

# Sistemas de cuidados de larga duración para la cobertura y la financiación de las situaciones de dependencia: seguro privado e hipoteca inversa

Daniel Blay Berrueta

**ADVERTIMENT.** La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX ([www.tesisenxarxa.net](http://www.tesisenxarxa.net)) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

**ADVERTENCIA.** La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR ([www.tesisenred.net](http://www.tesisenred.net)) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

**WARNING.** On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX ([www.tesisenxarxa.net](http://www.tesisenxarxa.net)) service has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized neither its spreading and availability from a site foreign to the TDX service. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service is not authorized (framing). This rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.

Sistemas de cuidados de larga duración para la  
cobertura y la financiación de las situaciones de  
dependencia: seguro privado e hipoteca inversa

Daniel Blay Berrueta

Enero 2009

Directora: Dra. Montserrat Guillén Estany

Tesis doctoral para optar al título de Doctor por la Universidad de Barcelona

Programa de Doctorado en Estudios Empresariales

Especialidad en Ciencias Actuariales y Financieras

Bienio: 2004-2006



Agradezco a los miembros del Departamento de Econometría, Estadística y Economía Española el apoyo recibido durante todo el transcurso de la tesis. En especial, a todos los miembros del *Grup de Recerca en Finances i Assegurances* (RFA-IREA), quienes, con su trabajo y experiencia, me han permitido conocer el mundo de la investigación.

También quiero agradecer especialmente la dedicación, el apoyo y las contribuciones de mi directora de tesis, la Dra. Montserrat Guillén, quien ha hecho posible que pudiera realizar esta tesis.

A mi familia, a mis amigos, a mis compañeros, a todos y cada uno de ellos, por haberme dado su apoyo en los momentos difíciles, por su paciencia, y por su confianza.

A todos, mi más sincero agradecimiento.



A mis padres, Lluís y Anna, y a mis hermanos, Marta y Carles



## Índice

Introducción y objetivos.....	1
1. Antecedentes y situación actual en España en materia de dependencia.....	5
1.1 Introducción.....	5
1.2 Antecedentes en España en materia de dependencia.....	7
1.2.1 Antecedentes en la estimación del número de personas dependientes .....	13
1.2.2 Antecedentes en el criterio a seguir para determinar los niveles de severidad de la dependencia.....	14
1.3 Situación actual en España en materia de dependencia.....	17
1.3.1 Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.....	17
1.3.1.1 Valoración de la situación de dependencia y definición de los grados de dependencia.....	18
1.3.1.2 Financiación y nivel mínimo de protección.....	20
1.3.1.3 Prestaciones de dependencia en España.....	21
1.3.1.4 El copago.....	22
1.3.1.5 Desarrollo normativo de los productos privados de dependencia.....	26
1.3.2 Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia.....	28
2. Modelos de atención a la dependencia de referencia para España.....	39
2.1 Introducción.....	39
2.2 Sistemas de cuidados de larga duración en el mundo.....	40
2.3 Modelos de referencia para España: Francia y Alemania.....	47
2.4 Índices de cobertura de los diferentes servicios sociales: comparativa entre España, Francia y Alemania.....	51
2.5 Definición de los grados de dependencia: Francia y Alemania.....	52
2.6 Número de personas dependientes en España en 2008.....	54



2.7	Coste de atención a la dependencia en España según las prestaciones de dependencia en Francia y Alemania.....	56
3.	Los datos: EDAD (INE, 2008) y EDDDES (INE, 1999).....	59
3.1	Personas con alguna discapacidad y tasa de discapacidad, por sexo y edad.....	60
3.2	Personas con alguna discapacidad según grupo de discapacidad, por sexo y edad.....	64
3.3	Personas con alguna discapacidad para las actividades de la vida diaria por máximo grado de severidad y grupo de edad.....	66
3.4	Personas con alguna discapacidad y tasa de discapacidad, por grupos de edad, sexo y Comunidad Autónoma.....	70
3.5	Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2008. Encuesta dirigida a centros (EDAD centros)....	76
4.	Bases técnicas de un seguro privado de dependencia.....	87
4.1	Introducción.....	87
4.2	Características básicas de un seguro privado de dependencia.....	88
4.3	Bases técnicas: los datos.....	92
4.4	Bases técnicas: el modelo de tarificación.....	99
4.5	Resultados.....	107
4.5.1	Ajustes en las tasas de prevalencia de la dependencia.....	108
4.5.2	Prima pura mensual vitalicia en caso de cubrir todos los grados de dependencia.....	112
4.5.3	Prima pura mensual vitalicia en caso de cubrir las dependencias más graves.....	116
4.6	Primeras iniciativas del sector asegurador español.....	119
5.	Alternativas al seguro privado de dependencia en forma de prestación económica: Hipoteca inversa y prestación de servicios.....	127
5.1	Introducción.....	127
5.2	La prestación de servicios como cobertura ante situaciones de dependencia.....	128

5.2.1 Seguro privado de dependencia que garantiza una prestación en forma de asistencia a domicilio.....	131
5.2.2 Seguro privado de dependencia que garantiza una prestación en forma de asistencia en una residencia.....	139
5.3 La hipoteca inversa como cobertura ante situaciones de dependencia.....	143
5.3.1 La hipoteca inversa en Estados Unidos y en el Reino Unido.....	147
5.3.2 La hipoteca inversa en España.....	152
5.3.2.1 La hipoteca inversa de Caixa Terrassa.....	155
5.3.2.2 La hipoteca inversa de “la Caixa”.....	157
5.3.2.3 La hipoteca inversa de Ibercaja.....	158
5.3.2.4 Ejemplos de cálculo.....	159
5.3.3 Instrumentos alternativos a la hipoteca inversa que permiten la licuación del patrimonio inmobiliario.....	169
5.3.3.1 La hipoteca pensión.....	170
5.3.3.2 La vivienda pensión.....	171
5.3.3.3 La cesión para alquiler.....	171
6. Conclusiones y líneas futuras de investigación.....	173
6.1 Conclusiones.....	173
6.2 Líneas futuras de investigación.....	181
Bibliografía.....	183



## **Introducción y objetivos**

Las cifras que ha dado a conocer el Ministerio de Educación, Política Social y Deporte revelan que, a fecha 1 de Diciembre de 2008, se han recibido 684.525 solicitudes de valoración de la dependencia. Además, se han realizado 586.749 evaluaciones (un 85,72% sobre el total de las peticiones tramitadas), y se han formulado un total de 554.822 dictámenes (un 81,05%).

Del informe también se desprende que el total de beneficiarios con derecho a prestación asciende a 422.846 personas (el 76,21% de los dictámenes formulados), de las cuales, el 83,00% se encuentran en situación de dependencia de Grado III, y el 17,00% con Grado II Nivel 2 (IMSERSO, Servicio de Estadísticas de la Subdirección General Adjunta de Valoración, Calidad y Evaluación, 2008).

Por Comunidades Autónomas, Andalucía se sitúa como la región que más solicitudes de este tipo ha registrado hasta la fecha, 222.932, lo que representa un 32,57% del total nacional. La siguen Cataluña, con 89.345 (13,05%), Galicia con 49.252 (7,20%), Castilla la Mancha con 44.161 (6,45%) y Comunidad Valenciana con 34.145 (4,99%).

La aprobación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (Ley 39/2006, de 14 de Diciembre de 2006), supone la creación del cuarto pilar del Estado de Bienestar en España, y proporciona unos niveles de cobertura similares a los existentes en otros países de nuestro entorno.

Sin embargo, el Sistema Público ya deja entrever que no podrá soportar todo el coste económico que supone la atención a las personas dependientes. Por ello, bajo la premisa de cofinanciación de los cuidados de larga duración, cabe determinar cuáles son las alternativas de previsión que puede ofrecer la iniciativa privada.

En este sentido, los productos aseguradores privados podrán definirse como un complemento a las prestaciones que establezca el sistema público, evitando que el individuo tenga que recurrir a su patrimonio o al apoyo de sus familiares, o bien constituirse como una alternativa a la prestación pública. Los seguros de dependencia así concebidos constituyen un elemento de previsión y ahorro para la vejez.

Por otro lado, el sector bancario ha lanzado ya productos que convierten patrimonio (principalmente inmobiliario) en renta. Cuestiones como la valoración del patrimonio, su futura revalorización y la forma de calcular las rentas vitalicias, no han sido tratadas rigurosamente.

En la tesis se efectúan dos aportaciones. En primer lugar, una metodología sencilla que permite aproximar la prima de un seguro privado de dependencia, utilizando la información estadística existente en España en materia de dependencia para la población general.

Como punto de partida se utiliza la definición de dependencia que establece la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. En dicha Ley se define dependencia como “el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.”

Utilizando los datos que proporciona, por un lado, el Libro Blanco de la Dependencia (MTAS, 2005) y, por otro lado, la Encuesta de Discapacidades, Dependencia y Estado de Salud (INE, 1999), se estima la prima de un seguro privado de dependencia que garantiza una renta vitalicia en forma de prestación económica, tomando como metodología de referencia el modelo de Incidencia-Renta.

En segundo lugar, se han analizado diferentes alternativas a la prestación económica. Por un lado, la prestación en forma de servicios, desde dos puntos de vista: como un servicio de ayuda a domicilio y como un servicio de atención residencial. Por otro lado, se han analizado otros productos financiero-aseguradores como la hipoteca inversa, con el objetivo de evaluar en qué medida éstos constituyen un posible instrumento alternativo al seguro de dependencia, que permite financiar las necesidades de las personas dependientes. Factores como el aumento de la esperanza de vida, la aparición de la dependencia en las últimas etapas de la vida, y la elevada proporción de propietarios de vivienda, fueron los argumentos utilizados a la hora de crear este tipo de productos y justificar su potencial éxito.

El resto del trabajo se estructura como sigue. En el primer capítulo, se analizan los diferentes estudios y encuestas realizados en España en materia de dependencia.

En el segundo capítulo se analizan las principales características de los sistemas de cuidados de larga duración existentes en otros países de nuestro entorno. Además, se realiza una estimación del coste total de atención a la dependencia en España en el año 2008, utilizando las prestaciones de dependencia que establecen los sistemas de dependencia francés y alemán.

En el tercer capítulo se comparan las dos principales encuestas realizadas en España en materia de discapacidad y dependencia: la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES, INE, 1999), y la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD, INE, 2008).

En el cuarto capítulo se analizan las características básicas de un seguro privado de dependencia, se presentan las bases técnicas de un seguro de dependencia en base al modelo de Incidencia-Renta, y se estima la prima de un seguro privado de dependencia que garantiza una renta vitalicia en forma de prestación económica.

En el quinto capítulo, se plantean las principales alternativas al seguro privado que garantiza una prestación económica: la prestación de servicios (como servicios de ayuda a domicilio y como servicios de atención asistencial), y la licuación del patrimonio inmobiliario.

Por último se presentan las principales conclusiones y líneas futuras de investigación, así como la bibliografía utilizada.

## **Capítulo 1**

### **Antecedentes y situación actual en España en materia de dependencia**

#### **1.1 Introducción**

El envejecimiento de la población es un fenómeno que afectará a la mayoría de países desarrollados en los próximos años. Ello se debe al incremento de la esperanza de vida y a la baja tasa de fecundidad.

Se prevé un incremento muy importante del gasto social, debido sobre todo a las mayores necesidades que se derivan de una población más envejecida. En concreto, se espera un aumento muy importante de la población por encima de los 75 y los 85 años, edades en las que aumenta la probabilidad de que el individuo se encuentre en situación de dependencia. En España, se prevé un envejecimiento de la población todavía más acentuado, por la baja tasa de natalidad que se viene observando en las últimas décadas (ONU, 2005).

Según ICEA (2005), España se perfila como uno de los países que tendrá una proporción de personas mayores de 65 años más alta (35,6%). De ahí que, una de las formas de medir el envejecimiento (número de personas de 65 años y más entre el número de personas con edades entre 15 y 64 años), pase del 24,6% actual al 67,5% en el año 2050.

El envejecimiento demográfico que se produce actualmente en España ejerce un enorme impacto en su sistema económico y social. Los debates sobre la sostenibilidad y necesidades futuras del gasto asociado a la vejez se inclinan hacia modalidades de cobertura mixtas, en las que el sector privado garantice prestaciones complementarias (Bolancé et al., 2007).

Para dar respuesta al progresivo envejecimiento demográfico y a las carencias en materia de políticas sociales, en España se aprobó la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (en adelante, Ley de Dependencia), que sentó las



bases para construir el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), que es el mecanismo encargado de organizar la gestión y financiación de los servicios que necesitan las personas dependientes en España.

El Sistema se puso en marcha el pasado 1 de Enero de 2007, y su total implantación se prevé para el año 2015. De esta forma se pretende acompañar el desarrollo de todas las prestaciones con la creación de la infraestructura necesaria para ello. Durante los primeros años, se pretende cubrir a las personas con mayor grado de dependencia y, progresivamente, incluir a las personas con dependencia severa y moderada.

La Ley de Dependencia se basa en muchas de las recomendaciones que propuso en su momento el Libro Blanco de la Dependencia (MTAS, 2005). En concreto, las definiciones de dependencia y sus grados, las actividades que se consideran generadoras de la situación de dependencia, las estimaciones sobre población dependiente, la definición del catálogo de servicios y las prestaciones de dependencia, entre otros conceptos vinculados. A su vez, el Libro Blanco de la Dependencia (MTAS, 2005), se basa en la Encuesta realizada en el año 1999 por parte del Instituto Nacional de Estadística: la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES).

Durante el año 2008, se ha elaborado la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD, INE (2008)). Esta encuesta parte de la experiencia de la anterior EDDES (INE, 1999), adaptada a las condiciones sociales y demográficas actuales, utilizando la filosofía de la nueva Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Además, presenta una novedad fundamental: por primera vez se extiende la investigación de la discapacidad a la población que no reside en viviendas familiares.

El resto del capítulo se estructura como sigue. En primer lugar se analizan los principales antecedentes en España en materia de dependencia. Además se analizan los antecedentes en la estimación del número de personas

dependientes y los antecedentes en el criterio a seguir para establecer los niveles de severidad de la dependencia.

Posteriormente, se analiza la situación actual en España en materia de dependencia, centrandó inicialmente el estudio en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Por último, se analiza el avance de resultados disponible tras la realización de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD (INE, 2008)).

## **1.2 Antecedentes en España en materia de dependencia**

El envejecimiento de la población en España está siendo muy acentuado. Según proyecciones de la ONU (2005) en el 2050 España será el país más envejecido del mundo, con el 39,7% de la población de 60 años y más. La esperanza de vida al nacer en España se ha duplicado durante el siglo XX, llegando a 75,8 años para los hombres y 83,1 para las mujeres.

En el año 1900 los mayores de 65 años no alcanzaban el millón de personas, mientras que, en el año 1999 (año de realización de la EDDDES) más de 6,8 millones de personas superaban dicha edad. Según proyecciones del Instituto Nacional de Estadística se espera que en el año 2050 la población de 65 años y más sea de casi 13 millones de personas. Las personas con edad superior a los 80 años serán más de 4 millones (según las proyecciones de las Naciones Unidas, aproximadamente un 12,3% del total de la población).

A todo ello hay que sumar las bajas tasas de natalidad que vienen registrándose en las últimas décadas. En el año 1975 el número medio de hijos por mujer se situaba entorno a 3, mientras que actualmente es de 1,2 hijos.

Como recoge el Libro Blanco de la Dependencia (MTAS, 2005) y posteriormente la Ley de Dependencia, la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES) representa una de las fuentes de

información más fiables para el estudio de la población dependiente en España, y constituyó el fundamento para la creación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). Una recogida de datos mucho más reciente, a través de la Encuesta EDAD (INE, 2008) incluye entre las discapacidades que se investigan las relacionadas con las actividades básicas de la vida diaria que se tienen en cuenta para reconocer el derecho de asistencia que prevé la Ley de Dependencia, pero esta última encuesta no proporciona directamente el número de personas dependientes según el criterio de la misma.

La EDDDES (INE, 1999) fue realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) durante el segundo trimestre de 1999, en colaboración con la fundación ONCE y el IMSERSO. En la misma se recoge información sobre personas que residen en viviendas familiares (sin incluir a las personas institucionalizadas) en todo el territorio español, con un amplio tamaño muestral (79.000 viviendas y 220.000 personas, aproximadamente).

Es la segunda encuesta de este tipo realizada por el INE. La primera fue realizada en 1986, aunque con un alcance más restringido respecto a la información recogida. En concreto, los principales objetivos de la EDDDES (INE, 1999) fueron los siguientes:

- Estimar el total de personas residentes en viviendas familiares que padecen alguna discapacidad y conocer cuáles son éstas.
- Conocer la entidad de los distintos tipos de deficiencias que dan lugar a dichas discapacidades, identificando las deficiencias asociadas a cada uno de los grupos sociales.
- Conocer las causas que hayan podido generar dichas deficiencias, obteniendo datos que son indispensables para la elaboración de políticas sociales orientadas a la reducción de aquellas deficiencias que son susceptibles de prevención.
- Estimar el número de personas que, como consecuencia de padecer una deficiencia, sufren algún tipo de desventaja en relación con su entorno y analizar éstas últimas.

- Conocer la estructura de la población residente en viviendas familiares que padece alguna discapacidad buscando el perfil de los estados de necesidad en que se encuentra la población, aportar información sobre los factores de riesgo que están vinculados a estos fenómenos y sobre la problemática de las familias en las que algún miembro padezca alguna discapacidad.
- Aportar información indispensable para determinar las diferencias socio-sanitarias existentes entre el colectivo de personas con discapacidades y el que no las padece.
- Identificar factores de riesgo que inciden en el estado de salud general de la población mediante la investigación de determinados hábitos de vida, así como de la utilización de los servicios sanitarios.
- Atender las demandas de información estadística de carácter nacional e internacional.
- Analizar, para cada tipo de discapacidad, el número y características de las personas que las padecen según el grado de severidad (leve, moderada o grave).

La metodología que utiliza la Encuesta sigue las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, y en particular la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM, 1980; Egea y Sarabia, 2001), aunque con algunas modificaciones. La EDDDES (INE, 1999) define discapacidad como “toda limitación grave que afecte o se espera que vaya a afectar durante más de un año a la actividad del que la padece y tenga su origen en una deficiencia”.

Sin embargo, la EDDDES (INE, 1999) presenta una serie de limitaciones, entre las que cabe destacar las siguientes:

- No incluye a la población institucionalizada.
- El criterio utilizado para establecer los niveles de severidad (máxima severidad) se basa en una autovaloración subjetiva y, además, no tiene en cuenta el número de discapacidades que padece el individuo, sino la máxima severidad alcanzada en cada una de ellas.

- En definitiva, adolece de una definición precisa del estado de dependencia.

Además, la Encuesta utiliza 13 actividades de la vida diaria para definir el concepto de discapacidad, entre las que se mezclan actividades básicas y actividades instrumentales. Dentro de las 13 actividades de la vida diaria no se incluyen algunas actividades relacionadas con el funcionamiento mental básico, como reconocer personas y objetos y orientarse, o entender y ejecutar instrucciones y/o tareas sencillas, que también son esenciales para el quehacer cotidiano mínimamente autónomo. En consecuencia, el resultado subestima el número de personas dependientes debido a trastornos mentales y demencias (ICEA, 2005). Como consecuencia de las limitaciones que presenta la EDDES (INE, 1999), el Libro Blanco de la Dependencia (MTAS, 2005) establece una nueva definición de dependencia que incluye este tipo de actividades.

En este sentido, el Libro Blanco considera que una persona se encontrará en situación de dependencia cuando presente al menos una discapacidad severa o total en alguna de las 9 actividades básicas de la vida diaria consideradas (Tabla 1.1).

La Tabla 1.1 muestra las actividades que se incluyen, por un lado, en el concepto de discapacidad introducido en la EDDES (INE, 1999) y, por otro lado, en el concepto de dependencia manejado en el Libro Blanco de la Dependencia (MTAS, 2005).

Entre las dos fuentes se definen un total de 15 actividades. La EDDES (INE, 1999) incluye 13 actividades, que considera que son las actividades de la vida diaria. Por otro lado, el Libro Blanco (MTAS, 2005) considera que las actividades que generan dependencia son las llamadas actividades básicas de la vida diaria y, por ello, tan sólo incluye nueve actividades: 7 de ellas coinciden con las definidas en la EDDES (INE, 1999) y, además, añade dos más (reconocer personas y objetos y orientarse, y entender y ejecutar órdenes y/o tareas sencillas).

Tabla 1.1 Comparativa entre las actividades incluidas en la EDDDES (INE, 1999) y el Libro Blanco de la dependencia (MTAS, 2005).

EDDES: Actividades de la vida diaria	Libro Blanco: Actividades básicas de la vida diaria
Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo	Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo
Levantarse, acostarse	Levantarse, acostarse
Desplazarse dentro del hogar	Desplazarse dentro del hogar
Deambular sin medio de transporte	
Asearse solo: lavarse y cuidar su aspecto	Asearse solo: lavarse y cuidar su aspecto
Controlar las necesidades y utilizar solo el servicio	Controlar las necesidades y utilizar solo el servicio
Vestirse, desvestirse y arreglarse	Vestirse, desvestirse y arreglarse
Comer y beber	Comer y beber
Compras y control de los suministros y servicios	
Cuidarse de las comidas	
Limpieza y cuidado de la ropa	
Limpieza y mantenimiento de la casa	
Cuidarse del bienestar del resto de la familia	
	Reconocer personas y objetos y orientarse
	Entender y ejecutar órdenes y/o tareas sencillas

Fuente: Elaboración propia en base a EDDDES (INE, 1999) y Libro Blanco de la Dependencia (MTAS, 2005).

Por otro lado, existen una serie de encuestas que también proporcionan cifras relevantes sobre el número de personas discapacitadas en nuestro país. Entre ellas, cabe destacar las siguientes: la Encuesta Nacional de Salud (MSC, 1993, 1995, 1997, 2001, 2003 y 2006), la Encuesta sobre el Apoyo Informal a las Personas Mayores (CIS, 1993), la Encuesta sobre la Soledad en las Personas Mayores (CIS, 1998), las Encuestas de Salud de 1994 y 2001 de Cataluña, la Encuesta de Salud OARS-Vigo (1994), la Encuesta “Envejecer en Leganés” (1993 y 1999) y el Estudio Transversal en Córdoba (1997). A nivel internacional, el referente europeo es la Encuesta sobre la Salud, el Envejecimiento y la jubilación en Europa (SHARE, 2004).

Algunas de las conclusiones más relevantes obtenidas al tratar la información precedente quedan recogidas en distintos estudios. En Otero et al. (2004), y partiendo de la encuesta longitudinal de Leganés, se observa una mayor prevalencia de la dependencia para las actividades básicas de la vida diaria en las mujeres que en los hombres, para todos los grupos de edad considerados a partir de los 65 años. La aparición de la dependencia en las personas mayores se produce en edades cada vez más avanzadas. Por tanto, la esperanza de vida libre de discapacidad es mayor, aunque ello también comporta una mayor

complejidad de los cuidados necesarios para las poblaciones dependientes, más envejecidas.

En Séculi et al. (2001), y en este caso tomando como base la Encuesta de Salud de Cataluña, se pone de manifiesto una mayor percepción de mala salud en las mujeres que en los hombres, justificada fundamentalmente por las discapacidades padecidas y las enfermedades crónicas.

En Casado y López (2001), y tomando como referencia la Encuesta sobre la Soledad en las Personas Mayores, se estima el impacto del envejecimiento de la población española en los costes futuros de los cuidados de larga duración. Por un lado, los autores estiman el coste total de los cuidados de larga duración en España para el año 1998 en aproximadamente 535.233 millones de pesetas (3.216,81 millones de euros). Por otro lado, presentan proyecciones para dichos costes, teniendo en cuenta tasas de prevalencia constantes y decrecientes. En el primer caso estiman que los recursos totales para cuidados de larga duración deberían crecer a un ritmo del 8% ó 9% anual, aproximadamente. Para el escenario de caída de las tasas de prevalencia del 1% anual se observan resultados muy similares. El gasto total en cuidados de larga duración pasará del 0,6% del PIB a un rango, en función del escenario seleccionado, entre el 0,8% y el 1,2% en el año 2026.

A diferencia del estudio anterior, en Moragas et al. (2003) se estiman los costes totales de las enfermedades que producen dependencia, y no sólo los servicios de cuidados de larga duración. Se tienen en cuenta diferentes niveles de gravedad y diferentes opciones asistenciales (sanitario más cuidados domiciliarios; sanitario más cuidado domiciliario informal más servicio de ayuda a domicilio; residencial).

En Jiménez-Martín et al. (2007) se analiza la situación de la dependencia y los cuidados informales en España. En concreto, se describen distintos métodos de valoración y se cuantifican los costes de los cuidados informales en España. Los resultados indican que, tomando como referencia el año 2002, los costes

estimados de los cuidados informales representarían entre un 1,25% y un 1,93% del Producto Interior Bruto de España del mismo año.

Por su parte, Costa y Rovira (2000) estudian la demanda de seguros sanitarios y socio-sanitarios para las personas mayores, llevando a cabo un estudio de opinión sobre la aceptación de los seguros de dependencia. Según dicho estudio, la implementación de medidas fiscales podría incentivar la contratación de este tipo de seguros.

Por otro lado, en Börsch-Supan et al. (2005), tomando como base la Encuesta sobre la Salud, el Envejecimiento y la jubilación en Europa (SHARE, 2004), se analizan cuestiones tales como las relaciones y los contextos familiares, el trabajo, las pensiones, la seguridad económica y la salud, de las personas de 50 años y más en once países europeos. Los resultados obtenidos proporcionan indicadores útiles para posibles políticas sociales futuras.

### **1.2.1 Antecedentes en la estimación del número de personas dependientes**

Una forma de abordar el análisis de lo que la dependencia supone a nivel de una sociedad es estimar el coste total de atención a la dependencia. Para ello es necesario conocer el número de personas que se encuentran en situación de dependencia y, por tanto, es necesario determinar previamente las actividades que se consideran generadoras de dicha situación.

En este sentido, las diferencias que existen entre los estudios realizados en nuestro país son apreciables. Mientras algunos sólo incluyen actividades básicas de la vida diaria, otros incluyen, además de las básicas, algunas actividades instrumentales. Por otro lado, existen una serie de trabajos que engloban el conjunto de actividades de la vida diaria, e incluso algunos que incluye las 36 actividades que define la EDDDES (INE, 1999). De ahí las grandes diferencias que se observan en cuanto al número estimado de personas dependientes.



Rodríguez y Morán (2001) estiman un total de 1.113.626 personas dependientes, de las cuales 811.746 son mayores de 65 años. En este estudio, se consideran dependientes a aquellas personas con 3 o más discapacidades que no pueden realizar en ningún caso o con mucha dificultad al menos una actividad de la vida diaria referida al cuidado personal, movilidad en el hogar, y realización de algunas tareas domésticas.

En Braña (2004) se realiza una estimación del coste de la asistencia socio-sanitaria a la población mayor dependiente. Se basa en el estudio de Puga para la Fundación Pfizer (Informe Pfizer, 2002). En dicho estudio se estima el total de dependientes mayores de 65 años en 1.691.799 para el año 1998 (más 136.010 personas que ocupan plazas asistenciales en residencias de ancianos).

Según el Libro Blanco de la Dependencia (MTAS, 2005), el número de personas dependientes ascendería a 859.890 en el año 1999 (más 100.000 personas que estarían alojadas en residencias). Éste sería el colectivo que quedaría englobado dentro del Sistema Nacional de Dependencia y tendría derecho a recibir las prestaciones económicas o asistenciales del sistema.

En definitiva, las diferencias en la estimación del número de personas dependientes oscilan según cuáles sean las definiciones, ya que las cifras se mueven entre las 959.890 personas según el Libro Blanco y el 1.827.809 según el Informe Pfizer. Por tanto, aunque existe consenso en adoptar como válida la definición de dependencia realizada por el Consejo de Europa en el año 1998, no existe acuerdo en las actividades que deben contabilizarse como generadoras de dependencia.

### **1.2.2 Antecedentes en el criterio a seguir para determinar los niveles de severidad de la dependencia**

El desglose de la población dependiente por su nivel de dependencia es otro de los puntos importantes en el que existe divergencia entre los distintos

estudios analizados. El criterio a seguir para determinar el grado o nivel de dependencia de cada individuo es esencial a la hora de determinar el número de personas que se incluyen en cada nivel de severidad. Un mismo individuo puede presentar una o más discapacidades, aunque la severidad de las mismas no tiene por qué ser igual.

En este sentido, Braña (2004) considera dependencia leve presentar entre una y cinco limitaciones en alguna actividad instrumental de la vida diaria. El individuo se encuentra en una situación de dependencia grave cuando sufre limitaciones en una o dos actividades de la vida diaria o en más de cinco actividades instrumentales. Por último, se considera dependencia severa cuando la persona se ve restringida en tres o más actividades básicas de la vida diaria. Los resultados de este estudio muestran que, en España y para el año 1998, el total de personas en situación de dependencia era de 1.691.799, de los cuales 240.013 (14,19%) serían dependientes severos, 567.836 (33,56%) serían dependientes moderados, y 883.950 (52,25%) serían dependientes leves.

El criterio utilizado por el INE en la EDDDES (1999) se basa en la máxima severidad de las discapacidades sufridas por el individuo. Es decir, si un individuo presenta una discapacidad grave y otra moderada, se considera que el individuo es discapacitado grave. Este criterio es el utilizado también en Monteverde (2004) y en Ayuso et al. (2005).

Si bien este criterio es viable por su simplicidad, no contempla diferentes pesos según sea la actividad en la que el individuo presenta dificultades. Por tanto, no sólo es importante definir qué actividades se consideran generadoras de dependencia, sino que también es necesario decidir qué peso debe otorgarse a cada una de ellas. Existen en la actualidad algunos índices que son ampliamente utilizados, como el de Katz (1963) o el de Barthel (Ruzafa, 1997), a pesar de que no tienen en cuenta los pesos y consideran un número reducido de actividades.

