los analizados, ya que sólo cubre las situaciones de Gran Dependencia. En la tabla anterior puede observarse, por tanto, cómo la mayoría de las entidades aseguradoras cubren las situaciones de dependencia severa y de gran dependencia.

4.6.3.2. Garantía principal y garantías complementarias

Para la gran mayoría de las entidades aseguradoras la garantía principal de sus productos es la de dependencia. Únicamente Allianz y Mapfre Vida incorporan la garantía de dependencia como complementaria de otra garantía principal, que en los dos casos se trata del fallecimiento por cualquier causa¹³⁸. Adicionalmente, Aegon y Caser contemplan además la posibilidad de contratar la garantía de fallecimiento como complementaria de la de dependencia.

Todos los productos instrumentan el abono de la indemnización a través de rentas mensuales. El producto de Allianz es el único que vincula el pago de una renta de dependencia al capital contratado en la garantía principal de fallecimiento, de forma que todos los pagos que se hayan realizado se deducen del pago que haya que realizar en caso de que se produzca el fallecimiento del asegurado¹³⁹.

En la siguiente tabla puede observarse igualmente que la posibilidad de contratar un capital para los primeros gastos derivados de una situación de dependencia es muy frecuente y se instrumenta como una garantía complementaria de la principal.

Tabla 4.21.
Garantía principal (P) y garantías complementarias (C)

	Renta mensual	Capital primeros gastos	Orientación telefónica	SAD	Teleasistencia	Fallecimiento
Aegon	P	C	N/A	N/A	N/A	C ¹⁴⁰
Agrupación Mutua	P	C	P	P	P	N/A

Continúa

¹³⁷ En una interpretación amplia podría decirse que el producto de Sanitas cubre el equivalente a la Dependencia Moderada tal como se define en el RD 504/2007.

¹³⁸ La matización de «por cualquier causa» significa que está cubierto el fallecimiento, con independencia del motivo que lo provoca, sea por causa natural o por accidente.

¹³⁹ Véase productos híbridos en el Capítulo 1, apartado 1.5.3.1.

¹⁴⁰ Los tipos de garantías de fallecimiento que se pueden contratar de manera complementaria son los siguientes: por cualquier causa, por accidente o por accidente de circulación.

	Renta mensual	Capital primeros gastos	Orientación telefónica	SAD	Teleasistencia	Fallecimiento
Allianz	C	N/A	N/A	N/A	N/A	P ¹⁴¹
Caser	P	N/A	C	C	C	C
CNP Vida	P	C	N/A	N/A	N/A	N/A
Mapfre Vida	C	C	N/A	N/A	N/A	P ¹⁴²
Mutual Médica	P	C	P	P	P	N/A
Sanitas	P	P	N/A	P	P	N/A
Svrne	P	P ¹⁴³	C	N/A	C ¹⁴⁴	N/A

Fuente: Elaboración propia

Agrupación Mutua, Caser y Mutual Médica incorporan las garantías de Orientación Telefónica, Servicio de Ayuda a Domicilio y Teleasistencia de forma obligatoria junto a la cobertura principal de dependencia. Svrne incorpora las garantías de Orientación Telefónica y de Teleasistencia como complementarias. El resto de las entidades aseguradoras ni siquiera plantean la posibilidad de su contratación. Sanitas sólo incluye estas dos garantías en el caso de que el asegurado elija la opción de Prestación de Servicios.

4.6.3.3. Tipo de prestación

La siguiente tabla pone de manifiesto la homogeneidad de los productos existentes en el mercado en cuanto al tipo de prestación. Mayoritariamente se trata de productos en los que es el propio asegurado quien percibe una prestación vitalicia en metálico en virtud de un producto de riesgo por el que se cubre la prestación hasta el fallecimiento de la persona dependiente, con independencia de que las primas abonadas sean o no suficientes para atender las indemnizaciones del asegurado. Allianz y Mapfre Vida ofrecen un producto que incorpora el riesgo de llegar a ser dependiente, pero limita la prestación a un período temporal de 10 años, o 120 mensualidades en el caso de Allianz.

Sólo Sanitas contempla la posibilidad de elegir entre una indemnización económica o la prestación de un servicio al asegurado.

¹⁴¹ La garantía principal es fallecimiento por cualquier causa, aunque también son de contratación obligatoria otras garantías (orfandad por el mismo accidente; renta por enfermedad crítica; gastos de sepelio; gastos de testamentaría e impuesto de sucesiones y donaciones). Pueden contratarse de forma opcional las siguientes garantías: invalidez absoluta y permanente; repatriación; enfermedad grave; fallecimiento e invalidez absoluta y permanente a causa de accidente y a causa de accidente de circulación.

¹⁴² La garantía principal es fallecimiento por cualquier causa. Pueden contratarse de forma complementaria las garantías de fallecimiento por accidente e invalidez absoluta y permanente.

¹⁴³ El asegurado puede optar por una renta o un capital equivalente.

¹⁴⁴ La duración de esta prestación es de 1 año.

Tabla 4.22.
Tipo de prestación

	Receptor de la prestación	Abono de la prestación	Producto de riesgo	Temporal/Vitalicia
Aegon	Asegurado	Metálico	Sí	Vitalicia
Agrupación Mutua	Asegurado	Metálico	Sí	Vitalicia
Allianz	Asegurado	Metálico	Sí	120 mensualidades
Caser	Asegurado	Metálico	Sí	Vitalicia
CNP Vida	Asegurado	Metálico	Sí	Vitalicia
Mapfre Vida	Asegurado	Metálico	Sí	10 años
Mutual Médica	Asegurado	Metálico	Sí	Vitalicia
Sanitas	Asegurado	Metálico	Sí	Vitalicia
	Prestador del servicio	Servicios		
Svrne	Asegurado	Servicios	Sí	Vitalicia

Fuente: Elaboración propia

4.6.3.4. Período de pago de primas y tipo de prima satisfecha

Para el estudio de este apartado se hace necesario incorporar el producto más reciente de Aegon, conocido comercialmente como Dependencia Prima Uniforme. A diferencia del resto de productos, se establece un plazo limitado de pago de primas que oscila entre 2 y 10 años, a elección del asegurado; en el resto de productos, la prima se abona hasta el fallecimiento del asegurado, o hasta que el asegurado es reconocido en situación de dependencia o bien hasta que la cobertura es rescindida por la entidad aseguradora en virtud de alguna de las condiciones del contrato.

Salvo el producto de Aegon Dependencia Prima Uniforme y el de Svrne, que presentan una tarifa de primas actuarial, el resto de los productos son de prima constante.

Tabla 4.23.
Período de pago de primas y tipo de prima satisfecha

	Período de pago de primas	Tipo de prima
Aegon Prima Uniforme	A elegir entre 2 y 10 años	Constante
Aegon	Hasta el fallecimiento del asegurado, la declaración de un siniestro cubierto por la póliza o hasta la anulación de la cobertura	Actuarial
Agrupación Mutua		
Allianz		
Caser		
CNP Vida		
Mapfre Vida		
Mutual Médica		
Sanitas		
Svrne		Actuarial

Fuente: Elaboración propia

4.6.3.5. Importes de renta mensual y porcentajes de indemnización

Los importes de renta mensuales que pueden contratarse oscilan entre los 150 € del producto de Mapfre Vida y los 4.000 € de los productos de Aegon y Svrne.

El producto de Allianz es el único que fija un límite máximo de indemnización, que equivale a un porcentaje del capital contratado para la garantía principal de fallecimiento.

Salvo los productos de Allianz y de Mapfre Vida, que no aplican reducciones en el importe de la renta mensual contratada cuando la situación de dependencia del asegurado es inferior a una de gran dependencia, los demás abonan porcentajes que oscilan entre el 50% y el 66% para la dependencia severa.

Sanitas fija una cantidad mensual sólo para el caso en el que el asegurado elija la opción de indemnización económica.

Tabla 4.24.
Importes de renta mensual y porcentajes de indemnización en función del tipo de dependencia

	Renta mensual		Porcentaje de cobertura		
	Valor mínimo	Valor máximo	Moderada	Severa	Gran Dependencia
Aegon	500 €	2.500 €	N/A	50%	100%
Agrupación Mutua	500 €	2.500 €	N/A	N/A	100%
Allianz¹⁴⁵	1% sobre el capital de fallecimiento		N/A	100%	100%
Caser	500 €	1.500 €	N/A	50%	100%
CNP Vida	500 €	1.500 €	N/A	50%	100%
Mapfre Vida	150 €	1.200 €	N/A	100%	100%
Mutual Médica	300 €	1.500 €	33%	66%	100%
Sanitas	Sólo para la opción de indemnización económica ¹⁴⁶		50% cuando la ayuda es considerable; 75% cuando la ayuda es severa; 100% cuando la ayuda es extrema		
Svrne	1.000 €	4.000 €	N/A	50%	100%

Fuente: Elaboración propia

¹⁴⁵ La póliza abona una renta anticipada mensual a cuenta del capital asegurado para fallecimiento cuyo capital máximo es de 600.000 €. El asegurado puede en cualquier momento solicitar el abono de un capital equivalente al capital de fallecimiento restante en el momento de la solicitud.

¹⁴⁶ No hemos obtenido respuesta de Sanitas respecto al dato actualizado para la anualidad 2010. En la anualidad 2004 el importe mensual de la indemnización económica ascendía a 1.577,6 €.

4.6.3.6. Límites temporales y límite de edad para la contratación

Todas las pólizas estudiadas eliminan el período de carencia para aquellas situaciones de dependencia derivadas de un accidente de cualquier tipo. Lo más habitual es que el período de carencia para las situaciones de dependencia física o funcional sea de un año; de la misma forma, lo más frecuente es que para situaciones de dependencia intelectual el plazo de carencia sea de tres años. Son mayoría las entidades aseguradoras (Aegon, Allianz, Caser y Mapfre Vida) que no incluyen una franquicia temporal en sus contratos.

Para terminar, la edad mínima para poder contratar una póliza de dependencia acostumbra a ser de 18 años, mientras que el límite máximo es más variable y oscila entre los 65 años de Caser y los 74 años de CNP Vida, pasando por los 69 años de Aegon, los 70 años de Agrupación Mutua, Mutual Médica y Svrne y los 72 años de Mapfre Vida. Allianz es la única entidad aseguradora que establece una edad máxima de permanencia.

Tabla 4.25.

Períodos de carencia y franquicia temporal y límites de edad para la contratación

	Carencia		Franquicia temporal	Límites para la contratación	
	Dependencia física	Dependencia intelectual		Edad mínima	Edad máxima
Aegon	1 año	3 años	N/A	18 años	69 años
Agrupación Mutua	1 año	3 años	3 meses	45 años	70 años
Allianz	N/A	N/A	N/A	14 años	64 años ¹⁴⁷
Caser	N/A	N/A	N/A	20 años	65 años
CNP Vida	1 año	3 años	3 meses	18 años	74 años
Mapfre Vida	N/A	N/A	N/A	18 años	72 años
Mutual Médica	2 años	2 años	90 días	N/A	70 años
Sanitas	1 año	3 años	N/A	40 años	75 años
Svrne	1 año	3 años	3 meses	20 años	70 años

Fuente: Elaboración propia

¹⁴⁷ La garantía finalizará al término de la anualidad en que el asegurado cumpla 75 años.

4.6.3.7. Cuadro comparativo de productos aseguradores españoles

La siguiente tabla muestra de forma resumida las características más importantes de los diez¹⁴⁸ productos analizados en los apartados anteriores.

Podría decirse que el producto español estándar es acreedor de las siguientes características:

- El objeto fundamental de la cobertura son aquellas situaciones permanentes de dependencia en su grado máximo, en las que 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.
- Es un producto de riesgo cuya prestación se realiza en forma de pago de una renta mensual vitalicia.
- Puede contratarse de forma complementaria un capital para atender los primeros gastos tras la declaración de la situación de dependencia, así como garantías de servicios como la Orientación Telefónica, los Servicios de Ayuda a Domicilio o la Teleasistencia.
- Presenta un plazo de carencia de un año para dependencia física y de tres años para dependencia intelectual, que en ningún caso aplican cuando la situación de dependencia es consecuencia de un accidente.

¹⁴⁸ En la tabla solo se incluye el producto Seguro Temporal de Aegon, aunque en el apartado 4.6.3.4. se detallan las características particulares de su otro producto Dependencia Prima Uniforme.

Tabla 4.26. Comparación de los productos aseguradores de dependencia españoles

	Aegon	Agrupación Mutua	Allianz	Casert	CNP Vida	Mapfre Vida	Mutual Médica	Sanitas	Svrme
Tipos de dependencia cubiertos	Moderada	No	No	No	No	No	Sí	Sí	No
	Severa	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
	Gran dependencia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Garantía Principal	Renta	Renta	Renta	Renta	Renta	Fallecimiento	Renta; Orientación telefónica; SAD; Teleasistencia	Indemnización económica o prestación de servicios	Renta
	Sí	Sí	No	N/A	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
	N/A	Sí	No	Sí	N/A	N/A	N/A	Incluidas como principales	Sí
Garantías complementarias	N/A	Sí	No	Sí	N/A	N/A	Incluidas como Principales		N/A
	N/A	Sí	No	Sí	N/A	N/A			Sí
	N/A	N/A	Sí	Sí	N/A	Principal	N/A	N/A	N/A
Producto de riesgo	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
Tipo de prima	Actuarial	Constante	Constante	Constante	Constante	Constante	Constante	Constante	Actuarial
Cobertura temporal	Vitalicia	Vitalicia	120 meses	Vitalicia	Vitalicia	10 años	Vitalicia	Vitalicia	Vitalicia
	500-2.500	500-2.500	1% capital fallec.	500-1.500	500-1.500	150-1.200	300-1.500	1.577,6 en 2004	1.000-4.000
Cobert. dependencia Moderada-Severa	0%-50%	0%-0%	0%-100%	0%-50%	0%-50%	0%-100%	33%-66%	50%-75%	0%-50%
	1 año	1 año	N/A	N/A	1 año	N/A	1 año	2 años	1 año
Plazo de Carencia	3 años	3 años	N/A	N/A	3 años	N/A	3 años	2 años	3 años
	N/A	3 meses	N/A	N/A	3 meses	N/A	90 días	N/A	3 meses
Edad mínima y máxima de contratación	18-69 años	45-70 años	14-64 años	20-65 años	18-74 años	18-72 años	0-70 años	40-75 años	20-70 años

Fuente: Elaboración propia

4.7. ANÁLISIS COMPARADO DE PRODUCTOS ASEGURADORES PRIVADOS: EE.UU., FRANCIA Y ESPAÑA

Las compañías de seguros actúan en los tres países, pero en los casos de Francia y España otros tipos de entidades aseguradoras pueden comercializar este tipo de contratos: Mutualidades y Entidades de previsión reguladas por el Código de la Seguridad Social en el caso de Francia y Mutualidades de Previsión Social en España.

El mercado de EE.UU. fue el primero en el que una póliza de seguro privado de dependencia vio la luz, en el año 1974; en Francia el primer contrato de seguro de dependencia data de 1985, mientras que en España los primeros productos comienzan a aparecer en la segunda parte de la primera década del siglo XXI.

Aunque todavía representan un porcentaje pequeño respecto al total, las pólizas colectivas son comercializadas de forma muy activa en EE.UU. y en Francia. El mercado español es todavía terreno exclusivo de productos individuales.

La forma de distribución en EE.UU. está basada en agentes y corredores, mientras que en Francia el modelo se sustenta principalmente en bancaseguros¹⁴⁹; por último, en España las entidades aseguradoras han comenzado a utilizar fundamentalmente el modelo de bancaseguros y el del canal de agentes propios, quedando en un segundo plano el canal de los corredores, debido fundamentalmente a la no existencia de contratos colectivos.

En los tres países el tipo de producto es de riesgo, de forma que la entidad aseguradora está obligada al pago con independencia de que las primas abonadas por el asegurado hasta la declaración del siniestro sean o no suficientes para atender los pagos futuros. Sí existe una diferencia muy importante en el tipo de prestación, ya que mientras que en el mercado de EE.UU. la póliza de seguro reembolsa todos aquellos gastos que pueda justificar en la medida que no superen la cantidad, diaria o mensual, contratada por el asegurado, las pólizas de Francia y España abonan una renta mensual pactada que el individuo destina de forma libre y sin tener que dar cuentas a la entidad aseguradora.

Los productos en Francia y España limitan la posibilidad de elección del asegurado al importe de la renta que desea cobrar en caso de que devenga dependiente; en EE.UU., sin embargo, el asegurado debe elegir entre una serie muy amplia de servicios, lo que confiere al producto de dependencia de una complejidad muy elevada.

Los costes de administración de las pólizas de EE.UU. son muy elevados, ya que la compañía aseguradora debe emitir autorizaciones con carácter previo

¹⁴⁹ Se trata de un modelo de comercialización de seguros en el que se utilizan las redes de distribución de las entidades de crédito.

a que un tratamiento pueda ser llevado a cabo y controlar cada una de las facturas que se le presenten para determinar si procede abonarlas y en qué porcentaje en función de que el asegurado haya acudido o no a alguno de los centros asistenciales que tiene concertados. Esto último sólo procede en aquellos casos en los que el contrato de seguro permita esta posibilidad, ya que en muchas ocasiones deben ser atendidos necesariamente en uno de los servicios concertados para que la prestación esté cubierta.

Un análisis de aquellos elementos más concretos de los contratos de seguro de dependencia debe comenzar con la definición de dependencia que se aplica para determinar si un siniestro está o no cubierto. Las pólizas de EE.UU. utilizan un concepto de dependencia temporal, de forma que es posible que el individuo vuelva a una situación de normalidad pasado un tiempo, a la vez que se basan en la imposibilidad de realizar una serie de ABVD durante un corto período de tiempo, de tres meses en la mayoría de los casos. Los productos de Francia y España consideran una situación de dependencia irreversible y se alinean con las legislaciones de sus respectivos países a la hora de calificar las situaciones de dependencia (*Allocation Personnalisée d'Autonomie-APA* en el caso de Francia, y la *Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia*, para el caso de España).

Los productos de EE.UU. cubren en su gran mayoría un número determinado de años en situación de dependencia, mientras que los productos de Francia y España incluyen la cobertura vitalicia.

El período de carencia de los productos en EE.UU. es de apenas 6 meses, mientras que en Francia y España es habitual distinguir entre situaciones de dependencia físicas o funcionales en las que se aplica un período de 1 año, y aquéllas de dependencia intelectual causadas por un deterioro cognitivo en las que el plazo de carencia que se aplica es de 3 años. Ninguno de estos dos plazos se aplica en el caso de que la situación de dependencia sea consecuencia de un accidente.

La franquicia temporal y la garantía de actualización automática de capitales son dos elementos que diferencian notablemente al asegurado de EE.UU. de aquellos de Francia y España. En estos dos últimos casos los contratos de seguro no ofrecen al asegurado ninguna posibilidad de elección y su inclusión es automática en todas las pólizas. En el caso de EE.UU., el asegurado puede elegir el plazo de franquicia temporal que desea contratar (a mayor plazo menor es el coste del seguro) y la actualización de capitales, bien de manera automática mediante un porcentaje compuesto, bien cada cierto número de años.

Sólo los productos de EE.UU. incorporan la posibilidad de recibir cuidados en un país diferente al de la residencia habitual del asegurado y de traspasar las condiciones que rigen su plan de seguro a otra compañía aseguradora, habitualmente cuando se trata de un contrato colectivo.

Para terminar, los productos de los tres países exigen al asegurado de seguir pagando las primas desde el momento en que es admitida la declaración del siniestro.

La siguiente tabla resume la comparación de los productos mencionada en este apartado.

Tabla 4.27.
Comparación de los productos aseguradores de dependencia en EE.UU., Francia y España

	EE.UU.	Francia	España
Tipos de entidades aseguradoras	Compañías de seguros	Compañías de seguros; Mutualidades; Entidades de previsión reguladas por el Código de la Seguridad Social	Compañías de seguros; Mutualidades de Previsión Social
Año de lanzamiento de la primera póliza	1974	1985	Segunda parte primera década 2000
Existencia de pólizas colectivas y porcentaje de primas que representan	Sí; 15% (2007)	Sí; 8% (2007) ¹⁵⁰	No
Canal de distribución	Agentes y Corredores	Bancaseguros	Bancaseguros y canal agencial propio
Producto de riesgo	Sí		
Tipo de prestación	Reembolso de aquellos gastos que se justifiquen hasta un límite diario o semanal	Pago de una renta mensual pactada	
Sencillez	Muy complejo por la gran cantidad de opciones de servicios para elegir	Muy sencillo, ya que se limita al pago de una renta mensual	
Costes de administración	Muy elevados, ya que debe controlarse en cada reembolso que está cubierto y que ha sido realizado en uno de los centros concertados	Muy bajos, ya que se limita al pago de una renta mensual	
Libertad de elección del beneficiario	Muy poca, ya que debe acudir a los centros concertados de la entidad aseguradora	La libertad es total para utilizar la renta mensual como se desee	

Continúa

¹⁵⁰ Se refiere a las pólizas comercializadas por las compañías aseguradoras, exclusivamente.

	EE.UU.	Francia	España
Definición de dependencia	Incapacidad de realizar al menos 2 ABVD durante al menos 3 meses	Irreversibilidad de la situación de dependencia. Referencia a escala AGGIR	Irreversibilidad de la situación de dependencia. Referencia a baremo RD 504/2007
Límite temporal de cobertura	Temporal	Vitalicio	
Período de carencia	6 meses	1 año para dependencia física; 3 años para intelectual; ninguno en caso de accidente	
Franquicia temporal	A elección del asegurado (0; 7; 30; 90; 180; 365 días)	3 meses	
Garantía de renovación	Sí		
Cobertura internacional	Sí	No	
Portabilidad	Sí	No	
Actualización automática de capitales	A elección del asegurado	Sí	
Exención pago de prima en caso de siniestro	Sí		

Fuente: Elaboración propia a partir de Scor, 2004 y Kessler, (2008)

CAPÍTULO 5

ANÁLISIS EXPLORATORIO DEL FENÓMENO DE LA DEPENDENCIA EN EMPRESAS ESPAÑOLAS

5.1. INTRODUCCIÓN

Conocida la experiencia de EE.UU. y Francia, consideramos relevante analizar las posibilidades de desarrollo de las pólizas colectivas de empleados en España. Para ello realizaremos un análisis exploratorio con una técnica de investigación cualitativa basada en entrevistas a un grupo de directores de RR.HH. de empresas españolas.

Uno de los objetivos es explorar su grado de sensibilidad respecto del fenómeno del envejecimiento demográfico y sus consecuencias en la empresa. Analizaremos igualmente su nivel de conocimiento acerca de la *Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia*. Y, por último, analizaremos su grado de conocimiento sobre la posibilidad de contratar productos de seguro privados que cubran los cuidados en caso de llegar a ser dependiente.

A nuestro juicio, la figura del director de RR.HH. resulta ser una figura clave para la comercialización de cualquier póliza de seguro que afecte a los empleados (con independencia de que la financiación sea en su totalidad a cargo de la empresa o sea soportada íntegramente por el propio empleado), ya que habitualmente es él o ella quien tiene la responsabilidad de proponer a la alta dirección la contratación de un seguro colectivo que cubra a los empleados. Resulta ser, por tanto, el director de RR.HH. quien actúa como prescriptor dentro de la empresa y quien en último término toma las decisiones acerca del contenido y alcance concretos de la póliza de seguro cuando es contratada finalmente.

5.2. OBJETIVOS

La experiencia de los mercados de seguros privados de dependencia de EE.UU. y Francia muestra que el desarrollo más importante se produce cuando comienzan a comercializarse pólizas colectivas, y más concretamente las pólizas colectivas de empleados.

Consideramos por tanto de vital importancia explorar el conocimiento que un grupo de directores de RR.HH. de empresas españolas tiene acerca del fenó-

meno de la dependencia, su impacto en la empresa y las formas de asegurar este riesgo a través de instrumentos de seguro privados. De forma más concreta, los objetivos que se desean conseguir son los siguientes:

- Explorar su grado de sensibilidad respecto al fenómeno del envejecimiento demográfico.
- Conocer su grado de preocupación respecto a los efectos que puede provocar el envejecimiento demográfico.
- Conocer su opinión acerca de cómo creen que el fenómeno del envejecimiento puede afectar a su empresa.
- Analizar su grado de conocimiento de la *Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia*.
- Explorar su grado de conocimiento respecto de la existencia de productos de seguro privados que cubran los cuidados en caso de llegar a ser dependiente.
- Conocer las coberturas que ellos incluirían en un producto de seguro privado de dependencia para personas mayores.

5.3. METODOLOGÍA

5.3.1. Perfil del colectivo entrevistado

Se desea conocer la sensibilidad que un grupo de directores de RR.HH.¹⁵¹ de empresas españolas tiene acerca de diversos aspectos relacionados con la dependencia en personas mayores, pero en ningún caso se pretende estudiar cómo pueden afectar determinadas características de los componentes del colectivo estudiado (sector productivo, localización geográfica, tamaño, porcentaje de mujeres en el total de la plantilla, edad media de la plantilla) a las decisiones de compra de seguros privados de dependencia. En concreto, se han realizado 15 entrevistas en profundidad.

Las condiciones mínimas que debían cumplir los candidatos son las siguientes:

- Las empresas debían contar con una plantilla superior a 500 trabajadores, ya que una dimensión inferior no garantiza la existencia de un departamento de RR.HH específico.

¹⁵¹ Incluimos en la muestra a dos socios-directores de dos firmas de consultoría en RR.HH., acostumbrados a tratar con multitud de empresas y, por tanto, conocedores de las distintas sensibilidades que pueden existir en las mismas. Consideramos muy enriquecedora la visión de estas dos personas, acostumbradas a manejar los RR.HH. de las empresas desde un ángulo distinto al tradicional. Sin embargo, no deben contarse en las estadísticas que se señalan en los párrafos siguientes en relación a la edad media, proporción de mujeres en la plantilla y número de mujeres entrevistadas.

- Un número de mujeres no inferior a un tercio del total de entrevistados.
- Diversidad en cuanto a la edad de los entrevistados.

Siendo conscientes de las limitaciones estadísticas que el análisis cualitativo plantea, sí podemos afirmar que el colectivo de empresas estudiado recoge la diversidad en los elementos fundamentales siguientes:

- Localización geográfica: las empresas incluidas en el colectivo a entrevistar se encuentran en el País Vasco (doce), Barcelona (una) y Comunidad de Madrid (dos).
- Número de empleados: la empresa más pequeña contaba con 68 trabajadores, mientras que en el otro extremo la más grande contaba con 4.000 empleados. El tamaño de las empresas seleccionadas garantiza el objetivo inicial de que éstas pudieran disponer con Direcciones de RR.HH. específicas.
- Edad media de la plantilla: en seis de las empresas este valor era inferior a 35 años; cinco se situaban entre 36 años y 45 años de edad media y sólo dos de las empresas superaban los 46 años de edad media en su plantilla.
- Sexo y edad de los entrevistados: un tercio de los entrevistados fueron mujeres; mientras que ocho de ellos se encontraban en la franja de edad entre 40 y 49 años, cuatro de ellos tenían 50 años o más y sólo tres eran menores de 40 años.
- Porcentaje de mujeres en el total de la plantilla: sólo en dos casos el porcentaje de mujeres es inferior al 30%; en otros tres casos la participación de la mujer se sitúa entre el 30% y el 50%; en los restantes ocho casos las mujeres representan más de la mitad del total de la plantilla.

La siguiente tabla muestra la distribución de las empresas estudiadas, atendiendo al sector al que pertenecen y a su número de empleados.

Tabla 5.1.
Distribución de las empresas del colectivo estudiado atendiendo al sector de actividad y al número de empleados

	Menos de 500	Entre 500 y 1.000	Entre 1.001 y 1.500	Entre 1.501 y 3.000	Más de 3.000
Comunicaciones					1
Consultoría de RRHH	2				
Desarrollo de software	3				
Distribución				1	
Electrónica				1	
Siderurgia		1			
Fabricación de vidrio		1			

Continúa

	Menos de 500	Entre 500 y 1.000	Entre 1.001 y 1.500	Entre 1.501 y 3.000	Más de 3.000
Financiero				2	
Manufacturas eléctricas			1		
Mutua de Accidentes de Trabajo				1	
Producción de energía					1
	5	2	1	5	2

Fuente: Elaboración propia

5.3.2. Técnica empleada

La decisión de realizar una investigación de carácter exploratorio con una técnica de investigación cualitativa basada en entrevistas personales está basada en la necesidad de detectar, con carácter previo a cualquier tipo de trabajo cuantitativo, aquellos elementos relacionados con el envejecimiento y las situaciones de dependencia a los que un grupo de directores de RR.HH. españoles puede ser sensible.

Por otra parte, los siguientes elementos objetivos aconsejan, a nuestro juicio, realizar una investigación de tipo cualitativo:

- El tiempo transcurrido desde la promulgación de la *Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia* parece un período todavía muy corto como para que haya conciencia y sensibilidad suficiente en la sociedad.
- El número de pólizas de dependencia contratadas en España es apenas significativo (2.622 pólizas a cierre del ejercicio 2008. Véase apartado 4.6.2), especialmente si se compara con otro tipo de seguros sobre las personas (seguros de vida, de accidentes, de asistencia sanitaria).
- La experiencia del mercado de seguros privados de dependencia de EE.UU., con más de 30 años de antigüedad, en el que todavía hoy en día las propuestas de seguros colectivos de empleados incluyen unas acciones de formación y divulgación interna muy importantes.

La técnica utilizada es la de entrevistas abiertas en profundidad centrada sobre la persona (Ortega, 1990). En este tipo de entrevistas el entrevistador no se centra sobre el problema, sino sobre las experiencias vividas por el individuo. Tal como señala Ortega, el entrevistador no debe mostrar interés por el problema tal como él lo percibe, sino que su interés debe centrarse en la manera en la que el entrevistado reacciona al problema.

Se realizaron entrevistas semiestructuradas que se caracterizan por la existencia de una lista de preguntas o asuntos que se quieren conocer, pero el orden en que se hacen pueden fluir a lo largo de la entrevista. El orden en el que se hacen las preguntas no es estricto, ya que se pretende que la informa-

ción fluya de manera natural, aunque con el objetivo lógico de que se cubran todas las preguntas.

Se informó a cada uno de los entrevistados acerca de la forma en la que se realizaría la entrevista, pidiéndoles total libertad para que expresaran abiertamente sus opiniones, al tiempo que se les indicó que no se personalizaría ni en su empresa ni en su persona ninguno de los comentarios que pudieran realizar. De esta forma se quería dar a conocer al entrevistado las «reglas del juego» de la entrevista y facilitar la creación de un clima de confianza que ayudara a que el entrevistado emitiera sus opiniones con total libertad.

Los entrevistados fueron advertidos de que las conversaciones serían grabadas en cinta magnetofónica para ser literalmente transcritas para su posterior análisis.

Se planificó la concentración de las entrevistas en un plazo de tiempo corto para evitar que posibles acciones de publicidad institucional o iniciativas legislativas con importante repercusión mediática realizadas durante el plazo en el que se estaban haciendo las entrevistas, o cambios importantes en la situación económica mundial, pudieran afectar a la opinión de los entrevistados. La primera entrevista se realizó el 6 de marzo de 2009 y se acabó con la última el 7 de abril de 2009.

5.3.3. Guión de la entrevista

El carácter abierto de la entrevista se veía reforzado desde el mismo inicio a través de la primera pregunta, que se formula como aparece a continuación.

¿Cuáles son, a su juicio, los fenómenos sociológicos más importantes que se han producido en las últimas décadas y qué efectos provocan?

Se trata de detectar a través de esta pregunta los siguientes aspectos:

- Si el fenómeno del envejecimiento demográfico está en la lista de asuntos a destacar por este grupo de directores de RR.HH.
- Si existe algún fenómeno, relacionado con el envejecimiento demográfico o con los cuidados a terceras personas en situación de dependencia, que aparezca de manera significativa en las contestaciones.

A continuación se interroga a los entrevistados acerca de los efectos que esos fenómenos tienen en la sociedad y en la empresa, y más concretamente en la suya, mediante la siguiente pregunta.

¿Cómo cree que alguno de esos fenómenos puede afectar a su empresa?

En caso de que el fenómeno del envejecimiento demográfico no haya aparecido hasta este momento, se interroga acerca de sus efectos en la sociedad y en su empresa.

¿Qué opina del fenómeno del envejecimiento demográfico y qué efectos cree que tiene en la sociedad y en su empresa en particular?

A continuación se desea conocer el grado de conocimiento que los entrevistados tienen de la Ley de Dependencia, para lo que se les traslada la siguiente pregunta.

Supongo que conoce la existencia de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia, también conocida como Ley de Dependencia. ¿Podría decirme qué le sugiere?

Para terminar, se pregunta a los entrevistados sobre las coberturas y garantías que a su juicio debería tener un producto que cubriera el riesgo de dependencia. Queremos insistir en que no se incluye la palabra «seguro» en la formulación de la pregunta, sino genéricamente «producto»; de esta forma pretendemos detectar si los entrevistados relacionan la cobertura del riesgo de dependencia en personas mayores con seguros privados, o existen otros instrumentos que, a su juicio, cubren esta necesidad.

¿Qué coberturas sugeriría para un producto que cubriera el riesgo de dependencia de las personas mayores?

5.4. ANÁLISIS Y RESULTADOS

5.4.1. Introducción

Se comenzará presentando los resultados correspondientes a aquellos fenómenos sociológicos identificados por los entrevistados y al impacto que tienen, por un lado en la sociedad y por otro lado en la empresa. Continuaremos con el estudio de las respuestas sobre su sensibilidad acerca del fenómeno del envejecimiento demográfico y de su conocimiento de la Ley de Dependencia. Analizaremos, además, el grado de conocimiento de los entrevistados acerca de instrumentos para cubrir el riesgo de dependencia en personas mayores y detallaremos las respuestas de los entrevistados sobre las coberturas que a su juicio debe tener un producto que cubra esa contingencia.

Por otro lado se analizarán también el resto de respuestas que, tangencialmente, hayan salido durante las entrevistas y que se centran en los siguientes asuntos: cambio experimentado en el modelo de cuidados a los mayores en el hogar familiar; medidas de conciliación de la vida personal y profesional; responsabilidad de los poderes públicos en la cobertura de las situaciones de dependencia; y existencia de mentalidad en la sociedad sobre la necesidad de ahorrar a largo plazo para tener cubierta una hipotética situación de dependencia.

5.4.2. Fenómenos sociológicos

Analizaremos en primer lugar un grupo de cinco fenómenos que concentran casi tres cuartas partes del total de respuestas vertidas. A continuación se detalla un grupo de dos factores que dos de los entrevistados apuntaron y terminaremos con una enumeración del resto de factores, que obtuvieron cada uno de ellos una sola respuesta.

Los fenómenos en los que existe un número de respuestas coincidentes son los siguientes:

- Incorporación de la mujer al mercado de trabajo: es el fenómeno que más veces se repite, alcanzando la cifra de diez, siendo de entre éstas la primera opción en dos de los casos. En todas las situaciones se formula el fenómeno textualmente de la misma forma, salvo en un caso que lo relaciona con una «mayor diversidad desde la perspectiva de género».
- Globalización: en nueve casos aparece esta respuesta, y en tres de ellos es la primera respuesta del entrevistado.
- Más de la mitad de las respuestas (cinco del total de nueve) se corresponden con empresas locales, no multinacionales; resulta curioso comprobar, sin embargo, cómo dos de los entrevistados que trabajan en grandes empresas multinacionales no han incluido la globalización entre los fenómenos de cambio.
- Internet y las nuevas tecnologías: es el tercer fenómeno, con ocho respuestas, e iguala al fenómeno de la globalización cuando se trata de la primera opción. En algunas de las respuestas se incluyen también conceptos como «revolución tecnológica», «móviles», «tecnología de la información» o «sistemas de información para la gestión».
- Cuatro de los entrevistados incluyeron al mismo tiempo entre sus respuestas los dos fenómenos, el de la globalización y el de Internet y las nuevas tecnologías.
- Inmigración: cinco de los entrevistados aportaron esta respuesta y para dos de ellos fue su primera opción.
- Todos reconocen que se trata de un fenómeno nuevo que antes no existía y que resulta necesario porque viene a cubrir una necesidad de mano de obra. Salvo uno de los entrevistados, que limita el efecto a España, el resto lo refiere a Occidente.
- Una de las respuestas vincula el fenómeno migratorio con la multiculturalidad, y señala que puede «hacer mejorar en valores como tolerancia».
- Todas las respuestas se corresponden con varones; ninguna de las mujeres entrevistadas identificó este fenómeno sociológico.

- Cambio de valores en la juventud: se trata del quinto fenómeno para cuatro de los entrevistados. Sólo en un caso fue la primera respuesta. Las cuatro respuestas coinciden en señalar la pérdida de valores como «esfuerzo, compromiso, sacrificio, responsabilidad», y lo consideran como negativo; sin embargo, al mismo tiempo dos de ellos resaltan que tiene aspectos positivos en lo que se refiere a la conciliación y a «la búsqueda de un ámbito personal que defienden y que quieren fomentar y enriquecer».

Otros dos fenómenos acumulan dos respuestas cada uno:

- Los atentados terroristas del 11 de septiembre, que se relacionan con el conflicto entre Oriente y Occidente en un caso y con ataques terroristas en el otro.
- El final de la Guerra Fría, la caída del muro de Berlín y el cambio político que supone el fin del comunismo en estos países.

El resto de fenómenos que se detallan a continuación es mencionado por uno solo de los entrevistados:

- Pérdida de la religión como referente.
- Sensibilidad hacia los fenómenos medioambientales.
- Facilidad de comunicación entre los países.
- Cambio de presidencia en EE.UU.
- Crisis actual y crisis de las hipotecas *subprime*.
- Cambio del modelo de familia.
- La responsabilidad social corporativa.
- La escasez de población, que provoca una lucha por el talento.
- Las diferencias entre países ricos y países pobres.
- Equilibrio entre lo personal y lo profesional.
- La democracia en España.

5.4.3. Incorporación de la mujer al mercado laboral

Sólo tres de los entrevistados discrepan de la opinión general de que este fenómeno es uno de los más importantes. Uno de ellos manifestó que no le parecía un fenómeno suficientemente importante, mientras que los otros dos señalaron que se trataba de una moda y que era más un cambio aparente que real que venía empujado desde el ámbito político.

Diez de los entrevistados opinan que la incorporación de la mujer al mercado laboral trae consigo consecuencias de primera magnitud en la sociedad. Sólo una de las cuatro mujeres entrevistadas no señaló este fenómeno, mientras

que en el caso de los hombres fueron cuatro, de un total de diez, quienes no lo incluyeron en su elección.

Las opiniones y puntos de vista vertidos por los entrevistados quedan resumidos a continuación:

- Cinco de los entrevistados consideran que se ha producido un cambio radical en el modelo de familia: se ha pasado de uno en el que los mayores estaban integrados y formaban parte de la familia al actual, constituido exclusivamente por padre, madre e hijos. Tal y como dice uno de los entrevistados, «los mayores antes formaban parte físicamente de la familia, con independencia de la clase social, era algo natural. También es verdad que en ese momento las mujeres estaban en casa».
- Todos los que se han referido a este asunto coinciden en que la mujer era la principal cuidadora de las personas mayores que residían en el hogar: «antes era la mujer porque era la que estaba en casa y cuidaba de los padres o de sus suegros». Existen, sin embargo, opiniones contradictorias respecto a si la mujer sigue manteniendo este papel de cuidadora principal. Así, mientras uno de los entrevistados manifiesta que «antes el principal rol de la mujer era cuidar de la familia, mientras que ahora lo ha perdido», otro expresa la idea contraria: «la mujer era la que estaba en casa porque además es un rol (cuidar a los mayores) que por tradición asume la mujer, y que no ha cambiado demasiado».
- Se produce un reparto de las tareas domésticas entre la pareja. Uno de los participantes señala que «aunque cambian los roles, todavía el peso de la casa sigue recayendo en la mujer».
- Cuatro de los entrevistados opinan que cuando se trata de mujeres en puestos directivos, éstas asumen las tareas que corresponden a los hombres.
- Además, la educación de los hijos se ve afectada directamente ya que se produce una «desconexión de los padres con los hijos, ya que en ocasiones puede haber más preocupación por el desarrollo profesional que por atender a la familia».

En cuanto a los efectos en la empresa, las opiniones se centran en los siguientes aspectos:

- En puestos de titulados medios y superiores las mujeres tienen mejores expedientes y más conocimiento de idiomas que los hombres.
- Las mujeres son más eficientes que los hombres y menos dadas a permanecer en el puesto de trabajo por el mero hecho de tener que estar presentes.
- Aporta diversidad, ya que incorporan unas capacidades distintas a las de los hombres que favorecen que el entorno laboral se enriquezca.

- Ha supuesto un alivio para la demanda del mercado de trabajo, ya que sin su aportación de mano de obra no habría sido posible mantener las tasas de crecimiento que se han tenido.
- Se hace necesario adoptar medidas de conciliación «si queremos mantener a esas mujeres, porque si no, pierdes un activo en la empresa».
- Aquellos que se refieren a la baja maternal destacan de forma positiva que la empresa debe adaptarse y planificar esas bajas. Otro de los entrevistados manifiesta que «una vez que la mujer ha dado a luz y ha cubierto su período de baja, es mucho más rentable para la empresa».

5.4.4. Envejecimiento demográfico

Mostraremos en primer lugar las respuestas de los entrevistados cuando se les pregunta qué les sugiere el fenómeno del envejecimiento demográfico, para detallar a continuación los efectos que desde su punto de vista tiene en la sociedad y en la empresa.

Sólo uno de los entrevistados considera que no es un fenómeno a tener en cuenta y que puede ser un fenómeno local de España, pero en absoluto generalizado ya que según su opinión «en términos globales no hay envejecimiento porque las corrientes migratorias corrigen esa situación».

En términos generales la percepción que los entrevistados manifiestan respecto al fenómeno del envejecimiento demográfico es negativa, y lo califican como: «un problema», «una grandísima amenaza», «una tristeza». Al mismo tiempo genera sentimientos de rechazo que se exteriorizan mediante expresiones como «el envejecimiento no me gusta porque lo asocio a la última vida».

Otros manifiestan tener una sensibilidad especial sobre el fenómeno por el hecho de tener ascendientes con una elevada edad que requieren de atención.

Uno solo de los entrevistados hizo referencia al envejecimiento demográfico como negocio (ocio, viajes, planes de pensiones), y también uno solo se refirió al efecto positivo que supone en la medida que provoca un aumento de la esperanza de vida.

Para terminar con esta primera parte del análisis, es preciso decir que cuando los entrevistados analizan las causas del envejecimiento demográfico la mayoría lo atribuye a un descenso de la natalidad, que a su vez se justifica por los siguientes factores:

- Por la incorporación de la mujer al mercado laboral.
- Porque cada vez la gente se centra más en el trabajo, dejando de lado otros aspectos como la familia.

- Por el rechazo de las obligaciones que supone tener hijos.
- Por el coste económico que supone sacar adelante a los hijos.