La construcción de un índice que permita establecer los distintos niveles de dependencia es, por tanto, esencial. El Libro Blanco (MTAS, 2005) elabora un indicador sintético de la necesidad de ayuda, que tiene en cuenta el número de actividades básicas de la vida diaria y el grado de discapacidad para cada una de ellas. En dicho estudio, se considera que una persona es dependiente si presenta al menos una discapacidad severa o total para alguna de las nueve actividades básicas de la vida diaria consideradas, aunque en la elaboración del índice también se incluyen las discapacidades moderadas.

Dicho índice se construye de la siguiente forma: se asigna un punto por cada actividad para la cual la persona presenta una discapacidad moderada, se asignan dos por cada actividad en la que la persona presenta una discapacidad severa, y se asignan tres por cada actividad en la cual la persona presenta una discapacidad total. Como se consideran 9 actividades y es necesario presentar como mínimo una discapacidad severa, la puntuación máxima es de 27 puntos y la mínima es de 2. Con ello, se establecen cada uno de los tres grados de dependencia: gran dependencia si obtiene más de 15 puntos, dependencia severa si obtienen entre 7 y 15 puntos, y dependencia moderada si obtienen menos de 7 puntos.

Los resultados de dicha estimación señalan que, en España y para el año 1999, había un total de 859.890 personas dependientes, de las cuales 121.109 (14,1%) se encuentran en situación de gran dependencia, 262.485 (30,5%) son considerados dependientes severos, y 476.296 (55,4%) serían dependientes moderados.

En Alegre *et al.* (2004) se presentan y comparan dos criterios de valoración de la severidad. El primero de ellos es el utilizado por el INE para identificar el grado de severidad de las personas con discapacidades (máxima severidad de las discapacidades). Por su parte, el segundo criterio (llamado criterio alternativo) considera, además de la discapacidad de mayor severidad, el resto de las actividades de la vida diaria padecidas por el propio individuo. Por tanto, este último criterio contempla, además de la severidad, el número de discapacidades que padece el individuo.

Debido a la falta de un consenso o criterio común para establecer los niveles de severidad de la dependencia, se aprecian diferencias importantes a la hora de determinar el número de personas dependientes que hay en cada nivel de severidad.

### **1.3 Situación actual en España en materia de dependencia**

#### **1.3.1 Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia**

La Ley de Dependencia ha permitido la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), que completa el cuarto pilar del Estado de Bienestar y proporciona unos niveles de cobertura similares a los existentes en otros países de nuestro entorno. Este Sistema ha sentado las bases para que las personas dependientes tengan los cuidados básicos que les garanticen una calidad de vida digna.

Según la Ley, la definición de dependencia en España toma como punto de partida la definición realizada por parte del Consejo de Europa en el año 1998: “aquel estado en que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o a 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”.

A partir de esta definición, la Ley de Dependencia aprobada en España define el concepto de dependencia como “el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”.

Como actividades básicas de la vida diaria, se incluyen aquellas “tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas”.

Además de la definición de dependencia y de las actividades que se considerarán generadoras de tal situación, la Ley también define los tres grados de dependencia que existen (dependencia moderada, dependencia severa y gran dependencia), así como la forma en que se valorará cada uno de ellos.

#### **1.3.1.1 Valoración de la situación de dependencia y definición de los grados de dependencia**

El Libro Blanco de la Dependencia (MTAS, 2005) sugería que la valoración de la dependencia fuera realizada por parte de equipos “ad hoc”, representados por miembros tanto de los servicios sociales como sanitarios. Para gestionar de forma adecuada la valoración de la dependencia, deberían coordinarse los órganos de gestión de la Comunidad Autónoma, del Centro de Salud y del Centro de Servicios Sociales municipal. Sin embargo, la Ley de Dependencia no definió inicialmente el baremo mediante el cual debían valorarse las situaciones de dependencia.

Finalmente, mediante la aprobación del Real Decreto 504/2007, de 20 de Abril, se estableció un baremo acordado en el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

La valoración se basa en la aplicación de un cuestionario, así como en la observación de la propia persona directamente, todo ello valorado por parte de un profesional cualificado y con la formación adecuada. El baremo se aplica en el entorno habitual de la persona, valorando la capacidad de la persona para

realizar por sí misma las actividades básicas de la vida diaria. Por tanto, la valoración tiene en cuenta los informes existentes relativos a la salud de la persona y al entorno en que se desenvuelve.

Asimismo, el Real Decreto reconoce la situación de dependencia de quienes tienen reconocida la pensión de gran invalidez o la necesidad de ayuda de tercera persona.

De esta forma se determinan las situaciones de dependencia moderada, dependencia severa y gran dependencia (cada nivel de dependencia está subdividido en dos niveles: nivel 2 y nivel 1), en base a una serie de puntuaciones:

- 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. Se corresponde a una puntuación final del baremo de 25 a 49 puntos.
- Grado II. Dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal. Se corresponde a una puntuación final del baremo de 50 a 74 puntos.
- Grado III. Gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal. Se corresponde a una puntuación final del baremo de 75 a 100 puntos.

Por último, se establece que, transcurrido el primer año de aplicación del baremo, el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia, realizará una evaluación de los resultados obtenidos y propondrá las modificaciones que, en su caso, estime procedentes.

### **1.3.1.2 Financiación y nivel mínimo de protección**

La financiación viene determinada por el número de personas en situación de dependencia y por los servicios y prestaciones previstos en la Ley, y se pretende que la misma sea estable, suficiente, sostenida en el tiempo y garantizada mediante la corresponsabilidad de las Administraciones Públicas (estatal, autonómica y local).

Para financiar el Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia, la Administración General del Estado aportará unos 12.600 millones de euros entre 2007 y 2015. Las Comunidades Autónomas deberán realizar una aportación similar, a la que se sumarán las aportaciones realizadas por los propios usuarios en concepto de copago, que se establecerá en función de su renta y patrimonio. La aportación media de cada usuario se situará entre el 30% y el 50%, hasta un máximo del 90% para los usuarios de mayor renta.

En todo caso, el Estado garantizará la financiación a las Comunidades Autónomas para el desarrollo del nivel mínimo de protección para las personas en situación de dependencia.

De esta forma, se establece un nivel mínimo de protección, definido y garantizado financieramente por el Estado. Asimismo, se establece un segundo nivel de protección, en régimen de cooperación y financiación entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas, mediante convenios para el desarrollo y aplicación de las demás prestaciones y servicios que se contemplan en la Ley. Por último, las Comunidades Autónomas podrán desarrollar un tercer nivel adicional de protección a los ciudadanos.

El Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia es el organismo encargado de determinar las cuantías para el nivel mínimo de protección del sistema, para su aprobación posterior por el Gobierno mediante Real Decreto.

En la siguiente tabla se muestran las cuantías establecidas para el año 2007 y 2008 (Real Decreto 614/2007, de 11 de Mayo, y Real Decreto 6/2008, de 11 de Enero).

Tabla 1.2 Expresión cuantificada del nivel mínimo de protección garantizado del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (2008).

Grado de Dependencia	2007	2008
Grado III: Gran Dependencia. Nivel 2	250,00 €	255,10 €
Grado III: Gran Dependencia. Nivel 1	170,00 €	173,47 €
Grado II: Dependencia Severa. Nivel 2	-	100,00 €

Fuente: elaboración propia.

### 1.3.1.3 Prestaciones de dependencia en España

Uno de los objetivos de la Ley de Dependencia es priorizar la prestación de servicios (ayuda a domicilio, centros de día, teleasistencia, ayudas técnicas, plazas residenciales,...) frente a la prestación económica. En los casos en que no fuera posible, los beneficiarios podrán percibir una prestación económica vinculada para la contratación de un servicio en el mercado privado. Los cuidadores familiares, podrán recibir una prestación económica y se incorporarán a la Seguridad Social. Por tanto, el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia incluye tres tipos de prestaciones:

- Prestación de servicios a través de centros y programas públicos o concertados según Catálogo (Servicio de Prevención de las situaciones de dependencia, Servicio de Teleasistencia, Servicio de Ayuda a Domicilio, Servicio de Centro de Día y de Noche, y Servicio de Atención Residencial).
- Prestación económica vinculada a la contratación del servicio, cuando no sea posible el acceso a un servicio público o concertado de atención y cuidado.
- Compensación económica por cuidados en el ámbito familiar, cuando el beneficiario pueda ser atendido en su domicilio por su entorno familiar (y siempre que se den condiciones adecuadas de



convivencia y de habitabilidad de la vivienda y así lo establezca su Programa Individual de Atención).

Las personas con gran dependencia podrán recibir una prestación económica de asistencia personalizada. Esta prestación tiene como finalidad la promoción de la autonomía de las personas con gran dependencia. Su objetivo es contribuir a la contratación de una asistencia personalizada, durante un número de horas, que facilite al beneficiario el acceso a la educación y al trabajo, así como una vida más autónoma en el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria.

En la siguiente tabla se presentan los diferentes tipos de prestaciones de dependencia establecidas en España para el año 2008. Se puede observar una tendencia hacia la profesionalización del servicio de atención a la población dependiente, ya que las prestaciones económicas vinculadas al servicio son superiores a las prestaciones para cuidados en el entorno familiar.

Tabla 1.3 Cuantías máximas de las prestaciones de dependencia del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (2008).

Grado de Dependencia	Prestación económica vinculada al servicio	Prestación económica para cuidados en el entorno familiar	Prestación económica de asistencia personal
Grado III: Gran Dependencia. Nivel 2	811,98 €	506,96 €	811,98 €
Grado III: Gran Dependencia. Nivel 1	608,98 €	405,99 €	608,98 €
Grado II: Dependencia Severa. Nivel 2	450,00 €	328,36 €	-

Fuente: elaboración propia.

#### 1.3.1.4 El copago

La Ley de Dependencia establece que el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, será el encargado de adoptar los criterios de participación del beneficiario en el coste de los servicios, y de establecer cómo se determinará la capacidad económica del beneficiario, ya que ésta, se tendrá en cuenta para fijar la participación del beneficiario en el

coste de los servicios y para la determinación de la cuantía de las prestaciones económicas.

En este sentido, el 28 de Octubre de 2008 se aprobó el Acuerdo sobre determinación de la capacidad económica del beneficiario y sobre los criterios de participación de éste en las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), sin perjuicio de que las Comunidades Autónomas o Administración competente puedan regular condiciones más ventajosas.

El acuerdo señala que, la determinación de la capacidad económica del beneficiario, se realizará teniendo en cuenta los siguientes puntos:

- La capacidad económica personal de los beneficiarios del SAAD se determinará en función de su renta y patrimonio.
- Se considera renta los ingresos del beneficiario, derivados tanto del trabajo como del capital, así como cualesquiera otros sustitutivos de aquellos, atendiendo a la Ley 35/2006, de 28 de noviembre, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.
- Se considera patrimonio del beneficiario el conjunto de bienes y derechos de contenido económico de que sea titular el beneficiario. La vivienda habitual sólo se computará en el caso de que el beneficiario perciba el servicio de atención residencial o la prestación económica vinculada a tal servicio y no tenga personas a su cargo que continúen residiendo en dicha vivienda.
- En la consideración del patrimonio se tendrá en cuenta la edad del beneficiario y el tipo de servicio que se presta.
- El período a computar en la determinación de las rentas y del patrimonio será el correspondiente al año de la última declaración fiscal disponible o pensión conocida a la fecha del hecho causante y, además, se computarán las disposiciones patrimoniales realizadas por el beneficiario en los cuatro años anteriores a la presentación de la solicitud de prestaciones del Sistema (como recoge 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).

- La capacidad económica del beneficiario será la correspondiente a su renta, modificada al alza por la suma de un 5% de su patrimonio neto a partir de los 65 años de edad, un 3% de los 35 a los 65 años y de un 1% a los menores de 35 años.

Por otro lado, a la hora de determinar los criterios de participación económica del beneficiario en las prestaciones del SAAD, el Acuerdo señala que se tendrá en cuenta la naturaleza de la prestación de dependencia reconocida: catálogo de servicios o prestación económica.

En cuanto a la participación en el coste para aquellos que reciban alguna prestación del catálogo de servicios, la capacidad económica del beneficiario se determinará en función del tipo de servicio recibido.

En el caso del servicio de atención residencial, los beneficiarios participarán en el coste de los servicios de atención residencial en función de su capacidad económica y del coste del servicio. Dicha participación tendrá en cuenta los gastos hoteleros y de manutención, que deberán ser asumidos por el beneficiario.

Por su parte, las Administraciones competentes fijarán un indicador de referencia del servicio residencial, que estará en relación con el precio de concertación de plazas en centros de la iniciativa privada.

El acuerdo establece que la participación del beneficiario se determinará mediante la aplicación de un porcentaje en función de su capacidad económica, que estará comprendido entre el 70% y el 90% de la misma, aplicados estos porcentajes de forma progresiva. En ningún caso esta participación superará el 90% del indicador de referencia.

En cuanto al resto de servicios del catálogo, el acuerdo establece que las Comunidades Autónomas serán las encargadas de fijar un indicador de

referencia a los efectos de determinar la participación en el coste de los servicios. En el caso del servicio de ayuda a domicilio, el indicador se fijará en función del tipo de servicio y de la intensidad, a partir del cual se calculará la aportación del beneficiario.

En el supuesto de atención en Centros de Día se fijará un indicador de referencia que estará en relación con el precio de concertación de plazas en centros de iniciativa privada. Si la capacidad económica del beneficiario es igual o inferior al IPREM (Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples), éste no participará en el coste de los servicios asistenciales que reciba en su domicilio. La participación del beneficiario se establecerá mediante la aplicación de un porcentaje en función de su capacidad económica, comprendido entre el 10 y el 65 por ciento y aplicado de forma progresiva. En ningún caso esta participación superará el 65 por ciento del indicador de referencia.

Por otro lado, en cuanto a la participación en el coste para aquellos que reciban alguna prestación económica, se establece que, si la capacidad económica del beneficiario es igual o inferior al IPREM, la cuantía de prestación será del 100% de la cantidad establecida anualmente mediante Real Decreto para cada una de las prestaciones.

En cambio, si la capacidad económica es superior al IPREM, la Comunidad Autónoma correspondiente establecerá los índices de reducción aplicables, sin que en ningún caso la cantidad resultante pueda ser inferior al 40% de la cuantía establecida anualmente para las prestaciones económicas vinculadas al servicio y de asistencia personal, y del 75% para la de cuidados en el entorno familiar.

Por último, el acuerdo establece que las personas que estuvieran siendo atendidas en centros públicos o concertados o fueran perceptoras de alguna prestación económica vinculada a tales servicios en el momento de la entrada en vigor del acuerdo, seguirán manteniendo el régimen de participación que les fuera de aplicación en esa fecha, salvo que la nueva regulación les fuera más favorable.

### **1.3.1.5 Desarrollo normativo de los productos privados de dependencia**

Con el objetivo de cubrir la parte de copago a la que deberá hacer frente el beneficiario de las prestaciones, algunas entidades privadas (tanto bancarias como aseguradoras) están empezando a lanzar al mercado productos destinados a las personas que se encuentran o se podrían encontrar en situación de dependencia.

Por un lado, la hipoteca inversa. Se trata de un crédito con garantía inmobiliaria, es decir, un producto financiero que permite transformar los activos inmobiliarios en rentas. Es un producto especialmente orientado para las personas mayores, por tratarse de un segmento de población que se encuentra en una situación complicada en términos financieros, ya que no dispone de rentas del trabajo y sus pensiones suelen suponer un descenso en sus ingresos netos, respecto a los que percibían como activos.

Este producto financiero acaba convirtiéndose en muchos casos en un producto asegurador, ya que, una vez finalizan las disposiciones del crédito, se percibe una renta vitalicia a cambio del pago de una prima única al inicio de la operación.

Por otro lado, el seguro de dependencia. Algunas entidades aseguradoras han desarrollado productos que permiten al asegurado, en caso de encontrarse en el futuro en una situación de dependencia severa o gran dependencia, cobrar una renta mensual vitalicia a cambio del pago de una prima (normalmente una prima mensual vitalicia y nivelada).

En este sentido, la Ley de Dependencia no concretó inicialmente este tipo de instrumentos privados, sino que dejó un margen de seis meses para promover las modificaciones legislativas oportunas, para regular la cobertura privada de las situaciones de dependencia. De esta manera se dejaba un margen a las entidades privadas, para que ayudaran a financiar los copagos de los beneficiarios de las prestaciones de dependencia.

Finalmente, 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, estableció las modificaciones de las que carecía la Ley de Dependencia.

En la disposición adicional primera de la Ley 41/2207, se define hipoteca inversa como aquel préstamo o crédito garantizado mediante hipoteca sobre un bien inmueble que constituya la vivienda habitual del solicitante y siempre que cumplan los siguientes requisitos:

- Que el solicitante y los beneficiarios que éste pueda designar sean personas de edad igual o superior a los 65 años o afectadas de dependencia severa o gran dependencia.
- Que el deudor disponga del importe del préstamo o crédito mediante disposiciones periódicas o únicas.
- Que la deuda sólo sea exigible por el acreedor y la garantía ejecutable cuando fallezca el prestatario o, si así se estipula en el contrato, cuando fallezca el último de los beneficiarios.
- Que la vivienda hipotecada haya sido tasada y asegurada contra daños de acuerdo con los términos y los requisitos que se establecen en los artículos 7 y 8 de la Ley 2/1981, de 25 de marzo, de Regulación del Mercado Hipotecario.

Asimismo, se abre las puertas a que las entidades aseguradoras entren en el mercado de hipotecas inversas, junto con las entidades de crédito, y se exige que todas aquellas entidades que concedan hipotecas inversas suministren servicios de asesoramiento independiente a los solicitantes de este producto, teniendo en cuenta la situación financiera del solicitante y los riesgos económicos derivados de la suscripción de este producto. Además, se reducen los gastos registrales de la operación un 90%, y se elimina el Impuesto sobre Transmisiones y Actos Jurídicos Documentados.

Por último, se da la posibilidad de que se instrumenten hipotecas inversas sobre otros inmuebles distintos de la vivienda habitual del solicitante aunque, a

estas hipotecas inversas no se les aplica las reducciones en los gastos registrales.

Por otro lado, la disposición adicional segunda de la misma ley, plantea la regulación relativa al seguro de dependencia. Se considera que la cobertura de la dependencia podrá instrumentarse a través de un contrato de seguro suscrito con una entidad aseguradora o bien a través de un plan de pensiones.

La cobertura de la dependencia realizada a través de un contrato de seguro obliga al asegurador, en caso de dependencia, al cumplimiento de la prestación convenida con la finalidad de atender las consecuencias que se deriven de dicha situación.

El contrato de seguro de dependencia podrá articularse tanto a través de pólizas individuales como colectivas, y se ubica dentro del ramo de vida o enfermedad.

Los planes de pensiones que prevean la cobertura de la contingencia de dependencia deberán recogerlo de manera expresa en sus especificaciones.

### **1.3.2 Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia**

En junio de 2006, el INE, el IMSERSO y la Dirección General de Coordinación de Políticas Sectoriales sobre la Discapacidad coinciden en la necesidad y utilidad de llevar a cabo una nueva encuesta de discapacidades con un objetivo muy específico: que proporcione los datos necesarios para la planificación de políticas de prevención y servicios sociales, y que proporcione soporte estadístico al Sistema de Información del Sistema Nacional para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).

Finalmente, la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD) ha sido realizada por el INE en colaboración con el

Ministerio de Educación, Política Social y Deporte, la Fundación ONCE, CERMI y FEAPS.

Como se ha comentado anteriormente, esta encuesta parte de la experiencia de la anterior Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES), 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).

Además, la EDAD cubre una de las principales limitaciones que presentaba la EDDES: por primera vez se extiende la investigación de la discapacidad a la población que no reside en viviendas familiares. Es decir, se analiza tanto el colectivo de personas que residen en viviendas familiares como el colectivo que vive en determinadas instituciones públicas o privadas (población institucionalizada).

Aunque la prevalencia de la discapacidad en esta población se supone muy superior a la de la población residente en hogares, se prescindió de su estudio en ediciones anteriores debido a la complejidad que supone el estudio de la población institucionalizada y el escaso peso que tiene este grupo poblacional en el conjunto de la población (según el INE, es del 0,6% en el Censo de Población del año 2001).

La Encuesta se ha realizado 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).

El objetivo general de la Encuesta es atender la demanda de información para el Sistema Nacional 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. Sin embargo, existen una serie de objetivos específicos:

- Estimar el número de personas con discapacidad que residen en España en viviendas familiares y en determinados establecimientos colectivos, así como su distribución geográfica.
- Conocer las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación en las situaciones de la vida cotidiana de las personas, así como la severidad de dichas limitaciones.
- Conocer las características de las personas con discapacidad y en situación de dependencia.
- Identificar los distintos tipos de deficiencias que originan las limitaciones.
- Conocer las causas que han generado dichas deficiencias.
- Evaluar la igualdad de oportunidades / discriminación de las personas con discapacidad en el ámbito laboral, educativo, de ocio, movilidad,...
- Identificar las necesidades y demandas de asistencia, así como los apoyos que se reciben y sus características. Conocer el uso de ayudas técnicas, adaptaciones especiales (en el hogar, lugar de trabajo...), cuidados personales,...
- Realizar el análisis de la discapacidad desde la perspectiva de género.

A pesar de que la EDAD (INE, 2008) ha intentado mantener las definiciones de deficiencia, restricción, limitación y discapacidad incluidas en la CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, OMS, 2001) y en la de EDDDES (INE, 1999), existen algunas diferencias que cabe mencionar.

La CIF engloba bajo el término discapacidad el conjunto de deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación, mientras que en la EDAD hogares el concepto de discapacidad se identifica con limitaciones importantes para realizar las actividades de la vida diaria que hayan durado o

se prevea que vayan a durar más de 1 año y tengan su origen en una deficiencia.

Es decir, la EDAD hogares investiga la participación en la lista de actividades incluidas en la CIF, a través de un conjunto de preguntas dirigidas a las personas con discapacidad sobre su relación con la actividad económica, sobre educación, sobre redes y sobre contactos sociales.

Las deficiencias, que la CIF engloba bajo el término discapacidad, también son objeto de estudio por parte de la EDAD (INE, 2008), pero con una restricción: sólo se investigan aquellas deficiencias que han originado una limitación en la actividad de la persona.

Aunque la formulación de las discapacidades de la EDDES (INE, 1999) ya tuvo en cuenta el borrador de la CIF, existen algunas diferencias respecto a la formulación en la EDAD hogares:

- En cuanto a la detección de personas con discapacidad, en la EDDES (INE, 1999) se detectaba a las personas que tenían alguna discapacidad preguntando directamente “si tenían alguna discapacidad”. En cambio, en la EDAD hogares (INE, 2008) se pregunta por limitaciones en la actividad, tal como propone la CIF para medir los aspectos negativos del componente “actividades y participación”.
- En cuanto a la estructura:
  - Los grupos de discapacidades (limitaciones importantes) coinciden con los de la EDDES (INE, 1999), aunque en la EDAD hogares se utiliza la terminología CIF para denominarlos.
  - Las discapacidades que integran cada uno de los grupos, no coinciden exactamente con las de la EDDES (INE, 1999). Algunas discapacidades de la EDDES (INE, 1999) se desdoblan según criterios CIF.
  - El número de discapacidades pasa de 36 a 44. Los grupos de discapacidades en la EDAD hogares son los siguientes:

Visión, Audición, Comunicación, Aprendizaje y aplicación del conocimiento y desarrollo de tareas, Movilidad, Autocuidado, Vida Doméstica, Interacciones y relaciones interpersonales.

Por otro lado, las variables que se estudian en la EDAD (INE, 2008), son básicamente las siguientes:

- Discapacidades en personas de 6 años y más, y limitaciones en personas menores de 5 años.
- Características de las discapacidades y limitaciones: severidad, ayudas técnicas y de asistencia personal, deficiencias, causas de las deficiencias, edad de inicio de la discapacidad / limitación y de la deficiencia.
- Relación de las personas con discapacidad con el mercado laboral y la educación; condiciones de la vivienda y accesibilidad; características de las personas cuidadoras; prestaciones sociales, sanitarias y económicas; redes y contactos sociales; discriminación; gasto privado de los hogares como consecuencia de la discapacidad y salud general.

Entre las discapacidades que se investigan se incluyen las relacionadas con las actividades básicas de la vida diaria que se tienen en cuenta para reconocer el derecho de asistencia que prevé la Ley de Dependencia (y que fueron incluidas en la EDDDES (INE, 1999)). De esta forma, la EDAD (INE, 2008), aunque no proporcione el número de personas dependientes según el criterio de la ley, sí permitirá establecer una relación entre la percepción subjetiva y la medición objetiva del fenómeno.

Las variables que ha utilizado la EDAD (INE, 2008) como variables de clasificación han sido las siguientes: edad, sexo, relaciones de parentesco (con la persona de referencia del hogar y con las personas que tienen alguna discapacidad), país de nacimiento, nacionalidad, estado civil y situación de convivencia, nivel de estudios terminados, certificado de minusvalía ( $\geq 33\%$ ),

relación con la actividad económica, situación profesional, ocupación, actividad de la empresa y provincia de residencia.

En conclusión, según la EDAD (INE, 2008), el número total de personas residentes en hogares españoles que declaran tener alguna discapacidad asciende a 3.847.900 (un 8,5% de la población). Si distinguimos por sexo, más de 2,30 millones de mujeres afirman tener una discapacidad, frente a 1,55 millones de hombres.

Las tasas de discapacidad de las mujeres son más elevadas que las de los hombres en edades superiores a 45 años. En los tramos de edad inferiores a 44 años las tasas de los varones superan a las de las mujeres.

A la hora de comparar los resultados obtenidos en la EDAD (INE, 2008) con la EDDES (INE, 1999), se observa que el número de personas con discapacidad ha crecido en aproximadamente 320.000. Sin embargo, como este crecimiento ha sido inferior al crecimiento del total de la población, la tasa de discapacidad ha registrado una disminución desde el 9,0% del año 1999 hasta el 8,5% en 2008.

Por un lado, se ha producido un considerable aumento de la población mayor de 64 años (lo que conlleva un aumento en el número de personas con discapacidad) y, por otro lado, se han mejorado las condiciones sociales y de salud (lo que comporta un ritmo de crecimiento inferior al esperado). De esta forma, el efecto neto ha supuesto un descenso del porcentaje de población con discapacidad del 0,5% desde el año 1999.

Según los datos observados en la EDAD (INE, 2008), la disminución de la tasa de discapacidad se produce en todos los tramos de edad comprendidos entre los 16 y los 90 años. Los mayores descensos tienen lugar entre las personas de 75 a 79 años (del 16,2%) y en el grupo de edad de 80 a 84 años (del 10,2%)

Por edades, la tasa de discapacidad para las menores de 65 años es similar a la tasa del año 1999, sin embargo, para mayores de 65 años, afecta en menor

medida (Tabla 1.4). Por ejemplo, el porcentaje de personas con discapacidad disminuye para las personas entre 65 y 79 años (representaba el 37,43% en el año 1999, y en el 2008 representa el 31,23%). En cambio, para el grupo de 80 años y más alcanza el 26,66% en el 2008, mientras que en el año 1999 representaba el 21,32%.

Por tanto, en general, la discapacidad aparece a edades más tardías, aunque haya aumentado el período de exposición al riesgo de discapacidad como consecuencia del aumento de la esperanza de vida.

Según la Encuesta, en 2008 la edad media de las personas con discapacidad es 64,3 años, mientras que en 1999 era de 63,3 años. En el grupo de edad de 65 años y más, la edad media se sitúa en 78,8 años en 2008 frente a los 77,1 años en 1999.

Tabla 1.4 Personas con discapacidad y porcentaje sobre el total. España, 2008.

Edad	EDAD (INE, 2008)		EDDES (INE, 1999)	
	Personas (en miles)	% sobre personas con discapacidad	Personas (en miles)	% sobre personas con discapacidad
De 0 a 5 años	60,4	1,57%	49,6	1,41%
De 6 a 64 años	1.560,00	40,54%	1.406,00	39,85%
De 65 a 79 años	1.201,70	31,23%	1.320,50	37,43%
De 80 años y más	1.025,80	26,66%	752,1	21,32%
Total	3.847,90	100,00%	3.528,20	100,00%

Fuente: EDAD (INE, 2008).

La Encuesta también permite el análisis de la tasa de discapacidad de la población de 6 años y más (de la misma forma que la EDDES) a nivel de Comunidad Autónoma.

Como se puede observar en la Tabla 1.5, las Comunidades Autónomas con una mayor tasa de discapacidad son Melilla (11,86%), Ceuta (11,32%), Galicia (11,29%) y Extremadura (10,99%). Por otro lado, las comunidades con una menor tasa son La Rioja y Cantabria (6,16% y 7,00%, respectivamente).

Tabla 1.5 Personas con discapacidad y tasa de discapacidad, por Comunidad Autónoma. España, 2008.

Comunidad Autónoma	Personas (en miles)	Tasa de discapacidad
Andalucía	716,10	9,58%
Aragón	111,60	9,19%
Asturias	104,50	10,37%
Baleares	68,80	7,10%
Canarias	135,80	7,13%
Cantabria	37,50	7,00%
Castilla y León	255,90	10,86%
Castilla la Mancha	182,90	9,99%
Cataluña	511,70	7,61%
Comunidad Valenciana	452,80	9,92%
Extremadura	111,00	10,99%
Galicia	292,90	11,29%
Madrid	434,80	7,59%
Murcia	127,50	9,80%
Navarra	41,60	7,42%
País Vasco	169,40	8,45%
La Rioja	17,90	6,16%
Ceuta	7,40	11,32%
Melilla	7,30	11,86%
España	3.787,40	8,97%

Fuente: EDAD (INE, 2008).

Tanto a nivel nacional como a nivel de Comunidad Autónoma, se mantiene el mismo perfil por sexo y edad:

- Mayor número de mujeres que de hombres con discapacidad.
- Tasas de discapacidad femeninas inferiores hasta los 44 años y superiores a partir de los 45 años.

Los resultados de la EDAD (INE, 2008) muestran que los principales grupos de discapacidad de las personas de 6 años y más son los de movilidad (6,01% de la población), vida doméstica (4,92% de la población) y autocuidado (4,32% de la población). Según los datos de la Encuesta, más de la mitad de las personas con discapacidad tienen limitaciones en su actividad debido a alguno de estos tres motivos y, para el grupo de 80 años y más, estos tres grupos de discapacidad afectan a 7 de cada 10 personas con discapacidad. Dentro del grupo de movilidad, se señala que la restricción de desplazarse fuera del hogar afecta a dos de cada tres personas con problemas de movilidad.

En la Tabla 1.6 se puede observar la tasa de discapacidad por sexo y grupo de discapacidad. Si distinguimos por sexo, las mujeres presentan mayores tasas que los hombres en todos los grupos, y para ambos sexos, la movilidad es el principal motivo de restricción de la actividad.

Tabla 1.6 Personas con discapacidad y tasa de discapacidad, por grupo de discapacidad. España, 2008.

Grupos de discapacidad	Ambos sexos		Varones		Mujeres	
	Personas (en miles)	Tasa de discapacidad	Personas (en miles)	Tasa de discapacidad	Personas (en miles)	Tasa de discapacidad
Visión	979,00	2,32%	371,30	1,78%	607,70	2,84%
Audición	1.064,10	2,52%	455,70	2,19%	608,50	2,84%
Comunicación	734,20	1,74%	336,60	1,62%	397,50	1,86%
Aprendizaje realización tareas	630,00	1,49%	264,50	1,27%	365,50	1,71%
Movilidad	2.535,40	6,01%	881,50	4,23%	1.653,90	7,73%
Autocuidado	1.824,50	4,32%	645,00	3,10%	1.179,50	5,51%
Vida Doméstica	2.079,20	4,92%	605,80	2,91%	1.473,40	6,88%
Relaciones personales	621,20	1,47%	291,70	1,40%	329,50	1,54%
Total	3.787,40	8,97%	1.510,9	7,26%	2.276,5	10,63%

Fuente: EDAD (INE, 2008).

Por otro lado, la Encuesta analiza las dificultades que tienen las personas de 6 años o más para realizar las Actividades Básicas de la Vida Diaria<sup>1</sup>. Un 74,0% (2,8 millones aproximadamente) tiene dificultades para realizar este tipo de actividades. Por sexo, el 80,3% de las mujeres con discapacidad presentan alguna restricción en Actividades Básicas de la Vida Diaria frente al 64,6% de los hombres.

Los resultados de la Encuesta también muestran que las limitaciones adquieren mayor importancia a medida que aumenta la edad: en el colectivo de personas con discapacidad entre 6 y 44 años, seis de cada diez tienen una dificultad en

<sup>1</sup> Se consideran Actividades Básicas de la Vida Diaria: Lavarse, Cuidados de las partes del cuerpo, Higiene personal relacionada con la micción, Higiene personal relacionada con la defecación, Higiene personal relacionada con la menstruación, Vestirse y desvestirse, Comer y beber, Cuidado de la propia salud: cumplir las prescripciones médicas, Cuidado de la propia salud: evitar situaciones de peligro, Adquisición de bienes y servicios, Preparar comidas, Realizar las tareas del hogar, Cambiar las posturas corporales básicas, Mantener la posición del cuerpo, Desplazarse dentro del hogar, Desplazarse fuera del hogar, Uso intencionado de los sentidos (mirar, escuchar, ...) y Realizar tareas sencillas.

Actividades Básicas de la Vida Diaria, mientras que, en el grupo de 80 años y más, la proporción se eleva a 8,6 de cada 10.

En la siguiente tabla (Tabla 1.7), se presenta el número de personas con discapacidad para la Actividades Básicas de la Vida Diaria, teniendo en cuenta la máxima severidad de las discapacidades. Como se puede observar, prácticamente la mitad de las personas con discapacidad, sufren un grado de discapacidad total en alguna de las actividades consideradas.

Tabla 1.7 Personas con discapacidad para las Actividades Básicas de la Vida Diaria, según la máxima severidad de las discapacidades. España, 2008.

Tipo de discapacidad	Personas (en miles)	% respecto al total
Discapacidad moderada	543,50	19,39%
Discapacidad severa	718,00	25,61%
Discapacidad total	1.384,80	49,40%
No consta	157,10	5,60%
Total	2.803,40	100,00%

Fuente: EDAD (INE, 2008).

Por último, destacar que la EDAD (INE, 2008), ha investigado por primera vez los centros residenciales de personas mayores, los específicos de personas con discapacidad, y los hospitales geriátricos y psiquiátricos de larga estancia.

Según los resultados de la encuesta, un total de 269.400 personas que residen en este tipo de centros afirman tener alguna discapacidad (92,7% del total). De este número, 93.700 son hombres y 175.700 mujeres.

El colectivo analizado está formado, fundamentalmente, por personas mayores (el 82,6% tiene 65 o más años, y entre éstos tres de cada cuatro son mayores de 80 años).





## Capítulo 2

### Modelos de atención a la dependencia de referencia para España

#### 2.1 Introducción

Hablar de Cuidados de Larga Duración (CLD), conocidos como *long term care*, supone hablar de todos aquellos servicios requeridos por las personas dependientes para poder realizar sus actividades cotidianas de la mejor forma posible, para lo que requerirán en la mayoría de los casos la ayuda de terceras personas.

En general, nos referimos a cuidados que se prestan en residencias, centros de día y en los propios domicilios, y que no suelen requerir de tecnologías muy complejas, ni de preparación humana muy elevada (a diferencia de los servicios médicos).

Uno de los principales objetivos del presente capítulo, ha consistido en analizar las características más importantes de algunos sistemas de cuidados de larga duración existentes en países como Alemania, Italia, Reino Unido, Francia, Suecia, EE.UU y Japón.

Examinando las diversas experiencias, hablar de un sistema ideal que recoja unos principios básicos de obligado cumplimiento que garanticen el éxito de la protección social de la dependencia no es fácil e incluso puede cuestionarse su sentido.

Las diferencias de los modelos adoptados en los países se centran esencialmente en cuatro cuestiones: métodos de financiación (impositiva, contributiva o privada pudiendo considerar conjuntamente ambas), la propia definición de la situación a cubrir (establecen una edad límite, requisitos o dejan mayor flexibilidad), los sistemas desarrollados para gestionar dichas situaciones (públicos, privados o mixtos) y las prestaciones cubiertas: subsidios, de servicios o mixtas.

Aparece un grupo de países, como Suecia e Italia, que financia mayoritariamente los cuidados de larga duración vía impuestos generales. En el caso francés y alemán, por ejemplo, se elige una financiación basada principalmente en las contribuciones sociales. Estados Unidos presenta una situación peculiar al recaer en las aportaciones privadas gran parte del soporte financiero. Adicionalmente, aparecen modelos mixtos como el caso de Japón.

La población que se beneficia de estos cuidados puede definirse al margen de la edad, como en muchos de los países (Alemania entre ellos) o exigir adicionalmente haber superado una determinada edad, como ocurre en Suecia o Japón.

El resto del capítulo se estructura como sigue. En el segundo apartado se comparan algunos sistemas de cuidados de larga duración existentes en el mundo. A continuación, se analizan en detalle dos de los modelos de referencia para España: Francia y Alemania. Posteriormente, se comparan los índices de cobertura de los diferentes servicios sociales en España, Francia y Alemania.

A continuación, se presentan las definiciones de dependencia que existen en Francia, España y Alemania. Posteriormente, se estima el número de personas dependientes en España en el año 2008 y, finalmente, se presenta una estimación del coste de la dependencia en España para el año 2008 teniendo en cuenta las prestaciones de dependencia que fijan concretamente los sistemas francés y alemán.

## **2.2 Sistemas de cuidados de larga duración en el mundo**

El objetivo de este apartado es sintetizar las características más importantes de los sistemas de cobertura de cuidados de larga duración que actualmente existen en diferentes países. Junto a Alemania, Italia y Reino Unido, presentamos una síntesis de los sistemas existentes en otros países como Francia, Suecia, EE.UU. y Japón. En este sentido, puede obtenerse

información más exhaustiva en Karlsson, M. et al. (2004), Comas-Herrera et al. (2003), y en el Libro Blanco de la Dependencia (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005).

### Alemania

- Financiación: El seguro de cuidados de larga duración define simultáneamente las contribuciones y los beneficios para los individuos. Todos los trabajadores y todos aquellos individuos que obtengan cualquier tipo de ingresos deben estar asegurados. Los empresarios y trabajadores pagan el mismo porcentaje sobre el salario, que se sitúa aproximadamente en el 1,95%. Los jubilados también deben contribuir a financiar el seguro.

- Beneficios: A partir de los cinco años de cotización se considera que se cumplen los requisitos para recibir la prestación. La prestación se paga con independencia de la edad que tenga la persona que necesita cuidados, ya que, el único requisito que se pide para poder acceder a la misma es el tener la necesidad de recibir cuidados. Se ofrecen tres tipos de prestaciones: atención domiciliaria profesional, cuidados institucionales, y prestación en metálico. Es posible combinar los diferentes tipos de prestaciones, que no dependen del nivel de ingresos del individuo. A finales del año 2003, se benefició de las prestaciones del Sistema el 2,3% de la población alemana, y el 10,7% de la población mayor de 65 años.

- Cobertura: El gobierno alemán estimó que, a finales del año 2000, 70,89 millones de personas quedaban cubiertas con el seguro de cuidados de larga duración público. Además, 8,36 millones habían contratado un seguro privado. Se estima que el número de personas que no estaba aseguradas se situaba entre las 300.000 y las 500.000 (Bundesministerium für Gesundheit, 2002).

- Proveedores: Hay más de 11.000 unidades (entre compañías privadas y entidades sin ánimo de lucro) que ofrecen cuidados domiciliarios. Los proveedores de cuidados públicos tan solo representan el 4% del total. La mayoría de instituciones que proveen los servicios de atención domiciliaria ya

estaban en el mercado antes de que fuera introducido el seguro de cuidados de larga duración (Schneekloth & Müller, 2000).

### Italia

- Financiación: Las principales fuentes de financiación del seguro público de cuidados de larga duración son los impuestos de carácter local y los de carácter nacional.

- Beneficios: Según los últimos estudios, el 37% de la población de 65 o más años que necesita ayuda en una o más discapacidades de la vida diaria, recibe exclusivamente cuidados informales. Por otra parte, el 40% recibe cuidados formales y el 23% recibe cuidados institucionales (residencias y centros de día). Existen además algunas otras prestaciones adicionales.

- Cobertura: A finales del año 1999, más de un millón de personas recibían una subvención en concepto del seguro público de cuidados de larga duración (la subvención de cuidados se denomina «indennità di accompagnamento»), lo que supone un índice de cobertura del 2,2% de la población italiana. De entre éstos, el 45% tenían 65 años o más (5,8% del total de ancianos). A ello hay que añadir las residencias para personas mayores.

- Proveedores: La atención informal es muy importante en el sistema italiano. En el año 1998, el 11,7% de las familias italianas recibía algún tipo de ayuda informal del exterior (voluntarios, vecinos,...). En cuanto a los cuidados formales, cabe distinguir entre los cuidados privados domiciliarios, los cuidados públicos domiciliarios y los cuidados institucionales. En los primeros, el mercado está dominado por los trabajadores individuales más que por las organizaciones, ya que éstas últimas suelen trabajar para el sector público y no ofrecen sus servicios directamente a las familias. En cuanto a los cuidados públicos domiciliarios, cabe destacar el servicio de atención domiciliaria integral, que pretende ser el principal pilar de los cuidados domiciliarios para los ancianos. En cuanto a los cuidados institucionales, el 2,2% de la población de 65 años o más recibe cuidados de larga duración en instituciones.

## Reino Unido

- Financiación: Existen dos fuentes de financiación en términos de cuidados de larga duración: el *National Health Service* (NHS) y las autoridades locales. Estas últimas son responsables del gasto público en cuidados de larga duración. Los servicios que ofrece el NHS son globales y generalmente gratuitos. Además, desde 1991 también existe un mercado de seguros privados, que crece lentamente (Robinson y Dixon, 1999).

- Beneficios: El Estado cubre tanto los cuidados institucionales como los cuidados domiciliarios. La mayoría de los cuidados se proporcionan en el hogar del individuo, actuación potenciada desde el gobierno. Por otro lado, existen diferentes tipos de cuidados institucionales. Los más importantes son las residencias privadas (*nursing homes*) que proporcionan cuidados diarios y están enfocadas a las personas con discapacidad y los centros residenciales (*residential homes*) que tienen calidad de alojamientos supervisados.

- Cobertura: La cobertura del sistema de cuidados de larga duración es universal. Los servicios del NHS se proporcionan en los mismos términos a toda la población, mientras que los servicios que ofrecen las autoridades locales se proporcionan a todo aquel que tenga unos recursos mínimos. Hay un 11,5% de la población que tiene contratado un seguro de salud privado, y un bajísimo porcentaje que tiene un seguro de cuidados de larga duración privado (Robinson y Dixon, 1999; Werth, 2001).

- Proveedores: El número de proveedores públicos ha ido descendiendo, mientras que el número de camas en instituciones independientes ha aumentado considerablemente. El voluntariado se ha expandido de forma muy importante.

## Francia

- Financiación: El subsidio personalizado de autonomía se financia fundamentalmente a partir de un Fondo Nacional Específico, creado por la

administración central junto a las diferentes regiones. Una parte de la financiación corre a cargo de la Seguridad Social.

- Beneficios: Para proteger a las personas mayores en situación de dependencia, se ha desarrollado un nuevo modelo: el subsidio personalizado de autonomía (APA, Julio 2001). El subsidio se define de forma idéntica para todo el territorio nacional y, está destinado a las personas que, independientemente de los cuidados sanitarios que reciban, necesitan ayuda a la hora de realizar las actividades de la vida diaria. Pueden recibir este subsidio los ciudadanos residentes en Francia mayores de 60 años.

- Cobertura: Según datos de finales del año 2003, 800.000 personas recibían prestaciones en concepto de cuidados de larga duración, de las cuales el 54% residía en su domicilio, mientras que el 46% restante residía en residencias.

- Proveedores: Existen 668.900 plazas residenciales. De entre estas, 77.000 corresponden a unidades sanitarias de cuidados de larga duración. Además, se han creado 77.639 plazas de cuidados de enfermería a domicilio.

## Suecia

- Financiación: El seguro de cuidados de larga duración sueco se financia principalmente con impuestos locales recaudados por los propios municipios. Tan sólo una pequeña parte de los gastos se los financia la propia persona (aproximadamente un 5%). Además, el gobierno central contribuye con la financiación del seguro de tres formas: subvenciones a los municipios, subvenciones a la población según la edad, y una compensación a los municipios con estructuras demográficas desfavorables.

- Beneficios: Los municipios están obligados a investigar las necesidades de la población local, buscar las mejores alternativas para que la gente viva en buenas condiciones, así como intentar que los ancianos puedan quedarse en el hogar y vivir de forma independiente el mayor tiempo posible.

- Cobertura: En el año 2000, 250.000 personas de 65 años o más recibían algún tipo de cuidados de larga duración, lo que representa un 16,1% del total de población anciana. También se observa que la necesidad de cuidados aumenta con la edad, puesto que un 39,7% de los ancianos de 80 años o más reciben cuidados de larga duración. Además, las diferencias entre los distintos municipios en cuanto a la cobertura, los costes, y los servicios ofrecidos son muy importantes.

- Proveedores: Hasta la década de los 90 existía la percepción de que los temas relacionados con la salud y los cuidados de larga duración debían ser proporcionados por parte de las entidades públicas. Posteriormente empezó a incrementarse la participación privada que, en los primeros años, experimentó un crecimiento muy importante (Söderström et al., 2000). Actualmente, el mercado está dominado por 9 grandes compañías que proporcionan el 70% del total de cuidados privados.

### Estados Unidos

- Financiación: Los fondos para la cobertura de la población anciana estadounidense son proporcionados tanto por fuentes públicas como privadas. Los fondos públicos se basan en los programas *Medicaid* y *Medicare*, mientras que los fondos privados se basan en el seguro privado y en pagos del propio individuo.

- Beneficios: El programa *Medicaid* es un programa destinado a los ciudadanos con menores ingresos. Cubre la asistencia hospitalaria y la domiciliaria. Para poder acceder a las prestaciones, los medios económicos del individuo deben ser insuficientes. *Medicare* es un programa nacional de seguros sociales centrado en los mayores de 64 años. El mercado privado de seguros de cuidados de larga duración ha experimentado un importante desarrollo recientemente.

- Cobertura: El gobierno estadounidense estimó que, en 1995 había 12 millones de personas que deberían recibir cuidados, de las cuales 6,6 millones



tenían 65 años o más (Feder et al., 2000). Según un estudio realizado en 1999, el 15,9% de la población anciana recibía cuidados de larga duración.

- Proveedores: En 1998 había en Estados Unidos 17.458 residencias privadas, lo que representa un aumento del 22% desde 1978. En 1998 había 13.537 agencias de atención domiciliaria. Se observan notables diferencias entre los distintos estados.

### Japón

- Financiación: El seguro de cuidados de larga duración se financia a partes iguales entre impuestos y primas de seguro. Los impuestos se recogen de la siguiente forma: un 50% proceden de impuestos nacionales, un 25% de impuestos locales y un 25% de impuestos regionales. La población de 40 años y más es la que paga las primas, que se sitúan entre el 0,6% de los ingresos y un límite máximo para el trabajador, y se pagan conjuntamente entre la empresa y el empleado.

- Beneficios: El seguro de cuidados de larga duración está dirigido a los ancianos (las personas de entre 40 y 65 años también tienen derecho a recibir la prestación si sufren enfermedades relacionadas con la edad, como el Alzheimer). La cobertura del seguro se basa en la necesidad de recibir cuidados y, por tanto, no se tiene en cuenta la situación financiera ni la estructura familiar del asegurado. El seguro cubre tanto los cuidados institucionales como los cuidados domiciliarios y los cuidados médicos. No se incluye prestación en metálico (a diferencia del modelo alemán).

- Cobertura: El seguro cubre a 43 millones de población activa (mayores de 40 años) y a 22 millones de pasivos. El resto de población (individuos de menos de 40 años) sólo se ve afectada por los impuestos que debe pagar para financiar parte del plan. En 1995, el 6% de la población anciana recibía cuidados en instituciones y el 5% recibía cuidados formales en el hogar.

- Proveedores: En 1999 había en Japón 21.820 instituciones que ofrecían cuidados de larga duración, mientras que en 1993 tan sólo había 9.000. De entre estas 21.820, 8.000 ofrecían alojamiento permanente, 7.400 ofrecían cuidados diarios, había 5.600 centros de soporte y 79 instituciones especializadas en cuidados de corta estancia (*Japanese Ministry of Health, Labour and Welfare, 2001*).

A modo de conclusión podemos decir que los sistemas y modelos utilizados para abordar los cuidados de larga duración e intentar dar solución al problema de la dependencia varían, existiendo una gran heterogeneidad a nivel mundial, aunque suelen presentar dos características comunes: la creciente preocupación social ante esta contingencia y el predominio, salvo algunas excepciones (como con el caso de Estados Unidos), del principio de universalidad.

### **2.3 Modelos de referencia para España: Francia y Alemania**

Los trabajos sobre dependencia realizados para nuestro país se han centrado en cuantificar el coste de la dependencia en base al número de personas discapacitadas y a sus costes asociados. Aunque la mayoría de países desarrollados disponen actualmente de sistemas que dan cobertura a la contingencia de dependencia, en pocos casos se ha analizado el coste que supondría implantar alguno de ellos en nuestro país (Blay y Guillén, 2006). En este apartado se analizan en detalle los sistemas de dependencia francés y alemán, con el objetivo de verificar si pueden ser modelos válidos para el caso español.

En el año 2000, el Defensor del Pueblo presentó un informe en el que proponía un modelo de protección universal parecido al alemán. Según dicho informe, “el sistema de protección de la dependencia debe englobarse en el ámbito de la Seguridad Social, con garantía de derecho subjetivo, con independencia de que la financiación se realice vía impositiva (prestaciones no contributivas) o

vía cotizaciones sociales (sistema contributivo de la Seguridad Social)". Sin embargo, debido a la falta de sostenibilidad económica observada en los primeros años de implantación del sistema alemán, es aconsejable que las cuantías que se financien públicamente no sean muy elevadas (Edad&Vida, 2005).

En Alemania, desde la introducción del seguro de dependencia en el año 1995, las prestaciones de dependencia no habían sido modificadas. Con la reforma del seguro de dependencia acordada por la coalición de CDU/CSU y SPD, se responde, en particular, a las necesidades del grupo cada vez mayor de personas con demencia senil, enfermedades psíquicas o discapacidades mentales.

Se pretende destinar más presupuesto a la financiación de los servicios ambulatorios de asistencia a personas dependientes y, además, que se institucionalicen en cada barrio centros de atención a personas dependientes, donde habrá especialistas que coordinen las medidas de asistencia según las necesidades individuales.

En el sistema alemán, la cuota del seguro de dependencia ha quedado fijada en el 1,95% a partir del 1 de Julio de 2008 (IMSERSO, 2007). La mitad de la cuota sigue corriendo a cargo del empresario. Con los recursos adicionales se incrementarán también las prestaciones económicas y en especie del seguro de dependencia. Con esta subida se prevé disponer de los suficientes recursos para financiar las prestaciones del seguro de dependencia hasta 2015.

Según datos del gobierno alemán, a finales de 2006 el seguro estatal de dependencia contaba con 660.000 beneficiarios en régimen residencial y, aproximadamente, 1.310.000 en régimen domiciliario. De 1996 a 2002 el incremento medio anual del número de beneficiarios se situaba en un 3,4%, mientras que de 2003 a 2006 el incremento anual no superó el 1,0%.

En cuanto a las prestaciones de dependencia que proporciona el sistema de dependencia alemán, la siguiente tabla muestra las prestaciones económicas y en especie para el año 2008.

Tabla 2.1 Prestaciones de dependencia en Alemania para el año 2008.  
(En euros al mes)

Grados de dependencia	Prestación económica	Prestación en especie
Grado III	675,00 €	1.470,00 €
Grado II	420,00 €	980,00 €
Grado I	215,00 €	420,00 €

Fuente: elaboración propia.

Por otro lado, la reciente creación del sistema francés (Enero, 2002) es otro punto de referencia para España. A diferencia del modelo alemán, el sistema francés establece el importe máximo que puede alcanzar la prestación de dependencia en función del nivel de ingresos del individuo.

Instaurada el 1 de enero de 2002, la Asignación Personalizada de Autonomía (APA) se destina a los ancianos que tienen dificultades para realizar las actividades de la vida diaria. La APA es accesible sólo para todas aquellas personas mayores de 60 años, que residan de forma estable y regular en Francia, y que sufran una pérdida de autonomía media.

La APA no depende de los recursos de los que disponga la persona dependiente aunque, éstos, sí se tendrán en cuenta en el momento de establecer el importe de la prestación concedida.

Para formular su solicitud, el anciano debe rellenar un expediente y entregarlo a los servicios sociales del lugar donde reside. Tras un cierto plazo, un médico evalúa la dependencia de la persona en función de una serie de parámetros, que permiten determinar si puede o no realizar una serie de actividades básicas de la vida diaria.

En total existen 6 niveles de dependencia, desde las personas más dependientes (GIR 1), a las personas que conservan su autonomía (GIR 6). La APA se dirige, en particular, a todas aquellas personas que se incluyan en los grupos del 1 al 4 (ambos incluidos).

Si la solicitud se acepta y la persona vive en su domicilio, la siguiente etapa consiste en elaborar un plan de ayuda específico. Este plan define las intervenciones necesarias para mantenerla en su propio hogar. En este sentido, puede tratarse desde actuaciones tan simples como la entrega de comida a domicilio, hasta la puesta a su disposición de un cuidador para poder realizar las actividades de la vida diaria.

La APA puede utilizarse también para financiar trabajos de adaptación de la vivienda o para adquirir material (silla de ruedas, cama adaptada,...).

El importe de la ayuda se actualiza cada principio de año, y se calcula según un baremo nacional. A 1 de enero de 2008, el importe mensual de la prestación se elevaba como máximo a:

- 1.202,88 € para una persona clasificada en GIR 1
- 1.031,04 € para una persona clasificada en GIR 2
- 773,28 € para una persona clasificada en GIR 3
- 515,52 € para una persona clasificada en GIR 4

Si el anciano vive en una residencia, la evaluación de la pérdida de autonomía se efectúa bajo la responsabilidad de un médico coordinador. El cálculo del APA tiene entonces en cuenta las tarifas de dependencia del establecimiento, así como el grado de autonomía y los recursos del beneficiario, para permitirle pagar la tarifa de dependencia. Para los establecimientos que acogen a menos de 25 personas, la asignación se realiza como si fuera una APA a domicilio.

## 2.4 Índices de cobertura de los diferentes servicios sociales: comparativa entre España, Francia y Alemania

Como se ha comentado anteriormente, el envejecimiento de la población es un fenómeno que está afectando actualmente a la mayoría de países desarrollados. En España, los datos demográficos confirman que las infraestructuras y los recursos disponibles no son suficientes para garantizar el bienestar de las personas dependientes (IMSERSO, 2001 y 2004). España es uno de los países de la Unión Europea que en términos comparativos dedica menos recursos a la protección social.

En Francia y Alemania, las residencias y los servicios de ayuda a domicilio son, igual que en España, dos de los principales servicios destinados a la atención de la población dependiente.

En la siguiente tabla se presentan los índices de cobertura<sup>2</sup> en el año 2004 en Francia y Alemania. En Francia se observa un mayor índice de cobertura en los dos servicios analizados (6,70% en residencias y 12,50% en servicios domiciliarios). En Alemania, el servicio de ayuda domicilio está mucho más desarrollado que en España (8,60% frente al 3,12%), aunque no ocurre lo mismo con los servicios residenciales (4,10% frente al 3,77% en España).

Tabla 2.2 Comparación de los índices de cobertura en Residencias y Servicios Domiciliarios en España, Francia y Alemania (2004).

Países	Residencias	Servicio de Ayuda a Domicilio
Francia	6,70%	12,50%
Alemania	4,10%	8,60%
España	3,77%	3,12%

Fuente: Libro Blanco de la Dependencia (MTAS, 2005).

Como se esperaba, las diferencias en el grado de implantación de los servicios básicos para personas dependientes son todavía muy grandes, sobretudo en

<sup>2</sup> Índice de cobertura: (Usuarios / Población de 65 años y más) x 100

los servicios domiciliarios (el índice de cobertura en Francia es muy superior al índice de cobertura en España).

En otros países como Holanda, Países Nórdicos y Dinamarca, las diferencias son muy superiores. Por ejemplo, el índice de cobertura de las residencias se sitúa en el 9% y en el 13% en Holanda y Dinamarca, respectivamente. En cuanto al índice de cobertura de los servicios domiciliarios, en Holanda alcanza el 20% y en Dinamarca se sitúa en el 31% (Libro Blanco de la Dependencia, 2005; Pacolet et al., 1999).

## **2.5 Definición de los grados de dependencia: Francia y Alemania**

En España, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, tiene como objetivo atender las necesidades de aquellas personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía.

Según dicha Ley, la situación de dependencia se clasifica en tres grados (definidos anteriormente):

- Grado I. Dependencia moderada.
- Grado II. Dependencia severa.
- Grado III. Gran dependencia.

Cada uno de los grados de dependencia establecidos se clasifica en dos niveles, en función de la autonomía de las personas y de la intensidad del cuidado que requiere.

Por otro lado, para evaluar los grados de pérdida de autonomía, en Francia se aplica una escala que contempla cuatro grados que dan derecho a protección. El primero de ellos, GIR1, se corresponde con el más grave: personas encamadas o en silla de ruedas que han perdido su autonomía mental, corporal,

locomotriz y social, que necesitan la presencia indispensable y continua de otra persona.

El segundo nivel de dependencia (GIR2) está formado por personas encamadas o en silla de ruedas cuyas funciones mentales no están totalmente alteradas y que necesitan ayuda para la mayor parte de las actividades cotidianas, así como personas cuyas funciones mentales están alteradas pero conservan su capacidad motriz, pueden desplazarse en el interior de su domicilio pero necesitan ayuda parcial o total para vestirse y asearse.

El tercer nivel de dependencia (GIR3) lo forman las personas que conservan sus funciones mentales y, parcialmente, su autonomía motriz, pero que necesitan ayuda para sus actividades personales cotidianamente y varias veces al día.

El cuarto nivel de dependencia (GIR4) se corresponde con el nivel de dependencia más leve: personas que necesitan ayuda para levantarse de la cama o de una silla (aunque pueden desplazarse solas en el interior del domicilio), para asearse y para vestirse; y por las personas que no tienen problemas para andar pero que necesitan ayuda para sus cuidados personales y para alimentarse.

Por otro lado, el modelo alemán determina la cuantía de las prestaciones según el grado de dependencia y el tipo de prestación recibida. Las personas con mayor nivel de dependencia reciben la prestación de Grado III. En este nivel de dependencia se incluyen a las personas con necesidad extrema de ayuda (como mínimo cinco horas diarias, cuatro de las cuales dedicadas a cuidados personales). Son personas que requieren ayuda para realizar su higiene corporal, para alimentarse y para moverse, todos los días y durante las 24 horas; además, necesitan ayuda para realizar las tareas domésticas varias veces por semana.

En el segundo nivel de dependencia (Grado II) se incluyen a las personas con necesidad de ayuda muy importante (como mínimo tres horas diarias, dos de



las cuales dedicadas a cuidados personales). Las personas clasificadas en esta categoría requieren ayuda para realizar su higiene corporal, para alimentarse y para moverse, al menos tres veces al día en diferentes momentos; además, igualmente necesitan ayuda para realizar las tareas domésticas varias veces por semana.