Cuando se pregunta a los entrevistados sobre los efectos que el fenómeno del envejecimiento puede tener en la sociedad, identifican en primer lugar y de una forma destacada las pensiones seguido de los costes de atención sanitaria, dejando en último lugar los costes sociales.

De una manera más detallada, las opiniones vertidas acerca del efecto en las pensiones se clasifican en alguno de los siguientes grupos:

- La mayoría opina que es una seria amenaza que depende de la evolución de la población activa y que si no es capaz de soportar las clases pasivas «puede hacer *crack*». En esta misma línea, otro de los entrevistados sostiene que «habrá que reenfoque la estrategia de pensiones, ya que si no al horizonte 2030 no será sostenible».
- Otras personas achacan a la preocupación por la viabilidad de las pensiones futuras el «crecimiento exponencial de los fondos de pensiones». En este sentido, uno de los entrevistados manifiesta sus temores cuando dice que «no sé si cuando yo me jubile me dirán que la Seguridad Social no tiene dinero».
- Dos de los entrevistados, sin embargo, muestran una visión más escéptica respecto a los efectos negativos mencionados. El primero manifiesta que «las pensiones no están amenazadas porque habrá nuevos cotizantes, aunque pasemos ahora por una crisis, pero a medio y largo plazo todo se arreglará», mientras que el segundo afirma que «es una espada de Damocles que nos venden como una amenaza para nuestro sistema de pensiones, que no sé hasta qué punto es real o interesada».

Aquellos que expresan su preocupación acerca del incremento en los costes sanitarios lo justifican en que el gasto en esta partida aumenta con la edad. Al igual que con las pensiones, la idea generalizada es que puede haber problemas para poder atender los costes futuros de mantenerse el crecimiento de la población mayor al mismo ritmo que el actual.

Sólo dos de los entrevistados mencionan el efecto del envejecimiento demográfico en el gasto social, aunque no son capaces de concretar en qué se materializa ese gasto social.

Es relevante destacar cómo dos de los entrevistados hacen referencia al peso creciente que el colectivo de personas mayores tiene para la clase política y cómo esto puede hacer que se dedique más atención en el futuro a cubrir sus necesidades.

Para terminar, los entrevistados expresan en general una visión negativa acerca del efecto que el fenómeno del envejecimiento puede tener en la empresa:

- Un grupo muy numeroso manifiesta su preocupación por la falta de gente joven y mano de obra para «levantar la economía de un país».
- Relacionado con lo anterior, este grupo considera que la falta de mano de obra favorecerá los movimientos migratorios, lo que a su vez provocará cambios culturales.
- Otros alertan de la pérdida del conocimiento histórico de las personas, que puede llevar en palabras de uno de los entrevistados a «descapitalizar la sociedad de su conocimiento».

5.4.5. Ley de Dependencia

Se muestran en primer lugar las respuestas acerca de su grado de conocimiento de la *Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia*, que hemos optado por transcribir en su totalidad por considerar que es muy relevante para poder realizar con posterioridad una adecuada interpretación de los resultados. A continuación se analiza a quién creen los entrevistados que va dirigida la Ley, así como sus opiniones sobre el funcionamiento de la misma. Por último, se dedica un apartado específico a aquellas opiniones que vinculan el desarrollo e implantación de la Ley con la existencia de recursos económicos suficientes.

Sólo una persona manifiesta conocer la Ley con rotundidad y explicación suficiente: «Sí, la conozco; va dirigida al colectivo de mayores y a personas discapacitadas, o a personas que tienen personas discapacitadas a su cargo». Las respuestas del resto de entrevistados manifiestan, o bien un desconocimiento casi absoluto de su contenido («sé que existe pero no me la he leído», «me suena a una medida social, pero no la conozco», «sé que está, pero no sé qué regula, qué favorece, qué contenidos tiene»), o incluso falta de conocimiento de la propia existencia de la Ley («no tengo ni idea», «no la conozco en profundidad», «no me suena», «no me suena, ¿de cuándo es?; soy abogado y por deformación profesional suelo hacerme con las leyes, pero ésta debe ser que no me afecta directamente»). Dos de los entrevistados esgrimen como causa principal de su desconocimiento la falta de necesidad, por no haberse encontrado en su vida personal con una situación en la que hayan necesitado la Ley de Dependencia.

Los entrevistados consideran de forma mayoritaria que la Ley de Dependencia va dirigida a las personas mayores. Sólo dos de ellas identifican con rotundidad tanto el colectivo de personas mayores como el de discapacitados como destinatarios de la Ley; y únicamente uno opina que la Ley no va dirigida «ni a minusválidos ni a discapacitados porque ya hay otro tipo de leyes».

La opinión generalizada de los entrevistados respecto al funcionamiento de la Ley de Dependencia no es positiva y vierten opiniones como las siguientes:

- «Hubo una serie de promesas para las personas dependientes y para sus cuidadores que al final parece que se han quedado en nada».
- «Creo que se ha hecho más énfasis en la parte normativa que en la parte práctica».
- «Creo que es una buena iniciativa pero no se ha desarrollado bien; es una buena idea pero no está bien gestionada, porque sí se ha dado publicidad en el momento que salió pero no de las medidas concretas a las que la gente puede acceder o tener derecho».

Dos de los entrevistados, con experiencias de familiares cercanos que han solicitado las ayudas de la Ley de Dependencia, definen el funcionamiento como «muy lento, muy árido y requiere muchísimo tiempo para hacer estos trámites», «no te informan y no hay ningún ánimo de ayudarte, todo muy difícil». Otros dos entrevistados, que expresaron durante la conversación tener en la actualidad en su domicilio un familiar dependiente, manifestaron haber oído hablar de la Ley de Dependencia pero declararon desconocer su contenido, lo que significa que no habían ni siquiera solicitado las ayudas públicas.

Tres de los entrevistados argumentan como causa para una deficiente implantación de la Ley las disputas políticas entre el Estado y las Comunidades Autónomas: «En un Estado descentralizado como éste, las CC.AA. deben tener voluntad política de aplicarlo; quizás haya también un trasfondo político de enfrentamiento entre Estado y CC.AA.».

Por último, es preciso destacar que seis de los entrevistados consideran que la existencia de recursos económicos suficientes es esencial para un adecuado desarrollo de la Ley de Dependencia, y que el desembolso real no se ha correspondido con lo que se había anunciado, tal y como muestran las siguientes opiniones:

- «No ha habido suficiente previsión económica para hacer frente a lo que la Ley prometía».
- «Me da la sensación de que más allá de la propaganda electoral hay pocos medios».
- «El tema presupuestario es muy importante, porque estoy seguro de que tiene que tener un coste muy elevado».
- «Me suena a que no hay financiación suficiente. Creo que la financiación es un problema que tiene que ver con la dependencia».
- «La sensación es que no se quiere aplicar, supongo que por una cuestión económica».

5.4.6. Coberturas de un producto de dependencia para personas mayores

En este apartado es donde se produce una mayor variedad de respuestas. Dos de los entrevistados reconocen no tener la menor idea, y uno de ellos argumenta que se debe en parte a que «la gente cree que si le pasa eso tiene una pensión de la Seguridad Social».

Los hay que desean no tener ningún problema con los cuidados en este tipo de situaciones y expresan su deseo de que no les falte nada, mientras que otro de los entrevistados opina que el producto no podría cubrir mucho porque si no «su coste sería ingente».

Existe diversidad en cuanto a la forma que debería revestir la prestación, ya que mientras unos preferirían «disponer de una cantidad económica», otros expresan su deseo de tener garantizada una serie de servicios.

Aquellos que entran a detallar las garantías mencionan los Servicios de Atención Domiciliaria mientras sea posible mantener a la persona en su entorno habitual, y los Servicios Residenciales cuando sea necesaria una atención continuada.

Al ser preguntados sobre los instrumentos que conocen para cubrir los riesgos derivados de situaciones de dependencia, los entrevistados se decantan en más de la mitad de los casos hacia los planes de pensiones, que son considerados como el vehículo a través del que se deriva el ahorro que tendrá que atender todas aquellas situaciones que puedan surgir en el futuro. En este sentido, dos de los entrevistados coinciden en señalar que «el plan de pensiones es una hucha que no puedes romper hasta los 65 años, de la que va a salir todo lo que necesites» o que «lo llamamos plan de pensiones, pero no sólo está para la jubilación».

Cuatro de los entrevistados señalan la propia vivienda como instrumento a utilizar para cubrir el riesgo de ser dependiente, bien a través de un producto específico como la «hipoteca inversa»¹⁵², bien sin mencionar ningún producto. Otras dos personas señalan los seguros de asistencia sanitaria como un instrumento para cubrir esa contingencia.

Para terminar, es conveniente señalar que dos de los entrevistados reconocieron no tener ni idea acerca de la posibilidad de que existan instrumentos que cubran las situaciones de dependencia, y tres de ellos manifestaron que

¹⁵² Blay (2007) define la «hipoteca inversa» como un instrumento financiero que permite transformar los activos inmobiliarios en rentas. Paz et al (2005) explican que se trata de una póliza de crédito con garantía inmobiliaria hasta un máximo que viene marcado por el valor de la vivienda. El vencimiento del crédito suele ir vinculado al fallecimiento del deudor, momento en que los herederos pueden optar por reembolsar los importes dispuestos con los intereses correspondientes, manteniendo así la propiedad, o vender el inmueble.

se imaginaban que podría haber algún tipo de seguro pero no eran capaces de profundizar más.

5.4.7. Cuidado de los mayores en el hogar familiar

En el apartado 5.4.3 se apuntaba el efecto que, según la opinión mayoritaria de los entrevistados, había provocado la incorporación de la mujer al mercado laboral en el nuevo modelo de familia; la opinión de uno de los entrevistados resume la evolución que se ha experimentado: «Antes había familias donde estaba el abuelo, la abuela y hasta los suegros, mientras que ahora el abuelo ya no cabe».

Existen otros dos cambios que al menos la mitad de los entrevistados señalan como de gran importancia en lo que afecta a nuestra relación con las personas mayores:

- No existe la idea de que los hijos deban hacerse cargo de los padres. En este sentido uno de los entrevistados opina que «los hijos asumían que ahora les tocaba a ellos devolver los cuidados que sus padres les habían prestado a ellos; esto ha cambiado radicalmente».
- Es algo normal el que las personas mayores que requieren ayuda vayan a un Centro Residencial. «Ya no vemos nada malo en la residencia», señala uno de los entrevistados, mientras que otro apunta que «en las generaciones anteriores estaba hasta mal visto quien no se llevaba a su padre viudo a su casa; ahora casi está mal visto si lo haces».

5.4.8. Medidas de conciliación

Todos los entrevistados coinciden al definir las medidas de conciliación como aquellas que permiten «hacer compatibles las aspiraciones personales y profesionales».

La percepción de todos los entrevistados es que se trata de una medida necesaria que, para prácticamente todos ellos, tiene efectos negativos en la productividad, aunque «hay otros factores (absentismo, horas no efectivas de trabajo dentro del puesto de trabajo) que afectan mucho más a la productividad», y en cualquier caso, «no habría que verlo como mayor coste, sino como una mejora de la calidad en el trabajo».

Para uno de los participantes tiene, sin embargo, efectos positivos en la productividad, ya que argumenta que «si existe relación entre compromiso y productividad y la conciliación afecta al compromiso, la conciliación afecta positivamente a la productividad».

Todos los entrevistados, sin excepción, coinciden en que las medidas de conciliación son utilizadas en su inmensa mayoría por las mujeres y que éstas se

dedican en su mayor parte a la atención de los hijos, aunque algunos reconocen que a medida que la edad media de la plantilla aumente esa situación puede cambiar. En este sentido uno de los participantes opina que «se es más permisivo con los permisos para atender a los padres, quizás porque son menos frecuentes».

El mayor peso que la atención de los hijos tiene en las medidas de conciliación queda de manifiesto cuando se pide a los entrevistados que enumeren todas las que conozcan. Son las mujeres las que facilitan una relación de medidas más exhaustiva, que se detalla a continuación, mientras que las respuestas de los varones se circunscriben mayoritariamente a la primera de las que se relacionan a continuación:

- Flexibilidad horaria.
- Permiso por nacimiento de hijos.
- Reducción de jornada durante el primer año del bebé.
- Excedencia para cuidado de hijos.
- Lactancia.

5.4.9. Responsabilidad pública en los cuidados a mayores dependientes

Las respuestas de los entrevistados son coincidentes en términos generales en los siguientes aspectos:

- El Estado tiene una responsabilidad en el cuidado de las personas mayores, de forma que, tal como dice uno de los entrevistados, «si la familia no puede con los costes debería ser el Estado quien pague».
- La prestación pública debe garantizar un servicio mínimo, de forma que si alguien desea más lo abone por su cuenta.
- Debe tenerse en cuenta la renta y el patrimonio de cada individuo a la hora de determinar la ayuda pública. Uno de los participantes argumenta, en sentido contrario, que «después de toda una vida ahorrando no es justo que pagues más porque tienes más».

Algunos de los argumentos que utilizan los entrevistados para justificar la complementariedad de la prestación privada respecto a la del Estado se basan en el deseo de disponer de unas condiciones mejores que las que ofrecen la prestación pública.

5.4.10. Ahorro a largo plazo

Analizaremos en primer lugar las contestaciones de los entrevistados respecto a su mayor o menor conciencia de ahorrar a largo plazo, para mostrar

a continuación las diferencias de concienciación que, a juicio de los participantes, tiene la población respecto al ahorro destinado a las pensiones y a la dependencia. Para terminar, se analizarán las causas que los entrevistados consideran que influyen en tener una mayor conciencia de ahorro a largo plazo, así como las barreras que existen para comprar un seguro de dependencia.

Varios de los participantes opinan que es necesario «tener conciencia de que la dependencia puede ser un problema para que sintamos la necesidad de ahorrar», cosa que a su juicio no ocurre en España, donde «no tenemos mentalidad de largo plazo».

Los entrevistados son de la opinión de que sí existe mentalidad de ahorro para complementar la pensión pública, sin embargo «con la vejez no existe esa mentalización». Las razones que, a juicio de los participantes, se encuentran detrás de este comportamiento son las siguientes:

- La aportación a planes de pensiones tiene ventajas fiscales.
- La mejora de la calidad de vida hace que lleguemos a la edad de jubilación en mejores condiciones para disfrutar, y «nadie quiere tener una disminución en su nivel de vida».
- Un elemento psicológico, consistente en que negamos la posibilidad de poder encontrarnos mal y con necesidad de ayuda cuando seamos mayores, que los entrevistados explican diciendo que «no es atractivo pensar en dependencia; me supone tristeza pensar en ello».
- La posibilidad de no poder disfrutar de un ahorro realizado durante un período de la vida, por el hecho de que finalmente no se necesiten cuidados de larga duración asociados a una situación de dependencia.

5.5. INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Una vez realizado el análisis de las respuestas de los directores de RR.HH. entrevistados, presentaremos en este apartado la interpretación de los resultados a la vista del objetivo de explorar su grado de conocimiento del fenómeno de la dependencia y su impacto en la empresa, así como su conocimiento de la posibilidad de asegurar este riesgo a través de instrumentos de seguro privados.

El crecimiento del mercado de seguros privados de dependencia para personas mayores de una forma rápida y consistente pasa necesariamente, a la vista de las experiencias de los mercados de EE.UU. y Francia, por el desarrollo de las pólizas colectivas de empleados. Ésta es la razón de que sea tan importante conocer qué piensan los directores de RR.HH. de las empresas españolas respecto a la dependencia y a su aseguramiento a través de seguros privados.

Comenzaremos con la interpretación de la sensibilidad que los entrevistados han mostrado hacia el fenómeno del envejecimiento demográfico y los efectos que a su juicio tiene en la sociedad y en la empresa. A continuación analizaremos las consecuencias que el fenómeno de la incorporación de la mujer al mercado laboral tiene en la dependencia en personas mayores. Seguiremos con el estudio de las respuestas acerca de la Ley de Dependencia y de las coberturas propuestas para un seguro privado de dependencia para personas mayores. Concluiremos con el análisis de cómo el nivel de concienciación en ahorrar a largo plazo puede influir en el desarrollo de los seguros privados de dependencia y en las medidas de comunicación y divulgación que es necesario realizar para aumentar la conciencia del público en general sobre este asunto.

5.5.1. Fenómeno del envejecimiento demográfico

Es muy importante hacer notar que ninguno de los quince entrevistados ha considerado relevante el fenómeno del envejecimiento demográfico como uno de los cambios sociológicos de primer orden acaecidos recientemente.

Esta circunstancia tiene una relevancia muy especial porque, tal como señala alguno de los entrevistados, es necesario que los directores de RR.HH. tengan conciencia de que el envejecimiento puede tener un impacto en la sociedad y en la empresa, ya que, en caso contrario, no sentirán la necesidad de plantear soluciones privadas de tipo colectivo que den respuesta al problema que suscita.

5.5.2. Fenómeno de la incorporación de la mujer al mercado laboral

Las opiniones de los entrevistados confirman lo que se estudiaba en el capítulo 3 cuando se decía que el peso principal del Apoyo Informal había recaído y recae casi en exclusiva en las mujeres del núcleo familiar (Imsero, 2005: III-19): madres, cónyuges, hijas o hermanas de las personas dependientes.

Por otra parte, la incorporación de la mujer española al mercado laboral en los últimos veinte años ha sido espectacular, llegando por ejemplo los grupos de edad entre 35 y 59 años a duplicar la tasa de actividad laboral, hasta alcanzar, en alguno de los casos, valores superiores al 80% (véase apartado 3.1.2.).

Este fenómeno ha traído como consecuencia dos fenómenos de capital importancia en relación con la atención a las situaciones de dependencia en personas mayores:

- Una concienciación en las empresas acerca de la puesta en marcha de medidas de conciliación que permitan el desarrollo profesional, afectando lo menos posible al entorno personal.
- Un cambio drástico en el modelo de familia español, que ha pasado de integrar a los abuelos en el hogar familiar a contar únicamente con el padre, la madre y los hijos.

- El modelo de familia en el que se había basado el caso español, conocido como «familista», se sustentaba en una confianza permanente en la familia y en su solidaridad intergeneracional (Imsero, 2005: III-5), que contribuía a que se instaurara en la sociedad la idea de que eran las familias quienes debían asumir la atención y provisión de bienestar a todos sus miembros.

La interacción de estos dos factores provoca como resultado que la protección a la dependencia haya pasado de ser una responsabilidad familiar en exclusiva a una responsabilidad compartida por el conjunto de la sociedad (Puyol y Abellán, 2006), lo que provoca que los Estados modernos se vean en la obligación de legislar para atender las necesidades de atención de un grupo de población cada vez más numeroso.

5.5.3. Identificación de los planes de pensiones como instrumento para cubrir las situaciones de dependencia en personas mayores

El efecto económico de mayor importancia que el envejecimiento demográfico tiene para la mayoría de los entrevistados es la amenaza que supone para el mantenimiento del sistema público de pensiones. El sistema sanitario es el que preocupa en segundo lugar, aunque de forma mucho menos importante. Por último, la cobertura social a las personas mayores no resulta ser un asunto que preocupe a los entrevistados, hasta el punto de que se observa un gran desconocimiento de los Servicios Sociales existentes a disposición de las personas mayores.

Se constata una gran confusión acerca del papel que los planes de pensiones pueden desempeñar en relación con los cuidados relacionados con las situaciones de dependencia en personas mayores, hasta el punto de que un número importante de entrevistados considera que las cantidades aportadas sirven para el fin que más se necesite, sea el pago de una pensión o el pago específico de servicios relacionados con la dependencia.

5.5.4. Conocimiento de la Ley de Dependencia

El bajo nivel de conocimiento de la Ley de Dependencia demostrado por este grupo de directores de RR.HH. de empresas españolas es muy relevante para el objeto de este trabajo de investigación.

Cualquier intento de desarrollo de los seguros privados colectivos de dependencia requiere necesariamente un conocimiento profundo del entorno legal por parte de los directores de RR.HH. de las empresas, que deben ser quienes promuevan la idea dentro de las empresas.

Es digno de destacar la idea que los entrevistados tienen acerca del escaso esfuerzo económico realizado por parte de las Administraciones Públicas

para atender las situaciones de dependencia, en comparación con el enorme despliegue mediático y de propaganda realizado.

Para terminar con el apartado dedicado a la Ley de Dependencia, es importante hacer notar que la percepción que se tiene por parte de los entrevistados en lo que se refiere a la colaboración entre la Administración Central y las CC.AA. es de descoordinación.

5.5.5. Seguros privados de dependencia

Se constata un gran desconocimiento por parte de los entrevistados acerca de qué instrumentos de seguro privados puede haber para cubrir el riesgo de dependencia en personas mayores, que en la mayoría de los casos tienden a confundir con los planes de pensiones.

La opinión generalizada es que el Estado debe proveer de una atención básica, pero al mismo tiempo debe existir la posibilidad de complementar esta prestación de forma privada.

Destaca el bajo nivel de conciencia que demuestran tener los entrevistados respecto a la necesidad de ahorrar a largo plazo para cubrir las situaciones de dependencia, especialmente cuando se compara con el alto nivel de concienciación que existe de complementar la pensión pública mediante aportaciones privadas a planes de pensiones.

Existen barreras importantes que pueden dificultar el desarrollo de los seguros privados de dependencia, entre los que destacan por un lado la aversión a la pérdida (Freiman, 2007: 2) derivada de la sensación de estar aportando dinero durante una serie de años para cubrir un riesgo que es posible que finalmente no acontezca, y por otro lado la negación, posiblemente de manera no consciente, de cualquier individuo a aceptar la posibilidad de que podamos encontrarnos impedidos cuando seamos mayores.