Por último, el tercer nivel de dependencia (Grado I) incluye a las personas que presentan una necesidad considerable de asistencia (90 minutos al día, la mitad de este tiempo, para cuidados personales). Estas personas requieren, al menos una vez al día, ayuda para realizar su higiene personal, para alimentarse y para realizar algún desplazamiento; además, también necesitan ayuda para realizar las tareas domésticas varias veces por semana.

## **2.6 Número de personas dependientes en España en 2008**

Para estimar el coste total de atención a la dependencia en España según las prestaciones de dependencia que establecen Francia y Alemania, es necesario conocer, en primer lugar, el número de personas dependientes en nuestro país. Siguiendo el mismo planteamiento que en el trabajo de Blay y Guillén (2006), se utiliza la definición de dependencia realizada por el Libro Blanco de la Dependencia (MTAS, 2005), así como el criterio que se establece en dicho Libro para determinar los distintos niveles de severidad de la dependencia.

De esta forma, una persona se encontrará en situación de dependencia cuando presente al menos una discapacidad severa o total en alguna de las 9 actividades básicas de la vida diaria consideradas<sup>3</sup>.

La siguiente tabla muestra las proyecciones de población dependiente según los datos del Libro Blanco de la Dependencia (MTAS, 2005).

---

<sup>3</sup> Como actividades básicas de la vida diaria se incluyen: lavarse y asearse; mantener la higiene personal relacionada con los procesos de excreción; vestirse y desvestirse; comer y beber; cambiar las posiciones del cuerpo; levantarse y acostarse; desplazarse dentro del hogar; reconocer personas y objetos y orientarse; y entender y ejecutar órdenes y/o tareas sencillas.

Tabla 2.3 Proyección del número de personas dependientes para las actividades de la vida diaria por grados de necesidad de cuidados (España, 2005-2020).

Personas dependientes	2005	2010	2015	2020
Gran Dependencia	194.508	223.457	252.345	277.884
Dependencia Severa	370.603	420.336	472.461	521.065
Dependencia Moderada	560.080	602.636	648.442	687.277
Total	1.125.191	1.246.429	1.373.248	1.486.226

Fuente: Libro Blanco de la Dependencia (MTAS, 2005).

Utilizando estas proyecciones, se estima el número de personas dependientes en España en el año 2008 por grado de necesidad, asumiendo que el crecimiento es lineal entre 2005 y 2010. De esta forma, en el año 2008, el número de personas dependientes ascendería a 1.197.934, de las cuales 211.877 se encontrarían en situación de gran dependencia, 400.443 personas estarían en situación de dependencia severa, y 585.614 personas estarían en situación de dependencia moderada (Tabla 2.4).

Tabla 2.4 Estimación del número de personas dependientes (España 2005-2010).

Personas dependientes	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Gran Dependencia	194.508	200.298	206.088	211.877	217.667	223.457
Dependencia Severa	370.603	380.550	390.496	400.443	410.389	420.336
Dependencia Moderada	560.080	568.591	577.102	585.614	594.125	602.636
Total	1.125.191	1.149.439	1.173.686	1.197.934	1.222.181	1.246.429

Fuente: Elaboración propia en base al Libro Blanco de la Dependencia (MTAS, 2005).

Una vez definidas las prestaciones de dependencia en Francia y Alemania, y el número de personas dependientes en España, se obtiene el coste total de atención a la dependencia en España, asumiendo que las prestaciones asignadas en España coinciden con las definidas bajo el modelo francés y alemán.

## **2.7 Coste de atención a la dependencia en España según las prestaciones de dependencia en Francia y Alemania**

En este apartado se presenta una estimación del coste de atención a la dependencia en España en el año 2008, utilizando, por un lado, las prestaciones de dependencia que determinan los modelos francés y alemán para el año 2008, y por otro, la estimación del número de personas dependientes en España en el mismo año.

En España se establecen tres niveles de dependencia (Gran dependencia, Dependencia Severa y Dependencia Moderada). Como el modelo francés establece cuatro, se plantearán dos alternativas (Sistema Francés 1 y Sistema Francés 2). En la primera de ellas, las personas que se encuentran en situación de gran dependencia en España recibirán el importe que establece la prestación GIR1. Las personas con dependencia severa recibirán la prestación GIR2 y las personas con dependencia moderada recibirán la prestación GIR3.

La segunda alternativa (Sistema Francés 2) asigna las prestaciones GIR2, GIR3 y GIR4, a las personas en situación de gran dependencia, con dependencia severa y con dependencia moderada, respectivamente.

Por su parte, en Alemania, igual que en España, se establecen tres niveles de dependencia. Por ello, la cuantía de la prestación de dependencia se determinará de la misma forma que en Alemania: la prestación de Grado III para las personas en situación de gran dependencia, la de Grado II para las personas con dependencia severa, y la de Grado I para las personas con dependencia moderada. Esta será la tercera alternativa considerada (Sistema Alemán). Como prestación de dependencia se considerará la prestación en especie.

La Tabla 2.5 muestra, por niveles de severidad y para el año 2008, el número estimado de personas dependientes (según proyecciones del Libro Blanco), y las prestaciones de dependencia que establecen los sistemas francés y alemán.

Tabla 2.5 Personas dependientes en España, y cuantía anual de las prestaciones de dependencia en Francia y Alemania. En euros al año (2008).

Grado de Dependencia	Personas Dependientes	Sistema Francés 1	Sistema Francés 2	Sistema Alemán
Gran dependencia	211.877	14.434,56 €	12.372,48 €	17.640,00 €
Dependencia severa	400.443	12.372,48 €	9.279,36 €	11.760,00 €
Dependencia moderada	585.614	9.279,36 €	6.186,24 €	5.040,00 €
Total	1.197.934			

Fuente: Elaboración propia.

De esta forma podemos estimar el coste total de atención a la dependencia en España bajo las tres alternativas propuestas (Sistema Francés 1, Sistema Francés 2 y Sistema Alemán). La Tabla 2.6 presenta las diferentes estimaciones del coste total de atención a la dependencia en España en el año 2008 (en millones de euros y en porcentaje sobre el PIB).

La alternativa de mayor coste es la que prevé el Sistema Francés 1 (1,23% del PIB). Por su parte, el coste del Sistema Alemán se sitúa en el 1,04%, y el del Sistema Francés 2 no alcanza el 1% (0,91% del PIB previsto en España para el año 2008).

Tabla 2.6 Coste total de los cuidados de larga duración en España utilizando las prestaciones de dependencia de Francia y Alemania. Total y por nivel de severidad (en millones de euros). Ambos sexos. España, 2008.

Grado de Dependencia	Sistema Francés 1	Sistema Francés 2	Sistema Alemán
Gran dependencia	3.058,36 €	2.621,45 €	3.737,52 €
Dependencia severa	4.954,47 €	3.715,85 €	4.709,21 €
Dependencia moderada	5.434,12 €	3.622,75 €	2.951,49 €
Coste Total	13.446,95 €	9.960,05 €	11.398,22 €
Coste en porcentaje sobre el PIB*	1,23%	0,91%	1,04%

\* Según FUNCAS, el PIB previsto a (precios de mercado) alcanzaría los 1.095,7 mil millones de euros en el año 2008.

Fuente: Elaboración propia.

En cualquier caso, el esfuerzo económico que supone implantar un Sistema de atención a la dependencia se sitúa por encima de los 9 mil millones de euros, lo que representa cerca del 1% del PIB previsto en España para el año 2008.



### Capítulo 3

#### Los datos: EDAD (INE, 2008) y EDDDES (INE, 1999)

La recién publicada Encuesta de Discapacidades (EDAD, 2008), junto con la EDDDES (INE, 1999), constituyen las dos fuentes de información más fiables sobre los fenómenos de la discapacidad, la dependencia, el envejecimiento de la población y el estado de salud de la población residente en España. Las metodologías siguen las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, y en particular las clasificaciones internacionales vigentes en el año de realización de cada encuesta.

En cuanto al tamaño muestral, la EDAD (INE, 2008), que se desagrega a su vez en la EDAD hogares (realizada entre Noviembre de 2007 y Febrero de 2008) y la EDAD centros (realiza entre Mayo y Julio de 2008), engloba un total de 96.000 hogares (260.000 personas a aproximadamente) y 800 centros (11.000 personas). Por su parte, la EDDDES (INE, 1999), que recoge información sobre personas que residen en viviendas familiares (sin incluir a las personas institucionalizadas) en todo el territorio español, engloba un total de 79.000 viviendas (220.000 personas, aproximadamente).

En este sentido, los datos que se utilizan en los próximos capítulos serán los derivados de la Encuesta realizada en el año 1999, ya que, tanto el Libro Blanco de la Dependencia como la posterior Ley de Dependencia, toman como punto de partida dicha encuesta. A partir de los datos disponibles en la EDDDES (INE, 1999), tanto el Libro Blanco como la Ley de Dependencia, establecen una definición de dependencia, unos grados de dependencia, y realizan proyecciones sobre el número de personas dependientes que habrá en España durante los próximos años.

Por otro lado, aunque entre las discapacidades que se investigan en la EDAD (INE, 2008) se incluyen las relacionadas con las actividades básicas de la vida diaria que se tienen en cuenta para reconocer el derecho de asistencia que prevé la Ley de Dependencia (y que fueron incluidas en la EDDDES (INE, 1999)),

se analizan otras actividades dentro de la categoría de actividades básicas de la vida diaria y, por tanto, no es posible obtener el número de personas dependientes según el criterio de la Ley.

Por ello, se ha utilizado la EDDDES (INE, 1999) como encuesta de referencia (en los próximos capítulos), aunque previamente, se ha realizado un análisis (a lo largo del presente capítulo) sobre las principales diferencias observadas entre las dos encuestas.

### **3.1 Personas con alguna discapacidad y tasa de discapacidad, por sexo y edad**

En primer lugar, se presenta la Tabla 3.1, en la que se muestra el total de personas con alguna discapacidad en cada una de las encuestas. Como se ha comentado anteriormente, el número de personas discapacitadas ha aumentado (de 3.478,64 mil personas a 3.787,50 mil personas). Sin embargo, como este crecimiento ha sido inferior al crecimiento del total de la población, la tasa de discapacidad ha registrado una disminución desde el 9,0% del año 1999 hasta el 8,5% en 2008.

En este punto cabe señalar que el incremento de población (en el que influye notablemente el fenómeno migratorio) no es uniforme en todas las edades. Por ello, la tasa de prevalencia de la discapacidad puede dar la impresión de que disminuya globalmente, aunque en realidad aumente en algunos tramos de edad.

La distribución por sexo se mantiene aproximadamente en los mismos porcentajes a lo largo del periodo considerado, siendo las mujeres el colectivo más afectado: un 60,11% de las personas con alguna discapacidad en el año 2008 y un 58,37% en el año 1999.

Tabla 3.1 Personas con alguna discapacidad y porcentaje respecto total, según la EDDES (INE, 1999) y la EDAD (INE, 2008), por sexo.

Sexo	EDAD (INE, 2008)		EDDES (INE, 1999)	
	Personas con alguna discapacidad (en miles)	% respecto al total	Personas con alguna discapacidad (en miles)	% respecto al total
Varones	1.510,90	39,89%	1.448,25	41,63%
Mujeres	2.276,60	60,11%	2.030,40	58,37%
Ambos sexos	3.787,50	100,00%	3.478,64	100,00%

Fuente: Elaboración propia en base a la EDAD (INE, 2008) y la EDDES (INE, 1999).

A la hora de realizar este análisis por grupos de edad, se puede apreciar la aparición de las discapacidades en edades más tardías. En la Tabla 3.2 se pueden observar tales diferencias, comparando los datos obtenidos en el año 1999 con los obtenidos en el año 2008.

Con respecto a la población cuya edad es inferior a 65 años, tanto para hombres como para mujeres, el porcentaje de personas con alguna discapacidad se mantiene: representaba un 40,42% en el año 1999 para ambos sexos, y pasa a representar un 41,19% en el año 2008. Sin embargo, en el tramo de 65 a 79 años, se observan unos menores porcentajes en el año 2008. Por ejemplo, en el caso de los varones, pasa del 34,69% al 30,10% y, en el caso de los mujeres, decrece desde del 40,29% hasta el 32,80%. De esta forma, considerando ambos sexos, el porcentaje se reduce desde del 37,96% en el año 1999 al 31,73% en el año 2008.

Por otro lado, analizando el tramo de personas de 80 años y más, se observa un incremento de las personas con discapacidad, pasando del 15,98% al 19,98% en el caso de los varones, y del 25,65% al 31,80% en el caso de las mujeres. Si se tiene en cuenta ambos sexos, el porcentaje aumenta desde del 21,62% al 27,08% en el periodo considerado.



Tabla 3.2 Personas con alguna discapacidad (en miles) y porcentaje respecto total, según la EDDDES (INE, 1999) y la EDAD (INE, 2008), por sexo y grupos de edad.

EDAD (INE, 2008)								
Sexo	Población de 6 a 64 años	% respecto al total	Población de 65 a 79 años	% respecto al total	Población de 80 años y más	% respecto al total	Total	% respecto al total
Varones	754,20	49,92%	454,80	30,10%	301,90	19,98%	1.510,90	100,00%
Mujeres	805,90	35,40%	746,80	32,80%	723,90	31,80%	2.276,60	100,00%
Ambos sexos	1.560,00	41,19%	1.201,70	31,73%	1.025,80	27,08%	3.787,50	100,00%
EDDES (INE, 1999)								
Sexo	Población de 6 a 64 años	% respecto al total	Población de 65 a 79 años	% respecto al total	Población de 80 años y más	% respecto al total	Total	% respecto al total
Varones	714,44	49,33%	502,40	34,69%	231,41	15,98%	1.448,25	100,00%
Mujeres	691,55	34,06%	818,14	40,29%	520,71	25,65%	2.030,40	100,00%
Ambos sexos	1.405,99	40,42%	1.320,53	37,96%	752,12	21,62%	3.478,64	100,00%

Fuente: Elaboración propia en base a la EDAD (INE, 2008) y la EDDDES (INE, 1999).

Una vez observado el número de personas con discapacidad en cada una de las encuestas, se presentan las principales diferencias en términos de tasas de prevalencia de la discapacidad<sup>4</sup>.

En este sentido, como se puede observar en la Tabla 3.3, la tasa de discapacidad se mantiene aproximadamente en los mismos porcentajes en el tramo de edades que comprende desde los 6 hasta los 64 años, tanto en el caso de los varones como de las mujeres. En el caso de los varones, se reduce ligeramente des del 4,64% hasta el 4,27%, mientras que en el caso de las mujeres la tasa aumenta des del 4,54% hasta el 4,69%.

Por su parte, se observan unas menores tasas de discapacidad para el grupo de edad de 65 a 79 años. En el caso de los varones, pasa de un 22,41% en el año 1999 a un 18,77% en el año 2008, mientras que en el caso de las mujeres, pasa de representar un 29,08% a un 25,38% en el periodo analizado.

Por otro lado, en el tramo de 80 años y más, la tasa de discapacidad se reduce considerablemente en el caso de los varones, pasando del 49,41% en el año 1999 al 41,86% en 2008. En el caso de las mujeres, la tasa se reduce ligeramente (de 57,11% a 56,89%).

A nivel global y para ambos sexos, la tasa de discapacidad se reduce desde el 9,53% hasta el 8,55% entre los años 1999 y 2008.

Tabla 3.3 Tasa de discapacidad para personas de 6 años y más, por grupo de edad y sexo, según la EDDDES (INE, 1999) y la EDAD (INE, 2008).

Grupos de edad	EDAD (INE, 2008)			EDDES (INE, 1999)		
	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos
De 6 a 64 años	4,27%	4,69%	4,48%	4,64%	4,54%	4,59%
De 65 a 79 años	18,77%	25,38%	22,40%	22,41%	29,08%	26,13%
De 80 años y más	41,86%	56,89%	51,46%	49,41%	57,11%	54,50%
Total	6,95%	10,10%	8,55%	8,14%	10,85%	9,53%

Fuente: Elaboración propia en base a la EDAD (INE, 2008) y la EDDDES (INE, 1999).

<sup>4</sup> En adelante, tasa de discapacidad.

### 3.2. Personas con alguna discapacidad según grupo de discapacidad, por sexo y edad

En primer lugar, cabe destacar las diferencias que existen entre ambas encuestas en cuanto a su estructura. Los grupos de discapacidades (limitaciones importantes) que se consideran coinciden prácticamente con los recogidos en la EDDDES (INE, 1999), aunque en la EDAD (INE, 2008) se utiliza la terminología CIF para denominarlos.

En lo que respecta a las discapacidades que integran cada uno de los grupos, existen algunas diferencias entre las encuestas. Algunas discapacidades de la EDDDES (INE, 1999) se desdoblan según criterios CIF. Además, el número de discapacidades pasa de 36 a 44 actividades.

A continuación (Tabla 3.4) se presentan las principales diferencias en términos de grupos de discapacidades analizadas en cada una de las encuestas, comparándolas con las incluidas en la CIF.

Tabla 3.4 Grupos de discapacidades analizados en la EDDDES (INE, 1999), la CIF y la EDAD (INE, 2008).

EDAD (INE, 2008)	Capítulo CIF (Actividades y Participación)	EDDES (INE, 1999)
Visión	Función corporal (funciones visuales)	Ver
Audición	Función corporal (funciones auditivas)	Oír
Comunicación	Comunicación	Comunicarse
Aprendizaje y aplicación del conocimiento y desarrollo de tareas	Parte del capítulo 1. Aprendizaje y aplicación del conocimiento y parte del capítulo 2. Tareas y demandas generales	Aprender, aplicar conocimientos y desarrollar tareas (sólo funciones mentales)
Movilidad	Movilidad	Desplazarse Utilizar brazos y manos Desplazarse fuera del hogar
Autocuidado	Autocuidado	Cuidarse de sí mismo
Vida Doméstica	Vida Doméstica	Realizar las tareas del hogar
Interacciones y relaciones interpersonales	Interacciones y relaciones interpersonales	Relacionarse con otras personas

Fuente: EDAD (INE, 2008).

Una vez analizados los distintos grupos de discapacidad planteados en cada una de las encuestas, se mostrarán los resultados observados en cada una de ellas.

Teniendo en cuenta que una persona puede presentar discapacidades de más de un grupo de discapacidad, se han analizado las diferencias que existen en cada uno de los grupos considerados (Tabla 3.5).

Utilizando la nomenclatura de la EDAD (INE, 2008), se puede observar que el grupo de de discapacidad más afectado es el de movilidad: prácticamente un 67% de las personas con discapacidad presentan alguna discapacidad dentro de este grupo, mientras que en el año 1999 representaba un 60% aproximadamente.

El grupo de vida doméstica es el segundo de los grupos más afectados: un 55% de las personas con alguna discapacidad asegura tener problemas a la hora de realizar alguna de las tareas del hogar, en el año 2008 (en el año 1999 representaba el 45%).

El autocuidado es el grupo de discapacidad que experimenta un mayor crecimiento, pasando de afectar a un 22,34% de las personas con alguna discapacidad en el año 1999, a representar un 48,17% en el año 2008. El resto de grupos de discapacidades no experimenta prácticamente cambios.

Tabla 3.5 Personas con alguna discapacidad y porcentaje respecto al total, por grupo de discapacidad, según la EDDDES (INE, 1999) y la EDAD (INE, 2008).

Grupo de discapacidad (Nomenclatura EDAD (INE, 2008))	EDAD (INE, 2008)		EDDES (INE, 1999)	
	Personas con alguna discapacidad (en miles)	% respecto al total	Personas con alguna discapacidad (en miles)	% respecto al total
Visión	979,00	25,85%	1.002,29	28,81%
Audición	1.064,20	28,10%	961,49	27,64%
Comunicación	734,20	19,38%	504,81	14,51%
Aprendizaje, aplicación de conocimientos y desarrollo de tareas	630,10	16,64%	571,71	16,43%
Movilidad	2.535,40	66,94%	2.088,90	60,05%
Autocuidado	1.824,60	48,17%	777,06	22,34%
Vida doméstica	2.079,10	54,89%	1.568,60	45,09%
Interacciones y relaciones personales	621,10	16,40%	566,75	16,29%
Total	3.787,40	100,00%	3.478,64	100,00%

Fuente: Elaboración propia en base a la EDAD (INE, 2008) y la EDDDES (INE, 1999).

### 3.3 Personas con alguna discapacidad para las actividades de la vida diaria por máximo grado de severidad y grupo de edad

Inicialmente, la EDDDES (INE, 1999) incluyó 13 actividades de la vida diaria en el concepto de discapacidad. Posteriormente, el Libro Blanco de la Dependencia (MTAS, 2005), definió el concepto de dependencia, incluyendo en este caso 9 actividades básicas de la vida diaria: 7 de las consideradas como actividades de la vida diaria en la EDDDES y 2 más. Éstas últimas fueron las que finalmente se tuvieron en cuenta en la Ley de Dependencia a la hora de determinar los distintos grados de dependencia.

Sin embargo, la EDAD (INE, 2008) analiza un total de 18 actividades básicas de la vida diaria. Por tanto, en términos absolutos, está teniendo en cuenta un mayor nivel de detalle, ya que contempla el doble de actividades básicas de las que considera la Ley. En términos relativos, como se puede observar en la siguiente tabla (Tabla 3.6), algunas de las actividades planteadas en la EDDDES (INE, 1999) inicialmente, se desagregan a su vez en dos o tres actividades de las consideradas en la EDAD (INE, 2008).

Por ejemplo, la actividad relacionada con el hecho de que la persona pueda asearse sola, se divide en dos en la EDAD (INE, 2008):

- Lavarse
- Cuidados de las partes del cuerpo

Por otro lado, las actividades relacionadas con el control de las necesidades básicas de la persona y la utilización del servicio, se desagrega en tres partes en la EDAD (INE, 2008):

- Higiene personal relacionada con la micción
- Higiene personal relacionada con la defecación
- Higiene personal relacionada con la menstruación

Además, existen algunas actividades no consideradas en la EDDES (INE, 1999), como por ejemplo, el cuidado de la propia salud en el sentido de cumplir con las prescripciones médicas y evitar situaciones de peligro.

Por último, las actividades que hacen referencia al uso intencionado de los sentidos y a realizar tareas sencillas no fueron analizadas inicialmente en la EDDES (INE, 1999), aunque posteriormente el Libro Blanco de la Dependencia (MTAS, 2005) y la Ley de Dependencia sí las contemplaron.

Tabla 3.6 Actividades de la vida diaria, según la EDDES (INE, 1999) y la EDAD (INE, 2008).

EDAD (INE, 2008): Actividades básicas de la vida diaria	EDDES (INE, 1999): Actividades de la vida diaria
Lavarse Cuidados de las partes del cuerpo	Asearse solo: lavarse y cuidar su aspecto
Higiene personal relacionada con la micción Higiene personal relacionada con la defecación Higiene personal relacionada con la menstruación	Controlar las necesidades y utilizar solo el servicio
Vestirse y desvestirse	Vestirse, desvestirse y arreglarse
Comer y beber	Comer y beber
Cuidado de la propia salud: cumplir las prescripciones médicas	
Cuidado de la propia salud: evitar situaciones de peligro	
Adquisición de bienes y servicios	Compras y control de los suministros y servicios
Preparar comidas	Cuidarse de las comidas
Realizar las tareas del hogar	Limpieza y mantenimiento de la casa
Cambiar las posturas corporales básicas Mantener la posición del cuerpo	Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo
Desplazarse dentro del hogar	Desplazarse dentro del hogar
Desplazarse fuera del hogar	Deambular sin medio de transporte
Uso intencionado de los sentidos (mirar, escuchar,...)	
Realizar tareas sencillas	
	Levantarse, acostarse
	Limpieza y cuidado de la ropa
	Cuidarse del bienestar del resto de la familia

Fuente: Elaboración propia en base a la EDAD (INE, 2008) y la EDDES (INE, 1999).

Teniendo en cuenta las diferencias en las actividades consideradas, se analiza el número de personas con alguna discapacidad para las actividades de la vida diaria (en un caso las actividades básicas y en otro las actividades de la vida diaria), por máximo grado de severidad y grupo de edad

En la Tabla 3.7 se presentan los resultados por grado de severidad. Como se esperaba, el total de personas incluidas en cada uno de los grupos de edad aumenta a lo largo del periodo considerado. Para la población de 6 a 64 años, el número de personas con alguna discapacidad pasa de 820,53 mil a 1.023,10 mil personas.

El aumento es más moderado en el caso de las personas con alguna discapacidad con edades comprendidas entre los 65 y los 79 años, mientras que en el caso de las personas de 80 años y más, se observa un considerable

aumento, pasando de 602,40 mil personas con alguna discapacidad en el año 1999, a 880,80 mil personas en el año 2008.

Por grados de severidad, la discapacidad moderada experimenta un descenso en todos los grupos de edad, especialmente en los tramos de mayor edad. En el grupo de 65 a 79 años, pasa de 279,23 a 179,10 mil personas y, en el grupo de 80 años y más, se reduce de 126,98 a 89,10 mil personas con alguna discapacidad moderada.

La discapacidad severa afecta a un mayor número de personas en el tramo de edad de 6 a 64 años, mientras que decrece de nuevo en los grupos de mayor edad: de 307,79 a 262,80 mil personas en el grupo de 65 a 79 años, y de 165,67 a 151,30 mil personas en el grupo de 80 años y más.

Por último, la discapacidad total afecta a un mayor número de personas en el año 2008 en todos los grupos de edad considerados. En el grupo de edad de 6 a 64 años, aumenta de 261,55 a 391,00 mil personas, en el grupo de 65 a 79 años crece de 257,46 a 405,40 mil personas, y en el grupo de 80 años y más, se incrementa desde 296,49 a 588,50 mil personas.

Tabla 3.7 Personas con alguna discapacidad (en miles) para las actividades de la vida diaria por máximo grado de severidad y grupo de edad, según la EDDDES (INE, 1999) y la EDAD (INE, 2008).

Grado de severidad	EDAD (INE, 2008)			EDDES (INE, 1999)		
	De 6 a 64 años	De 65 a 79 años	De 80 años y más	De 6 a 64 años	De 65 a 79 años	De 80 años y más
Discapacidad moderada	275,40	179,10	89,10	287,61	279,23	126,98
Discapacidad severa	303,80	262,80	151,30	258,24	307,79	165,67
Discapacidad total	391,00	405,40	588,50	261,55	257,46	296,49
No consta	53,00	52,20	51,90	13,13	17,94	13,26
Total	1.023,10	899,50	880,80	820,53	862,42	602,40

Fuente: Elaboración propia en base a la EDAD (INE, 2008) y la EDDDES (INE, 1999).



### **3.4 Personas con alguna discapacidad y tasa de discapacidad, por grupos de edad, sexo y Comunidad Autónoma**

Una vez analizados los datos a nivel nacional, se plantean una serie de tablas para ver la mayor o menor afectación de la discapacidad a nivel de Comunidad Autónoma. Las siguientes tablas comparan los resultados obtenidos en cada una de las encuestas, por grupos de edad y Comunidad Autónoma, especificando además la tasa de discapacidad en cada uno de los años considerados.

El análisis de las dos encuestas a nivel de Comunidad Autónoma y, por tanto, de la evolución en materia de discapacidad en cada una de las comunidades a lo largo del periodo considerado, permite, por un lado, observar las diferencias territoriales y, por otro lado, utilizar los resultados obtenidos como instrumento de planificación futura.

La Tabla 3.8 muestra el total de personas de 6 a 64 años con alguna discapacidad, desagregando la información por sexo y Comunidad Autónoma.

La mayoría de comunidades presentan aumentos en el número de personas de 6 a 64 años con alguna discapacidad a lo largo del periodo considerado. Comunidad Valenciana y Madrid son las Comunidades Autónomas que presentan mayores incrementos, pasando de 124,92 a 197,80 mil personas y de 150,00 a 189,00 mil personas, respectivamente, entre los años 1999 y 2008.

Aparece un grupo de Comunidades Autónomas en los que hay ligeros aumentos en el número de personas con alguna discapacidad. Por ejemplo, Andalucía (de 319,99 a 325,30 mil personas), Canarias (de 54,39 a 68,60 mil personas) y País Vasco (de 62,91 a 65,10 mil personas)

Por el contrario, Cantabria, Castilla y León, Cataluña y Navarra presentan descensos en el número de personas de 6 a 64 años con alguna discapacidad. En el caso de Cantabria, pasa de 18,40 a 14,80 mil personas. Por su parte, en Castilla y León se reduce desde las 84,21 mil personas hasta las 81,30 mil,

mientras que en Cataluña se reduce desde 224,96 hasta 212,10 mil personas, en Galicia se reduce desde las 103,57 hasta las 102,50 mil personas, y en Navarra pasa de 14,25 a 13,10 mil personas.

Por sexos, los resultados son similares aunque hay que destacar algunos datos observados. Por ejemplo, en Castilla y León decrece el número de varones (de 44,51 a 40,30 mil personas) aunque aumenta el número de mujeres con alguna discapacidad (de 39,71 a 41,10 mil personas). Lo mismo sucede en Asturias, Cataluña, Galicia, Navarra y Andalucía.

Por su parte, Cantabria es la única Comunidad Autónoma en la que disminuye tanto el número de varones como el número de mujeres de 6 a 64 años con alguna discapacidad.

Tabla 3.8 Personas de 6 a 64 años (en miles) con alguna discapacidad, por sexo y Comunidad Autónoma, según la EDDDES (INE, 1999) y la EDAD (INE, 2008).

Comunidad Autónoma	EDAD (INE, 2008)			EDDES (INE, 1999)		
	Población de 6 a 64 años			Población de 6 a 64 años		
	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Andalucía	325,30	150,30	175,00	319,99	162,39	157,60
Aragón	41,50	20,00	21,50	31,50	17,63	13,87
Asturias	37,70	17,00	20,70	37,23	21,99	15,24
Baleares	34,40	16,30	18,10	27,27	14,04	13,23
Canarias	68,60	34,30	34,30	54,39	29,01	25,39
Cantabria	14,80	7,40	7,40	18,40	9,60	8,81
Castilla y León	81,30	40,30	41,10	84,21	44,51	39,71
Castilla la Mancha	63,70	32,20	31,50	57,02	29,82	27,20
Cataluña	212,10	99,80	112,40	224,96	112,61	112,35
Comunidad Valenciana	197,80	98,60	99,20	124,92	59,05	65,87
Extremadura	41,70	19,20	22,50	35,10	16,18	18,92
Galicia	102,50	49,50	53,00	103,57	56,11	47,46
Madrid	189,00	92,10	96,90	150,00	71,66	78,34
Murcia	56,80	30,00	26,80	48,70	24,52	24,18
Navarra	13,10	7,20	5,90	14,25	9,09	5,16
País Vasco	65,10	32,80	32,30	62,91	30,67	32,24
La Rioja	6,80	3,40	3,30	5,23	2,56	2,67
Ceuta	3,80	2,00	1,70	2,87	1,50	1,37
Melilla	4,00	1,90	2,10	3,48	1,52	1,96
España	1.560,00	754,20	805,90	1.405,99	714,44	691,55

Fuente: Elaboración propia en base a la EDAD (INE, 2008) y la EDDDES (INE, 1999).

La siguiente tabla se centra en la población de 65 años y más que presenta alguna discapacidad, según los datos obtenidos en ambas encuestas.

Como se puede observar en la Tabla 3.9, tan sólo tres Comunidades Autónomas presentan un menor número de personas con alguna discapacidad a lo largo del periodo considerado: Cantabria (de 29,75 a 22,80 mil personas), Castilla y León (de 191,09 a 174,60 mil personas) y Cataluña (de 339,55 a 299,60 mil personas).

Por otro lado, Comunidad Valenciana (de 187,95 a 254,90 mil personas), Galicia (de 168,62 a 190,40 mil personas), Madrid (de 197,80 a 245,80 mil personas) y País Vasco (de 80,69 a 104,30 mil personas), son las comunidades que presentan un mayor aumento en el número de personas mayores de 65 años que sufren alguna discapacidad.

El resto de comunidades se sitúan en valores similares a los observados en el año 1999. Por ejemplo, Canarias (de 51,89 a 67,20 mil personas), Extremadura (de 67,19 a 69,30 mil personas) y Navarra (de 26,12 a 28,50 mil personas).

Por sexos, los resultados son similares a los obtenidos en el análisis de la población de 6 a 64 años. Por ejemplo, en Andalucía, Aragón, Asturias, Baleares, Castilla la Mancha, Extremadura y la Rioja, disminuyen el número de varones pero aumenta el número de mujeres con alguna discapacidad.

Tan sólo en Cataluña, Cantabria y Castilla y León, se observa una disminución tanto en el caso de varones como de mujeres. En el resto de comunidades, aumenta el número de personas con alguna discapacidad en ambos sexos.

Tabla 3.9 Personas de 65 años y más (en miles) con alguna discapacidad, por sexo y Comunidad Autónoma, según la EDDDES (INE, 1999) y la EDAD (INE, 2008).

Comunidad Autónoma	EDAD (INE, 2008)			EDDES (INE, 1999)		
	Población de 65 años y más			Población de 65 años y más		
	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Andalucía	390,90	125,00	265,90	388,84	138,21	250,63
Aragón	70,10	24,30	45,80	64,55	24,48	40,07
Asturias	66,90	19,90	46,90	63,78	23,84	39,93
Baleares	34,40	9,90	24,40	29,68	12,44	17,24
Canarias	67,20	25,70	41,40	51,89	17,17	34,72
Cantabria	22,80	7,00	15,80	29,75	10,57	19,18
Castilla y León	174,60	63,10	111,50	191,09	72,15	118,94
Castilla la Mancha	119,20	39,30	79,90	107,88	40,19	67,69
Cataluña	299,60	103,40	196,10	339,55	119,23	220,32
Comunidad Valenciana	254,90	94,30	160,60	187,95	67,28	120,67
Extremadura	69,30	22,70	46,50	67,19	24,54	42,65
Galicia	190,40	62,50	128,00	168,62	57,78	110,84
Madrid	245,80	85,20	160,60	197,80	60,45	137,36
Murcia	70,70	23,90	46,90	62,56	23,66	38,90
Navarra	28,50	9,90	18,70	26,12	9,29	16,84
País Vasco	104,30	35,30	68,90	80,69	27,20	53,50
La Rioja	11,20	3,20	7,90	8,88	3,64	5,24
Ceuta	3,60	1,30	2,30	2,60	0,87	1,74
Melilla	3,30	1,00	2,40	3,23	0,83	2,39
España	2.227,50	756,70	1.470,70	2.072,65	733,81	1.338,84

Fuente: Elaboración propia en base a la EDAD (INE, 2008) y la EDDDES (INE, 1999).

La tasa de discapacidad es uno de los elementos que nos permite apreciar mejor la evolución del fenómeno de la discapacidad en cada una de las Comunidades Autónomas en el periodo considerado.

Por ello, en la Tabla 3.10 se presentan los resultados obtenidos en términos de tasa de discapacidad. A nivel nacional, se puede apreciar que la tasa de discapacidad para personas de 6 años y más disminuye desde el 9,39% hasta el 8,97%.

Hay una serie de comunidades en las que se observa un incremento en la tasa de discapacidad a lo largo del periodo analizado. Por ejemplo, Aragón (pasa del 8,72% al 9,19%), Comunidad Valenciana (de 8,40% a 9,92%) y Madrid (de 7,34% a 7,59%).

En cambio, en otras, como Andalucía, Cantabria o Cataluña, la tasa de discapacidad experimenta un leve decrecimiento. En el caso de Andalucía pasa del 10,63% al 9,58%, mientras que en el caso de Cantabria pasa del 9,67% al 7,00% y en el caso de Cataluña decrece del 9,84% al 7,61%.

Por otro lado, tan sólo se observa una disminución en el número total de personas con alguna discapacidad en Cantabria (de 48,15 a 37,50 mil personas), Castilla León (de 275,30 a 255,90 mil personas) y Cataluña (de 564,51 a 511,70 mil personas)

Tabla 3.10 Personas de 6 años y más con alguna discapacidad y tasa de discapacidad, por Comunidad Autónoma, según la EDDES (INE, 1999) y la EDAD (INE, 2008).

Comunidad Autónoma	EDAD (INE, 2008)		EDDES (INE, 1999)	
	Personas (en miles)	Tasa de discapacidad	Personas (en miles)	Tasa de discapacidad
Andalucía	716,10	9,58%	708,83	10,63%
Aragón	111,60	9,19%	96,05	8,72%
Asturias	104,50	10,37%	101,00	10,01%
Baleares	68,80	7,10%	56,95	8,03%
Canarias	135,80	7,13%	106,29	6,99%
Cantabria	37,50	7,00%	48,15	9,67%
Castilla y León	255,90	10,86%	275,30	11,78%
Castilla la Mancha	182,90	9,99%	164,90	10,40%
Cataluña	511,70	7,61%	564,51	9,84%
Comunidad Valenciana	452,80	9,92%	312,88	8,40%
Extremadura	111,00	10,99%	102,29	10,24%
Galicia	292,90	11,29%	272,19	10,58%
Madrid	434,80	7,59%	347,80	7,34%
Murcia	127,50	9,80%	111,26	10,85%
Navarra	41,60	7,42%	40,38	8,12%
País Vasco	169,40	8,45%	143,60	7,38%
La Rioja	17,90	6,16%	14,10	5,75%
Ceuta	7,40	11,32%	5,47	8,23%
Melilla	7,30	11,86%	6,71	11,60%
España	3.787,40	8,97%	3.478,64	9,39%

Fuente: Elaboración propia en base a la EDAD (INE, 2008) y la EDDES (INE, 1999).

A nivel de Comunidad Autónoma, también se ha analizado cómo afectan las discapacidades relacionadas con las actividades de la vida diaria. En este sentido, como se ha comentado anteriormente, hay que tener en cuenta que la EDDES (INE, 1999) define actividades de la vida diaria, y la EDAD (INE, 2008)

define actividades básicas de la vida diaria, con lo cual los resultados tiene que ser tomados con cautela.

La Tabla 3.11 muestra los resultados obtenidos tras el análisis de la discapacidad en las actividades de la vida diaria (en la EDDDES (INE, 1999)) y las actividades básicas de la vida diaria (EDAD (INE, 2008)). Como se esperaba, el resultado observado muestra que, el número de personas con alguna discapacidad en actividades de la vida diaria es inferior al número de personas con alguna discapacidad (tabla anterior).

En todas las Comunidades Autónomas excepto en Cantabria, aumenta el número de personas con alguna discapacidad en este tipo de actividades entre 1999 y 2008. Las comunidades de Andalucía, Comunidad Valenciana y Comunidad de Madrid son las que experimentan mayores crecimientos. Andalucía pasa de 500,37 a 552,00 mil personas con alguna restricción en actividades de la vida diaria. La Comunidad Valenciana pasa de 209,37 a 330,20 mil personas, y la Comunidad de Madrid pasa de 201,94 a 294,60 mil personas que sufren este tipo de restricciones.

El resto de Comunidades Autónomas sufren ligeros incrementos en el número de personas, por ejemplo, Asturias aumenta de 66,44 a 78,20 mil personas, Baleares pasa de 40,92 a 51,50 mil personas, y Navarra experimenta un crecimiento de 26,81 a 30,70 mil personas.

Por sexos, Cantabria es la única Comunidad Autónoma en la que se observa un decrecimiento tanto en el número de varones como en el de mujeres. En el caso de los varones se reduce desde las 12,10 hasta las 9,00 mil personas, y en el caso de las mujeres pasa de 20,29 a 19,00 mil personas.

Asturias es otro caso particular, ya que disminuye el caso de varones que sufren restricciones en las actividades de la vida diaria (decrece de 26,16 a 23,60 mil personas), pero aumenta en el caso de las mujeres (pasa de 40,28 a 54,60 mil personas).

En el resto de Comunidades Autónomas se observa un mayor aumento en el caso de las mujeres respecto a los varones. Por ejemplo, en Andalucía el aumento se sitúa en 44,71 mil mujeres, mientras que en el caso de los varones el aumento es de 7,02 mil. Tan sólo en el caso de Ceuta aumenta más el número de varones que el de mujeres.

Tabla 3.11 Personas de 6 y más años (en miles) con alguna discapacidad para las actividades de la vida diaria, por Comunidad Autónoma, según la EDDDES (INE, 1999) y la EDAD (INE, 2008).

Comunidad Autónoma	EDAD (INE, 2008)			EDDES (INE, 1999)		
	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Andalucía	552,00	191,10	361,00	500,37	184,08	316,29
Aragón	80,70	27,80	52,90	57,88	24,12	33,76
Asturias	78,20	23,60	54,60	66,44	26,16	40,28
Baleares	51,50	18,40	33,00	40,92	16,49	24,43
Canarias	99,60	39,70	59,90	69,78	26,73	43,05
Cantabria	28,00	9,00	19,00	32,39	12,10	20,29
Castilla y León	179,00	63,20	115,80	163,76	58,38	105,38
Castilla la Mancha	132,10	44,40	87,70	113,66	43,21	70,44
Cataluña	392,90	137,60	255,30	358,84	123,48	235,36
Comunidad Valenciana	330,20	120,90	209,30	209,37	71,32	138,05
Extremadura	78,60	25,70	52,90	68,83	24,11	44,72
Galicia	228,90	77,70	151,30	192,78	69,76	123,02
Madrid	294,60	96,80	197,80	201,94	67,70	134,24
Murcia	96,10	34,90	61,20	77,02	29,52	47,51
Navarra	30,70	11,30	19,40	26,81	10,73	16,08
País Vasco	125,60	43,80	81,80	85,90	28,78	57,12
La Rioja	14,20	5,10	9,20	10,51	4,49	6,02
Ceuta	4,70	1,80	2,90	4,19	1,43	2,76
Melilla	5,70	2,00	3,70	3,96	1,41	2,55
España	2.803,50	974,80	1.828,70	2.285,34	823,99	1.461,35

Fuente: Elaboración propia en base a la EDAD (INE, 2008) y la EDDDES (INE, 1999).

### 3.5 Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2008. Encuesta dirigida a centros (EDAD centros)

La EDAD (INE, 2008) ha conseguido cubrir una de las carencias observadas en la EDDDES (INE, 1999), ya que ha investigado por primera vez los centros residenciales de personas mayores, los específicos de personas con discapacidad y los hospitales geriátricos y psiquiátricos de larga estancia.

Según los resultados de la encuesta, un total de 269.412 personas que residen en este tipo de centros afirman tener alguna discapacidad (92,73% del total). De este número, 93.691 son hombres y 175.720 mujeres. El colectivo analizado está formado, fundamentalmente, por personas mayores (el 82,6% tiene 65 o más años, y entre éstos, tres de cada cuatro son mayores de 80 años).

Aunque la EDDDES (INE, 1999) no analizaba la población institucionalizada, el Libro Blanco de la Dependencia (MTAS, 2005) estimaba que el número de personas dependientes ascendería a 859.890 en el año 1999, más 100.000 personas que estarían alojadas en residencias. De entre estas 100.000 personas, no se conocía las personas que sufrían alguna discapacidad, ni su edad, ni su distribución por sexos. Por ello, se ha considerado necesario analizar los resultados obtenidos en la EDAD centros.

Además, analizar las cifras de población institucionalizada servirá para verificar que prácticamente todas ellas son beneficiarias de las prestaciones de dependencia que establece la Ley, debido a sus elevadas tasas de discapacidad y, por tanto, a sus elevados niveles de dificultad a la hora de realizar las actividades básicas de la vida diaria.

En primer lugar, se presenta una tabla (Tabla 3.12) con el número de personas residentes en centros que sufren alguna discapacidad, por grupo de edad y sexo. Además, se obtiene la tasa de discapacidad que representa respecto al total de personas residentes en este tipo de establecimientos.

Como se ha comentado, hay un total de 269.412 personas, de las cuales la mayoría son mujeres (175.720), y la mayoría de personas son mayores de 80 años (93.691).

La tasa de discapacidad afecta prácticamente al 93% de las personas residentes en centros. Por sexos, la tasa de discapacidad es algo inferior en el caso de los varones (89,45%) y algo superior en el caso de las mujeres (94,58%).



Por grupos de edad, la tasa de discapacidad afecta al 96,85% de las personas de 6 a 64 años residentes en este tipo de hogares (96,14% en el caso de los varones y 98,02% en el caso de las mujeres)

En el grupo de 65 a 79 años, la tasa se sitúa alrededor del 89%, afectando en este caso el 85,94% de los varones y al 91,84% en el caso de las mujeres. Por último, en el caso de las personas de 80 años y más, la tasa de discapacidad se sitúa en el 92,97% (87,31% en varones y 94,85% en mujeres).

Si se comparan los datos observados en hombres y mujeres, se puede observar que la mayor parte de las mujeres tienen 80 años y más (124.850 de las 175.720 mujeres con alguna discapacidad residentes en hogares). Por su parte, un total de 38.145 varones de 80 años y más sufren algún tipo de discapacidad, del total de 93.691. Por tanto, parece que el perfil de persona es el de una mujer de 80 años y más, que vive sola en su hogar y por ello es internada en un establecimiento de este tipo al sufrir alguna discapacidad.

Tabla 3.12 Personas de 6 y más años con alguna discapacidad, residentes en centros, por grupos de edad y sexo.

Grupo de edad	Ambos sexos	Tasa de discapacidad	Varones	Tasa de discapacidad	Mujeres	Tasa de discapacidad
De 6 a 64 años	46.889	96,85%	29.005	96,14%	17.884	98,02%
De 65 a 79 años	59.528	89,12%	26.541	85,94%	32.987	91,84%
De 80 y más años	162.995	92,97%	38.145	87,31%	124.850	94,85%
Total	269.412	92,73%	93.691	89,45%	175.720	94,58%

Fuente: EDAD (INE, 2008).

La EDAD (INE, 2008) también presenta datos, por grupos de edad y sexo, sobre el tipo de centros analizados. En concreto, la encuesta se centra en los centros residenciales para mayores, los centros para personas con discapacidad, y los hospitales psiquiátricos y geriátricos.

La Tabla 3.13 muestra que la tasa de discapacidad supera el 90% en todos los centros analizados. En los centros residenciales, la tasa se sitúa en el 91,39%,

con un mayor número de mujeres que de varones (153.399 y 62.951, respectivamente).

En el caso de los centros para personas con discapacidad, la tasa es prácticamente del 100% tanto para hombres como para mujeres, aunque el número de varones es de 22.620 mientras que el de mujeres es de 13.336. Por tanto, analizando los centros residenciales y los especializados en personas con discapacidad, se observa una mayor presencia de mujeres por el primer tipo de centros, y una mayor presencia de varones en los centros para personas con discapacidad.

En el caso de los hospitales psiquiátricos y geriátricos, la tasa se sitúa en el 96,70%, con valores similares en tasas y en número de personas tanto en varones como en mujeres.

Tabla 3.13 Personas de 6 y más años con alguna discapacidad, residentes en centros, por tipo de centro y sexo.

Tipo de centro	Ambos sexos	Tasa de discapacidad	Varones	Tasa de discapacidad	Mujeres	Tasa de discapacidad
Centros residenciales para mayores	216.350	91,39%	62.951	85,70%	153.399	93,95%
Centros para personas con discapacidad	35.956	99,56%	22.620	99,47%	13.336	99,71%
Hospitales psiquiátricos y geriátricos	17.105	96,70%	8.120	95,05%	8.985	98,25%
Total	269.412	92,73%	93.691	89,45%	175.720	94,58%

Fuente: EDAD (INE, 2008).

Una vez analizada la información por sexo y tipo de centro, se presenta una tabla que permite comparar los resultados obtenidos por grupos de edad.

La Tabla 3.14 permite comprobar que las mujeres de 80 años y más residentes en centros residenciales para mayores, son el colectivo más importante. Los centros para personas con discapacidad y los hospitales psiquiátricos y geriátricos son más utilizados por la población de edades inferiores.

En cuanto a las tasas de discapacidad, se observan valores sobre el 90% en el caso de los centros residenciales para mayores en todos los grupos de edad, mientras que en el caso de los centros para personas con discapacidad y los

hospitales psiquiátricos y geriátricos, las tasas se sitúan alrededor del 100% y 95%, respectivamente.

Tabla 3.14 Personas de 6 y más años con alguna discapacidad residentes en centros, por tipo de centro, grupo de edad y sexo.

Tipo de centro	Personas con alguna discapacidad								
	De 6 a 64 años			De 65 a 79 años			De 80 y más años		
	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Centros residenciales para mayores	8.148	4.511	3.637	50.847	21.731	29.116	157.355	36.708	120.647
Centros para personas con discapacidad	31.551	19.770	11.782	3.689	2.572	1.118	716	279	437
Hospitales psiquiátricos y geriátricos	7.190	4.724	2.466	4.991	2.238	2.753	4.923	1.158	3.765
Total	46.889	29.005	17.884	59.528	26.541	32.987	162.995	38.145	124.850
Tipo de centro	Tasa de discapacidad								
	De 6 a 64 años			De 65 a 79 años			De 80 y más años		
	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Centros residenciales para mayores	89,59%	87,03%	92,99%	87,57%	83,41%	90,96%	92,80%	86,95%	94,74%
Centros para personas con discapacidad	99,57%	99,39%	99,86%	100,00%	100,00%	100,00%	97,08%	100,00%	95,30%
Hospitales psiquiátricos y geriátricos	94,22%	92,71%	97,24%	98,91%	99,16%	98,71%	98,27%	97,28%	98,58%
Total	96,85%	96,14%	98,02%	89,12%	85,94%	91,84%	92,97%	87,31%	94,85%

Fuente: EDAD (INE, 2008).

La encuesta EDAD centros (INE, 2008) presenta también información sobre la afectación en cada uno de los grupos de discapacidad definidos, por sexo, grupo de edad y tipo de centro.

La Tabla 3.15 muestra los resultados por sexo y grupo de discapacidad. Las actividades relacionadas con la movilidad, el autocuidado y la vida doméstica son las más afectan al colectivo de personas residentes en centros. En concreto, un 85% de las personas residentes en alguno de los tipos de centros analizados, presentan dificultades a la hora de realizar las actividades

relacionadas con la movilidad (afecta a un 91,66% de las personas que presentan con alguna discapacidad).

Por su parte, las actividades relacionadas con el autocuidado afectan a un 83,80% de las personas que residen en estos centros (un 90,36% de las personas con alguna discapacidad las sufren). Por otro lado, un 82,81% de las personas presentan dificultades en las actividades relacionadas con la vida doméstica, lo que representa un 89,30% de las personas residentes en estos centros que presentan alguna dificultad.

Las actividades relacionadas con la visión y la audición son las que presentan una menor afectación en la población residente en este tipo de centros (un 18,23% y un 18,04%, respectivamente).

Tabla 3.15 Personas de 6 y más años con alguna discapacidad residentes en centros, por grupos de discapacidad y sexo.

Grupo de discapacidad	Ambos sexos	Tasa de discapacidad	Varones	Tasa de discapacidad	Mujeres	Tasa de discapacidad
Visión	52.975	18,23%	16.092	15,36%	36.883	19,85%
Audición	52.410	18,04%	15.775	15,06%	36.635	19,72%
Comunicación	161.463	55,58%	55.423	52,92%	106.040	57,08%
Aprendizaje, aplicación de conocimientos y desarrollo de tareas	143.201	49,29%	47.994	45,82%	95.207	51,24%
Movilidad	246.956	85,00%	82.469	78,74%	164.487	88,53%
Autocuidado	243.453	83,80%	81.298	77,62%	162.155	87,28%
Vida doméstica	240.594	82,81%	81.000	77,34%	159.593	85,90%
Interacciones y relaciones personales	188.249	64,79%	62.410	59,59%	125.839	67,73%
Total	269.412	92,73%	93.691	89,45%	175.720	94,58%

Fuente: EDAD (INE, 2008).

Una vez identificadas las tasas de discapacidad per grupo de discapacidad, se identifican las diferencias entre los distintos tipos de centros analizados. Por ello, se presentan a continuación una serie de tablas (la primera de ellas para

el caso de ambos sexos, y el resto desagregando la información por sexos), en las que se observan tales diferencias.

La Tabla 3.16 muestra, para ambos sexos y para los tipos de centros considerados, el número de personas y la tasa de discapacidad de cada uno de los grupos de discapacidad analizados.

En primer lugar, cabe destacar que las actividades relacionadas con la movilidad, el autocuidado y la vida doméstica, presentan tasas de discapacidad que se sitúan entorno al 80% en el caso de las residencias para mayores, mientras que en el caso de los centros para personas con discapacidad y los hospitales, las tasas alcanzan el 90% ó 95%.

Por otro lado, las dificultades relacionadas con la comunicación, el aprendizaje y las interacciones y relaciones personales, también presentan tasas superiores en los centros para personas con discapacidad y los hospitales, en relación con las obtenidas en el caso de las residencias para mayores. En concreto, para las actividades relacionadas con la comunicación, la tasa se sitúa en el 51,03% en el caso de las residencias para mayores, mientras que en el caso de los centros para personas con discapacidad y los hospitales alcanza el 79,50% y el 67,53%, respectivamente.

Por último, cabe destacar que las actividades relacionadas con la visión y la audición son más comunes en el caso de las residencias para mayores (20,22% y 20,07%, respectivamente) que en el caso de los centros para personas con discapacidad (aproximadamente, 8% en visión y audición) y los hospitales psiquiátricos y geriátricos (11% en visión y audición aproximadamente).

Tabla 3.16 Personas de 6 y más años con alguna discapacidad residentes en centros, por grupos de discapacidad y tipo de centro.

Grupo de discapacidad	Centros residenciales para mayores		Centros para personas con discapacidad		Hospitales psiquiátricos y geriátricos	
	Personas	Tasa de discapacidad	Personas	Tasa de discapacidad	Personas	Tasa de discapacidad
Visión	47.869	20,22%	2.997	8,30%	2.109	11,92%
Audición	47.520	20,07%	2.928	8,11%	1.962	11,09%
Comunicación	120.807	51,03%	28.712	79,50%	11.945	67,53%
Aprendizaje, aplicación de conocimientos y desarrollo de tareas	106.534	45,00%	25.993	71,97%	10.674	60,35%
Movilidad	196.478	83,00%	34.638	95,91%	15.841	89,56%
Autocuidado	193.775	81,86%	33.456	92,63%	16.223	91,72%
Vida doméstica	191.824	81,03%	33.183	91,88%	15.587	88,12%
Interacciones y relaciones personales	145.706	61,55%	28.843	79,86%	13.699	77,45%
Total	216.350	91,39%	35.956	99,56%	17.105	96,70%

Fuente: EDAD (INE, 2008).

A continuación se desagrega la misma información que en la tabla anterior, para observar las diferencias entre sexos.

En primer lugar (Tabla 3.17), en cuanto a las personas residentes en centros residenciales para mayores, se observa que las actividades que más afectan tanto a hombres como a mujeres son las relacionadas con la movilidad, el autocuidado y la vida doméstica. Sin embargo, las tasas observadas en el caso de los varones se sitúan alrededor del 70%, mientras que en el caso de las mujeres alcanza el 80%.

En el resto de grupos de discapacidad, las mujeres también presentan tasas más elevadas. Por ejemplo, en el grupo de visión, la tasa para hombres es del 18,41% y para las mujeres es del 21,04%. Por su parte, la tasa de

discapacidad en el grupo de interacciones y relaciones personales se sitúa en el 51,13% para los varones, mientras que para las mujeres alcanza el 66,24%.

Tabla 3.17 Personas de 6 y más años con alguna discapacidad residentes en centros residenciales para mayores, por grupos de discapacidad y sexo.

Grupo de discapacidad	Centros residenciales para mayores			
	Varones		Mujeres	
	Personas	Tasa de discapacidad	Personas	Tasa de discapacidad
Visión	13.522	18,41%	34.347	21,04%
Audición	12.979	17,67%	34.541	21,16%
Comunicación	31.567	42,97%	89.240	54,66%
Aprendizaje, aplicación de conocimientos y desarrollo de tareas	26.798	36,48%	79.736	48,84%
Movilidad	53.608	72,98%	142.870	87,50%
Autocuidado	52.654	71,68%	141.121	86,43%
Vida doméstica	52.753	71,82%	139.071	85,18%
Interacciones y relaciones personales	37.558	51,13%	108.149	66,24%
Total	62.951	85,70%	153.399	93,95%

Fuente: EDAD (INE, 2008).

En cuanto a las personas residentes en centros para personas con discapacidad (Tabla 3.18), los grupos de discapacidad más afectados continúan siendo los mismos que en el caso anterior (movilidad, autocuidado y vida doméstica), aunque en este caso las diferencias entre sexos son inferiores: en ambos casos se sitúan entorno al 90% ó 95%, siendo algo superiores en el caso de las mujeres.

Por su parte, aparecen tres grupos en los que las tasas de discapacidad son superiores en el caso de los varones. En primer lugar, las actividades relacionadas con la audición, donde la tasa para varones es del 9,10% y para mujeres es del 6,41%.

Por otro lado, en el grupo de discapacidad de comunicación, la tasa es del 79,86% para varones y del 78,88% para mujeres. Por último, para las actividades relacionadas con las interacciones y relaciones personales, la tasa para varones alcanza el 82,49%, mientras que para las mujeres se sitúa en el 75,39%.

Tabla 3.18 Personas de 6 y más años con alguna discapacidad residentes en centros para personas con discapacidad, por grupos de discapacidad y sexo.

Grupo de discapacidad	Centros para personas con discapacidad			
	Varones		Mujeres	
	Personas	Tasa de discapacidad	Personas	Tasa de discapacidad
Visión	1.687	7,42%	1.310	9,80%
Audición	2.070	9,10%	858	6,41%
Comunicación	18.162	79,86%	10.550	78,88%
Aprendizaje, aplicación de conocimientos y desarrollo de tareas	16.209	71,27%	9.784	73,16%
Movilidad	21.495	94,52%	13.143	98,27%
Autocuidado	20.890	91,86%	12.566	93,95%
Vida doméstica	20.726	91,14%	12.457	93,14%
Interacciones y relaciones personales	18.760	82,49%	10.083	75,39%
Total	22.620	99,47%	13.336	99,71%

Fuente: EDAD (INE, 2008).

Por último, la Tabla 3.19 presenta los datos referentes a las personas con alguna discapacidad residentes en hospitales psiquiátricos y geriátricos. En este caso, de nuevo las mujeres presentan tasas superiores en todos los grupos de discapacidad.

Las valores se sitúan alrededor del 90% en los tres grupos de discapacidad más afectados (movilidad, autocuidado y vida doméstica), aunque siempre ligeramente superiores en el caso de las mujeres.



En el resto de grupos de discapacidad, las diferencias también son mínimas. Tan sólo en el caso de las actividades relacionadas con las interacciones y relaciones personales, existen diferencias importantes: en el caso de los varones, la tasa se sitúa en el 71,32%, mientras que en el caso de las mujeres alcanza el 83,18%.

Tabla 3.19 Personas de 6 y más años con alguna discapacidad residentes en hospitales psiquiátricos y geriátricos, por grupos de discapacidad y sexo.

Grupo de discapacidad	Hospitales psiquiátricos y geriátricos			
	Varones		Mujeres	
	Personas	Tasa de discapacidad	Personas	Tasa de discapacidad
Visión	883	10,34%	1.226	13,40%
Audición	725	8,49%	1.236	13,52%
Comunicación	5.694	66,65%	6.251	68,35%
Aprendizaje, aplicación de conocimientos y desarrollo de tareas	4.988	58,38%	5.687	62,19%
Movilidad	7.366	86,23%	8.474	92,67%
Autocuidado	7.755	90,77%	8.468	92,60%
Vida doméstica	7.522	88,04%	8.065	88,19%
Interacciones y relaciones personales	6.093	71,32%	7.607	83,18%
Total	8.120	95,05%	8.985	98,25%

Fuente: EDAD (INE, 2008).