Los planes de pensiones tienen una gran ventaja, ya que su destino se relaciona con una situación de ocio una vez se ha dejado de trabajar y cuando aún se dispone de buena salud para disfrutar de la vida.

5.5.6. Necesidad de realizar tareas de información y de divulgación

La experiencia de los planes de pensiones en España pone de manifiesto que es necesario un período de tiempo largo entre la iniciativa legislativa del Gobierno y la generalización de la necesidad de ahorrar a largo plazo para cubrir la contingencia. Esta misma experiencia demuestra que se necesita poner en marcha campañas de divulgación muy importantes por parte de los poderes públicos y de las entidades aseguradoras.

Al mismo tiempo es importante destacar la necesidad de que las empresas y los agentes sociales integren los servicios a la dependencia para personas mayores en el paquete retributivo de los trabajadores para que las pólizas colectivas de empleados se desarrollen y empujen el desarrollo de este tipo de seguro en España.

5.6. CONCLUSIONES

Las conclusiones más destacadas del análisis exploratorio son, a nuestro juicio, y siempre referidas al colectivo de quince directores de RR.HH. de empresas españolas, las siguientes:

- El nivel de conocimiento y sensibilidad hacia los temas relacionados con el envejecimiento demográfico y la atención a personas mayores dependientes es excepcionalmente bajo.
- Se hace necesario acometer medidas de divulgación, información y concienciación por parte de las distintas Administraciones Públicas para que la población tome conciencia de la necesidad de aportar recursos a cubrir este riesgo en el largo plazo.
- Es preciso que funcione adecuadamente la coordinación entre las distintas Administraciones Públicas que participan en la dependencia: la Administración General del Estado; las CC.AA. y las Corporaciones Locales, encargadas en último término de prestar el servicio al ciudadano.
- La existencia de ventajas fiscales asociadas a los seguros privados de dependencia resulta ser, según la experiencia de EE.UU. y Francia, un elemento determinante para el desarrollo de este tipo de instrumento.
- La población es muy sensible a destinar sus ahorros a cubrir una contingencia que puede que no ocurra, con la consiguiente pérdida de las aportaciones realizadas. Parece que el futuro de los seguros privados de dependencia pasa por el desarrollo de productos híbridos (Freiman, 2007) que ligen el riesgo de dependencia a otros, como por ejemplo el de vida, salud o pensiones.
- Los planes de pensiones pueden resultar un canal de venta del riesgo de dependencia de primer orden, al aprovecharse el conocimiento que el público tiene de los mismos.

Una vez realizado el análisis exploratorio, resumiremos en el siguiente capítulo todas las conclusiones extraídas del presente trabajo de investigación, tanto del trabajo conceptual desarrollado entre los capítulos 1 a 4 como del trabajo empírico desarrollado en este capítulo.

CONCLUSIONES

1. CONCLUSIONES DERIVADAS DEL ANÁLISIS CONCEPTUAL

Tabla 1.
Conclusiones del análisis conceptual

[1]	Es necesario disponer de elementos de medida de las situaciones de dependencia.
[2]	La dependencia no es una situación exclusiva de las personas mayores.
[3]	La edad y el analfabetismo condicionan la aparición de situaciones de dependencia en personas mayores, que además presenta un componente de género en perjuicio de las mujeres.
[4]	La población mundial tiende al fenómeno del «envejecimiento del envejecimiento».
[5]	España, EE.UU. y Francia seguirán en las proyecciones al año 2050 patrones demográficos similares.
[6]	Los costes futuros de atención a la población dependiente varían según el tipo de cuidados que se dispensen.
[7]	Un sistema de atención a personas mayores dependientes debe ser sostenible en el tiempo.
[8]	El gasto público en cuidados de larga duración a los mayores dependientes ha aumentado de manera consistente en España, EE.UU. y Francia en los últimos años.
[9]	El modelo de Apoyo Informal se encuentra en crisis.
[10]	La sostenibilidad en el tiempo del sistema de atención a personas mayores dependientes requiere un importante desarrollo de los seguros privados de dependencia.
[11]	El mercado de seguros privado de dependencia requiere incentivos para alcanzar un volumen de asegurados significativo y suficiente.
[12]	La definición de dependencia y la existencia o no de riesgo son los elementos principales en una póliza de seguro de dependencia.
[13]	En el mercado de EE.UU. los productos son de reembolso, frente a España y Francia, donde se abona una renta.

Fuente: Elaboración propia

[1] Es necesario disponer de elementos de medida de las situaciones de dependencia.

La dependencia no es un concepto absoluto; no basta decir que una persona es dependiente, ya que debe concretarse en qué actividad. Por ejemplo, una persona puede ser dependiente de una silla de ruedas para el desplazamiento y, sin embargo, tener unas capacidades intelectuales superiores a la media.

Para poder calificar la gravedad de las situaciones de dependencia se acostumbra a utilizar las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) que incorpora el índice de Barthel. Se trata de un total de diez actividades divididas en un primer grupo de ocho (alimentación, lavado, vestirse, aseo personal, uso de retrete, transferencias del cuerpo, deambulación y dificultad para subir y bajar escaleras) y otro grupo que incluye dos funciones corporales (deposición y micción), que cubren aquellas actividades que una persona realiza de forma habitual y que le permiten vivir de forma autónoma, integrada en su entorno habitual y cumpliendo su rol social.

La utilización de las denominadas Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) representa un avance muy importante respecto a la utilización de las ABVD, ya que aquellas pretenden identificar a los individuos que pudieran estar en condiciones de perder la capacidad de desarrollar las Actividades Básicas de la Vida Diaria de forma autónoma en un futuro. Los autores que las plantean presentan la hipótesis de que los problemas en las AIVD son la antesala de la falta de autonomía en las ABVD en un gran número de casos.

Es importante destacar que, aunque existe un amplio consenso en utilizar las Actividades Básicas e Instrumentales de la Vida Diaria como elemento de decisión acerca de la existencia o no de una situación de dependencia, aún no hay acuerdo entre los mundos sociosanitario, geriátrico y asegurador respecto a qué se considera dependencia.

[2] La dependencia no es una situación exclusiva de las personas mayores.

La gran mayoría de autores coincide en señalar que la dependencia no es una situación exclusiva de las personas mayores, ya que afecta a otros sectores de la población con independencia de la mayor o menor edad de los mismos. Existen, sin embargo, una serie de factores que han ayudado a que se instale la idea generalizada de que dependencia y envejecimiento están directamente relacionados:

- El aumento de la población mayor de 65 años en los últimos años, además a un ritmo muy superior al de la población menor de esa edad.

- El hecho de que es poco probable que el contingente de personas menores de 65 años dependientes vaya a aumentar en los próximos años, mientras que el envejecimiento de la población es un fenómeno imparable.

[3] La edad y el analfabetismo condicionan la aparición de situaciones de dependencia en personas mayores, que además presenta un componente de género en perjuicio de las mujeres.

La dependencia no es un hecho propio de la vejez, ya que dependerá que suceda o no de una serie de factores del contexto real en el que se desenvuelve la persona durante su ciclo vital; sin embargo, la edad es claramente uno de los factores que más contribuye a la aparición de situaciones de dependencia.

Existe unanimidad en los autores al señalar que existe una relación muy estrecha entre dependencia y edad, e igualmente una relación directa entre discapacidad y dependencia. Sin embargo, el aumento de la tasa de dependencia por grupos de edad no se produce a un ritmo constante, sino que existe una edad, alrededor de los 80, en que dicho aumento se acelera notablemente.

El nivel educativo influye de forma muy decisiva en el estado de salud que se disfruta cuando se llega a mayor y en las posibilidades de padecer enfermedades crónicas. El analfabetismo por sí mismo representa uno de los mayores riesgos de encontrarse en situación de dependencia.

Existen otros factores que condicionan en menor medida que los anteriores la aparición de situaciones de dependencia: la viudedad, el nivel económico, la autopercepción del estado de salud, el haber padecido enfermedades, haber tenido conductas y hábitos saludables y disponer de redes sociales de atención.

Otro aspecto a destacar es que la población dependiente se caracteriza por el predominio femenino. Según este mismo autor, la mayor esperanza de vida de las mujeres, tanto al nacer como a los 65 años, es la causa de que la mitad de la población dependiente en su totalidad sea femenina, y que la proporción ascienda a las dos terceras partes cuando se analiza el grupo poblacional de más de 80 años.

[4] La población mundial tiende al fenómeno del «envejecimiento del envejecimiento».

Este fenómeno consiste en el aumento de la proporción de los mayores de 80 años respecto a la población total.

Un descenso de las tasas de fertilidad; un descenso de la proporción de mujeres entre 15 y 49 años; un mayor acceso a la educación y a los sistemas sanitarios por parte de las mujeres; y una generalización del uso de métodos contraceptivos van a provocar que el grupo de personas mayores de 80

años de edad pase de representar el 1,1% del total de la población mundial en el año 2000 a un 4,4% en las proyecciones al año 2050 realizadas por Naciones Unidas (2006: 30).

[5] España, EE.UU. y Francia seguirán en las proyecciones al año 2050 patrones demográficos similares.

El distinto momento en el que el fenómeno del *baby-boom* se produce en cada uno de los tres países condiciona el ritmo del envejecimiento, de forma que cuando estas cohortes alcanzan la edad de 65 años se produce un aumento de las tasas de discapacidad.

El fenómeno del «envejecimiento del envejecimiento» se producirá en los tres países, situándose la tasa de población mayor de 80 años, en las proyecciones al año 2050, en el 12,21% de la población total española, en el 10,19% en el caso de Francia y en el 7,60% en EE.UU.

Las regiones menos desarrolladas van a representar el verdadero motor de crecimiento demográfico mundial en las próximas décadas según las proyecciones de Naciones Unidas (2006) al año 2050. Al mismo tiempo, estas mismas regiones serán las que experimenten mayor velocidad de envejecimiento.

En los tres países es necesario incorporar la perspectiva de género, de forma que en todos los tramos de edad la tasa de discapacidad es superior en las mujeres que en los hombres.

En el caso concreto de España es relevante destacar que ha evolucionado demográficamente con un gran retraso respecto a otros países europeos, hasta el punto de que el inicio del fenómeno conocido como *baby-boom* llegó diez años más tarde que en el resto de Europa, lo que provocará el efecto de posponer al 2011 el aumento en la proporción de personas mayores. Por otra parte, la inmigración jugará un papel de primer orden en la evolución de la población española en las próximas décadas, tanto en términos de aumento de población como de rejuvenecimiento, debido a una estructura de población de por sí más joven que la española y a unas tasas más elevadas de fecundidad.

[6] Los costes de atención a la población dependiente varían según el tipo de cuidados que se dispensen.

Los cuidados a personas mayores dependientes son conocidos también por la gran mayoría de autores con el nombre de «cuidados de larga duración» y se caracterizan por no requerir de tecnologías muy complejas ni de preparación humana muy especializada, a diferencia de los Servicios Sanitarios, pero, a cambio, son prestados durante largos períodos de tiempo. Esto provoca que los costes asociados a la atención de personas dependientes se prolonguen también durante largos períodos de tiempo.

Algunos autores señalan el grado de institucionalización en Centros Residenciales como uno de los factores que más determina el coste de los cuidados de larga duración. Guillén (2006) pone de manifiesto que los SAD son más efectivos, en términos de coste, cuando se trata de situaciones de discapacidad moderadas, mientras que para situaciones de discapacidad severa y discapacidad total es más rentable utilizar los SAD como complemento y no como única fuente de atención; en esta línea señala que atender todas las situaciones de dependencia exclusivamente con SAD sería tres veces más caro en los discapacitados severos y casi cuatro veces más caro en los casos de discapacidad total.

[7] Un sistema de atención a personas mayores dependientes debe ser sostenible en el tiempo.

La pregunta a la que debe responderse tiene que ver con la forma de obtener financiación que permita que el sistema sea sostenible en el tiempo.

En el caso de las personas mayores esta financiación puede provenir de tres fuentes: el Estado, el Apoyo Informal y el seguro privado. Este análisis es una de las piedras angulares sobre las que se asienta este trabajo de investigación, que plantea el aseguramiento privado del riesgo de dependencia en personas mayores de forma totalmente complementaria a la prestación pública y el Apoyo Informal; esto significa que allí donde la presencia pública es más importante queda menos espacio para los seguros privados, y viceversa.

La mayor o menor presencia de cada una de las tres formas de cobertura del riesgo de dependencia para personas mayores dependerá de una serie de factores, entre los que destaca el tipo de prestaciones ofrecidas por el Estado y el número de prestadores de servicios públicos y privados.

El modelo público más extendido a nivel mundial es el que provee de protección universal a todos los ciudadanos por el mero hecho de serlo, aunque el individuo participa en el coste a través del copago de los servicios.

El modelo de Apoyo Informal se basa en la familia como elemento encargado de atender a los mayores dependientes y representa en muchos países occidentales el sistema mayoritario de cobertura de cuidados de larga duración a personas mayores dependientes.

[8] El gasto público en cuidados de larga duración a los mayores dependientes ha aumentado de manera consistente en España, EE.UU. y Francia en los últimos años.

España y Francia tienen implantado un sistema público de atención a personas mayores dependientes que sigue la tendencia más moderna en los países occidentales, basada en el principio de universalidad. En EE.UU., sin embargo, el sistema público es de tipo asistencial y está sometido a lo que se

conoce como prueba de recursos, lo que significa que excluye a todo aquel individuo con rentas e ingresos superiores a una cantidad determinada.

Todos los sistemas públicos establecen organismos de atención local al ciudadano con un funcionamiento descentralizado que permite llegar de manera más efectiva al receptor del servicio, pero que provoca en los tres países estudiados diferencias territoriales importantes que se explican en el hecho de que cada uno de los entes locales debe atender una demanda social que es diversa y que, consecuentemente, adopta políticas diferentes.

En los tres países el gasto público para atender a personas mayores dependientes ha aumentado de forma muy importante y constante en los últimos años.

[9] El modelo de Apoyo Informal se encuentra en crisis.

Francia y España representan el modelo de país mediterráneo en el que el Apoyo Informal constituye el pilar fundamental sobre el que tradicionalmente se ha asentado el modelo de cuidados a largo plazo a las personas mayores dependientes. Es importante destacar que en EE.UU. se produce una situación similar: más de dos tercios de los mayores con necesidades de este tipo de cuidados confían exclusivamente en cuidados informales proporcionados por la familia.

En los tres casos estudiados los cuidados informales han recaído tradicionalmente en la mujer, fundamentalmente la esposa o una hija. Puede decirse que el perfil del cuidador informal en los tres países responde a las siguientes características: mujer de mediana edad con estudios medios o sin estudios.

Son comunes también las situaciones de estrés y episodios depresivos que períodos muy prolongados de atención a personas mayores dependientes provocan en los cuidadores informales; las consecuencias más habituales de estas situaciones tienen que ver con problemas en el hogar y en el entorno de trabajo, que en ocasiones provoca la reducción de la jornada laboral para poder atender a la persona mayor dependiente o incluso el abandono del puesto de trabajo.

Se han producido una serie de cambios sociológicos de primera magnitud en las últimas décadas que afectan a los tres países estudiados y que tienen como efecto que el modelo de Apoyo Informal haya entrado en crisis. La incorporación de la mujer al mercado de trabajo es, sin duda, el que mayor efecto ha tenido debido al elevado componente de género femenino que tradicionalmente habían tenido los cuidados informales. El proceso de envejecimiento de la población unido al aumento en la tasa de incorporación de la mujer al mercado laboral provocará que cada vez haya menos mujeres en edad de cuidar y más ancianos que precisen cuidados de larga duración.

[10] La sostenibilidad en el tiempo del sistema de atención a personas mayores dependientes requiere un importante desarrollo de los seguros privados de dependencia.

El envejecimiento demográfico obligará a tener que contar con todos los recursos disponibles para poder atender las necesidades de financiación derivadas de una evolución futura creciente de los cuidados a personas mayores dependientes. En este sentido, los seguros privados no son sólo una fuente alternativa y complementaria de financiación, sino que algunos autores llegan a señalar que la sostenibilidad de los sistemas públicos de atención a la dependencia dependerá sustancialmente del mantenimiento de esquemas de participación privada en el coste.

[11] El mercado de seguros privado de dependencia requiere incentivos para alcanzar un volumen de asegurados significativo y suficiente.

El seguro privado de dependencia cuenta con importantes barreras que impiden su contratación y que pueden clasificarse como barreras desde la demanda y barreras desde la oferta. Entre las primeras nos encontramos con: recursos económicos limitados de los individuos; falta de conciencia de su necesidad, derivada de la distancia excesiva de tiempo entre el pago de primas y la edad de riesgo real; falta de información; sensación de pérdida del dinero aportado en caso de que no ocurra el siniestro; y existencia de una cobertura pública. Y entre las segundas, fundamentalmente, la falta de información estadística sobre la siniestralidad y la incertidumbre sobre la evolución futura de los costes de atención, que provocan comportamientos excesivamente conservadores en las aseguradoras, lo que a su vez dificulta la oferta de primas de seguro atractivas, lo que finalmente se traduce en una menor adhesión de asegurados que hace que su número aumente muy lentamente.

La experiencia de los mercados de EE.UU. y Francia pone de manifiesto que las primeras pólizas que aparecen en el mercado son de contratación individual y que el ritmo de crecimiento es bajo debido a las barreras que se acaban de mencionar. Con el paso del tiempo las pólizas de seguro se simplifican y se hacen más comprensibles para los usuarios, al tiempo que van incorporando garantías que las hacen más atractivas y que evitan el sentimiento de pérdida mencionado.

La posibilidad de obtener beneficios fiscales por las primas satisfechas, así como la posibilidad de que la cobertura aseguradora sirva para cubrir el copago que debe satisfacer el individuo cuando recibe la prestación pública también contribuyen a que el mercado de seguros individual siga desarrollándose.

Fruto de la experiencia de EE.UU. y Francia podemos afirmar que el despegue en el crecimiento, sin embargo, se produce en el momento en que se favorecen las condiciones para la suscripción de pólizas colectivas de emplea-

dos. Por ello, es muy importante conocer las condiciones bajo las que puede desarrollarse, de la manera más efectiva posible, un seguro colectivo privado de dependencia para personas mayores en España.

[12] La definición de dependencia y la existencia o no de riesgo son los elementos principales en una póliza de seguro de dependencia.

El análisis detallado de las garantías que puede contener un contrato de seguro de dependencia, tomando como muestra productos de EE.UU. y Francia, pone de manifiesto la complejidad que éste puede llegar a alcanzar.

Existen, sin embargo, dos elementos de una especial importancia, ya que determinan la esencia de la prestación: la definición de dependencia y la incorporación del concepto de riesgo.

Mientras que algunas pólizas de seguro sólo cubren aquellas situaciones en las que es absolutamente necesario el apoyo continuo de otra persona para desempeñar las Actividades de la Vida Diaria, otras incluyen también situaciones menos graves de dependencia. Complementariamente, en algunos productos se tiene derecho a las prestaciones sólo por el hecho de necesitar ayuda durante un período limitado de tiempo, mientras que otros exigen que la situación de dependencia sea permanente e irreversible.

La incorporación del concepto de riesgo hace que la cobertura del siniestro exista con independencia de que las primas satisfechas por el asegurado sean suficientes para atender los pagos futuros. Por el contrario, cuando no existe riesgo, la compañía aseguradora únicamente abona al asegurado la suma de las primas aportadas hasta el momento de la declaración del siniestro.

[13] En el mercado de EE.UU. los productos son de reembolso, frente a España y Francia, donde se abona una renta.

Tal como se ha comentado, el aseguramiento privado del riesgo de dependencia en personas mayores viene condicionado por el alcance y el tipo de prestación otorgada por el Estado: en EE.UU. es del tipo asistencial con prueba de recursos, mientras que en Francia y España el modelo es de cobertura universal.

Los productos de EE.UU. acostumbran a reembolsar los gastos que se justifiquen, hasta un límite diario o semanal, mientras que en el caso de Francia y España se abona una renta mensual.

Existen otros elementos importantes de una póliza de seguro de dependencia en los que existen notables diferencias entre los productos de EE.UU. y los de Francia y España:

- Definición de dependencia: mientras los productos de EE.UU. consideran cubiertas situaciones de dependencia de tipo temporal, los de Francia y

España sólo atienden las consecuencias de aquellas situaciones de dependencia permanentes e irreversibles.

- Límite temporal de cobertura: en el caso de EE.UU. acostumbra a ser temporal, mientras que en Francia y España suele ser vitalicio.
- Elección de otras garantías: los productos de EE.UU. permiten elegir entre varias opciones de franquicia y de cláusula de actualización de capitales, mientras que en los de Francia y España no se permite la elección del asegurado.

2. CONCLUSIONES DERIVADAS DEL ANÁLISIS EXPLORATORIO

El análisis exploratorio de esta investigación da respuesta al último objetivo de los señalados al comienzo de esta tesis doctoral. En la siguiente tabla enumeramos las principales conclusiones derivadas del análisis de las opiniones vertidas por los quince directores de RR.HH. entrevistados.

Tabla 2.
Conclusiones del análisis exploratorio

[1]	La incorporación de la mujer al mercado de trabajo es un fenómeno de cambio de primer orden.
[2]	El nivel de concienciación sobre el envejecimiento demográfico y la atención a personas mayores dependientes es muy bajo.
[3]	El nivel de conocimiento acerca de la Ley de Dependencia y los servicios que proveen los poderes públicos es muy bajo.
[4]	Es preciso hacer un esfuerzo muy importante en tareas de divulgación y concienciación.

Fuente: Elaboración propia

[1] La incorporación de la mujer al mercado de trabajo es un fenómeno de cambio de primer orden.