## **Capítulo 4**

### **Bases técnicas de un seguro privado de dependencia**

#### **4.1 Introducción**

El objetivo de un seguro privado de dependencia es proporcionar una prestación, ya sea económica o en forma de servicios, a las personas que han perdido su autonomía. En general, se establece una definición del producto simple y objetiva, a partir de la cual el asegurado paga una prima y, en el caso de encontrarse en situación de dependencia, recibe una prestación.

La pérdida de autonomía por parte del asegurado implica que la persona dependiente es incapaz de efectuar por sí sola las actividades básicas de la vida diaria, y que necesita siempre la ayuda de una tercera persona para realizarlas.

En los países en que se comercializan seguros de dependencia se aconseja que las primas sean primas vitalicias niveladas y que se permita introducir en las cláusulas contractuales la revisión de tarifas, de forma que se puedan revisar cada 5 ó 10 años. Esto se debe a la falta de estadísticas fiables sobre incidencia y sobre la mortalidad de la población dependiente.

En España, la Ley de Dependencia deja un cierto margen de actuación para que las entidades aseguradoras comercialicen este tipo de productos. En primer lugar, existe la posibilidad de aseguramiento del copago. Según la Ley, las personas dependientes deberán hacer frente a una parte de los costes (un 30% de media aproximadamente). Esta parte, podría cubrirse mediante un seguro privado. Por otro lado, existe la posibilidad de que la persona contrate una atención privada al margen del sistema, aunque con ello se dé una doble cobertura.

El resto del capítulo se estructura como sigue. En el segundo apartado se especifican las características básicas de un seguro privado de dependencia.

Posteriormente, se presentan los datos utilizados para calcular la prima de un seguro de dependencia. A continuación, se muestran las bases técnicas y se detalla el modelo de tarificación utilizado para la estimación de las primas. Seguidamente, se presentan los principales resultados obtenidos tras la aplicación del modelo de Incidencia-Renta, y por último, se resumen las primeras iniciativas del mercado asegurador español en cuanto a seguros privados de dependencia.

## **4.2 Características básicas de un seguro privado de dependencia**

### *Edad de adhesión*

En general, este producto va dirigido a las personas con edades comprendidas entre los 40 y los 65 años. Para edades superiores a la indicada, el coste que supone el cuidado de una persona dependiente, unido al aumento del riesgo de caer en situación de dependencia, desaconsejan la contratación de este tipo de producto.

Para edades inferiores a los 40 años, se estima que la probabilidad de ser dependiente es reducida y, además, el propio individuo no siente la necesidad de cubrirse ante el riesgo de dependencia por considerarse demasiado joven.

Se asume que la persona que se adhiere al producto estará pagando primas hasta que fallezca o entre en situación de dependencia. Esta sería la principal diferencia entre los seguros de dependencia y los seguros de invalidez. En los primeros se cubre la pérdida de autonomía para realizar las actividades básicas de la vida diaria, mientras que en los segundos, el público objetivo es la población activa que quiere cubrirse ante posibles situaciones de invalidez que no le permitan mantener su nivel de ingresos (Pinquet y Guillén, 2008; Kessler, 2008).

### Prima

La prima pagada por el asegurado se decide en función de su edad a la suscripción. En caso de prima única, ésta es exigible a partir de la suscripción. Por el contrario, en caso de primas periódicas, son exigibles según el calendario de pago previsto en el contrato de seguro. No obstante, la prima deja de pagarse cuando el asegurado entra en situación de dependencia (exención de prima).

Por otro lado, la mayoría de países que ofrecen este tipo de productos aconsejan que la prima sea revisable cada 5 ó 10 años (incluso algunos revisan primas anualmente), debido a la incertidumbre existente sobre la evolución del fenómeno de la dependencia.

En general, se establecen primas vitalicias niveladas, de forma que el asegurado deja de pagar primas en el momento en que se encuentra en situación de dependencia.

### Selección médica

Excepto en el caso de un accidente, la pérdida de autonomía suele ser progresiva. En consecuencia, las primeras señales pueden aparecer antes de toda presunción de pérdida de autonomía. Por ello, la selección médica debe permitir revelar los factores agravantes de riesgo que deberían ser objeto de una tarificación adecuada.

Esta es la razón por la que se sugiere una selección médica basada en una declaración de salud especialmente adaptada a la suscripción del riesgo dependencia, y por otra parte, según la edad y el nivel de ingresos, una selección médica más completa.

En general, la selección médica a la suscripción, se realiza sobre la base de una declaración de salud simplificada. Normalmente, se trata de un cuestionario de entre 5 y 10 preguntas a las que el individuo contesta SI o NO.

Si el asegurado responde afirmativamente a alguna o algunas de las cuestiones planteadas, deberá completar un cuestionario médico con el fin de proceder a una evaluación completa de su estado de salud.

El objetivo de la selección es revelar los posibles riesgos empeorados y aplicar las sobreprimas adecuadas, más que el de excluir sistemáticamente a los asegurados "no normales", es decir, cuyo perfil no es el de la mayor parte de la población.

### Evaluación de la pérdida de autonomía

La evaluación del estado de dependencia debería ser realizada por el médico del asegurador. En general, si la pérdida de autonomía es de origen físico, el papel del médico será aconsejar al asegurado sobre las técnicas existentes que podrían mejorar su estado de salud. Por el contrario, si la pérdida de autonomía es de origen psíquico, el pago de la prestación es inmediato.

La dependencia puede producirse como consecuencia de un accidente, de una enfermedad o de una demencia senil. Para considerarse demencia senil o enfermedad, se aconseja la realización de una prueba de evaluación del estado cognitivo del asegurado. Las pruebas recomendadas son:

- La prueba *Mini Mental State* de FOLSTEIN (1975): la prueba debe ser realizada por el neuropsiquiatra y el resultado obtenido debe ser inferior a 15.
- La prueba de BLESSED (1968): la prueba debe ser realizada por el neuropsiquiatra y el resultado obtenido en la escala A debe ser superior a 15 y el resultado obtenido en la escala B ser inferior a 15.

En general, la resolución que emite el organismo encargado de valorar las situaciones de dependencia, suele ser aceptada como documento acreditativo de la pérdida de autonomía.

### Prestaciones

En caso de dependencia, el asegurador pagará al asegurado una prestación conforme a lo dispuesto en el contrato de seguro. En general, la prestación se otorga en forma de renta vitalicia.

El contrato puede también incluir el pago de un capital en caso de dependencia así como una prestación de asistencia. El pago de un capital podría realizarse en forma de una prestación en especie destinada a adecuar la vivienda del dependiente. La idea de esta prestación es contribuir en la medida de lo posible a la mejora del bienestar de la persona y no solamente al pago de una renta.

En mercados internacionales como el francés, las prestaciones de asistencia se han vuelto un estándar de mercado a medida que crecía la experiencia de las compañías aseguradoras en materia de dependencia.

El control de supervivencia de la persona dependiente debería realizarse al menos una vez al año, siendo mejor cada 6 meses.

### Plazo de carencia

Con el fin de limitar posibles riesgos de antiselección, el contrato suele introducir plazos de carencia, diferenciados según el origen de la situación de dependencia. Se establecen como norma general los siguientes plazos de carencia:

- Inmediatamente, en caso de caer en situación de dependencia como consecuencia de un accidente.
- Después de un plazo de carencia de un año, en caso de dependencia a causa de una enfermedad.
- Después de un plazo de carencia de tres años, si la dependencia se debe a una demencia senil o a la enfermedad de Alzheimer.

Si la pérdida de autonomía ocurre durante estos plazos, las primas pagadas se suelen rembolsar íntegramente (contraseguro de las primas durante los plazos de carencia).

### Franquicia

El inicio de las prestaciones se suele efectuar después de la aplicación de un plazo de espera (franquicia). Este plazo empieza en el momento en que se certifica el estado de dependencia y la entidad aseguradora recibe la correspondiente documentación.

La franquicia encuentra su justificación en el plazo normal de tratamiento de instrucción del expediente de siniestro. En efecto, el objeto de la garantía de dependencia es pagar unas prestaciones al asegurado dependiente mientras esté vivo.

### Valor de reducción

Aunque el rescate del contrato no sea posible en un seguro de dependencia (un rescate "rompería" la reciprocidad de los riesgos), algunas compañías permiten que el asegurado no pierda los derechos a prestación en caso de dejar de pagar de las primas antes del término fijado en el contrato. Según el número de años de pago de las primas, conserva el derecho al seguro pero para un valor de capital garantizado inferior al suscrito.

## **4.3 Bases técnicas: los datos**

Los datos de los que se disponen para la posterior construcción del modelo de tarificación son los siguientes:

- La mortalidad de la población general.
- La tasa de prevalencia de la dependencia.

### Mortalidad de la población general

El Instituto Nacional de Estadística (INE), publica periódicamente las tablas de mortalidad de la población española. En concreto, pueden obtenerse las tablas de mortalidad de la población de España desde 1992 hasta 2005, por sexo, edad y Comunidad Autónoma.

Por coherencia con el resto de datos necesarios para la construcción del modelo (la tasa de prevalencia de la dependencia se obtiene de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES, INE 1999)), se ha escogido en primer lugar la tabla de mortalidad de la población de España para el año 1999.

La Tabla 4.1 muestra, para ambos sexos y por grupos de edad, la probabilidad de fallecimiento de la población española en el año 1999. Como puede observarse, en todos los grupos de edad la probabilidad de fallecimiento de los varones es superior a la de las mujeres, acentuándose las diferencias a medida que aumenta la edad.

Tabla 4.1 Probabilidad anual de fallecimiento para hombres y mujeres. España, 1999.

Grupos de edad	Ambos sexos	Varones	Mujeres
6-9 años	0,02%	0,02%	0,01%
10-16 años	0,02%	0,03%	0,02%
17-24 años	0,06%	0,09%	0,03%
25-29 años	0,07%	0,11%	0,04%
30-34 años	0,10%	0,15%	0,05%
35-39 años	0,13%	0,19%	0,07%
40-44 años	0,18%	0,26%	0,11%
45-49 años	0,27%	0,38%	0,16%
50-54 años	0,40%	0,59%	0,23%
55-59 años	0,61%	0,90%	0,34%
60-64 años	0,96%	1,42%	0,54%
65-69 años	1,53%	2,22%	0,92%
70-74 años	2,56%	3,62%	1,71%
75-79 años	4,43%	6,01%	3,35%
80-84 años	7,79%	9,85%	6,65%
85 años y más	32,30%	34,11%	31,54%
Subtotal 65 años y más	16,62%	18,18%	15,77%
Total de 6 años y más	6,45%	7,11%	6,06%

Fuente: Elaboración propia en base al INE (2007).



Por otro lado, y con el objetivo de utilizar la información publicada más reciente, se han utilizado también las probabilidades de fallecimiento para la población de España para el año 2005. De esta forma, se pueden observar tendencias en cuanto a la evolución de la mortalidad de la población española.

En la Tabla 4.2, puede observarse la misma tendencia que en la tabla anterior si comparamos el comportamiento de la mortalidad entre varones y mujeres. Sin embargo, si comparamos ambas tablas, también puede verificarse una reducción de la mortalidad entre los años 1999 y 2005.

Por ejemplo, en el grupo de edad de los 30-34 años, la probabilidad de fallecimiento para ambos sexos pasa del 0,10% en el año 1999, al 0,07% en el año 2005. Lo mismo sucede si comparamos la probabilidad de fallecimiento de los varones entre 65 y 69 años, que pasa del 2,22% en el año 1999 al 1,92% en el año 2005. De la misma forma, para el grupo de 80 a 84 años, la probabilidad de fallecimiento de las mujeres se reduce del 6,65% en el año 1999 al 5,81% en el año 2005.

Tabla 4.2 Probabilidad anual de fallecimiento para hombres y mujeres. España, 2005.

Grupos de edad	Ambos sexos	Varones	Mujeres
6-9 años	0,01%	0,01%	0,01%
10-16 años	0,02%	0,03%	0,01%
17-24 años	0,05%	0,07%	0,02%
25-29 años	0,05%	0,08%	0,03%
30-34 años	0,07%	0,10%	0,04%
35-39 años	0,11%	0,15%	0,06%
40-44 años	0,16%	0,23%	0,10%
45-49 años	0,26%	0,36%	0,16%
50-54 años	0,38%	0,55%	0,22%
55-59 años	0,56%	0,82%	0,31%
60-64 años	0,83%	1,22%	0,47%
65-69 años	1,32%	1,92%	0,78%
70-74 años	2,18%	3,08%	1,44%
75-79 años	3,85%	5,25%	2,84%
80-84 años	6,95%	8,83%	5,81%
85 años y más	30,51%	32,47%	29,73%
Subtotal 65 años y más	15,55%	17,08%	14,72%
Total de 6 años y más	6,02%	6,67%	5,66%

Fuente: Elaboración propia en base al INE (2007).

Posteriormente, con las tablas de mortalidad de la población general, se deducirán las tablas de mortalidad de la población activa (autónoma). Por su parte, dado que no existen estadísticas en España sobre la mortalidad de la población dependiente (aunque algunos estudios, como el de Monteverde (2004) apuntan hacia una mayor mortalidad de la población dependiente respecto a la población activa), se utilizará la mortalidad de la población general como mortalidad de la población dependiente. La consecuencia de esta hipótesis es una posible sobrevaloración del coste del seguro.

### Tasa de prevalencia de la dependencia

Los datos sobre la tasa de prevalencia de la dependencia<sup>5</sup> de la población española se obtienen de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES, INE 1999). Posteriormente, los datos se adaptan según la definición de dependencia realizada en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (Ley 39/2006, de 14 de diciembre de 2006).

La EDDES (INE, 1999) utiliza 13 actividades de la vida diaria para definir el concepto de discapacidad, entre las que se mezclan actividades básicas y actividades instrumentales. Dentro de las 13 actividades de la vida diaria no se incluyen algunas actividades relacionadas con el funcionamiento mental básico, como reconocer personas y objetos y orientarse o entender y ejecutar instrucciones y/o tareas sencillas, que también son esenciales para un desarrollo del quehacer cotidiano mínimamente autónomo. El resultado es que se subestima el número de personas dependientes debido a trastornos mentales y demencias (ICEA, 2005).

Como consecuencia de las limitaciones que presenta la EDDES, la Ley de Dependencia, a raíz de las recomendaciones del Libro Blanco de la Dependencia (MTAS, 2005), establece una definición de dependencia que

---

<sup>5</sup> En adelante, tasa de dependencia.

incluye este tipo de actividades. Se considera que una persona se encuentra en situación de dependencia cuando presente al menos una discapacidad severa o total en alguna de las 9 actividades básicas de la vida diaria consideradas: lavarse y asearse; mantener la higiene personal relacionada con los procesos de excreción; vestirse y desvestirse; comer y beber; cambiar las posiciones del cuerpo; levantarse y acostarse; desplazarse dentro del hogar; reconocer personas y objetos y orientarse; y entender y ejecutar órdenes y/o tareas sencillas.

De esta forma, se obtiene la tasa de prevalencia de la dependencia, es decir, la proporción de individuos dependientes en una determinada edad (independientemente del grado de dependencia que sufran) respecto al total de personas de esa misma edad.

La Tabla 4.3 muestra el número de personas dependientes y la tasa de dependencia en España en el año 1999, por grupos de edad y sexo. Se observa un continuo aumento tanto en el número de personas dependientes como en la tasa de dependencia a medida que aumenta la edad. Mientras que para el rango de edades que va entre los 6 y 9 años la tasa de dependencia se sitúa en el 0,40%, para el colectivo de 85 años y más dicha tasa alcanza el 28,53%.

Las diferencias entre sexos son mínimas hasta los 50 años. A partir de dicha edad, el número de mujeres dependientes aumenta más que el de hombres en esa misma situación. En el grupo de edad de 85 años y más, la tasa de dependencia de las mujeres alcanza el 30,90%, mientras que la de los hombres es del 23,31%.

Tabla 4.3 Tasa de prevalencia de la dependencia, España, 1999 (todos los grados de dependencia). Hombres y mujeres.

Grupos de edad	Total		Hombres		Mujeres	
	Personas dependientes	Tasa de dependencia	Personas dependientes	Tasa de Dependencia	Personas Dependientes	Tasa de Dependencia
6-9 años	6.240	0,40%	2.840	0,35%	3.400	0,44%
10-16 años	11.615	0,37%	6.530	0,41%	5.084	0,33%
17-24 años	15.916	0,32%	9.393	0,37%	6.523	0,27%
25-29 años	11.856	0,36%	7.003	0,42%	4.853	0,30%
30-34 años	20.438	0,63%	12.901	0,79%	7.537	0,47%
35-39 años	21.236	0,70%	11.711	0,77%	9.525	0,63%
40-44 años	24.320	0,90%	13.963	1,03%	10.356	0,76%
45-49 años	28.496	1,17%	14.917	1,23%	13.579	1,11%
50-54 años	29.320	1,26%	13.252	1,15%	16.067	1,36%
55-59 años	36.012	1,82%	15.615	1,61%	20.397	2,01%
60-64 años	58.634	2,99%	26.514	2,85%	32.120	3,12%
65-69 años	79.949	3,94%	28.604	3,04%	51.344	4,72%
70-74 años	106.713	6,16%	38.354	4,99%	68.360	7,09%
75-79 años	126.214	9,76%	41.538	7,82%	84.676	11,11%
80-84 años	111.863	14,33%	33.418	11,91%	78.445	15,69%
85 años y mas	171.005	28,53%	43.737	23,31%	127.269	30,90%
Subtotal 65 años y más	595.744	9,26%	185.651	6,85%	410.093	11,01%
Total de 6 años y más	859.826	2,32%	320.292	1,77%	539.534	2,85%

Fuente: Blay y Guillén (2006).

Una vez obtenida esta tasa, se puede obtener también la tasa de prevalencia de la población con un grado de dependencia superior al moderado, es decir, una tasa que incluya a la población con dependencia severa y a la población con gran dependencia (excluyendo a la población con dependencia moderada).

Ello se consigue utilizando un indicador de baremación que elaboró el Libro Blanco de la Dependencia (MTAS, 2005), y que permite establecer los distintos grados de dependencia.

Este indicador tiene en cuenta el número de actividades básicas de la vida diaria y el grado de discapacidad para cada una de ellas. Se construye de la siguiente forma: se asigna un punto por cada actividad para la cual la persona presenta una discapacidad moderada, se asignan dos por cada actividad para la cual la persona presenta una discapacidad severa, y se asignan tres por cada actividad para la cual la persona presenta una discapacidad total.

Como se consideran 9 actividades y es necesario presentar como mínimo una discapacidad severa, la puntuación máxima es de 27 puntos y la mínima es de 2. Con ello, se establecen cada uno de los tres grados de dependencia definidos posteriormente en la Ley de Dependencia: gran dependencia si obtiene más de 15 puntos, dependencia severa si obtiene entre 7 y 15 puntos, y dependencia moderada si obtiene menos de 7 puntos.

La obtención de esta segunda tasa de prevalencia para las dependencias más graves (dependencia severa y gran dependencia), permitirá obtener la prima de un seguro de dependencia que sólo cubrirá la dependencia severa y la gran dependencia. En general, las compañías presentes actualmente en el mercado privado de dependencia, cubren sólo estos dos grados de dependencia.

La Tabla 4.4 presenta el número de personas con dependencias graves (dependencia severa y gran dependencia), y la tasa de dependencia correspondiente. Como en la Tabla 4.3, se observa un continuo aumento del número de personas dependientes y de la tasa de dependencia a medida que aumenta la edad.

Si comparamos ambas tablas, puede observarse que la tasa de dependencia se reduce aproximadamente a la mitad tras la adopción de esta nueva definición. Por ejemplo, si tenemos en cuenta el total de 6 años y más, la tasa de dependencia es del 2,32% para ambos sexos al incluir todas las personas dependientes, mientras que si sólo incluimos las más graves es del 1,03%.

Por otro lado para el colectivo de 65 años y más, la tasa que incluye todos los grados de dependencia alcanza el 9,26% para ambos sexos, y la tasa que incluye las dependencias más graves se sitúa en el 4,50%. En este mismo subgrupo pero para los varones, la tasa de dependencia pasa del 6,85% si incluimos todos los grados al 3,45% si incluimos sólo los más graves y, para las mujeres, se reduce del 11,01% para todas las mujeres en situación de dependencia al 5,26% para aquellas que sufren una dependencia severa o gran dependencia.

Por tanto puede decirse que, aproximadamente y en general, la mitad del colectivo de personas dependientes que hay en España, se encuentra en situación de dependencia moderada, mientras que, la otra mitad, sufre dependencias más graves (dependencia severa o gran dependencia)

Tabla 4.4 Tasa de prevalencia para las dependencias más graves (dependencia severa y gran dependencia), España, 1999. Hombres y mujeres.

Grupos De edad	Total		Hombres		Mujeres	
	Personas con dep. graves	Tasa de dependencia	Personas con dep. graves	Tasa de Dependencia	Personas con dep. graves	Tasa de dependencia
6-9 años	4.607	0,29%	2.048	0,25%	2.559	0,33%
10-16 años	6.599	0,21%	3.356	0,21%	3.243	0,21%
17-24 años	7.882	0,16%	4.850	0,19%	3.032	0,13%
25-29 años	6.606	0,20%	4.443	0,26%	2.162	0,13%
30-34 años	8.929	0,28%	5.665	0,35%	3.264	0,21%
35-39 años	9.273	0,31%	5.272	0,35%	4.001	0,27%
40-44 años	7.222	0,27%	4.256	0,31%	2.966	0,22%
45-49 años	9.668	0,40%	4.762	0,39%	4.905	0,40%
50-54 años	6.101	0,26%	1.372	0,12%	4.729	0,40%
55-59 años	9.334	0,47%	3.824	0,39%	5.510	0,54%
60-64 años	16.772	0,86%	8.511	0,91%	8.261	0,80%
65-69 años	26.739	1,32%	10.672	1,13%	16.067	1,48%
70-74 años	38.024	2,20%	16.340	2,13%	21.684	2,25%
75-79 años	52.171	4,03%	21.321	4,01%	30.850	4,05%
80-84 años	62.414	8,00%	18.206	6,49%	44.208	8,84%
85 años y mas	110.058	18,36%	27.065	14,42%	82.993	20,15%
Subtotal 65 años y más	289.406	4,50%	93.604	3,45%	195.802	5,26%
Total de 6 años y más	382.398	1,03%	141.963	0,78%	240.435	1,27%

Fuente: Elaboración propia.

#### 4.4 Bases técnicas: el modelo de tarificación

Este apartado se centra en el análisis de algunos de los sistemas de tarificación de la dependencia, concretamente, en el modelo de Incidencia-Renta. Este modelo no precisa mucha información estadística y, aunque no es tan exacto como otros modelos (por ejemplo los modelos basados en procesos de *Markov*), permite estimar la prima de un seguro de dependencia conociendo las siguientes tres variables:

- La mortalidad de la población activa, es decir, de la población no dependiente, autónoma.
- La mortalidad de la población dependiente.

- La tasa de incidencia de la dependencia.

El resto de variables necesarias para la construcción del modelo pueden deducirse a partir de estas tres variables.

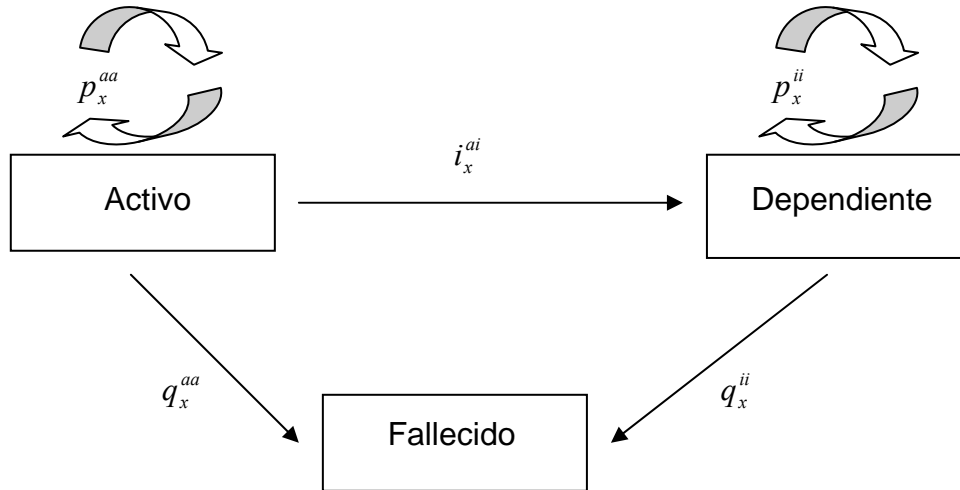
El modelo basado en procesos de *Markov* es el método de cálculo más ajustado aunque, la falta de datos hace necesario introducir demasiadas hipótesis. En este modelo, inicialmente se define la matriz de probabilidades de transición entre estados (activo, dependiente y fallecido). Con las propiedades de los procesos de *Markov* y la aplicación de las ecuaciones de *Chapman-Kolmogorov*, se obtienen las probabilidades de transición necesarias para la construcción del modelo (Ayuso et al., 2005; Monteverde, 2004; Pociello et al., 2001).

Por otro lado, el modelo *Friendly Society* es el proceso que menos información estadística requiere, aunque no permite estimar la duración de la dependencia ni la tasa de incidencia de la dependencia. En general, se define como el coste esperado de los siniestros para las personas dependientes entre el total de asegurados expuestos al riesgo (Haberman, 1988; Pociello, 2000).

El modelo de Incidencia-Renta es un modelo intermedio entre los dos anteriores que, basándose en el modelo de múltiples estados de Markov, permite estimar la prima de un seguro de dependencia sin introducir demasiadas hipótesis (ICEA y SCOR Global Life, 2005). Por ello, se ha considerado que este puede ser un modelo adecuado teniendo en cuenta la información disponible en España en materia de dependencia.

Se asume que un individuo no puede volver a ser activo una vez ha caído en situación de dependencia. Esta hipótesis es asumible en la medida en que la definición elegida de la dependencia es una incapacidad grave que requiere la ayuda de un tercero y que, teniendo en cuenta la edad del dependiente, la recuperación al estado de activo es poco probable. Por tanto, un individuo dependiente en el momento  $x$  tan sólo puede ser dependiente en  $x+1$  o haber fallecido durante el año.

Gráficamente, pueden observarse las probabilidades de transición que deben estimarse:



Donde:

- $p_x^{aa}$  : Probabilidad de que un activo de edad  $x$  continúe activo en  $x+1$ .
- $q_x^{aa}$  : Probabilidad de que un activo de edad  $x$  fallezca como activo durante el transcurso del año.
- $p_x^{ii}$  : Probabilidad de que una persona dependiente de edad  $x$  continúe viva y dependiente en  $x+1$ , es decir, probabilidad de no morir ni volver a ser activo en el año (entre la edad  $x$  y  $x+1$ ).
- $q_x^{ii}$  : Probabilidad de que una persona dependiente de edad  $x$  muera como dependiente durante el año.
- $i_x^{ai}$  : Probabilidad de que una persona activa de edad  $x$  se convierta en dependiente entre la edad  $x$  y  $x+1$  (tasa de incidencia).

La notación seguida es la utilizada por Haberman y Pitacco (1999). A continuación se describe la forma de obtener cada una de las probabilidades anteriormente descritas.



### Probabilidad de fallecimiento de la población dependiente

La mortalidad de la población dependiente se deduce de la mortalidad de la población por una relación lineal:

- $q_x^{ii} = \kappa \cdot q_x + \mu$

Donde  $\kappa$  y  $\mu$  son factores independientes de la edad del asegurado pero función de la causa patológica de dependencia:

- $\kappa$ : factor de sobremortalidad que integra la sobremortalidad vinculada al estado de dependencia.
- $\mu$ : factor de sobremortalidad aditiva

Los factores de sobremortalidad podrán evolucionar en el tiempo en función de la experiencia de la cartera. Debido a la falta de datos sobre los factores definidos, se estima que la probabilidad de fallecimiento de la población dependiente es la misma que la de la población general.

### Probabilidad de supervivencia de la población dependiente

La supervivencia de la población dependiente se deduce a partir de la mortalidad de la población dependiente. En concreto, la probabilidad de fallecimiento de la población dependiente más la probabilidad de supervivencia de dicho colectivo es igual a la unidad, ya que se ha supuesto que la probabilidad de reactivarse es nula.

- $p_x^{ii} = 1 - q_x^{ii}$

### Tasa de incidencia de la dependencia

La estimación de la tasa de incidencia se puede obtener a partir de la tasa de prevalencia de la dependencia. Sin embargo, para la estimación de la

incidencia, es necesario adoptar hipótesis de mortalidad. En consecuencia, los resultados obtenidos son muy sensibles a éstas. Existe, por tanto, un problema de robustez de la estimación, en la medida en que una escasa variación de la mortalidad de referencia puede modificar en proporciones sensibles el valor de la incidencia.

Para estimar la tasa de incidencia, se utilizan las siguientes variables (Sullivan, 1971):

- $L_x^a$  : Número total de personas activas de edad x.
- $L_x^i$  : Número total de personas dependientes de edad x.
- $L_x = L_x^a + L_x^i$  : Número total de personas vivas de edad x cualquiera que sea su estado (activo o dependiente).
- $p_x = \frac{L_{x+1}}{L_x}$  : probabilidad de fallecimiento en x, es decir, el número de personas vivas en x+1 entre el número de personas vivas en x.
- $q_x = 1 - p_x = 1 - \frac{L_{x+1}}{L_x}$  : probabilidad de supervivencia en x, es decir, uno menos la probabilidad de fallecimiento en x.
- $j_x$  : tasa de prevalencia de la dependencia, es decir, la proporción de individuos dependientes en una determinada edad respecto al total de personas de esa misma edad.