La opinión de los entrevistados refrenda lo que los autores sobre la materia identifican como uno de los fenómenos sociológicos de cambio más importante en los últimos tiempos.

Uno de los efectos más importantes que provoca este fenómeno es, junto con la diversidad y la aportación de mano de obra a la empresa, la aparición y desarrollo de las medidas de conciliación que, sin embargo, se dedican en su mayor parte a la atención y cuidado de los hijos.

Otros efectos señalados son la globalización, la existencia de Internet y el uso de las nuevas tecnologías, la inmigración y el cambio de valores experimentado por los jóvenes de hoy en día.

[2] El nivel de concienciación sobre el envejecimiento demográfico y la atención a personas mayores dependientes es muy bajo.

El fenómeno del envejecimiento demográfico es algo que inquieta muy poco a los entrevistados. Mayoritariamente lo relacionan con el efecto en las pensiones y con la falta de mano de obra en el futuro; no se relaciona en ningún caso el envejecimiento demográfico con el aumento de la población mayor dependiente ni con el aumento de los costes de atención a este grupo de población.

Por contra, el futuro de las pensiones públicas sí es un asunto que la mayoría menciona y que despierta preocupación. Las campañas divulgativas realizadas por los poderes públicos y las iniciativas de los agentes sociales emprendidas en los últimos años han conseguido que exista una conciencia generalizada de que es necesario ahorrar a título privado en pensiones para complementar la prestación pública en el momento de la jubilación.

[3] El nivel de conocimiento acerca de la Ley de Dependencia y los servicios que proveen los poderes públicos es muy bajo.

Puede concluirse que en el colectivo entrevistado no se conoce la Ley de Dependencia, ni tampoco se tiene un conocimiento profundo de los distintos servicios existentes para atender a la población mayor dependiente.

Al mismo tiempo existe confusión entre las prestaciones otorgadas por la Administración Central y los entes Autonómicos y Locales.

[4] Es preciso hacer un esfuerzo muy importante en tareas de divulgación y concienciación.

La experiencia de los planes de pensiones demuestra que es necesario un período de tiempo muy amplio (han transcurrido más de dos décadas desde la publicación de la Ley de Planes y Fondos de Pensiones) para que el público en general tome conciencia de la necesidad de ahorrar a largo plazo para cubrir esta contingencia.

De la misma forma, es preciso que se realicen campañas publicitarias y de divulgación por parte de los poderes públicos y que se tome conciencia por parte de las empresas y los agentes sociales de que es necesario integrar la cobertura del riesgo de dependencia en el paquete retributivo de los trabajadores; en la medida en que estas medidas no sean llevadas a cabo será muy difícil que la sociedad tome conciencia de lo necesario que es dedicar una parte del ahorro a largo plazo para cubrir el riesgo de dependencia.

Se hace por tanto necesario desarrollar tareas de coordinación de las acciones de las distintas Administraciones Públicas para poder transmitir al ciudadano la variedad de servicios disponibles de atención a situaciones de depen-

dencia para personas mayores, la forma de acceder a ellos y la necesidad de ahorrar a título privado para complementar las prestaciones públicas.

Los agentes sociales están llamados a jugar un papel de primer orden en la implantación de pólizas colectivas de empleados. En la medida en que la negociación colectiva incluya un componente de cuidados a la dependencia será más fácil el desarrollo de los seguros colectivos de empresa.

Las compañías aseguradoras deben contribuir también a crear conciencia de ahorro a largo plazo para cubrir las situaciones de dependencia mediante fuertes inversiones publicitarias (al igual que han venido realizando desde hace muchos años con las pensiones en la campaña de Navidad) y a través de la creación de productos híbridos que soslayan la aversión a la pérdida que produce un producto de dependencia de puro riesgo.

BIBLIOGRAFÍA Y PÁGINAS WEB

1. BIBLIOGRAFÍA

- ALEXIH, L.; OLEARCZYK, B. y ZERULD, S. (2000): *Characteristics of Caregivers Based on the Survey of Income and Program Participation*. NFCSP: Selected Issue Briefs. The Lewin Group. Virginia.
- ALEXIH, L.: (2006): *Long Term Care Trends in the United States*. The Lewin Group. Virginia. Consultado en marzo 2008 en http://www.aoa.gov/Summit/Main_Site/presentations/Grand20Ballroom20-20Combined20-20Late20Session/Dec20520Tuesday/1500-160020Natl20and20State20Trends20in20LTC/Alecxih20LTC20Presentation20Choices20Summit.PPT.
- ALGAVA, E. y PLANE, M. (2004): *Vieillessement et protection sociale en Europe et aux Etats-Unis*. Études et Résultats n° 355. Noviembre. Consultado en mayo 2007 en <http://www.sante.gouv.fr/drees>.
- ÁLVAREZ, M.; BOCHO, M. y PALOMBI, O. (2004): *Situación y evolución del apoyo informal a los mayores en España. Avance de resultados. Informe descriptivo*. Gfk Emer Ah Hoc Research. Estudio n° 4178. Consultado en septiembre 2005 en www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/encuestas.
- ÁLVAREZ, M. (2005): *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Imsero. Madrid.
- AMERICAN ASSOCIATION FOR LONG-TERM CARE INSURANCE (2009): *The 2009 Sourcebook for Long-Term Care Insurance Information*. California.
- AMERICA'S HEALTH INSURANCE PLANS (AHIP) (2004): *Long-Term Care Insurance in 2002. Research Findings*. Washington DC.
- AMERICA'S HEALTH INSURANCE PLANS (AHIP) (2007): *Long-Term Care Insurance Partnerships: New Choices for Consumers—Potential Savings for Federal and State Government*. Washington DC. Consultado en diciembre 2007 en <http://www.civicenterprises.net/pdfs/policysample-ahip.pdf>.
- AMERICAN HEALTH CARE ASSOCIATION (AHCA) (2006): *The State Long-Term Health Care Sector 2005: Characteristics, Utilization and Government Funding*. Agosto. Washington DC.

- ANTARES CONSULTING (2007): *Modelo de futuro del servicio de atención a domicilio*. Fundación Edad&Vida. Barcelona.
- ARANGO, J. (1980): *La teoría de la transición demográfica y la experiencia histórica*. Revista española de investigaciones sociológicas nº 10. Páginas 169-198.
- ARTIS, 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. Vol. 49 nº165, Páginas 373 - 402. Madrid.
- ASSURER (2008): *La dépendence en France: un risqué parfaitement assurable*. FFSA infos. Assurer nº 109. Febrero. Consultado en marzo 2009 en [http://www.ffsa.fr/webffsa/portailffsa.nsf/html/assurer1092008/\\$file/assurer109.pdf](http://www.ffsa.fr/webffsa/portailffsa.nsf/html/assurer1092008/$file/assurer109.pdf).
- BAILLEAU, G. y TRESPEUX, F. (2008): *Bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2006*. Serie Statistiques nº 122. Abril. Consultado en noviembre 2008 en <http://www.sante.gouv.fr/drees./seriestat/pdf/series-tat122.pdf>.
- BARNSHAW, M.; LASTER, D. y STEINMANN, L. (2008): *Formas innovadoras de financiar la jubilación*. Sigma nº 4/2008. Compañía Suiza de Reaseguros S.A. Economic Research & Consulting. Zurich. Consultado en noviembre 2008 en http://www.swissre.com/resources/51038b804ba4912db287ff03bcbf4814-sigma4_2008_s.pdf.
- BERTIN, P. (2006): *Los riesgos de los seguros de dependencia*. II Jornada de Dependencia de Agrupación Mutua. Marzo. Barcelona.
- BLASCO, J.F.; LOPEZ, J. y MOMPALER, Mª A. (2006): *Curso de Seguridad Social. Régimen general y prestaciones no contributivas*. Tirant lo Blanch. Valencia. 13ª edición.
- BLAY, D. (2007): *Sistemas de cofinanciación de la dependencia: seguro privado frente a hipoteca inversa*. Cuadernos de la Fundación nº 115. Fundación Mapfre. Madrid.
- BOE (2003): *Informe de la comisión no permanente para la valoración de los resultados obtenidos por la aplicación de las recomendaciones del Pacto de Toledo. Texto del Informe y votos particulares*. Congreso de los Diputados. 2 de octubre de 2003; Serie D. Num. 596, 2 de octubre. Madrid.
- BOE (2006): *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia*. BOE num. 299, viernes 15 de diciembre; Páginas 44142 a 44156. Madrid.
- BOLANCÉ, C. (Directora) (2006): *Alternativas de la cofinanciación de los costes de dependencia en España*. IMSERSO. Estudios I+D+I nº 36. Madrid.

Consultado en diciembre 2007 en <http://www.imtersommayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-estudiosidi-36.pdf>.

BORREL, C. (1999): *La prestation spécifique dépendance. Premier bilan au 31 décembre 1998*. Études et Résultats n° 13. Abril. Consultado en mayo 2007 en <http://www.sante.gouv.fr/drees>.

BORREL, C. (1999b): *La prestation spécifique dépendance. Premier bilan au 31 décembre 1998*. Études et Résultats n° 56. Marzo. Consultado en mayo 2007 en <http://www.sante.gouv.fr/drees>.

BOURGEOIS, A.; CAUSSAT, L.; DUÉE, M.; LÉBOURG, B. y LEVREY, P. (2007): *Les comptes de la protection sociale en 2006*. Serie Statistiques n° 120. Diciembre. Consultado en noviembre 2008 en <http://www.sante.gouv.fr/drees/seriestat/pdf/seriestat120.pdf>.

BRAILLARD, P. (2002): *Successful Ways to Write LTC. Lessons from Europe*. SCOR – Life Division–Paris. Consultado en marzo 2009 en www.actuaries.org.uk/_data/assets/powerpoint_doc/0006/23865/brailard.ppt.

BRAU, R. y LIPPI, M. (2008). *Eliciting the Demand for Long-Term Care Coverage: a Discrete Choice Modelling Analysis*. Health Economics. 17. Páginas 411-433.

BRAÑA, F.J. (2004): *Una estimación de los costes de un seguro público de dependencia de los mayores en España*. Estudios de Economía Aplicada. Vol. 22- 3. Páginas 1-33. Salamanca.

BROUARD, N. y DÉSESQUELLES, A. (2003): *Le réseau familial des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile ou en institution*. Population-F. 58 (2). Páginas 201-228. Institut National d'Études Démographiques. París.

BROWN, J.R. y FINKELSTEIN, A. (2004): *Supply or Demand: Why Is the Market for Long-Term Care Insurance so Small?* National Bureau of Economic Research, Working Paper 10782. Consultado en diciembre 2007 en <http://www.nber.org/papers/w10782>.

BROWN, J.R. y FINKELSTEIN, A. (2006): *The Interaction of Public and Private Insurance: Medicaid and the Long-Term Care Insurance Market*. National Bureau of Economic Research, Working Paper 10989. Consultado en diciembre 2007 en <http://www.nber.org/papers/w10989>.

BROWN, J.R.; COE, N.B. y FINKELSTEIN, A. (2006b): *Medicaid Crowd-out of Private Long-Term Care Insurance Demand: Evidence from the Health and Retirement Survey*. National Bureau of Economic Research, Working Paper 12536. Consultado en diciembre 2007 en <http://www.nber.org/papers/w12536>.

- BRUTEL, C. (2001): *Projections de population à l'horizon 2050. Un vieillissement inéluctable*. INSEE Premiere n° 762. Marzo. Consultado en mayo 2007 en <http://www.insee.fr>.
- BURNS, B. (2006): *Comparing Long-Term Care Insurance Policies: Bewildering Choices for Consumers*. American Association of Retired Persons (AARP) Public Policy Institute. Washington DC.
- CARMICHAEL, F. y CHARLES, S. (2003): *The Opportunity Costs of Informal Care: Does Gender Matter?* Journal of Health Economics. Volumen 22. Páginas 781-803.
- CASADO, D. (2007): *Análisis de la evolución de la dependencia en la tercera edad en España*. Documento de Trabajo 7. Fundación BBVA. Bilbao.
- CASADO, D. (2007b): *Efectos y abordajes de la dependencia: un análisis económico*. Masson, S.A. Barcelona.
- CASADO, D. y LÓPEZ, G. (2001): *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro*. Colección Estudios Sociales n° 6. Fundación La Caixa. Barcelona.
- CASTELO, J. y GUARDIOLA, A. (2008): *Diccionario Mapfre de seguros*. Fundación Mapfre. Instituto de Ciencias del Seguro. Editorial Mapfre, S.A. Madrid.
- CAYO, L. (2004): *La protección de las situaciones de dependencia en España. Una alternativa para la atención de las personas en situación de dependencia desde la óptica del sector de la discapacidad*. Colección Cermi.es n° 12. Madrid.
- CENTERS FOR MEDICARE AND MEDICAID SERVICES (2007): *An Overview of the U.S. Health Care System Chart Book*. Consultado en noviembre 2007 en http://www.cms.hhs.gov/TheChartSeries/03_Health_Care_Facts_Figures.asp#TopOfPage.
- CENTERS FOR MEDICARE AND MEDICAID SERVICES (2008): *Medicaid at a Glance 2005. A Medicaid information source*. Consultado en octubre 2008 en <http://www.cms.hhs.gov/MedicaidGenInfo/Downloads/MedicaidAtAGlance2005.pdf>
- C.E.S. (2004): *La situación de las personas con discapacidad en España*. Sesión Ordinaria del Pleno, 17 de diciembre de 2003. Madrid.
- C.E.S. (2006): *Dictamen 3/2006, sobre el Anteproyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia*. Sesión Ordinaria del Pleno, 20 de febrero de 2006. Madrid.
- CHARLES, K.K. y SEVAK, P. (2005): *Can Family Caregiving Substitute for Nursing Home Care?* Journal of Health Economics. Volumen 24. Páginas 1.174-1.190.

- CHEN, Y. (2002): *Funding Long-Term Care*. Extended abstract of paper presented at Retirement Implications of Demographic and Family Change Symposium. Sponsored by the Society of Actuaries. San Francisco.
- CLEMENT, E. (2008): *Les dépenses d'aide sociale départementale en 2006*. Études et Résultats n° 622. Enero. Consultado en abril 2008 en <http://www.sante.gouv.fr/drees>.
- CLEMENT, E. (2008b): *Dépenses d'aide sociale départementale en 2006*. Serie Statistiques n° 124. Mayo. Consultado en noviembre 2008 en <http://www.sante.gouv.fr/drees/seriestat/pdf/seriestat124.pdf>
- CLOSA, J. (2003): *Complementariedad privada a través de los distintos productos*. Ponencia en el I Congreso Internacional para el Estudio del Envejecimiento y la Protección Pública y Privada. Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras y Fondos de Pensiones, 2 y 3 de diciembre de 2003. Madrid.
- CLUSELLA i FABRES, J. (2001): *Seguridad Social o Servicio Público: problemática y distribución de competencias entre Administración Central y las Comunidades Autónomas*. Revista Española de Seguros n° 105. Madrid. Enero-Marzo 2001. Páginas 187-196.
- COMAS-HERRERA, A. y WITTENBERG, R. (eds) (2003): *European Study of Long-Term Care Expenditure*. Report to the European Commission, Employment and Social Affairs DG. PSSRU Discussion Paper 1840.
- CONGRESO DE LOS DIPUTADOS (2006): *Dictamen de la Comisión y escritos de mantenimiento de enmiendas para su defensa ante el pleno. 121/000084 Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*. Serie A. Número 84-11. Consultado en julio 2008 en http://www.discapnet.com/Discapnet/Castellano/Documentos/Tecnica/dictamen_ley_dependencia.htm.
- CONGRESSIONAL BUDGET OFFICE (2004): *Financing Long-Term Care for the Elderly*. The Congress of the United States. A CBO paper. Abril. Washington. Consultado en enero 2008 en <http://www.cbo.gov/ftpdoc.cfm?index=5400&type=0>.
- COSTA i FONT, J. (2005): *Posibilidades y limitaciones de un seguro de cuidados de larga duración para mayores dependientes en España*. Mapfre Medicina. Madrid. Vol. 16. n° 1. Páginas 52-61.
- COSTA i FONT, J. (Director) (2007): *Capacidad de la vivienda en propiedad como instrumento de financiación de las personas mayores en España*. Premio Edad & Vida 2005. Barcelona.

- COUDIN, E. (2006): *Projections 2005-2050. Des actifs en nombre stable pour une population âgée toujours plus nombreuse*. INSEE Première n° 1092. Julio. Consultado en mayo 2007 en www.insee.fr.
- COURBAGE, C. y ROUDAUT, N. (2008): *Empirical Evidence on Long-Term Care Insurance Purchase in France*. The Geneva Papers on Risk and Insurance Issues and Practice. Volumen 33. Páginas 645–658. Consultado en noviembre 2008 en <http://www.palgravejournals.com/gpp/journal/v33/n4/pdf/gpp200830a.pdf>.
- CROWLEY, J.S. (2006): *Medicaid Long-Term Services Reforms in the Deficit Reduction Act*. The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured. Issue Paper. Abril 2006. Washington DC.
- CUTLER, D. (2001): *Declining Disability among the Elderly*. Health Affairs, 20(6). Noviembre-Diciembre. Páginas 11-27.
- DARNELL, R.W. y THAU, C. (2008): *2008 Group Long-Term Care Insurance Survey*. Broker World. Febrero 2008.
- DAY, J.C. (1996): *Population Projections of the United States by Age, Sex, Race and Hispanic Origin: 1995 to 2050*. U.S. Bureau of the Census, Current Population Reports, P25-1130, U.S. Government Printing Office, Washington DC.
- DECOSTER, B. (2008): *Les contrats d'assurance dépendance en 2007*. Consultado en marzo 2009 en [http://www.ffsa.fr/WebFFSA/portailffsa.nsf/html/etudemarchedendance2007/\\$file/dependancemarche2007.pdf](http://www.ffsa.fr/WebFFSA/portailffsa.nsf/html/etudemarchedendance2007/$file/dependancemarche2007.pdf).
- DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ (2005): *La situación de los servicios sociales comunitarios en Andalucía*. Consultado en octubre 2008 en http://www.defensorand.es/informes_y_publicaciones/informes_estudios_y_resoluciones/informes_especiales/informe_0005/informe_0005.html.
- DELOITTE (2008): *Perspectivas de futuro de los recursos de atención a la dependencia. El servicio de atención a domicilio (SAD)*. Madrid.
- DESONIA, R.A. (2004): *The Promise and the Reality of Long-Term Care Insurance*. National Health Policy Forum. NHPF Background Paper. Julio. Washington DC.
- DIRECCIÓN GENERAL DE SEGUROS Y FONDOS DE PENSIONES (2010): *Planes y fondos de pensiones: informe estadístico 2009*. Consultado en Octubre 2010 en <http://www.dgsfp.meh.es/PlanesFondos/Documentos/Informe%20Estadistico%20Planes%20y%20Fondos%202009.pdf>.
- DIZY, D. (Directora) (2006): *Las personas mayores en situación de dependencia. Propuesta de un modelo protector mixto y estimación del coste de aseguramiento en España*. Premio Edad & Vida 2004. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid.

- DUÉE, M. y REBILLARD, C. (2004): *La dépendance des personnes âgées: une projection à long terme*. INSEE. Série des documents de travail de la Direction des Études et Synthèses Économiques. G 2004/02. París.
- DUÉE, M. y REBILLARD, C. (2006): *La dépendance des personnes âgées: une projection en 2040*. Données sociales. Édition 2006. Páginas 613-619. Consultado en abril 2008 en http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/donsoc06zp.pdf.
- DUTHEIL, N. (2005): *Les places en maisons de retraite et unités de soins de longue durée: une projection à l'horizon 2030*. Dossiers solidarité at santé nº 4 octubre-diciembre. Páginas 53-61.
- DUPEYROUX, J.J. (1993): *Droit de la Sécurité Sociale*. Editorial Dalloz. 12ª Edición. París.
- ECONOMIC POLICY COMMITTEE & EUROPEAN COMMISSION (2006): *The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers (2004-2050)*. Special Report nº 1/2006. Febrero. Bruselas.
- EDAD & VIDA, D. TECNICA (2003): *Comparación internacional de los planes de seguro y las prestaciones específicas a la dependencia*. Jornada sobre dependencia Edad & Vida 4 de marzo 2003. Madrid.
- EDAD & VIDA (2007): *La implantación y la gestión del sistema de atención a las personas con dependencia en España: las necesidades de los ciudadanos*. Madrid.
- ESPAGNOL, P. (2007): *L'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap au 30 juin 2007*. Études et Résultats nº 615. Diciembre. Consultado en abril 2008 en <http://www.sante.gouv.fr/drees>.
- ESPAGNOL, P. (2008): *L'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap au 31 décembre 2007*. Études et Résultats nº 637. Mayo. Consultado en noviembre 2008 en <http://www.sante.gouv.fr/drees>.
- EUROPEAN COMMISSION (2003): *Supporting national strategies for the future of healthcare and care for the elderly. Joint report by the Commission and the Council*. Bruselas. Consultado en junio 2008 en http://ec.europa.eu/employment_social/publications/2003/cev503002_en.pdf.
- FEDER, J., KOMISAR, H.L. y NIEFELD, M. (2000): *Long-Term Care in the United States: an Overview*. Health Affairs. Volumen 19. Número 3. Páginas 40-56. Maryland.
- FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS (2004): *Older Americans 2004: Key Indicators of Well-Being*. U.S. Government Printing Office. November. Washington DC.

- FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS (2008): *Older Americans 2008: Key Indicators of Well-Being*. U.S. Government Printing Office. March. Washington DC.
- FÉDÉRATION FRANÇAISE DES SOCIÉTÉS D'ASSURANCES (FFSA) (2005): *Modélisation du Risque Dépendance à partir des données HID*. Cahiers Techniques n° 2. Marzo. París.
- FIELDS, J. (2003): *America's Families and Living Arrangements: 2003*. Current Population Reports, P20-553. U.S. Census Bureau, Washington DC
- FINKELSTEIN, A.; McGARRY, K. y SUFI, A. (2005): *Dynamic Inefficiencies in Insurance Markets: Evidence from Long-Term Care Insurance*. NBER working paper n° 11039. Washington DC.
- FINKELSTEIN, A. y McKNIGHT, R. (2005): *What Did Medicare Do (and Was it Worth it)?* National Bureau of Economic Research, Working Paper 11609. Consultado en diciembre 2007 en <http://www.nber.org/papers/w11609>.
- FOSTER, L., BROWN, R., PHILLIPS, B., SCHORE, J. y LEPIDUS CARLSON, B. (2003): *Improving the quality of Medicaid personal assistance through consumer direction*. Health Affairs. W 3. Marzo. Páginas 162-175.
- FREIMAN, M.P. (2007): *A Look at Hybrid Insurance Products with Long-Term Care Insurance*. American Association of Retired Persons (AARP) Public Policy Institute. Washington DC.
- FRIES, J.F. (1980): *Aging, Natural Death and the Compression of Morbidity*. Bulletin of the World Health Organization. Volume 80, 80 (3). Páginas 245-250. 2002. Consultado en marzo 2008 en [http://www.who.int/bulletin/archives/en/80\(3\)243.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/en/80(3)243.pdf).
- FRONSTIN, P. (2002): *Sources of Health Insurance and Characteristics of the Uninsured: Analysis of the March 2002 Current Population Survey*. Employee Benefit Research Institute; Issue Brief n° 252. Diciembre. Washington DC.
- GELING, O. (2004): *Family Caregivers: a Summary of National and Local Data*. State of Hawaii. Department of Health. Executive Office on Aging.
- GISSEROT, H. (2007): *Perspectives financiers de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025: prévisions et marges de choix*. Rapport à Monsieur Philippe BAS, Ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. Consultado en marzo 2009 en www.ctip.asso.fr/bib_res//pages/454C_10.pdf.
- GLECKMAN, H. (2007): *Medicaid and Long-Term Care: How Will Rising Costs Affect Services for an Aging Population?* Center for Retirement Research. Abril. Número 7-4.

- GOLDBERG, B. (2007): *Facing the Problems of Providing Long-Term Care for the Oldest Old*. The Century Foundation. Issue Brief. Junio. New York.
- GONZÁLEZ, J.I. (Coordinador) (2000): *La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos. Recomendaciones del Defensor del Pueblo e informes de la sociedad española de geriatría y gerontología y de la asociación multidisciplinaria de gerontología*. Defensor del Pueblo. Informes, estudios y documentos. Madrid.
- GUILLÉN, M. (Director) (2006): *Longevidad y dependencia en España: consecuencias sociales y económicas*. Fundación BBVA. Bilbao.
- GUTIERREZ, A. (2001): *El Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en España*. Revista Española de Investigaciones Sociológicas. 93/2001. Páginas 89-130.
- HE, W.; SENGUPTA, M.; VELKOFF, V.A. y DEBARROS, K.A. (2005): *65+ in the United States: 2005*. Current Population Reports, P23-209. U.S. Census Bureau. U.S. Government Printing Office. Washington DC. 2005.
- HEALTH POLICY INSTITUTE (2007): *Medicaid and Long-Term Care*. Fact sheet. Enero. Long-Term Care Financing Project. Georgetown University. Washington DC. Consultado en marzo 2008 en <http://ltc.georgetown.edu/pdfs/medicaid2006.pdf>
- HEALTHCARE FINANCING ADMINISTRATION (2000): *A Profile of Medicaid. Chartbook*. Consultado en noviembre 2007 en http://www.cms.hhs.gov/TheChartSeries/05_Medicaid_Facts_Figures.asp#TopOfPage
- HEALTHCARE FINANCING ADMINISTRATION (2000b): *Medicare. A profile*. Consultado en noviembre 2007 en http://www.cms.hhs.gov/TheChartSeries/04_Medicare_Facts_Figures.asp#TopOfPage.
- HERNÁNDEZ GONZÁLEZ, D. (2001): *El seguro privado dentro de la protección social de la dependencia: perspectivas y riesgos asociados*. Madrid. Consultado en mayo 2007 en intranet.icea.es/pensiones/documentacion/Tesis_DHernandez.pdf
- HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, J.A. (Coordinador) (2003): *Evolución futura de la población. Tendencias demográficas durante el siglo xx en España*. Instituto Nacional de Estadística. vol. 1 Pag. 257-285. Madrid.
- HOLAHAN, J. (2007): *Why did Medicaid Spending Decline in 2006? A Detailed Look at Program Spending and Enrolment, 2000-2006*. The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured. Issue Paper. Octubre 2007. Washington DC.
- ICEA y SCOR VIE IBERICA SUCURSAL (2005): *El seguro de dependencia. Guía para el desarrollo de productos de larga dependencia en España*.

Asociación ICEA (Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras y Fondos de Pensiones). Madrid.

IMSERSO (2002): *Las personas mayores en España. Informe 2002. Datos estadísticos estatales*. Subdirección General de Planificación, Ordenación y Evaluación. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. IMSERSO. Madrid.

IMSERSO (2003): *Plan de acción para las personas mayores 2003-2007*. Secretaría General de Asuntos Sociales. Madrid.

IMSERSO (2003 b): *II Plan de acción para las personas con discapacidad 2003-2007*. Aprobado por el Consejo de Ministros de 5 de diciembre de 2003. Madrid.

IMSERSO (2004): *Las personas mayores en España. Informe 2004. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. Tomo 1*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Madrid.

IMSERSO (2005): *Libro Blanco de atención a las personas en situación de dependencia en España*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Madrid.

IMSERSO (2006): *Las personas mayores en España. Informe 2006. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. Tomo I*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Madrid.

IMSERSO (2009): *Las personas mayores en España. Informe 2008. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. Tomo I*. Ministerio de Educación, Política Social y Deporte. Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Madrid.

INE (2002): *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999. Avance de resultados*. Datos Básicos. Madrid.

INE e INSTITUTO DE LA MUJER (2008): *Mujeres y hombres en España, 2008*. Instituto Nacional de Estadística. Madrid. Consultado en abril 2008 en <http://www.imsersomayores.csic.es/documentacion/documentos/registro.jsp?id=2482>.

JIMÉNEZ, A. y HUETE, A. (2002): *La discapacidad en cifras*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. Madrid.

JIMÉNEZ, A. y HUETE, A. (2003): *Las discapacidades en España: datos estadísticos. Aproximación desde la Encuesta sobre Discapacidades*,

Deficiencias y Estado de Salud de 1999. Real Patronato sobre Discapacidad. Madrid.

JOHNSON, R.W. (2006): *In-Home Care for Frail Childless Adults: Getting by with a Little Help from their Friends?* The Retirement Project. Discussion Paper 06-01. Abril 2006. The Urban Institute. Washington DC.

JOHNSON, R.W. y UCCELLO, C.E. (2005): *Is Private Long-Term Care Insurance the Answer?* Center for Retirement Research at Boston College; Issue in Brief nº 29. Marzo. Boston, MA.

JOHNSON, R.W.; TOOHEY, D. y WIENER, J.M. (2007): *Meeting the Long-Term Care Needs of the Baby Boomers: How Changing Families Will Affect Paid Helpers and Institutions*. The Retirement Project. Discussion Paper 07-04. Mayo 2007. The Urban Institute. Washington DC.

KAISER COMMISSION ON MEDICAID AND THE UNINSURED (2006): *Private Long-Term Care Insurance: A Viable Option for Low and Middle-Income Seniors?* Issue Paper. Febrero. Washington DC. Consultado en enero 2008 en <http://www.kff.org/medicaid/7459.cfm>.

KAISER COMMISSION ON MEDICAID AND THE UNINSURED (2006b): *Medicaid 1915 (c) Home and Community-Based Service Programs: Data Update*. Issue Paper. Diciembre. Washington DC. Consultado en enero 2008 en <http://www.kff.org/medicaid/7575.cfm>.

KAISER COMMISSION ON MEDICAID AND THE UNINSURED (2007): *Medicaid Home and Community-Based Service Programs: Data Update*. Issue Paper. Diciembre. Washington DC. Consultado en enero 2008 en <http://www.kff.org/medicaid/7720.cfm>.

KAISER FAMILY FOUNDATION (2007): *Talking about Medicare and Health Coverage*. Febrero. Washington DC. Consultado en noviembre 2008 en <http://www.kff.org/medicare/7067>.

KASPER, J., LYONS, B. y O'MALLEY, M. (2007): *Long-Term Care Services and Supports: the Future Role and Challenges for Medicaid*. The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured. Septiembre. Washington DC.

KASSNER, E. (2007): *LTC Financing: a Consumer Perspective*. AARP. Consultado en marzo 2008 en www.soa.org/files/pdf/07-Washington-KassnerKomisar-29.pdf.

KERJOSSE, R. (2001): *La Prestation spécifique dépendance au 31 décembre 2000*. Études et Résultats nº 111. Abril. Consultado en mayo 2007 en <http://www.sante.gouv.fr/drees>.

KERJOSSE, R. (2003): *L'allocation personnalisée d'autonomie au 31 décembre 2002*. Études et Résultats nº 226. Marzo. Consultado en mayo 2007 en <http://www.sante.gouv.fr/drees>.

- KERJOSSE, R. (2004): *L'allocation personnalisée d'autonomie au 31 décembre 2003*. Études et Résultats n° 298. Marzo. Consultado en mayo 2007 en <http://www.sante.gouv.fr/drees>.
- KESSLER, D. (2008): *The Long-Term Care Insurance Market*. The Geneva Papers on Risk and Insurance. Issues and Practice 33. Páginas 33-40. París.
- KOPPELMAN, J. (2002): *Third International Conference on Family Care*. Hosted by the National Alliance for Caregiving. Washington DC.
- LADOCUMENTATION FRANÇAISE (2008): *Allocation personnalisée d'autonomie (APA)-Service-Public*. Consultado en noviembre 2008 en <http://vosdroits.service-public.fr/F2112.xhtml>.
- LAFORTUNE, G. y BALESTAT, G. (2007): *Trends in Severe Disability Among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and the Future Implications*. OECD Health working papers n° 26. París.
- LIFEPLANS, INC. (2000): *Who Buys Long-Term Care Insurance in 2000? A Decade of Study of Buyers and Nonbuyers*. Prepared for Health Insurance Association of America. Washington DC.
- LIFEPLANS, INC. (2001): *Who Buys Long-Term Care Insurance in the Workplace? A Study of Employer Long-Term Care Insurance Plans 2000-2001*. Prepared for Health Insurance Association of America. Washington DC.
- LIFEPLANS, INC. (2007): *Who Buys Long-Term Care Insurance? A 15-Year Study of Buyers and Non-Buyers, 1990-2005*. Prepared for America's Health Insurance Plans, Inc. Washington DC.
- LÓPEZ MORENO, S.; CORCHO, M.C. y LÓPEZ CERVANTES, M. (1998): *La hipótesis de la comprensión de la morbilidad: un ejemplo de desarrollo teórico en epidemiología*. Salud pública de México. Volumen 40 n° 5. Páginas 442-449. Septiembre-Octubre. Consultado en marzo en http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/1998//vol204020n5/40_n520la20hipotesis20de20la20compresion.pdf.
- MADARIAGA, J. (2006): *Población, empleo y pensiones en la CAPV 2004-2050*. 2006. Departamento de Estudios. Caja Laboral Popular, S. Cop. Ltda. Bilbao.
- MARRON, D.B. (2006): *Medicaid Spending Growth and Options for Controlling Costs*. Congressional Budget Office testimony before the Special Committee on Aging United States Senate. Consultado en diciembre 2007 en <http://www.cbo.gov/ftpdocs/73xx/doc7387/07-13-Medicaid.pdf>.
- MARTÍN, F. (2007): *La Ayuda a Domicilio en la ciudad de Madrid*. I Congreso Internacional Dependencia y Calidad de Vida. Valencia. Edad & Vida.

- MINISTERIO DE TRABAJO E INMIGRACIÓN (2008): *Informe Nacional de Estrategias para la Protección Social y la Inclusión Social del Reino de España (2008-2010)*. Consultado en noviembre 2007 en http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs//social_inclusion/2008/nap/spain_es.pdf.
- MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES (2006): *Anteproyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Memoria del análisis de impacto normativo, económico, de género e igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid. Consultado en octubre de 2008 en <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/mtas-memoriadependencia-01.pdf>
- MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES (2007): *El sistema público de servicios sociales*. Consultado en mayo de 2007 en <http://www.mtas.es/SGAS/ServiciosSocDep/ServiciosSociales/Sistema/Sistema.htm#l>.
- MITXELENA, C. (2002): *Financiación del Sistema de Bienestar*. Unidad de Políticas Comparadas (CSIC); Documento de Trabajo 02-16. Madrid.
- MOCHÓN, F.; ISIDRO, R. y FERNÁNDEZ, G. (2004): *Diccionario de Términos de Seguros, Reaseguros y Financieros*. McGrawHill. Madrid.
- MONTEVERDE, M. (2004): *Discapacidades de las personas mayores en España: Prevalencia, duraciones e impacto sobre los costes de cuidados de larga duración*. Tesis Doctoral. Departamento de Econometría, Estadística y Economía Española. Universidad de Barcelona.
- MONTSERRAT, J. (2005): *Reflexiones para el debate del modelo de financiación de la futura Ley de la Dependencia (¿un pastel de tres pisos?)*. Consultado en enero de 2009 en <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos//montserrat-reflexiones-01.pdf>.
- MORENO, F.J.; ARRIBA, A y MORENO, L. (2007): *Inmigración, diversidad y protección social en España*. Unidad de Políticas Comparadas (CSIC); documento de trabajo 07-01. Madrid.
- NACIONES UNIDAS (2006): *World Population Prospects. The 2004 revision. Volume III. Analytical Report*. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. New York. Consultado en febrero 2008 en <http://www.un.org/esa/population//publications/WPP2004/wpp2004.htm>.
- NACIONES UNIDAS (2008): *World Population Prospects. The 2008 Revision. Selected Tables*. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. New York. Consultado en abril 2009 en http://www.un.org/esa/population/publications//wpp2008//wpp2008_text_tables.pdf.

- NATIONAL ALLIANCE FOR CAREGIVING (2004): *Caregiving in the U.S.* Metlife Foundation. Consultado en febrero 2007 en <http://www.caregiving.org/data/04finalreport.pdf>.
- NATIONAL ASSOCIATION OF INSURANCE COMPANIES (NAIC) (2003): *A Shopper's Guide to Long-Term Care Insurance*. Consultado en enero 2009 en http://www.ltcfeds.com/documents/files/NAIC_Shoppers_Guide.pdf.
- OBSERVATORIO DE PERSONAS MAYORES y ALBOMA 2000, S.L. (2003): *Servicios Sociales para personas mayores en España. Enero 2002*. Boletín sobre el envejecimiento. Perfiles y tendencias nº 8. Junio. Consultado en febrero 2007 en <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos//boletinsobreenvejec08.pdf>.
- OBSERVATORIO DE PERSONAS MAYORES y ALBOMA 2000, S.L. (2006): *Servicios Sociales para personas mayores en España*. Boletín sobre el envejecimiento. Perfiles y tendencias nº 22. Abril. Consultado en mayo 2007 en <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentacion/estudiosyresultados/perfiles/boletinsobreenvejec22.pdf>.
- OBSERVATORIO DE PERSONAS MAYORES y ALBOMA 2000, S.L. (2007): *Servicios Sociales para personas mayores en España. Enero 2007*. Boletín sobre el envejecimiento. Perfiles y tendencias nº 32. Noviembre. Consultado en septiembre 2008 en <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos//boletinsobreenvejec32.pdf>.
- O'BRIEN, E. (2005): *Long-Term Care: Understanding Medicaid's Role for the Elderly and Disabled*. The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured. Noviembre. Washington DC.
- ORTEGA, E. (1990): *Manual de investigación comercial*. Pirámide Ediciones. Madrid.
- PALACIOS, E. y ABELLÁN, A. (2007): *Diferentes estimaciones de la discapacidad y la dependencia en España*. Portal Mayores, Informes Portal Mayores nº 56. Consultado en septiembre 2007 en www.imsersomayores.com/documentos//documentos/abellan-estimaciones-07.rtf.
- PAZ, S.; LÓPEZ, J.M. y SÁNCHEZ, E. (2005): *El envejecimiento de la población: nuevo reto para la industria aseguradora. Parte I. Gerencia de riesgos y seguros*. Fundación Mapfre Estudios nº 91. 3^{er} trimestre. Páginas 53-63. Madrid.
- PAZ, S.; LÓPEZ, J.M. y SÁNCHEZ, E. (2005b): *El envejecimiento de la población: nuevo reto para la industria aseguradora. Parte I. Gerencia de riesgos y seguros*. Fundación Mapfre Estudios nº 91. 4^o trimestre. Páginas 17-28. Madrid.

- PÉREZ, R. (2007): *Comentarios a la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las Personas en Situación de Dependencia*. Consultado en enero 2009 en <http://noticias.juridicas.com/articulos/15-Derecho%20Administrativo/200710-98751225622545221.html>.
- PEZZIN, L. y SPILLMAN, B. (2000): *Changing Networks and the Sandwich Generation*. The Urban Institute. Consultado en marzo 2008 en <http://www.urban.org//url.cfm?ID=1000292>.
- PISON, G. (2005): *France 2004: life expectancy tops 80 years*. Population & Societies nº 410. Marzo 2005. Consultado en julio 2007 en www.insee.fr.
- POCIELLO, E. y VAREA, J. (2004): *Modelos de financiación de seguros de dependencia. Gerencia de riesgos y seguros*. Fundación Mapfre Estudios nº 86. 2º trimestre. Páginas 25-38. Madrid.
- POCIELLO, E. y VAREA, J. (2004b): *El seguro de dependencia. Una visión general*. Fundación Mapfre Estudios. Cuadernos de la Fundación nº 81. Madrid.
- POCIELLO, E.; MERINO, A.V. y VAREA, J. (2004): *Cobertura de la dependencia: una comparación internacional. Actuarios*. Instituto de Actuarios Españoles. Dossier número 22. Mayo-junio. Páginas 1-23. Madrid.
- PORTAL MAYORES (2008): *Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD 2008). Primeros resultados*. Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 87. Madrid. Consultado en diciembre 2008 en www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pm-estadisticas-edad-2008-01.pdf.
- PRÉVOT, J.; TUGORÈS, F. y BERTRAND, D. (2007): *Les établissements d'hébergement pour personnes âgées*. Serie Statistiques nº 106. Enero. Consultado en noviembre 2008 en <http://www.sante.gouv.fr/drees/series-tat/pdf/seriestat106.pdf>
- PRIOUX, F. (2005): *L'évolution démographique récente en France*. Population-F. 60 (4). Páginas 443-488. Institut National d'Etudes Démographiques. París.
- PUGA, M^a.D. (2001): *Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España, una previsión al año 2010*. Fundación Pfizer. Madrid.
- PUYOL, R. y ABELLÁN, A. (Coord.) (2006): *Envejecimiento y dependencia. Una mirada al panorama futuro de la población española*. Mondial Assistance. Madrid.
- QUEREJETA, M. (2004): *Discapacidad/Dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. IMSERSO. Madrid.

REHABILITATION RESEARCH AND TRAINING CENTER ON DISABILITY DEMOGRAPHICS AND STATISTICS (2007): *2006 Disability Status Report*. Cornell University. NY.

RICHET-MASTAIN, L. (2006): *Demographic report. In France, the female fertility rate continues to rise*. INSEE Premiere nº 1059. Enero. Consultado en mayo 2007 en www.insee.fr.

RIDER, M.; McNAMARA, P y STUM, M. (2003): *A Guide to Long-Term Care Insurance*. Health Insurance Association of America. Washington DC

RIVERO, T. (Director) (2006): *Escenarios territoriales de la Ley de Apoyo a las Personas con Dependencia en España. Horizonte 2007-2009*. Instituto del Envejecimiento de la Universidad Autónoma de Barcelona FICE-UAB. Barcelona.

ROBERT-BOBÉE, I. (2006): *Projections de population 2005-2050, pour la France métropolitaine à l'horizon 2050. La population continue de croître et le vieillissement se poursuit*. INSEE Premiere nº 1089. Julio. Consultado en mayo 2007 en www.insee.fr.

RODRÍGUEZ, G. (2000): *Sin título*. Boletín sobre el envejecimiento. Perfiles y tendencias nº 2. Junio. Consultado en marzo 2006 en <http://www.imsero-mayores.csic.es/documentos/documentacion/estudiosyresultados/perfiles/boletinsobreenvejec02.pdf>.

RODRÍGUEZ, G. (2000b): *Las necesidades sociosanitarias de la población dependiente en España: modelos de cuidados prolongados y coordinación de recursos. El debate profesional*. Asociación Multidisciplinaria de Gerontología. Defensor del Pueblo. Madrid.

RODRÍGUEZ, G. (2002): *Cuidados de larga duración en España: contexto, debates, políticas y futuro*. Unidad de Políticas Comparadas. Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC); Documento de trabajo 02-14. Madrid.

RODRÍGUEZ, G. y MONTSERRAT, J. (2002): *Modelos de Atención Sociosanitaria. Una aproximación a los costes de la dependencia*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. IMSERSO. Observatorio de personas Mayores. Madrid.

SALIDO, O. (2006): *La participación laboral de las mujeres: un reto para el bienestar social*. Unidad de Políticas Comparadas (CSIC); documento de trabajo 06-09. Madrid.

SÁNCHEZ DELGADO, E. (2008): *Bases técnicas dinámicas del seguro de dependencia en España. Una aproximación en campo discreto*. Tesis Doctoral.

- SÁNCHEZ FIERRO, J. (2004): *Libro Verde sobre la dependencia en España*. Grupo de Trabajo «Dependencia» de la Fundación AstraZeneca. Madrid.
- SANCHO, M. (2002): *Envejecer en España. II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Abril 2002*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. IMSERSO. Madrid.
- SANCHO, M. (2004): *La protección social a las personas mayores dependientes en Francia*. Boletín sobre el envejecimiento. Perfiles y tendencias nº 10. Marzo. Consultado en abril 2008 en <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/boletinsobreenvejec10.pdf>.
- SANCHO, M. (Coordinación) (2005): *Las personas mayores en España. Informe 2004*. IMSERSO. Observatorio de personas mayores. Madrid.
- SANTAMARÍA, C. (2006): *El Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD): su situación actual*. Boletín sobre el envejecimiento. Perfiles y tendencias nº 25. Noviembre. Consultado en octubre 2008 en <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos//boletinsobreenvejec25.pdf>.
- SCOR (2003): *El seguro privado de dependencia. Comparaciones internacionales*. Informaciones técnicas SCOR nº 9. París.
- SCOR (2004): *El seguro privado de dependencia. Dos tipos de productos: de prestación a tanto alzado y de reembolso*. Informaciones técnicas SCOR nº 16. París.
- SMITH, D. (2003): *The Older Population in the United States: March 2002*. U.S. Census Bureau Current Population Reports, P20-546. Washington DC
- SPIGGLE, S. (1994): *Analysis and interpretation of qualitative data in consumer research*. Journal of Consumer Research. Diciembre. Vol. 21, nº 3. Páginas 491-503.
- TAPIA, A.J. y PÉREZ M.A. (2010): *Estudio sobre el sector asegurador en España*. Papeles de la Fundación nº 35. Páginas 279-306. Fundación de Estudios Financieros.
- TRITZ, K. (2006): *Long-Term Care: Trends in Public and Private Spending*. Congressional Research Service. The Library of Congress. Washington DC.
- UNITED STATES GENERAL ACCOUNTABILITY OFFICE (2005): *Overview of the Long-Term Care Partnership Program*. GAO-05-1021R Long-Term Care Partnership Program. Septiembre. Washington DC.
- UNITED STATES GENERAL ACCOUNTABILITY OFFICE (2006): *Federal program compared favourably with other products, and analysis of claims trend could inform future decisions*. GAO-06-401 Federal Long-Term care Insurance Program. Marzo. Washington DC.

- UNITED STATES GENERAL ACCOUNTABILITY OFFICE (2006b): *Federal program has a unique profit structure and faced a significant marketing challenge*. GAO-07-202 Federal Long-Term Care Insurance Program. Diciembre. Washington DC.
- UNITED STATES GENERAL ACCOUNTING OFFICE (2002): *Nursing Homes: Quality of Care More Related to Staffing than Spending*. GAO-02-431R Nursing Homes Expenditures and Quality. Washington DC.
- UNITED STATES GENERAL ACCOUNTING OFFICE (2003): *Major Management Challenges and Program Risks*. Department of Homeland Security. Performance and Accountability Series. GAO-03-101. Washington DC.
- U.S. CENSUS BUREAU (2004): *Global Population Profile: 2002*. International Population Reports WP/02. Bureau for Global Health. Office of Population and Reproductive Health. Washington DC
- U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (2003): *A Profile of Older Americans: 2003*. Administration on Aging. Washington DC.
- VERA, M.G. (1999): *La teoría de la transición epidemiológica*. Documentos de Investigación nº 37. Consultado en <http://www.cmq.edu.mx/docinvest//document/DI37166.pdf>.
- VIDA, J.; MONEREO, J.L.; MOLINA, C. y QUESADA, R. (2006): *Manual de Seguridad Social*. 2ª Edición. Editorial Tecnos (Grupo Anaya S.A.). Madrid.
- WEBER, A. (2006): *Regards sur l'APA trois ans après sa creation*. Données sociales. Édition 2006. Páginas 603-611. Consultado en abril 2008 en http://www.insee.fr/fr//ffc/docs_ffc/donsoc06zo.pdf.

2. PÁGINAS WEB

Organismos Públicos Españoles

www.boe.es	Boletín Oficial del Estado
www.imsersomayores.csic.es/	Portal Mayores.
www.ine.es	Instituto Nacional de Estadística
www.mtas.es	Ministerio de Trabajo e Inmigración
www.saad.mtas.es/portal	Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia

Organismos Públicos Internacionales

http://ec.europa.eu/eurostat	Eurostat Home page
---	--------------------

http://publications.europa.eu	Servicio de publicaciones oficiales de las Comunidades Europeas
www.ilo.org	International Labour Organization
www.oecd.org/publications	Organización para la cooperación y desarrollo económicos
www.share-project.org	Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)
www.un.org	Naciones Unidas
www.un.org/esa/population	Department of Economic and Social Affairs. Population Division
www.who.int/ageing/en	World Health Organization. Ageing

Recursos en EE.UU.

http://aspe.hhs.gov/_/index.cfm	Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation. U.S. Department of Health and Human Services
www.ahrq.gov	Agency for Healthcare Research and Quality
www.aoa.gov	Administration on Aging
www.bls.gov	Bureau of Labour Statistics
www.cbo.gov	Congressional Budget Office
www.cdc.gov/nchs	National Center for Health Statistics
www.census.gov	U.S. Census Bureau
www.cms.hhs.gov	Centers for Medicare and Medicaid Services
www.ed.gov	U.S. Department of Education. National Institute on Disability and Rehabilitation Research
www.gao.gov	U.S. Government Accountability Office
www.iii.org	Insurance Information Institute
www.ltcfeds.com	The Federal Long-Term Care Insurance Program

www.medicare.gov	Medicare
www.naic.org	National Association of Insurance Commissioners
www.nber.org	National Bureau of Economic Research
www.nih.gov	National Institutes of Health. U.S. Department of Health and Human Services
www.nyspltc.org	New York State Partnership for Long-Term Care
www.pubmedcentral.nih.gov	U.S. National Institutes of Health. Free digital archive of biomedical and life sciences journal literature
www.ssa.org	Social Security Administration
www.stats.bls.gov	U.S. Bureau of Labor. Bureau of Labor Statistics

Recursos en Francia

www.ameli.fr	L'assurance maladie
www.cnnav.fr	Caisse Nationale d'Assurances Vieillesse
www.cnsa.fr	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
www.ffsa.fr	Fédération Française des Sociétés d'Assurances
www.gis-longevite.cnrs.fr	Institut de la Longévité et du Vieillissement
www.ined.fr	Institut National d'Études Démographiques
www.insee.fr	Intitut National de la Statistique et des Études Économiques
www.irdes.fr	Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
www.legifrance.gouv.fr	Le service public de la diffusion du droit
www.personnes-agees.gouv.fr	Ministère délégué aux Personnes Agées
www.sante.gouv.fr/drees/	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

www.securite-sociale.fr	Portail de la Sécurité Sociale
www.servicessalapersonne.gouv.fr	Agence Nationale des Services à la Personne
www.travail-solidarite.gouv.fr	Ministère du Travail des Relations Sociales, de la Famille et de la Solidarité
www.una.fr	Union Nationale de l'Áide, des Soins et des Services à Domicile
www.vosdroits.service-public.fr	Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)

Aseguradoras

http://particuliers.lcl.fr	Le Crédit Lyonnais
www.agf.fr	AGF
www.agipi.com	Association Générale Interprofessionnelle de Prévoyance et d'Investissement
www.ag2retvous.com	AG2R Prévoyance
www.aigretirement.com	American International Group (AIG)
www.americanrepublic.com	American Republic
www.avivadirect.fr	Aviva
www.axa.fr	Axa
www.axaonline.com/index.html	Axa Advisors
www.bankers.com	Bankers Life and Casualty Company
www.caixaterrassa.es	Caixa Terrassa
www.conservateur.fr/index.php	Le Conservateur
www.countryfinancial.com	Country Insurance and Financial Services
www.credit-agricole.fr	Crédit Agricole
www.creditmutuel.fr	Crédit Mutuel
www.equilife.com	Equitable Life & Casualty Insurance Company
www.fbfs.com	Farm Bureau Financial Services
www.genworth.com	Genworth Financial

www.johnhancockltc.com	John Hancock Long-Term Care Insurance
www.labanquepostale.fr	La Banque Postale
www.maaf.fr	MAAF Assurances
www.macif.fr	MACIF
www.massmutual.com	MassMutual Financial Group
www.metlife.com.ar/	Metropolitan Life Insurance Company
www.mmcb.es	Mutual Médica
www.mutuam.com	Mutuam M.P.S.
www.nefnw.com	New England Financial. A MetLife Company
www.newyorklife.com	New York Life Insurance Company
www.nmfn.com	Northwestern Mutual Financial Network
www.physiciansmutual.com	Physicians Mutual
www.premalliance.com/fr	Groupe Prémalliance
www.prudential.com/view/page	Prudential Insurance Company of America
www.statefarm.com	State Farm Insurance
www.unitedamerican.com	United American Insurance Company
www.sanitas.es	Sanitas
www.swisslife.fr	Swiss Life
www.unilia-mutuelle.fr	Unilia Mutuelle

Publicaciones y revistas

www.brokerworldmag.com	Broker World Magazine
www.nber.org	National Bureau of Economic Research
www.palgravejournals.com	Palgrave Macmillan

Otras direcciones de interés

http://dsc.ucsf.edu/main.php	University of California, San Francisco. Disability Statistics Center
---	---

http://intranet.icea.es	Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras y Fondos de Pensiones (ICEA)
http://ltc.georgetown.edu	Georgetown University. Long-Term Care financing project
www.aahsa.org	American Association of Homes and Services for the Aging
www.aaltci.org	American Association for Long-Term Care Insurance
www.aarp.org	American Association of Retired Persons
www.agers.es	Asociación Española de Gerencia de Riesgos y Seguros
www.ahcancal.org	American Healthcare Association
www.ahia.net	Association of Health Insurance Advisors
www.ahip.net	America's Health Insurance Plans
www.alares.es	Alares
www.amrae.asso.fr	Association pour le Management des Risques et des Assurances de l'Enterprise. France
www.caregiving.org	National Alliance for Caregiving
www.civicenterprises.net	Civic Enterprises, LLC
www.edad-vida.org	Edad & Vida
www.hcbs.org	Clearinghouse for the Community Living Exchange Collaborative
www.ilr.cornell.edu	Cornell University. ILR School. Disability Statistics
www.kff.org	The Henry J. Kaiser Family Foundation
www.long-term-care.org	Long-Term Care Insurance
www.ltcg.com	Long-Term Care Group
www.mrltc.com	Mr. Long-Term Care
www.nahc.org	National Association for Home Care & Hospice
www.rims.org	Risk and Insurance Management Society Inc.(RIMS). United States

www.soa.org

Society of Actuaries

www.swissre.com

Sigma

www.unespa.es

Unión Española de Entidades
Aseguradoras y Reaseguradoras

www.urban.org

Urban Institute

ANEXO ABREVIATURAS

AAH	Allocation Adultes Handicaps
ABI	Automatic Benefit Increase
ACIO	Automatic Compound Inflation Option
ACOSS	L'Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale
ACTP	Allocation Compensatrice pour Tierce Personne
ADL	Activities of Daily Living
AGGIR	Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources
AGIRC	Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres
ALF	Assisted Living Facilities
ALTCS	Arizona Long-Term Care System
APA	L'Allocation Personnalisée d'Autonomie
ASE	L'Aide Sociale à l'Enfance
ASH	L'Aide Sociale à l'Hébergement
BP	Benefit Period
BVD	Baremo de Valoración de la Dependencia
CalPERS	California Public Employees' Retirement System
CBL	Contingent Benefit on Lapse
CBO	Congressional Budget Office
CCRC	Continuing Care Retirement Communities
CDAPH	Commission des Droits et de L'Autonomie des Personnes Handicap�es
CHIP	Children's Health Insurance Program.
CIF	Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud
CMS	Centers for Medicare and Medicaid Services

CNA	Caisse Nationale d'Assurance famille
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNAV	Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
COB	Coordination of Benefits
COLAs	Cost of Living Allowances
CPIMC	Consumer Price Index for Medical Care
CSA	Contribution de Solidarité pour l'Autonomie
CSG	Cotisation Sociale Généralisée
CSIL	Community Spouse Income Limit
CSS	Code de la Sécurité Sociale
DADS	Déclarations Annuelles des Données Sociales
DBA	Daily Benefit Amount
DGCP	Direction Générale de la Comptabilité Publique
DGI	Direction Générale de Impôts
DMB	Daily Maximum Benefit
DRA	Deficit Reduction Act
DRH	Direction des Ressources Humaines
DREES	Direction de la Recherche des Études de L'Évaluation et des Statistiques
DSH	Disproportionate Share Hospitals
ECPF	Encuesta Continua de Presupuestos Familiares.
ECV	Encuesta de Condiciones de Vida
EFF	Encuesta Financiera de las Familias
EHPA	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EPDV	Expected Present Discounted Values
EPF	Encuesta de Presupuestos Familiares
ESI	Employer-Sponsored Insurance
ESPAS	Établissements Sociaux de l'Action Sociale et des Professions

EVSI	Espérance de Vie Sans Incapacité
FEDEA	Fundación de Estudios de Economía Aplicada
FEHB	Federal Employees Health Benefits
FFAPA	Fonds de Financement de l'APA
FFS	Fee for Service
FFSA	Fédération Française des Sociétés d'Assurance
FICA	Federal Insurance Contributions Act
FLTCIP	Federal Long-Term Care Insurance Program
FMAP	Federal Medical Assistance Percentage
FOA	Family Opportunity Act
FPL	Federal Poverty Level
FPO	Future Purchase Option
GIR	Groupes Iso-Ressources
GPO	Guaranteed Purchase Option
HCBS	Home Community Based Services
HHA	Home Health Agency
HID	Enquête «Handicaps-Incapacités-Dépendance»
HIPAA	Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996
HMA	Health Management Associates
HMO	Health Maintenance Organization
HSA	Health Savings Account
IADL	Instrumental Activities of Daily Living
ICEA	Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras y fondos de pensiones
ICF/MR	Intermediate-Care Facility for the Mentally Retarded
ICF/MRDD	Intermediate-Care Facility for the Mentally Retarded and Developmentally Disabled
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
IPREM	Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples
ISFAS	Instituto Social de las Fuerzas Armadas
JCT	Joint Committee on Taxation

IRS	Internal Revenue Service
KCMU	Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured
LFSS	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
LGPE	Ley General de Presupuestos del Estado
LPN	Licensed Practical Nurse
LTC	Long Term Care
LVN	Licensed Vocational Nurse
MAP	Medical Assistance Payments
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MR/DD	Mental Retardation/Developmental Disabilities
MSIS	Medicaid Statistical Information System
MTAS	Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
MUFACE	Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado.
MUGEJU	Mutualidad General Judicial
NAIC	National Association of Insurance Commissioners
NHE	National Health Expenditures
NF	Nursing Facility
NNHS	National Nursing Home Surveys
OBRA	Omnibus Budget Reconciliation Act
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OMB	Office of Management and Budget
OPM	Office of Personnel Management (United States)
PACE	Program of All-Inclusive Care for the Elderly
PACS	Partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité
PCH	Prestation du Compensation du Handicap
PHI	Permanent Health Insurance
PHOGUE	Panel de Hogares de la Unión Europea
PNA	Personal Needs Allowance
PPO	Preferred Provider Organisation
QMB	Qualified Medicare Beneficiaries

RFP	Request for Proposal
RMA	Revenue Minimum d'Activité
RMI	Revenue Minimum d'Insertion
RN	Registered Nurse
SAAD	Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia
SBP	Shortened Benefit Period
SCHIP	State Children's Health Insurance Program
S/HMO	Social Health Maintenance Organizations
SMI	Salario Mínimo Interprofesional
SMIC	Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance
SNF	Skilled Nursing Facilities
SNP	Special Needs Plan (integrate acute and LTC services for disabled Medicaid beneficiaries)
SOVI	Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez
SSI	Supplemental Security Income
SSIAD	Services de Soins Infirmiers à Domicile
USLD	Unités de Soins de Longue Durée

ÍNDICE DE GRÁFICOS

CAPÍTULO 1. QUÉ ES LA DEPENDENCIA Y FORMAS POSIBLES DE ASEGURAMIENTO

Gráfico 1.1. Coste unitario anual según la alternativa de provisión de cuidados. Hombres	28
Gráfico 1.2. Coste unitario anual según la alternativa de provisión de cuidados. Mujeres	29

CAPÍTULO 2. ANÁLISIS DE LOS FACTORES QUE EXPLICAN EL FENÓMENO DE LA DEPENDENCIA. ANÁLISIS DETALLADO DEL FENÓMENO DEL ENVEJECIMIENTO

Gráfico 2.1. Tasa de discapacidad en personas mayores según nivel de estudios.....	50
Gráfico 2.2. Personas con alguna discapacidad por nivel mensual de ingresos del hogar.....	51
Gráfico 2.3. Proyecciones de población. España año 2050 (miles).....	59
Gráfico 2.4. Tasas de fertilidad. Proyección 2050	62
Gráfico 2.5. Esperanza de vida al nacer. Proyección 2045-2050.....	63
Gráfico 2.6. Proyecciones año 2050 de población mundial y tasas de crecimiento medio anual	66
Gráfico 2.7. Proyecciones de población mundial año 2050 (miles).....	67
Gráfico 2.8. Tasas de crecimiento de nacimientos y fallecimientos. Proyección año 2050. Regiones menos desarrolladas.....	68
Gráfico 2.9. Tasas de crecimiento de nacimientos y fallecimientos. Proyección año 2050. Regiones más desarrolladas.....	69
Gráfico 2.10. Esperanza de vida al nacer. Proyección año 2050	70
Gráfico 2.11. Mortalidad infantil. Proyección año 2050	70
Gráfico 2.12. Población de más de 65 años. Proyección año 2050	71
Gráfico 2.13. Población de más de 80 años. Proyección año 2050	71
Gráfico 2.14. Tasa de fertilidad por mujer. Proyección año 2050	72
Gráfico 2.15. Esperanza de vida al nacer por sexos. Proyección 2045-2050	73
Gráfico 2.16. Número medio de hijos por mujer y edad media de la maternidad. España. 1975-2006	75

Gráfico 2.17. Tasa de fecundidad (nacidos) por 1.000 mujeres. España. 1975-2006.....	76
Gráfico 2.18. Trabajadores extranjeros afiliados en alta laboral por grupos de edad.....	77
Gráfico 2.19. Evolución prevista de la población española por grandes grupos de edad al año 2060	79
Gráfico 2.20. Evolución prevista de la población española por grandes grupos de edad al año 2060 (porcentajes)	80
Gráfico 2.21. Evolución población española entre 65 y 79 años y mayor de 80 años. Año 2060. (miles).....	81
Gráfico 2.22. Diferencia entre mujeres y hombres por grupos de edad. 2005	82
Gráfico 2.23. Esperanza de vida al nacer por edad y sexo. De 1900 a proyección 2030	83
Gráfico 2.24. Pirámide de población España a 1 de enero de 2008	84
Gráfico 2.25. Pirámide de población España. 2050	85
Gráfico 2.26. Tasas de discapacidad por tramos de edad.....	89
Gráfico 2.27. Discapacidades muy severas por tipo de discapacidad y sexo.....	90
Gráfico 2.28. Perfil educativo de la población mayor discapacitada. Por edad.....	91
Gráfico 2.29. Perfil educativo de la población mayor discapacitada. Por sexo	92
Gráfico 2.30. Población discapacitada y tasa por 1.000 habitantes. Mayores de 65 años por CC.AA.....	93
Gráfico 2.31. Tasa de discapacidad sobre población total según tamaño de municipio	95
Gráfico 2.32. Tasas de fertilidad en EE.UU. 1950-2005	99
Gráfico 2.33. Evolución prevista de la población en EE.UU. por grandes grupos de edad al año 2050 (miles)	100
Gráfico 2.34. Evolución prevista de la población en EE.UU. por grandes grupos de edad al año 2050 (porcentajes)	101
Gráfico 2.35. Evolución de la población mayor en EE.UU. 1950-2050 (miles)	103
Gráfico 2.36. Diferencia entre mujeres y hombres por grupos de edad. 2000	104
Gráfico 2.37. Pirámide de población en EE.UU. 2005.....	105
Gráfico 2.38. Pirámide de población en EE.UU. 2050.....	106
Gráfico 2.39. Tasas de discapacidad por tramos de edad. 2006.....	109
Gráfico 2.40. Tasas de discapacidad por tramos de edad por género. 2006.....	110
Gráfico 2.41. Número de mayores de 65 años «frágiles». Escenario intermedio. 2040 (millones).....	111