De esta manera, pueden obtenerse las siguientes relaciones:

$$\bullet \quad j_x \cdot L_x = L_x^i \quad (1)$$

Es decir, el colectivo de dependientes en x puede obtenerse multiplicando el número de individuos vivos en x (cualquiera que sea su estado) por la tasa de prevalencia de la dependencia.

$$\bullet \quad (1 - j_x) \cdot L_x = L_x^a \quad (2)$$

Es decir, el colectivo de activos en  $x$  puede obtenerse multiplicando el número de individuos vivos en  $x$  (cualquiera que sea su estado), por uno menos la tasa de prevalencia de la dependencia.

Entonces:

- $$L_{x+1}^i = L_x^i \cdot (1 - q_x^{ii}) + L_x^a \cdot i_x^{ai} \cdot (1 - \frac{1}{2} \cdot q_x^{ii})$$

Es decir, el colectivo de personas dependientes en  $x+1$ , es igual al colectivo de individuos dependientes que sobreviven entre  $x$  y  $x+1$ , más los activos que caen en situación de dependencia (se asume que fallecen a mitad de año como dependientes, por lo que sólo han estado en el colectivo de personas en situación de dependencia la mitad del año).

Utilizando las relaciones (1) y (2), la igualdad anterior puede expresarse de la siguiente forma:

- $$j_{x+1} \cdot L_{x+1} = j_x \cdot L_x \cdot (1 - q_x^{ii}) + (1 - j_x) \cdot L_x \cdot i_x^{ai} \cdot (1 - \frac{1}{2} \cdot q_x^{ii})$$

Si dividimos a los dos lados por el número de personas vivas en el momento  $x$ :

- $$j_{x+1} \cdot \frac{L_{x+1}}{L_x} = j_x \cdot (1 - q_x^{ii}) + (1 - j_x) \cdot i_x^{ai} \cdot (1 - \frac{1}{2} \cdot q_x^{ii})$$

Reordenando:

- $$j_{x+1} \cdot p_x = j_x \cdot (1 - q_x^{ii}) + (1 - j_x) \cdot i_x^{ai} \cdot (1 - \frac{1}{2} \cdot q_x^{ii})$$

Finalmente, la probabilidad de convertirse en dependiente entre la edad  $x$  y  $x+1$  queda definida por la siguiente relación:

- $$i_x^{ai} = \frac{j_{x+1} \cdot (1 - q_x) - j_x \cdot (1 - q_x^{ii})}{(1 - j_x) \cdot (1 - \frac{1}{2} \cdot q_x^{ii})}$$

Probabilidad de fallecimiento de la población activa

La probabilidad de fallecimiento de la población activa se deduce de la siguiente forma:

- $$L_{x+1}^a = L_x^a \cdot (1 - q_x^{aa}) - L_x^a \cdot i_x^{ai}$$

Es decir, el colectivo de activos en x+1 es igual al colectivo de activos en x, menos los activos que fallecen durante el año, menos los activos que caen en situación de dependencia durante el año.

Utilizando las relaciones (1) y (2), la igualdad anterior puede expresarse de la siguiente forma:

- $$(1 - j_{x+1}) \cdot L_{x+1} = (1 - j_x) \cdot L_x \cdot (1 - q_x^{aa}) - (1 - j_x) \cdot L_x \cdot i_x^{ai}$$

Despejando:

- $$(1 - j_{x+1}) \cdot p_x = (1 - j_x) \cdot (1 - q_x^{aa}) - (1 - j_x) \cdot i_x^{ai}$$

Finalmente, la probabilidad de fallecimiento de la población activa se deduce de la siguiente relación:

- $$q_x^{aa} = 1 - \frac{(1 - j_{x+1}) \cdot (1 - q_x) + (1 - j_x) \cdot i_x^{ai}}{(1 - j_x)}$$

### Probabilidad de supervivencia de la población activa

La probabilidad de supervivencia de la población activa se deduce a partir de la siguiente relación:

- $p_x^{aa} = 1 - i_x^{ai} - q_x^{aa}$

Es decir, la probabilidad de que un activo permanezca en este estado en  $x+1$  se deduce a partir de la probabilidad de caer en situación de dependencia (tasa de incidencia) y de la probabilidad de fallecer como activo durante el año.

Una vez definidas y estimadas las probabilidades necesarias para la construcción del modelo, se ha procedido a la estimación del modelo de Incidencia-Renta y a la obtención de los correspondientes resultados.

### Notación propia del modelo

- $i$  : Tipo de interés.
- $v = \frac{1}{1+i}$  : Factor de descuento financiero.
- $VA_x^i$  : Valor actual probable de una renta unitaria para una persona dependiente de edad  $x$ .
- $VA_x^i = a_x^{i(k)} + \frac{m-1}{2 \cdot m}$  : Renta vitalicia pospagable, en  $m$  pagos

al año, para un asegurado de edad  $x$ , con  $a_x^{i(k)} = \sum_{k=1}^{\infty} v^k \cdot {}_k p_x^{ii}$

### Producto a prima única

La prima pura única sin consideración de los plazos de carencia, para una persona de edad  $x$  es:

$$\bullet \quad P U_x = \sum_{j=0}^{\infty} v^j \cdot {}_j p_x^{aa} \cdot i_{x+j}^{ai} \cdot [V A_{x+j}^i \cdot R]$$

Donde:

- ${}_j p_x^{aa} = \prod_{h=0}^{\infty} p_{x+h}^{aa}$
- $R$  : renta anual pagadera en caso de dependencia.

### Prima vitalicia pura

$$\bullet \quad P_x = \frac{P U_x}{\ddot{a}_x^{a(k)}}$$

Donde:

$$\bullet \quad \ddot{a}_x^{a(k)} = \sum_{j=0}^{\infty} v^j \cdot {}_j p_x^{aa}$$

## 4.5 Resultados

En primer lugar, se presentan los ajustes realizados en las tasas de prevalencia de la dependencia, tanto para la que incluye todos los grados de dependencia como para la que incluye las dependencias más graves, para hombres y mujeres. Estos ajustes ha sido necesario realizarlos debido a la falta de datos en algunas de las edades consideradas.

Posteriormente, se presenta la prima pura mensual vitalicia que debería pagar un asegurado para cobrar una renta de 1.000 euros mensuales, en caso de entrar en situación de dependencia, para hombres y mujeres, según si se ha utilizado la tabla de mortalidad del año 1999 o la del año 2005, tanto en el caso de la tasa de prevalencia de la dependencia que incluye todos los grados de

dependencia, como en el caso en el que sólo se incluyen las dependencias más graves. Esta renta se cobraría desde el momento en que se certifica el estado de dependencia hasta el fallecimiento del individuo.

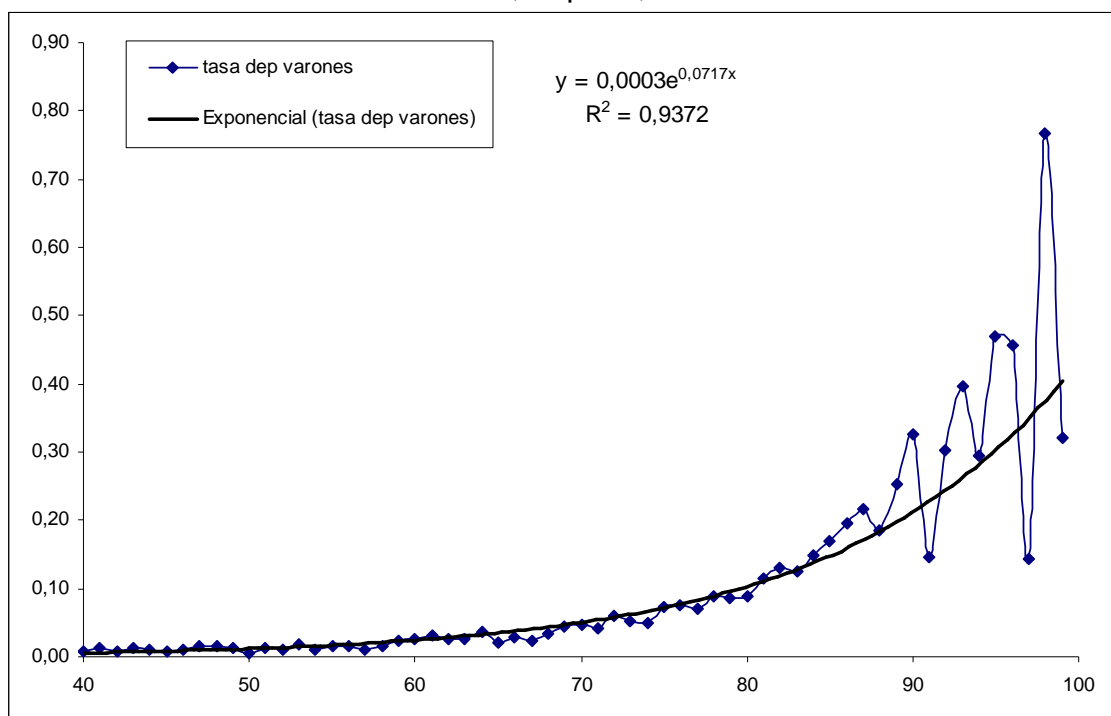
Es importante señalar que la longevidad de quienes pudieran contratar un seguro de dependencia posiblemente sería mayor a la de la población general, ya que la mortalidad de la población que contrata seguros suele ser inferior a la de la población general. Por ello, las primas presentadas en este trabajo podrían estar sesgadas a la baja y proporcionar valores inferiores a los correctos.

#### **4.5.1 Ajustes en las tasas de prevalencia de la dependencia**

El primero de los gráficos que se presenta, muestra el ajuste realizado para la tasa de prevalencia que incluye todos los grados de dependencia, en el caso de los varones. En el mismo gráfico se indica la ecuación resultante y el coeficiente de determinación.

Como puede verse en el gráfico 4.1, en los últimos tramos de edad existe mucha dispersión en los datos referentes a la tasa de prevalencia de la dependencia, lo que puede ser debido a la falta de datos en alguna de las edades concretas. En este caso, una vez realizado el ajuste, puede concluirse que éste es bueno, dado que el coeficiente de determinación se acerca al 94%.

Gráfico 4.1 Tasa de dependencia que incluye todos los grados de dependencia, varones, España, 1999.

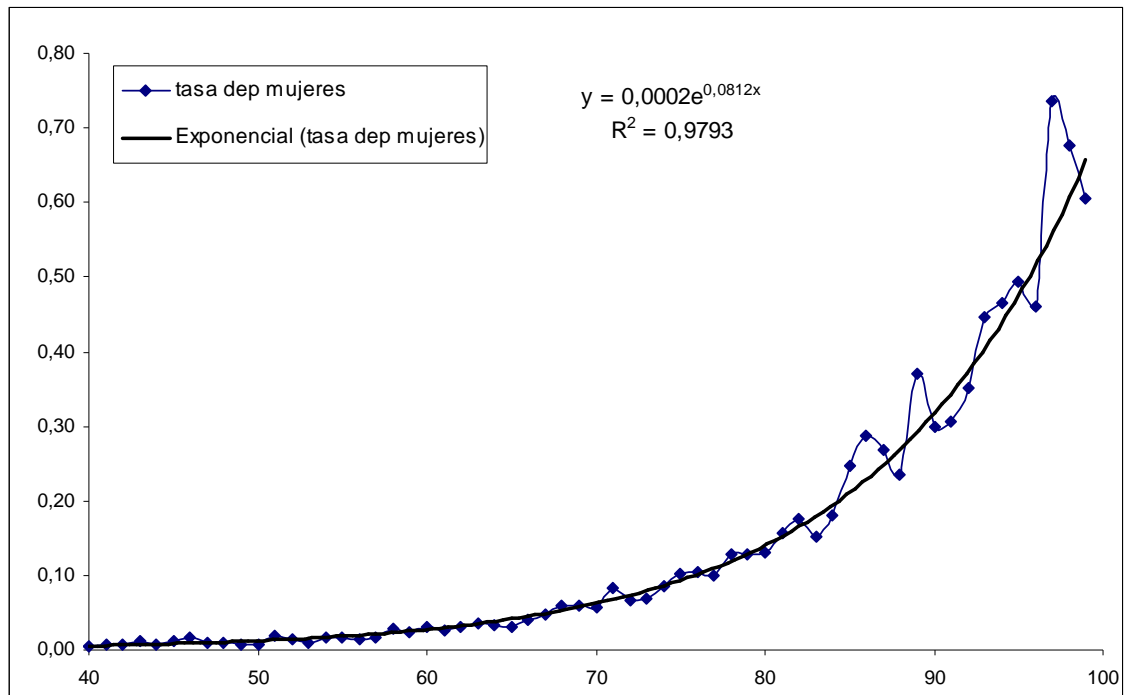


Fuente: Elaboración propia.

En el gráfico 4.2, se muestra el ajuste realizado (junto con la ecuación resultante y el coeficiente de determinación) para el caso de las mujeres, teniendo en cuenta la tasa de dependencia que incluye todos los grados de dependencia. En este caso, la dispersión en las últimas edades es menor que en el caso de los varones, y el ajuste realizado es mejor, ya que el coeficiente de determinación alcanza el 97%.



Gráfico 4.2 Tasa de dependencia que incluye todos los grados de dependencia, mujeres, España, 1999.

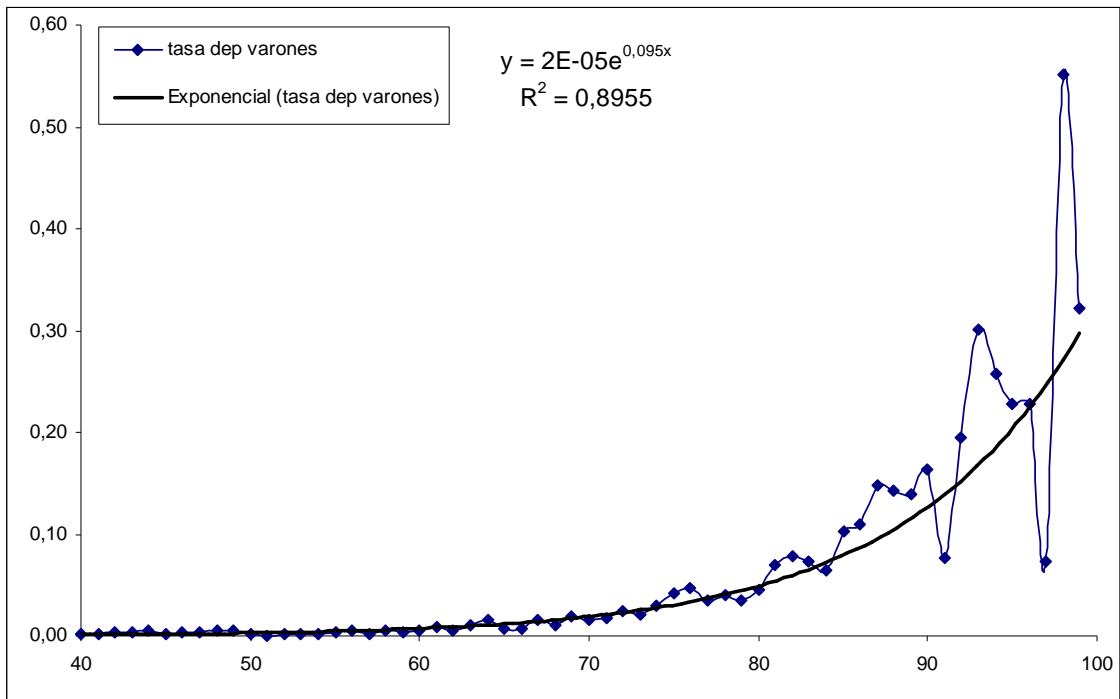


Fuente: Elaboración propia.

Los dos siguientes gráficos se centran en el ajuste de la tasa de prevalencia de la dependencia que incluye las dependencias más graves. En primer lugar, el gráfico 4.3, muestra el ajuste para el caso de los varones (con un coeficiente de determinación del 89%), y en segundo lugar (gráfico 4.4), se presenta el ajuste de la tasa de prevalencia de las dependencias más graves para el caso de las mujeres (con un coeficiente de determinación del 94%).

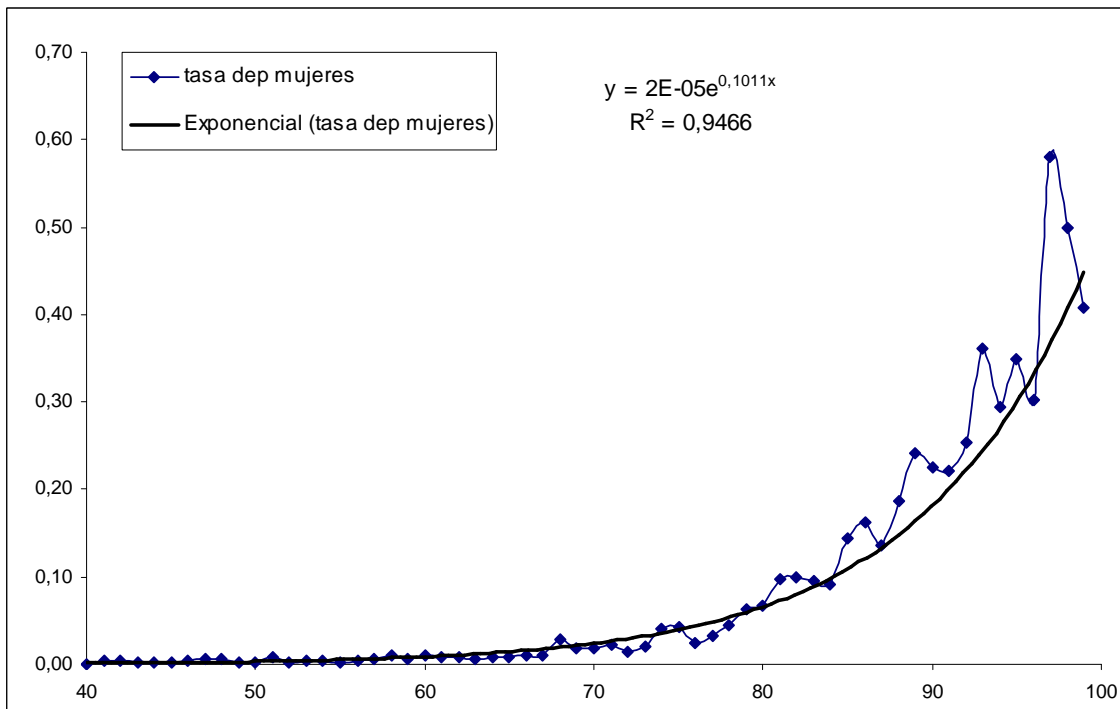
Las regresiones se han realizado sin utilizar ponderaciones de las observaciones situadas en las edades más avanzadas. Para mejorar el ajuste de las tasa en estos intervalos de edades, podría optarse por un ajuste ponderado.

Gráfico 4.3 Tasa de dependencia que incluye sólo las dependencias más graves, varones, España, 1999.



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 4.4 Tasa de dependencia que incluye sólo las dependencias más graves, mujeres, España, 1999.



Fuente: Elaboración propia.

#### **4.5.2 Prima pura mensual vitalicia en caso de cubrir todos los grados de dependencia**

En este apartado se presentan los resultados del modelo de Incidencia-Renta, teniendo en cuenta los siguientes datos:

- Tasa de prevalencia de la dependencia incluyendo los tres grados de dependencia que existen: dependencia moderada, dependencia severa y gran dependencia. Dicha tasa se obtiene de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES, INE, 1999), a partir de la definición de dependencia establecida en la Ley de Dependencia y en el Libro Blanco de la Dependencia (MTAS, 2005), teniendo en cuenta el ajuste realizado en el apartado anterior.
- Tablas de mortalidad 1999 y 2005, elaboradas por parte del Instituto Nacional de Estadística. Dichas tablas están disponibles para edades hasta 100 años sin agrupar las edades.

Por otro lado, se han establecido las siguientes hipótesis:

- La probabilidad de reactivación de un individuo dependiente es nula.
- La probabilidad de fallecimiento de la población dependiente coincide con la probabilidad de fallecimiento de la población general.
- Se ha utilizado un tipo de interés del 2%.

De esta forma, se estima la tasa de incidencia de la dependencia y, a partir de ésta, el resto de probabilidades necesarias para el cálculo de la prima del seguro.

Los resultados se muestran en términos de prima pura, por lo que a ella debería añadirse el correspondiente margen de seguridad, así como los gastos de gestión interna y los gastos de gestión externa que correspondan.

Las primas obtenidas son pagaderas cada principio de mes de forma vitalicia hasta que el individuo cae en situación de dependencia. A partir de ese momento, se considera que la persona dependiente cobrará una renta de 1.000 euros mensuales de forma vitalicia. Los resultados se presentan para hombres y mujeres, con edades comprendidas entre los 40 y los 65 años.

Los resultados que se presentan en la Tabla 4.5 utilizan como referencia la tabla de mortalidad del año 1999, mientras que los resultados de la Tabla 4.6 se basan en la tabla de mortalidad del año 2005.

En la Tabla 4.5 se puede observar que la prima para las mujeres es prácticamente el doble que para los hombres en todas las edades consideradas. Esto se debe principalmente, a la mayor longevidad de las mujeres, no solo en estado de activo, sino también en el estado de dependencia. Por ejemplo, la prima pura mensual para una mujer de 50 años alcanza los 95,81 euros, mientras que en el caso de los hombres se sitúa en 56,20 euros.

Las diferencias entre hombres y mujeres son mayores conforme aumenta la edad. De esta forma, a los 65 años, una mujer debería pagar en concepto de prima pura 147,46 euros al mes y, un hombre, se situaría entorno a los 80,66 euros mensuales.

Como se ha comentado anteriormente, para edades superiores a los 65 años, tanto el riesgo de que el individuo pase a tener una situación de dependencia como el coste de la misma, implican importantes aumentos en la prima, lo que implica mayores riesgos para la compañía.

Hay que tener en cuenta que, en este caso, el seguro de dependencia cubre todos los grados de dependencia y, por tanto, la probabilidad de transición al estado de dependencia es más alta.

Tabla 4.5 Prima pura mensual para obtener una renta mensual de 1.000 euros, en caso de entrar en situación de dependencia, con cobertura de los tres grados de dependencia, según tablas de mortalidad del año 1999, por edad y sexo. España.

Edad	Hombres	Mujeres
40	43,00	70,59
41	44,19	72,79
42	45,41	75,06
43	46,65	77,40
44	47,93	79,81
45	49,24	82,29
46	50,57	84,84
47	51,94	87,47
48	53,33	90,18
49	54,75	92,96
50	56,20	95,81
51	57,68	98,75
52	59,18	101,75
53	60,71	104,84
54	62,27	108,00
55	63,86	111,25
56	65,47	114,56
57	67,09	117,94
58	68,73	121,40
59	70,40	124,94
60	72,08	128,53
61	73,76	132,19
62	75,48	135,92
63	77,21	139,72
64	78,94	143,56
65	80,66	147,46

Fuente: Elaboración propia.

La Tabla 4.6 utiliza los mismos datos que la tabla anterior en cuanto a la tasa de prevalencia de la dependencia, aunque utiliza la tabla de mortalidad del año 2005. El resto de hipótesis coinciden con las realizadas en la tabla anterior.

Como se puede observar, las primas aumentan en todas las edades con respecto a los datos obtenidos en la Tabla 4.5. En términos porcentuales, el aumento es, en término medio, del 2,42% en el caso de los varones y del 2,10% en el caso de las mujeres.

Por ejemplo, a los 53 años, la prima pura es de 62,19 euros en el caso de los varones y de 107,03 euros en el caso de las mujeres. En cambio, con la tabla

de mortalidad del año 1999, los resultados obtenidos para esa misma edad eran de 60,71 euros y de 104,84 euros, en el caso de los varones y de las mujeres, respectivamente.

Por tanto, una reducción de la mortalidad, sin modificar las tasas de prevalencia de la dependencia, conlleva un encarecimiento de la prima del seguro. De esta manera, al ser menor la probabilidad de fallecimiento, la probabilidad de caer en situación de dependencia aumenta. Este sería un motivo más para que en las condiciones particulares del seguro de dependencia se estableciera una cláusula que permitiera revisar las tarifas cada 5 ó 10 años.

Tabla 4.6 Prima pura mensual para obtener una renta mensual de 1.000 euros, en caso de entrar en situación de dependencia, con cobertura de los tres grados de dependencia, según tablas de mortalidad del año 2005, por edad y sexo. España.

Edad	Hombres	Mujeres
40	43,98	71,97
41	45,20	74,21
42	46,45	76,53
43	47,73	78,92
44	49,04	81,38
45	50,38	83,92
46	51,75	86,54
47	53,15	89,23
48	54,58	92,00
49	56,05	94,85
50	57,54	97,77
51	59,06	100,78
52	60,62	103,87
53	62,19	107,03
54	63,80	110,28
55	65,43	113,61
56	67,09	117,01
57	68,76	120,49
58	70,46	124,05
59	72,17	127,68
60	73,91	131,39
61	75,65	135,16
62	77,40	138,99
63	79,15	142,89
64	80,92	146,84
65	82,68	150,85

Fuente: Elaboración propia.

### **4.5.3 Prima pura mensual vitalicia en caso de cubrir las dependencias más graves**

Por último se presentan los resultados del modelo de Incidencia-Renta utilizando los siguientes datos:

- Tasa de prevalencia de la dependencia incluyendo los dos grados de dependencia más graves: dependencia severa y gran dependencia. Dicha tasa se obtiene de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES, INE, 1999), a partir de la definición de dependencia establecida en la Ley de Dependencia y en el Libro Blanco de la Dependencia (MTAS, 2005), teniendo en cuenta el ajuste realizado anteriormente.
- Tablas de mortalidad 1999 y 2005, elaboradas por parte del Instituto Nacional de Estadística. Dichas tablas están disponibles para edades hasta 100 años sin agrupar las edades.

Por otro lado, se han establecido las mismas hipótesis y condiciones que en el apartado anterior.

Los resultados se presentan en las Tabla 4.7 y 4.8. En ambas se utiliza la tasa de prevalencia de la dependencia considerando las dependencias más graves, aunque en la primera se utiliza la tabla de mortalidad del año 1999 y en la segunda se utiliza la del año 2005.

En la Tabla 4.7, se muestra la prima pura para obtener una renta mensual de 1.000 euros, en caso de que el seguro privado cubra las dependencias más graves, teniendo en cuenta la tabla de mortalidad del año 1999. Se puede observar que, la prima en el caso de las mujeres, es el doble respecto a la de los varones.

Sin embargo, si se comparan las primas obtenidas en base a los grados de dependencia cubiertos, se puede observar un importante descenso de las mismas. Así por ejemplo, a los 40 años y en el caso de los varones, la prima en

caso de cubrir los tres grados era de 43 euros al mes, mientras que, en caso de cubrir sólo las dependencias más graves, se sitúa en 16,59 euros. En el caso de las mujeres, la prima pasa de 70,59 euros a 33,08 euros al mes.

Si se comparan las primas a los 60 años, el resultado obtenido es prácticamente el mismo. En el caso de los varones, la prima se reduce desde los 72,08 euros hasta los 33,07 euros al mes, mientras que en el caso de las mujeres, pasa de 128,53 euros a 66,83 euros mensuales.

Por tanto, el precio resulta mucho más atractivo para el cliente, y la incidencia para la compañía es menor, ya que sólo se incluyen los dos grados de dependencia más graves.

Tabla 4.7 Prima pura mensual para obtener una renta mensual de 1.000 euros, en caso de entrar en situación de dependencia, con cobertura de los dos grados de dependencia más graves, según tablas de mortalidad del año 1999, por edad y sexo. España.

Edad	Hombres	Mujeres
40	16,59	33,08
41	17,17	34,24
42	17,77	35,45
43	18,39	36,70
44	19,03	38,01
45	19,70	39,36
46	20,39	40,77
47	21,11	42,23
48	21,85	43,75
49	22,62	45,32
50	23,42	46,95
51	24,25	48,65
52	25,11	50,40
53	25,99	52,22
54	26,91	54,11
55	27,86	56,06
56	28,84	58,07
57	29,85	60,15
58	30,89	62,31
59	31,97	64,54
60	33,07	66,83
61	34,21	69,20
62	35,39	71,64
63	36,60	74,15
64	37,84	76,73
65	39,11	79,38

Fuente: Elaboración propia.



En la Tabla 4.8, se presentan los mismos resultados que en la tabla anterior, utilizando la tabla de mortalidad del año 2005 en lugar de la tabla del año 1999. Como se había observado en el apartado anterior, el hecho de que se reduzca la probabilidad de fallecimiento, comporta un aumento en la prima en caso de dependencia. En este caso, en el que se están cubriendo sólo las dependencias más graves, los resultados son similares.

Por ejemplo, comparando la Tabla 4.7 con la Tabla 4.8, se puede observar que, a los 45 años y en el caso de los varones, la prima pasa de 19,70 euros a 20,35 euros al mes. En el caso de las mujeres aumenta desde los 39,36 euros hasta los 40,39 euros mensuales.

Por otro lado, si se compara la Tabla 4.8 con la Tabla 4.6 (cobertura de todos los grados de dependencia con la tabla de mortalidad del año 2005), se puede observar un importante descenso en la prima del seguro. Por ejemplo, a los 55 años, la prima se reduce desde los 65,43 euros hasta los 28,77 euros al mes en el caso de los varones, y desde los 113,61 euros hasta los 57,54 euros mensuales en el caso de las mujeres.

Tabla 4.8 Prima pura mensual para obtener una renta mensual de 1.000 euros, en caso de entrar en situación de dependencia, con cobertura de los dos grados de dependencia más graves, según tablas de mortalidad del año 2005, por edad y sexo. España.

Edad	Hombres	Mujeres
40	17,15	33,94
41	17,74	35,13
42	18,36	36,37
43	19,00	37,66
44	19,66	39,00
45	20,35	40,39
46	21,06	41,84
47	21,81	43,34
48	22,57	44,90
49	23,37	46,51
50	24,19	48,19
51	25,05	49,93
52	25,93	51,73
53	26,85	53,60
54	27,79	55,54
55	28,77	57,54
56	29,78	59,62
57	30,83	61,76
58	31,90	63,98
59	33,01	66,27
60	34,15	68,63
61	35,32	71,07
62	36,53	73,57
63	37,76	76,15
64	39,03	78,80
65	40,33	81,53

Fuente: Elaboración propia.