Gráfico 2.42. Porcentaje de mayores de 65 años con discapacidad. Escenario intermedio. 2040	112
Gráfico 2.43. Porcentaje de población mayor de 65 años. 2005 y proyección 2050	113
Gráfico 2.44. Evolución de la tasa de fecundidad según edad de la madre (por cada 100 mujeres). 1970-2004.....	114
Gráfico 2.45. Evolución prevista de la población francesa por grandes grupos de edad al año 2050 (miles)	115
Gráfico 2.46. Evolución prevista de la población en Francia por grandes grupos de edad al año 2050 (porcentajes)	116
Gráfico 2.47. Pirámide de población. Francia Metropolitana. 2005.....	118
Gráfico 2.48. Pirámide de población. Francia Metropolitana. 2050.....	119
Gráfico 2.49. Diferencia entre mujeres y hombres por grupos de edad. 2000	120
Gráfico 2.50. Evolución población francesa mayor de 65 años y mayor de 80 años. Año 2050 (miles).....	121
Gráfico 2.51. Porcentaje de población mayor de 65 años por departamento. 2005.....	122
Gráfico 2.52. Proyección número de dependientes mayores de 60 años	125
Gráfico 2.53. Tasas de fertilidad. 1950-2005	127
Gráfico 2.54. Evolución prevista de la población entre 15 y 64 años al año 2050 (porcentajes)	128
Gráfico 2.55. Evolución prevista de la población mayor de 65 años al año 2050 (porcentajes)	129
Gráfico 2.56. Evolución prevista de la población mayor de 80 años al año 2050 (porcentajes)	129

CAPÍTULO 3. SISTEMAS DE PROTECCIÓN PÚBLICO Y DE APOYO INFORMAL DE LA DEPENDENCIA EN ESPAÑA, EE.UU. Y FRANCIA

Gráfico 3.1. Evolución de algunos Servicios Sociales para personas mayores en España. 2002, 2007 y 2008	136
Gráfico 3.2. Número de usuarios SAD. 1985-2008	140
Gráfico 3.3. Número de usuarios Teleasistencia. 1995-2008	144
Gráfico 3.4. Evolución de plazas en Centros de Día para personas mayores dependientes en España. 2002-2008	147
Gráfico 3.5. Evolución de plazas en Centros Residenciales en España. 2002-2008	151
Gráfico 3.6. Personas elegibles del Libro Blanco y de los beneficiarios del SAAD. 2005-2015	164
Gráfico 3.7. Edad de los cuidadores.....	171
Gráfico 3.8. Nivel de estudios de los cuidadores.....	171

Gráfico 3.9.	Intensidad de los cuidados informales	173
Gráfico 3.10.	Tiempo diario.....	173
Gráfico 3.11.	Tiempo que lleva prestando la ayuda informal.....	174
Gráfico 3.12.	Comparación entre población discapacitada y población cuidadora según tamaño de municipio	177
Gráfico 3.13.	Tasas de crecimiento del gasto en cuidados de larga duración. <i>Medicaid</i> y <i>Medicare</i> . 1990-2003	182
Gráfico 3.14.	Proporción de gasto público y privado en el total de gastos de cuidados de larga duración. 1990-2004	183
Gráfico 3.15.	Gasto en cuidados de larga duración para personas mayores. EE.UU. Año 2000 y proyección 2040 (miles de millones de dólares US)	185
Gráfico 3.16.	Gasto en cuidados de larga duración de <i>Medicaid</i> distribuido entre Servicios Domiciliarios y Residenciales. 1990-2006. (miles de dólares US)	189
Gráfico 3.17.	Número de beneficiarios de <i>Medicare</i> (millones). 1970-2030.....	191
Gráfico 3.18.	Edad y género de la población protegida de <i>Medicare</i> . 2003	193
Gráfico 3.19.	Tiempo que lleva prestando la ayuda informal	196
Gráfico 3.20.	Efectos en los cuidadores informales	197
Gráfico 3.21.	Distribución de usuarios de unidades de cuidados de larga duración según GIR. Francia entera. 31 diciembre 2003 ...	200
Gráfico 3.22.	Distribución por grupos de edad de los beneficiarios personas mayores de una ayuda social a domicilio e institucionalizados en Francia Metropolitana. 31 diciembre 2006.....	203
Gráfico 3.23.	Distribución por GIR de los beneficiarios personas mayores de una ayuda social a domicilio e institucionalizados en Francia Metropolitana. 31 diciembre 2006.....	204

CAPÍTULO 4. SISTEMAS DE ASEGURAMIENTO PRIVADO EN EE.UU., FRANCIA Y ESPAÑA

Gráfico 4.1.	Primas mensuales del <i>Federal Long-Term Care Insurance Program</i> . 2008.....	232
Gráfico 4.2.	Evolución número de asegurados en EE.UU. 1998 a 2008	239
Gráfico 4.3.	Número de pólizas de dependencia acumulativas, colectivas de empleados ofrecidas entre 1988 y 2002	246
Gráfico 4.4.	Contratación individual y colectiva de seguros de cuidados de larga duración, por tramos de edad.....	247

Gráfico 4.5.	Distribución del colectivo elegible en el <i>Federal LTC Insurance Program</i>	254
Gráfico 4.6.	Número de asegurados privados de dependencia en compañías aseguradoras según sea garantía principal o complementaria. 1999-2007	259
Gráfico 4.7.	Número de asegurados privados de dependencia en compañías aseguradoras según sea contratación individual o colectiva, con independencia de que sea garantía principal o complementaria. 1999-2007	261
Gráfico 4.8.	Primas totales según contratación individual o colectiva, en pólizas con la dependencia como garantía principal. 1999-2007 (miles de euros)	262
Gráfico 4.9.	Primas medias según contratación individual o colectiva, en pólizas con la dependencia como garantía principal. 1999-2007 (euros).....	262
Gráfico 4.10.	Saldo neto de primas menos indemnizaciones y porcentaje respecto a número total de asegurados en pólizas con la dependencia como garantía principal. 1999-2007 (euros).....	263

ÍNDICE DE TABLAS

CAPÍTULO 1. QUÉ ES LA DEPENDENCIA Y FORMAS POSIBLES DE ASEGURAMIENTO

Tabla 1.1. Relación de tablas y baremos utilizados para graduar las situaciones de dependencia	15
Tabla 1.2. Categorías de dependencia y descripción índice de Katz	16
Tabla 1.3. Actividades Instrumentales de la Vida Diaria	17
Tabla 1.4. Actividades utilizadas y número mínimo para determinar la pérdida de autonomía.....	18
Tabla 1.5. Distribución de personas dependientes según edad y sexo. Miles y tasa por 1.000 habitantes	20
Tabla 1.6. Catálogo de servicios de un Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD).....	22
Tabla 1.7. Gasto en Servicios Sanitarios y Sociales en las fases de dependencia y no dependencia. Gasto año por individuo	26
Tabla 1.8. Costes unitarios anuales según la alternativa de provisión de cuidados. Euros	28
Tabla 1.9. Gasto en Servicios Sanitarios y Sociales en las fases de dependencia y no dependencia. Gasto año por individuo	29
Tabla 1.10. Incremento de gastos de cuidados de larga duración como porcentaje del Producto Interior Bruto entre 2000 y 2050	30
Tabla 1.11. Gasto en pensiones y en cuidados a personas mayores en los países de la Unión Europea 1995-2006. Porcentaje del PIB.....	34
Tabla 1.12. Gasto total en dependencia año 2000 (% PIB).....	35
Tabla 1.13. Total gasto público en cuidados de larga duración	36
Tabla 1.14. Gasto total en dependencia año 2000 (% PIB).....	37

CAPÍTULO 2. ANÁLISIS DE LOS FACTORES QUE EXPLICAN EL FENÓMENO DE LA DEPENDENCIA. ANÁLISIS DETALLADO DEL FENÓMENO DEL ENVEJECIMIENTO

Tabla 2.1. Factores que condicionan la aparición de situaciones de dependencia.....	45
Tabla 2.2. Prevalencia de discapacidad por edad y sexo (tanto por mil)..	46
Tabla 2.3. Tasa de discapacidad en personas mayores por tipo de actividad y grupo de edad	48

Tabla 2.4. Diez primeras enfermedades asociadas con limitación funcional o discapacidad en mayores de 65 de EE.UU. En 2001	52
Tabla 2.5. Enfermedades más comunes entre la población mayor con severas limitaciones en su actividad principal en Australia. 2003	53
Tabla 2.6. Efectos de la obesidad en la discapacidad entre hombres y mujeres en EE.UU. entre 50 y 69 años. Porcentaje de población con alguna limitación en Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD).....	54
Tabla 2.7. Preferencias de afrontar la vejez caso de no poder valerse por sí mismo cuando llegue la vejez. 2007	55
Tabla 2.8. Aumento tasa de dependencia en población de 65 años y más. España 1993-2001	58
Tabla 2.9. Migración neta anual (miles).....	60
Tabla 2.10. Población total y población mayor de 65 años. Proyección 2050.	61
Tabla 2.11. Gastos en cuidados de larga duración per cápita como porcentaje del PIB	65
Tabla 2.12. Evolución y proyecciones de población por áreas geográficas mundiales (millones)	66
Tabla 2.13. Incremento de población 2005-2050; ratio de dependencia y proyección 2050	74
Tabla 2.14. Trabajadores extranjeros en España. 1999-2005.....	78
Tabla 2.15. Evolución de la población mayor española 1900-2060	80
Tabla 2.16. Discapacidades clasificadas por grupos de la EDDDES 1999	87
Tabla 2.17. Comparación de población discapacitada por grupos de edad y sexo. EDDDES 1999 y EDAD 2008	88
Tabla 2.18. Población con discapacidad severa.....	89
Tabla 2.19. Tasas de discapacidad mayores de 65 años por grupos de edad	90
Tabla 2.20. Población discapacitada y tasa por 1.000 habitantes mayores de 65 años por CC.AA.	92
Tabla 2.21. Tasa de discapacidad y tasa por 1.000 habitantes mayores de 65 años por CC.AA	94
Tabla 2.22. Población según tamaño municipal. 2005	96
Tabla 2.23. Personas dependientes según tipo de residencia	97
Tabla 2.24. Estimación población mayor dependiente año 2020	98
Tabla 2.25. Evolución de la población mayor en EE.UU. 1950-2050 (miles).....	102
Tabla 2.26. Población mayor en EE.UU. por raza y origen hispano. 2003, 2006 y 2050	107

Tabla 2.27. Población mayor de 65 años con al menos una limitación en ABVD en EE.UU.....	108
Tabla 2.28. Prevalencia de discapacidad. Población mayor de 65 años de EE.UU. 2006	109
Tabla 2.29. Evolución de la tasa de fecundidad por grupos de edad (por cada 1.000 mujeres). 1999-2004.....	114
Tabla 2.30. Comparación proyecciones población total y población mayor francesa 2005-2050 (miles)	117
Tabla 2.31. Evolución de la población total y población mayor francesa (miles). 1950-2050	120
Tabla 2.32. Distribución de personas dependientes mayores de 60 años según edad y sexo (%)	123
Tabla 2.33. Actividades evaluadas en la rejilla AGGIR.....	123
Tabla 2.34. Número de personas dependientes mayores de 65 años según gravedad	125

CAPÍTULO 3. SISTEMAS DE PROTECCIÓN PÚBLICO Y DE APOYO INFORMAL DE LA DEPENDENCIA EN ESPAÑA, EE.UU. Y FRANCIA

Tabla 3.1. Gasto público en Servicios Sociales para personas mayores en España. Enero 2005.....	133
Tabla 3.2. Evolución de la financiación del Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en Corporaciones Locales. 1988-2003 (miles €)	134
Tabla 3.3. Servicios Sociales para personas mayores. Principales magnitudes. Enero 2007 y enero 2008	137
Tabla 3.4. Preferencias de la población en torno a los servicios de cuidados de larga duración	137
Tabla 3.5. Servicio Público de Ayuda a Domicilio en España. Perfil del usuario y distribución de las tareas. Enero 2007 y enero 2008.....	138
Tabla 3.6. Índice de cobertura SAD. 1988-2008.....	139
Tabla 3.7. Índice de cobertura SAD e índice de intensidad horaria por Comunidades Autónomas. Enero 2008	140
Tabla 3.8. SAD en cinco ciudades españolas. 2006.....	141
Tabla 3.9. Servicio Público de Teleasistencia en España. Perfil del usuario. Enero 2007 y enero 2008.....	143
Tabla 3.10. Índice de cobertura Teleasistencia. 1995-2008.....	144
Tabla 3.11. Número de usuarios atendidos, índice de cobertura y precio anual por usuario Servicio Público Teleasistencia por Comunidades Autónomas. Enero 2008	145

Tabla 3.12. Centros de Día para personas mayores en situación de dependencia en España. Perfil del usuario. Enero 2007 y enero 2008.....	146
Tabla 3.13. Índice de cobertura Centros de Día para personas mayores dependientes en España, según titularidad. Enero 2002-Enero 2008.....	147
Tabla 3.14. Índice de cobertura Centros de Día para personas mayores dependientes en España por Comunidades Autónomas. Enero 2008	148
Tabla 3.15. Centros Residenciales para personas mayores en situación de dependencia en España. Perfil del usuario. Enero 2007 y Enero 2008	149
Tabla 3.16. Índice de cobertura Centros Residenciales en España para personas mayores dependientes, según titularidad. Enero 2002-Enero 2008.....	150
Tabla 3.17. Índice de cobertura Centros Residenciales para personas mayores dependientes en España por Comunidades Autónomas. Enero 2008	151
Tabla 3.18. Coste total estimado de los cuidados de larga duración en España. 1998	153
Tabla 3.19. Costes totales de cuidados de larga duración. Personas con discapacidades en España. 1999	154
Tabla 3.20. Principios que inspiran la Ley de Dependencia	155
Tabla 3.21. Distribución del nivel acordado 2008 previsto en la Ley de Dependencia (euros).....	158
Tabla 3.22. Distribución del fondo estatal extraordinario 2008 (euros)	159
Tabla 3.23. Proyección del Libro Blanco de personas elegibles por la Ley de Dependencia en España. 2005, 2010, 2015, 2020....	163
Tabla 3.24. Prevalencia de personas elegibles por la Ley de Dependencia en España, según la proyección del Libro Blanco. 2005, 2010, 2015, 2020	163
Tabla 3.25. Beneficiarios con derecho a prestación según gravedad, clasificados por CC.AA. 1 de mayo de 2009.....	164
Tabla 3.26. Evolución de beneficiarios por recursos asignados del SAAD en España	166
Tabla 3.27. Beneficiarios con derecho a prestación según tipo de prestación, clasificados por CC.AA. 1 de mayo de 2009..	166
Tabla 3.28. Estimación de beneficiarios de Apoyo Informal en los cuatro países del estudio 2000 (año base) (miles)	168
Tabla 3.29. Formas de convivencia de la población mayor en 21 países de la UE, CIRCA 2001	169
Tabla 3.30. Perfil sociodemográfico del cuidador informal español y diferencias con la población española. 1994 y 2004 (%)....	172

Tabla 3.31. Evolución tasa de actividad de la mujer española. Segundo trimestre de 1987 - Segundo trimestre de 2010	175
Tabla 3.32. Número estimado de beneficiarios de Apoyo Informal en los cuatro países del estudio en 2000 y 2050 (caso base) y porcentaje de crecimiento (miles).....	176
Tabla 3.33. Porcentaje de crecimiento en los cuatro países del estudio 2000-2050 (caso base).....	176
Tabla 3.34. Incidencias en el desarrollo de la vida normal del cuidador. 2004.....	178
Tabla 3.35. Gasto proyectado en cuidados de larga duración al 2050 en los cuatro países del estudio ante una disminución en la proporción de cuidados informales. Cuidados de larga duración como porcentaje del Producto Interior Bruto (%)	179
Tabla 3.36. Distribución del gasto en cuidados de larga duración según el pagador, para toda la población. 2004	181
Tabla 3.37. Distribución del gasto en cuidados de larga duración según el pagador, para toda la población. 2004 y proyección 2015.....	183
Tabla 3.38. Distribución del gasto en cuidados de larga duración para personas mayores según el pagador, excluido Apoyo Informal. 2004	184
Tabla 3.39. Número de beneficiarios y coste medio por beneficiario <i>Medicaid</i> . 1975-2003.....	186
Tabla 3.40. Gasto per cápita de cuidados de larga duración de <i>Medicaid</i> . 2006. (Dólar US).....	186
Tabla 3.41. Gasto total <i>Medicaid</i> y gasto en cuidados de larga duración. 1990-2006 (miles de millones de dólares US)	187
Tabla 3.42. Número de asegurados activos de <i>Partnership Program</i> y número de aquellos que han accedido a los servicios de <i>Medicaid</i>	190
Tabla 3.43. Pagos a cargo del beneficiario de <i>Medicare</i> en Parte A. 2009	192
Tabla 3.44. Cuidadores informales en EE.UU. atendiendo al índice de grado de carga. 2004.....	194
Tabla 3.45. Estimaciones del número y porcentajes de cuidadores informales en EE.UU. según grupo racial y étnico. 2004	195
Tabla 3.46. Perfil demográfico de los cuidadores informales en EE.UU. según grupo racial y étnico. 2004	195
Tabla 3.47. Número de Servicios Sociales para personas mayores y capacidad. Francia entera. 31 diciembre 2003	200
Tabla 3.48. Distribución de los Servicios Sociales para personas mayores según tamaño. Francia entera. 31 diciembre 2003.....	201

Tabla 3.49. Distribución de beneficiarios de Servicios Sociales personas mayores en Francia Metropolitana. 31 diciembre 2006.....	201
Tabla 3.50. Número de beneficiarios de ayudas sociales en personas mayores en Francia Metropolitana. 2002-2006	202
Tabla 3.51. Evolución de los gastos sociales brutos por categoría en Francia Metropolitana 2002-2006 y tasa de crecimiento 2006 (millones)	205
Tabla 3.52. Evolución de los gastos sociales brutos para personas mayores dependientes por programa en Francia Metropolitana 2002-2006 y tasa de crecimiento 2006 (millones).....	205
Tabla 3.53. Comparación de la cifra media de gasto por beneficiario entre la cifra total de Servicios Sociales brutos en personas mayores y la de APA en Francia Metropolitana 2002-2006	206
Tabla 3.54. Importe mensual en euros en usuarios de APA a domicilio. Francia entera. 30 de junio de 2007	208
Tabla 3.55. Importe mensual en euros en usuarios de APA en centros de alojamiento para personas mayores. Francia entera. 30 de junio de 2007.....	208
Tabla 3.56. Distribución de las personas dependientes según su clasificación GIR atendiendo al tipo de cuidados recibidos ...	209
Tabla 3.57. Personas mayores dependientes según el tipo de cuidadores potenciales. 2000 y 2040	210

CAPÍTULO 4. SISTEMAS DE ASEGURAMIENTO PRIVADO EN EE.UU., FRANCIA Y ESPAÑA

Tabla 4.1. Elementos diferenciadores entre pólizas individuales y colectivas.....	216
Tabla 4.2. Elementos más importantes en un contrato de seguro de dependencia.....	218
Tabla 4.3. Porcentaje de reducción del importe a reembolsar en caso de fallecimiento	235
Tabla 4.4. Características socioculturales de compradores individuales de seguro de cuidados de larga duración	240
Tabla 4.5. Características de las pólizas individuales de seguro de cuidados de larga duración según la edad del comprador (valores medios)	242
Tabla 4.6. Características de las pólizas individuales de seguro de cuidados de larga duración según el nivel de ingresos del comprador (valores medios).....	243

Tabla 4.7.	Características de las pólizas individuales de seguro de cuidados de larga duración (valores medios).....	244
Tabla 4.8.	Características de los productos individuales y colectivos vendidos en 2006 en EE.UU.....	247
Tabla 4.9.	Características de las pólizas individuales y colectivas vendidas en 2008 en EE.UU.....	248
Tabla 4.10.	Características socioculturales de los compradores de pólizas <i>Partnership Program</i>	251
Tabla 4.11.	Tipos de cobertura del <i>Federal Long-Term Care Program</i>	252
Tabla 4.12.	Diferencias en garantías y límites entre los productos <i>Facilities y Comprehensive</i>	253
Tabla 4.13.	Distribución de población elegida y número de asegurados por categoría. 31 de marzo de 2005.....	254
Tabla 4.14.	Distribución de los asegurados atendiendo al tipo de producto contratado. 31 de marzo de 2005	255
Tabla 4.15.	Distribución de los asegurados de paquetes cerrados atendiendo al tipo de producto contratado y a la protección de inflación elegida. 31 de marzo de 2005	255
Tabla 4.16.	Comparativa de primas para un soltero en el mercado individual a fecha 31 de marzo de 2005	256
Tabla 4.17.	Comparativa de primas para una pareja en el mercado individual a fecha 31 de marzo de 2005	257
Tabla 4.18.	Índice de concentración del mercado de seguros de dependencia de compañías aseguradoras en Francia. 2007	260
Tabla 4.19.	Concentración del mercado de seguros de dependencia de compañías aseguradoras en Francia, con identificación de las cuatro primeras. 2005.....	260
Tabla 4.20.	Criterios de valoración y tipos de dependencia cubiertos en función de su gravedad.....	267
Tabla 4.21.	Garantía principal (P) y garantías complementarias (C).....	268
Tabla 4.22.	Tipo de prestación.....	270
Tabla 4.23.	Período de pago de primas y tipo de prima satisfecha.....	270
Tabla 4.24.	Importes de renta mensual y porcentajes de indemnización en función del tipo de dependencia	271
Tabla 4.25.	Períodos de carencia y franquicia temporal y límites de edad para la contratación.....	272
Tabla 4.26.	Comparación de los productos aseguradores de dependencia españoles	274
Tabla 4.27.	Comparación de los productos aseguradores de dependencia en EE.UU., Francia y España	277

CAPÍTULO 5. ANÁLISIS EXPLORATORIO DEL FENÓMENO DE LA DEPENDENCIA EN EMPRESAS ESPAÑOLAS

Tabla 5.1. Distribución de las empresas del colectivo estudiado atendiendo al sector de actividad y al número de empleados.....	281
---	-----

CONCLUSIONES

Tabla 1. Conclusiones del análisis conceptual	301
Tabla 2. Conclusiones del análisis exploratorio	309