#### 4.6 Primeras iniciativas del sector asegurador español

Una vez aprobadas la Ley de Dependencia, la Ley del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y la Ley de de Regulación del Mercado Hipotecario, alguna entidades aseguradoras han decidido lanzar al mercado el seguro privado de dependencia. Sin embargo, las diferencias entre ellas son significativas.

Por ejemplo, en algunas de ellas, la cobertura principal es la situación de dependencia (como en Caser, Agrupació Mútua y CNP), mientras que en otras se ofrece como una garantía complementaria (como en Allianz y AXA). Por otro lado, en algunas entidades se permite contratar el seguro de forma temporal

(AXA, Caja Madrid), mientras que en otros casos el seguro es vitalicio (AEGON).

A continuación se presentan las características principales de los productos de dependencia que ofrecen estas entidades.

### Caser Dependencia

El producto de Caser admite, o bien el pago de una aportación inicial y posteriormente primas periódicas, o bien sólo el pago de las primas periódicas sin necesidad de hacer aportación inicial. La cuantía de la prima es la misma durante toda la vigencia del seguro.

El producto no tiene plazos de carencia, de forma que el asegurado tiene acceso a las coberturas y servicios del seguro desde el primer día.

En caso de que el asegurado se encuentre en situación de dependencia, se garantiza una renta mensual vitalicia. Si el cliente sufre gran dependencia, recibirá el 100% de la renta mensual que contrató, mientras que, si sufre dependencia severa, recibirá el 50%. Si el cliente fallece antes de los 75 años sin llegar a sufrir un estado de dependencia, sus beneficiarios recibirán una cantidad igual a todas las primas pagadas.

Además, se incluyen de forma adicional otros servicios y coberturas que pueden ser utilizados aunque el asegurado no se encuentre en situación de dependencia, hasta que cumpla 75 años, tales como orientación telefónica, teleasistencia y ayuda a domicilio.

### Agrupació Mútua

El producto con el que Agrupació Mútua empieza su estrategia está dirigido a personas de entre 50 y 55 años. La póliza cubre la contingencia de pérdida futura de autonomía personal, bien por causa de la edad, bien por problemas derivados de una enfermedad o accidente. Se fijan primas vitalicias y niveladas

y en el momento de la suscripción, se deberá cumplimentar una declaración de salud simplificada (que en algunos casos puede ampliarse).

Es un producto que garantiza un capital inicial y/o a una renta mensual, en caso de gran dependencia.

Se incluye una garantía de asistencia en todos los productos de la gama, que posibilita el acceso a una serie de servicios, desde la suscripción de la póliza, como orientación telefónica médica, orientación social, asesoramiento sobre residencias, centros de día, apartamentos con servicios, adaptaciones de la vivienda o ayudas técnicas, entre otros.

El producto se ofrece tanto a clientes individuales como a empresas, con el objetivo de que lo contraten para sus empleados.

### Allianz

El producto con el que empieza su estrategia también está dirigido a personas de entre 50 y 55 años.

Allianz ofrece un seguro de vida flexible con amplias coberturas en su modalidad básica (fallecimiento, enfermedad crítica, gastos de sepelio, etc.), más coberturas adicionales como dependencia y repatriación.

En el caso de dependencia severa o gran dependencia (establecida por el organismo competente), se garantiza una renta mensual del 1% del capital de fallecimiento durante 10 años. Además, se puede transformar la renta en capital en cualquier momento.

### CNP

El seguro ofrecido por CNP, puede ser vitalicio o temporal (renovable a diez o veinte años), y se puede contratar desde los 18 a los 74 años de edad. Las

primas son mensuales y, para acceder a él, es necesario someterse a una declaración de salud.

El seguro vitalicio de dependencia garantiza al cliente, cuando éste envejezca y se encuentre en situación de gran dependencia o dependencia severa, una renta vitalicia mensual (desde los 300 € a los 1.500 €) y un pago único inicial para afrontar los primeros gastos (cuyo importe es el de la renta multiplicado por cinco).

Si una persona llega a estar en una situación de gran dependencia percibirá toda la paga mensual contratada, mientras que si la dependencia es severa la renta mensual se reducirá hasta la mitad de lo que suscribió.

La ventaja de contratar el seguro vitalicio es que el cliente puede revisar las primas (no antes de cinco años) y sólo tendrá que evaluar su salud una vez, y no en cada ocasión que se renueve el producto temporal.

El producto CNP se comercializa a través de distintas Cajas de Ahorros, como por ejemplo Caja de Canarias y Caixa Tarragona.

## AXA

AXA comercializa un nuevo seguro denominada “Vida Segura Activa” que ofrece las siguientes garantías:

- Cobertura en caso de fallecimiento
- Cobertura de invalidez hasta los 65 años
- Cobertura de gran dependencia a partir de los 65 años
- Es posible contratar el producto desde los 50 hasta los 65 años.
- La duración máxima del seguro se sitúa en los 85 años de edad del asegurado.
- El seguro garantiza el pago del capital contratado en caso de fallecimiento del asegurado, y el pago como anticipo del capital de fallecimiento en caso de invalidez o gran dependencia.

- Para acceder al capital en caso de gran dependencia, debe obtenerse la correspondiente resolución que así lo certifique, o bien el asegurado debe quedar incapacitado de forma irreversible para realización detrás de las siguientes actividades básicas de la vida diaria: lavarse, alimentarse vestirse y desplazarse.

## AEGON

AEGON ha lanzado un producto de dependencia para garantizar el bienestar y la calidad de vida de sus clientes, independientemente de sus circunstancias personales futuras. Según señalan, la póliza “da respuesta a una necesidad social que, además, debido a su bajo coste, se complementa de forma inmejorable al resto de productos aseguradores y de previsión social”.

El seguro cubre las dependencias más graves (gran dependencia o dependencia severa), y garantiza:

- Una renta vitalicia mensual: el cliente puede elegir desde los 500 euros hasta los 2.500 euros en tramos de 500 euros.
- Prestación: la renta elegida es la referida a gran dependencia (se garantiza el 50% de la renta en caso de dependencia severa).
- La renta será la adecuada a las necesidades y coste del servicio en cada momento (será creciente de forma geométrica al 2% desde la fecha de contratación).
- Opcionalmente, permite contratar un capital para cubrir los primeros gastos en caso de una situación de dependencia. Este capital será igual a 3 mensualidades de la renta elegida y se actualiza anualmente en la misma proporción.
- El seguro se podrá contratar hasta los 69 años.

El producto permite completar las prestaciones públicas por dependencia, para hacer frente a los elevados costes que generan este tipo de situaciones.

Fiscalmente el producto permite deducirse de los rendimientos de trabajo y actividades económicas el 100% de la aportación que se realice anualmente y en el caso de ser necesaria la prestación por dependencia, tanto el capital como la renta obtenida tributarán como rendimientos del trabajo.

### Caja Madrid

Caja Madrid ha iniciado la comercialización de un seguro denominado “Vida Renta Dependencia”. Se trata de un seguro de vida que ofrece las coberturas por dependencia severa y gran dependencia. El producto ha sido diseñado por Mapfre Vida.

El nuevo seguro garantiza una renta mensual durante 10 años más un capital inicial, en caso de alguna de las siguientes contingencias:

- Fallecimiento (la prestación se duplica en caso de fallecimiento por accidente).
- Incapacidad absoluta y permanente.
- Dependencia severa o gran dependencia (esta prestación puede ser adicional a la de incapacidad absoluta y permanente).

La renta contratable puede oscilar entre los 150 y los 1.200 euros mensuales y la edad de contratación se sitúa entre los 18 y los 72 años.

El principal problema con el que se están encontrando actualmente las compañías es que, a pesar de que la necesidad de cobertura ante situaciones de dependencia existe, el mercado potencial no lo tiene suficientemente asumido. Por ello, una posibilidad sería la de incorporar la cobertura de dependencia como una garantía más en los seguros de vida o enfermedad (como están realizando algunas entidades).

El mercado privado de dependencia se encuentra en sus inicios actualmente en España, y hay muchos detalles que deben tenerse en cuenta y que pueden variar el futuro. Por ejemplo, los costes de mantener a una persona

dependiente en el futuro: el crecimiento medio anual observado en España en el periodo 1999-2003, ponderado por el grado de severidad de la dependencia, fue del 5,3% (Guillén, 2007).

Por otro lado, la renta contratada inicialmente por parte del asegurado puede no ser suficiente en el futuro. El contrato de seguro debería contemplar la revalorización de las prestaciones para prever este tipo de situaciones.

Además, hay que tener en cuenta la propia evolución del fenómeno de la dependencia. Ante la falta de datos en España sobre la mortalidad de la población dependiente, se considera necesario el establecimiento de cláusulas que permitan una revisión de las tarifas en el futuro.

Si se analizan las experiencias de algunos mercados privados como el francés, se puede observar que, los primeros productos que se ofrecían tan sólo cubrían la gran dependencia, posteriormente se introdujeron pólizas que cubrían las situaciones de dependencia más graves (dependencia severa y gran dependencia) y, actualmente se ofrecen productos que garantizan rentas vitalicias acompañadas de servicios asistenciales.





## **Capítulo 5.**

### **Alternativas al seguro privado de dependencia en forma de prestación económica: Hipoteca inversa y prestación de servicios**

#### **5.1 Introducción**

El seguro privado en forma de prestación económica es una de las alternativas de cuidados en el momento en que una persona se encuentra en situación de dependencia. Si se considera que el Estado garantiza una prestación a toda persona dependiente (ya sea económica o como prestación de servicios), el seguro privado que garantiza una prestación económica permite hacer frente a la parte de los costes que corren a cargo del beneficiario de la prestación (copago).

Por tanto, en este caso, el seguro privado en forma de prestación económica será contratado por una persona no dependiente, que realizará el pago de una serie de cuantías periódicas, con el objetivo de poder crear unas reservas destinadas a cubrir los efectos que se deriven de esta situación. En definitiva, el segmento de mercado al que se dirige este tipo de producto es, básicamente, los individuos de 40 a 65 años que no se encuentran actualmente en situación de dependencia pero que, por precaución o bien por tener algún familiar en esta situación, consideran que es necesario contratar el seguro.

En este punto, cabe plantearse una serie de cuestiones. Es posible que una persona prefiera contratar un seguro en forma de prestación de servicios, de forma que, en el momento en que se encuentre en situación de dependencia, reciba la ayuda de una tercera persona para realizar las actividades básicas de la vida diaria, o bien el ingreso en una residencia si es necesario.

En este caso, el segmento de mercado puede considerarse muy similar al anterior. Sin embargo, la problemática en este punto radica en la evolución del coste de tales servicios. En este sentido, el cálculo de la prima de un seguro

que garantice una prestación en forma de re acceso a los servicios es más complicado.

Por otro lado, cabe plantearse también la oportunidad de atraer a un segmento de población de mayor edad, o bien al colectivo de personas que ya se encuentran en situación de dependencia. Una de las opciones en este caso es la hipoteca inversa (también llamada "pensión hipotecaria"). Es un crédito con garantía inmobiliaria, es decir, un producto financiero que permite transformar los activos inmobiliarios en rentas. Además, existen otros instrumentos que permiten la obtención de una renta a partir de un inmueble: la hipoteca pensión, la vivienda pensión y la cesión para alquiler. En este sentido, en Herranz (2006) puede encontrarse una descripción más detallada de estos instrumentos.

El resto del capítulo se estructura como sigue. El segundo apartado se centra en la prestación de servicios como cobertura ante situaciones de dependencia. Concretamente, se estima el coste de un seguro que garantice una prestación en forma de asistencia a domicilio o una prestación en un establecimiento permanente como una residencia. El tercer apartado se centra en la hipoteca inversa como instrumento para la cobertura de las situaciones de dependencia para el segmento de población de mayor edad. En resumen, se analizan y comparan las hipotecas inversas existentes en Estados Unidos, el Reino Unido y España. Finalmente, se plantean alternativas a la hipoteca inversa que permitan la licuación del patrimonio inmobiliario.

## **5.2 La prestación de servicios como cobertura ante situaciones de dependencia**

Las prestaciones de atención a la dependencia, según la Ley de Dependencia, podrán tener la naturaleza de servicios y de prestaciones económicas e irán destinadas, por una parte, a la promoción de la autonomía personal y, por otra, a atender las necesidades de las personas con dificultades para la realización de las actividades básicas de la vida diaria. Sin embargo, la Ley también especifica que los servicios incluidos en el catálogo del SAAD tendrán carácter

prioritario y se prestarán a través de la oferta pública de la Red de Servicios Sociales por las respectivas Comunidades Autónomas mediante centros y servicios públicos o privados concertados debidamente acreditados.

Teniendo en cuenta que la persona dependiente deberá asumir una parte de los costes que se deriven de recibir tales prestaciones, el tipo de seguro que debería contratar un individuo sería aquel que garantizase cobrar una renta que permitiera cofinanciar este tipo de prestaciones.

Sin embargo, el seguro que se plantea en este capítulo es aquél que contrataría una persona que, a pesar de que podría disponer de una cobertura pública, prefiere (o adicionalmente quiere) disponer de un seguro privado que le garantice una prestación en forma de asistencia, ya sea ingresando en una residencia o recibiendo la ayuda en su domicilio, en caso de dependencia severa o gran dependencia (en cuyo caso, existiría una doble cobertura).

Como se ha comentado anteriormente, el principal problema consiste en prever cual será la evolución de los costes de las prestaciones contratadas. Por ejemplo, si un individuo de 45 años contrata hoy un seguro de estas características, con el objetivo de garantizarse una plaza en una residencia en el momento en que entre en situación de dependencia, es probable que el coste del seguro sea muy elevado.

Según un estudio publicado por Inforesidencias.com (Julio 2008), el precio medio de una residencia geriátrica privada es de 1.688,75 euros al mes en el año 2008 (hay que tener en cuenta que las diferencias de precios entre comunidades autónomas alcanzan al 45%). Además, el precio de las residencias privadas se incrementó en España un 8,9% entre 2007 y 2008 (a pesar de que esto sucede después de varios años de subidas moderadas). Si se consideran estos datos y se hace una previsión de la evolución futura de los precios de una residencia, es evidente que el coste de un seguro de estas características será elevado al menos a causa de la inflación de precios.

En otros países como Francia, al contratar el seguro privado de dependencia, la prestación en forma de asistencia, se ha convertido en un estándar de mercado como servicio complementario a las prestaciones en forma de renta. En algunos casos, incluso, se ofrecen seguros que sólo incluyen prestaciones en forma de asistencia.

Por ejemplo, Credit Agricole ofrece en Francia un seguro de dependencia que garantiza, en el momento en que la persona se encuentre en situación de dependencia, las siguientes prestaciones:

- Un capital para adaptación de vivienda de hasta 3.200 euros.
- Una renta vitalicia de entre 400 y 2.400 euros.
- Una prestación de asistencia que incluye una serie de servicios.
- Adicionalmente, ofrece la posibilidad de obtener un capital de decesos de 2.400 euros.

Por otra lado, la compañía aseguradora CNP, ofrece un producto de dependencia en Francia (*Age d'Or Services*) que permite contratar prestaciones de asistencia tales como el acompañamiento, puntual o regular, ya sea para gestiones bancarias, o para visitas al médico o a los familiares. Además, se incluye un servicio que permite a la persona dependiente recibir asistencia en su domicilio, de forma regular, para todo tipo de servicios: desde el simple acompañamiento, pasando por servicios de higiene, toma de medicamentos, limpieza del hogar, jardinería o bricolaje. En este caso, la compañía aseguradora suele subcontratar el servicio, de forma que una compañía especializada en la prestación de servicios sería la encargada de gestionar y coordinar los servicios en el momento en que un asegurado se encuentra en situación de dependencia.

A continuación se calcula el coste de un seguro de dependencia privado que cubriera este tipo de prestaciones de asistencia (sean o no a domicilio) o bien el ingreso en una residencia privada. Este seguro se plantea siguiendo uno de los principios básicos en que se inspira la Ley de Dependencia, que consiste en priorizar la prestación de servicios frente a la prestación económica.

En este sentido, será preciso disponer, por un lado, de una estimación de la evolución de los costes de asistencia y de los costes residenciales y, por otro lado, de la probabilidad de entrada en situación de dependencia (dependencia severa y gran dependencia), obtenida en el capítulo anterior.

### **5.2.1 Seguro privado de dependencia que garantiza una prestación en forma de asistencia a domicilio**

El IMSERSO elabora periódicamente (2000, 2002, 2004 y 2006) un informe sobre las personas mayores en España, en el que se detallan distintas áreas temáticas, ofreciendo una cuidada selección de indicadores demográficos, de salud, económicos y sociales. Además, se ofrecen datos sobre la cobertura y las características de los servicios sociales en España, desagregados por Comunidad Autónoma.

En el último informe publicado (Informe 2006), se analiza la evolución del coste del servicio público de ayuda a domicilio en España, desde el año 1999 hasta el año 2006. En este apartado se ha utilizado la información presentada en este informe, ya que permite disponer de la información más reciente sobre el servicio de ayuda a domicilio y, además, de la evolución de los costes del mismo en el periodo analizado.

Por otro lado, existen una serie de estudios en los que también se analiza la evolución del coste de este servicio (Guillén, 2005; Monteverde 2005; IMSERSO 2000, 2002 y 2004), aunque se ofrece información para años anteriores o para un número inferior de años. Otro de los estudios analizados es el realizado por Deloitte (2008), en el que se construye un modelo de costes que permite cuantificar el coste del Servicio de Atención a Domicilio (en base al informe del IMSERSO del año 2006), aunque el estudio se realiza sólo para el año 2008.

A continuación se presenta una tabla (Tabla 5.1) con la evolución de los costes del Servicio Público de Ayuda a Domicilio en España (IMSERSO, 2006). A nivel

estatal, el coste medio ha pasado de los 8,97 euros por hora en el año 1999 a los 12,12 euros por hora en el año 2006.

En cuanto a las Comunidades Autónomas, puede observarse un aumento en el coste del Servicio Público de Ayuda a Domicilio en el periodo analizado en todas ellas.

También se observan importantes diferencias entre las distintas Comunidades Autónomas. Los costes varían desde los 5,56 euros por hora en Extremadura en el año 1999, hasta los 19,08 euros por hora en Navarra en el mismo año. En el año 2006, Extremadura y Navarra continúan siendo las Comunidades Autónomas con menor y mayor coste por hora, respectivamente, con 6,18 y 22,32 euros por hora.

Tabla 5.1 Servicio Público de Ayuda a Domicilio en España. Precio público (euros/hora), 1999-2006.

Ámbito territorial	Año 1999	Año 2000	Año 2001	Año 2002	Año 2003	Año 2004	Año 2005	Año 2006
Andalucía	8,67	8,40	8,40	7,25	7,00	11,03	12,11	12,11
Aragón	8,71	7,46	7,46	7,81	9,55	8,00	12,00	10,00
Asturias	7,01	7,10	7,38	8,44	9,49	10,44	10,86	10,56
Baleares	11,55	9,96	10,34	10,00	8,40	8,40	9,11	16,00
Canarias	-	-	10,66	13,22	16,00	16,00	16,00	11,00
Cantabria	-	6,40	6,40	6,64	6,87	7,32	7,32	7,30
Castilla y León	5,58	6,53	6,57	7,75	9,38	10,74	12,02	12,29
Castilla la Mancha	6,16	5,99	6,35	8,00	8,55	8,75	8,75	9,25
Cataluña	7,21	8,82	9,21	9,89	10,00	10,42	12,65	13,52
C. Valenciana	9,02	9,02	9,02	9,02	9,24	10,05	9,41	9,89
Extremadura	5,56	5,56	5,56	5,56	5,56	5,56	6,18	6,18
Galicia	6,01	6,01	6,61	7,00	7,30	7,60	8,11	8,43
Madrid	9,21	9,02	9,02	10,18	10,36	11,07	12,08	12,93
Murcia	7,21	7,27	7,33	7,49	8,42	8,29	9,90	10,26
Navarra	19,08	16,77	15,32	15,32	25,79	20,40	20,40	22,32
País Vasco	11,68	11,80	12,45	12,12	14,91	15,01	15,52	17,40
La Rioja	8,26	7,63	7,75	8,82	9,09	9,44	10,00	10,25
Ceuta	7,82	7,41	7,60	8,00	9,00	9,18	10,00	10,50
Melilla	13,76	12,16	13,63	18,00	17,70	18,08	18,08	20,09
España	8,97	8,52	8,79	9,50	10,66	10,83	11,61	12,12

Fuente: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2000, 2002, 2005). Las personas mayores en España (Informes 2000, 2002 y 2004). Consejerías de Servicios Sociales de las Comunidades Autónomas. Diputaciones Forales Vascas.

En la Tabla 5.2 se presenta, en porcentaje, la variación en el coste observado (en la tabla anterior) en el último año analizado (2006) respecto, en primer lugar,

al año anterior (2005) y, en segundo lugar, al año 1999. Por último se presenta el crecimiento anual medio.

La variación en el último año es positiva en todas las Comunidades Autónomas, excepto en Aragón, Asturias, Canarias y Cantabria.

Si se analiza la evolución en todo el periodo analizado, se puede comprobar las diferencias que existen entre las distintas Comunidades Autónomas. Por ejemplo, Asturias, Castilla y León, y Cataluña, presentan variaciones superiores al 50%, mientras que Aragón, Comunidad Valenciana, y Extremadura presentan variaciones inferiores al 15%. A nivel global, la variación en todo el periodo analizado es del 35,11%, lo que, en términos de crecimiento medio anual representa un 5,02%.

Tabla 5.2 Servicio Público de Ayuda a Domicilio en España. Evolución del precio público (euros/hora) en porcentaje, 1999-2006.

Ámbito territorial	Variación 2006/2005 (%)	Variación 2006/1999 (%)	Crecimiento medio anual
Andalucía	0,00%	39,68%	5,67%
Aragón	-16,67%	14,81%	2,12%
Asturias	-2,76%	50,64%	7,23%
Baleares	75,63%	38,53%	5,50%
Canarias	-31,25%	-	-
Cantabria	-0,27%	-	-
Castilla y León	2,25%	120,25%	17,18%
Castilla la Mancha	5,71%	50,16%	7,17%
Cataluña	6,88%	87,52%	12,50%
C. Valenciana	5,10%	9,65%	1,38%
Extremadura	0,00%	11,15%	1,59%
Galicia	3,98%	40,32%	5,76%
Madrid	7,04%	40,39%	5,77%
Murcia	3,64%	42,30%	6,04%
Navarra	9,41%	16,98%	2,43%
País Vasco	12,11%	48,97%	7,00%
La Rioja	2,50%	24,09%	3,44%
Ceuta	5,00%	34,27%	4,90%
Melilla	11,12%	46,00%	6,57%
España	4,44%	35,11%	5,02%

Fuente: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2000, 2002, 2005). Las personas mayores en España (Informes 2000, 2002 y 2004). Consejerías de Servicios Sociales de las Comunidades Autónomas. Diputaciones Forales Vascas.



Para el cálculo del coste del seguro de dependencia, se utilizará como crecimiento esperado de los costes del servicio de ayuda a domicilio este 5,02%.

Además, es necesario conocer el número de horas diarias de ayuda a domicilio que requiere una persona en situación de dependencia severa o gran dependencia. El mismo informe del IMSERSO (Informe 2006) presenta datos sobre la evolución de la intensidad horaria en el Servicio de Ayuda a Domicilio.

En la siguiente tabla (Tabla 5.3) se muestra el número de horas al mes destinadas al Servicio Público de Ayuda a Domicilio según el número de usuarios, en cada Comunidad Autónoma, desde el año 1999 hasta el 2006.

Como en el caso de los costes del servicio, las diferencias entre Comunidades Autónomas son apreciables: para el año 1999, el número de horas al mes destinadas al Servicio Público de Ayuda a Domicilio varía desde las 9,83 en Cantabria hasta las 25,20 en el País Vasco. En el año 2006, varía desde las 8,00 horas al mes en Andalucía hasta las 25,14 en Galicia.

A nivel español, se puede observar un ligero aumento en el número medio de horas a lo largo de todo el periodo observado: desde las 15,19 en el año 1999 hasta 16,28 horas en el año 2006.

Tabla 5.3 Servicio Público de Ayuda a Domicilio en España. Intensidad horaria (número horas/mes/usuario), 1999-2006

Ámbito territorial	Año 1999	Año 2001	Año 2002	Año 2003	Año 2004	Año 2005	Año 2006
Andalucía	-	8,76	9,50	10,07	8,00	8,00	8,00
Aragón	16,50	16,50	16,50	11,00	10,00	10,00	10,00
Asturias	15,09	15,40	13,28	18,00	13,00	12,70	11,92
Baleares	-	12,00	12,00	12,80	12,80	16,34	12,33
Canarias	-	12,00	12,00	12,00	10,00	10,00	24,00
Cantabria	9,83	9,83	24,14	40,00	20,53	21,61	17,92
Castilla y León	20,00	21,62	19,00	19,30	19,00	18,60	18,89
Castilla la Mancha	18,00	20,15	18,00	20,00	19,24	19,24	17,05
Cataluña	19,35	6,80	12,50	12,50	14,00	15,70	15,40
C. Valenciana	13,00	13,00	13,00	-	10,82	12,52	11,69
Extremadura	11,00	9,50	11,00	12,00	22,00	12,00	16,95
Galicia	12,00	34,00	32,22	27,28	29,00	20,00	25,14
Madrid	18,00	14,50	17,00	13,00	16,85	16,31	17,79
Murcia	15,50	15,00	15,00	16,78	17,00	16,00	16,00
Navarra	12,00	11,48	11,48	-	8,76	8,76	10,00
País Vasco	25,20	23,59	24,00	24,48	25,00	34,80	19,30
La Rioja	10,00	12,00	12,00	15,39	13,00	12,10	14,68
Ceuta	10,00	12,00	24,00	24,00	22,00	21,00	21,00
Melilla	17,49	20,00	24,00	19,00	21,20	23,00	21,26
España	15,19	15,16	16,87	18,09	16,43	16,25	16,28

Fuente: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2000, 2002, 2005). Las personas mayores en España (Informes 2000, 2002 y 2004). Consejerías de Servicios Sociales de las Comunidades Autónomas. Diputaciones Forales Vascas.

Sin embargo, una persona en situación de dependencia severa o gran dependencia requiere más de 16,28 horas de ayuda al mes. Según las definiciones incluidas en la Ley de Dependencia, una persona en situación de dependencia severa requiere la ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día. Una persona en situación de gran dependencia, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

Por ello, no se tendrá en cuenta la intensidad horaria que existe actualmente en el Servicio Público de Ayuda a Domicilio en España. Basándonos en otros estudios realizados sobre la intensidad horaria y las mejores alternativas de atención a las personas en situaciones de dependencia severa y gran dependencia (Henessy, 1995, Jacobzone, 1999; Casado y López-Casasnovas, 2001; Monteverde, 2004), se estimará el número medio de horas al mes que necesita una persona que se encuentra en estas situaciones.

La alternativa que se plantea contempla un total de 14 horas por día para las personas en situación de gran dependencia, y un total de 8 horas por día para las personas en situación de dependencia severa.

Con el objetivo de estimar un número medio de horas por día, se desagrega la tasa de dependencia severa y gran dependencia obtenidas anteriormente (asumiendo que se mantienen constantes a lo largo del tiempo). Se puede observar que, en término medio, un 69,82% de la tasa proviene de la población con dependencia severa, y un 30,18% de la tasa proviene de la población en situación de gran dependencia.

De esta manera, en término medio, se destinarán unas 9,81 horas al día (294,30 horas al mes) a una persona en situación de dependencia severa o gran dependencia.

Una vez obtenido, por un lado, el coste medio del Servicio de Ayuda a Domicilio (12,12 euros por hora en el año 2006) y su crecimiento medio anual (5,02%) y, por otro lado, el número medio de horas al mes (294,30 horas) que recibirá una persona en situación de dependencia severa o gran dependencia, se estima el coste de un seguro de dependencia privado que consiste en recibir una prestación de asistencia en caso de que la persona se encuentre en situación de dependencia severa o gran dependencia.

En primer lugar, se presenta una tabla (Tabla 5.4) con todos los datos que se introducirán posteriormente en el modelo de dependencia descrito en el capítulo anterior (modelo de Incidencia-Renta). El coste mensual ascendería a 3.565,95 euros (en el año 2006), y el crecimiento medio anual estimado se situaría en el 5,02%.

Tabla 5.4 Precios utilizados para el cálculo del seguro privado de dependencia que garantiza una prestación de asistencia. España.

Servicio Social	Coste por hora (año 2006)	Horas al mes	Coste por mes	Crecimiento medio anual
Servicio de Ayuda a Domicilio	12,12 €	294,30	3.566,92 €	5,02%

Fuente: Elaboración propia.

Una vez obtenidos los datos, se calcula la prima pura mensual de un seguro que garantiza, en caso de que la persona se encuentre en situación de dependencia severa o gran dependencia, una prestación de asistencia.

Para ello es preciso, además de la información presentada en la tabla anterior, la tasa de dependencia (dependencia severa y gran dependencia) y la tabla de mortalidad que se utilizará (en este caso el último dato disponible sobre mortalidad de la población española general, se encuentra en las tablas del INE del año 2005). Ambos datos se obtienen de los resultados presentados en el capítulo anterior (el resto de hipótesis coinciden con las del capítulo anterior).

Por último, dado que la simulación se realizará como si el individuo contratara el seguro el 01/01/2009, se ha calculado el coste estimado para el año 2009 (14,04 euros por hora, por un total de 294,30 horas al mes, es decir, un coste de 4.131,97 euros al mes, aproximadamente). Además, se establece un crecimiento medio anual de los costes del servicio de ayuda a domicilio del 5,02%.

Los resultados muestran (Tabla 5.5) un mayor coste del seguro para las mujeres que para los hombres, en todas las edades, debido a la mayor esperanza de vida en situación de dependencia y a la mayor tasa de dependencia.

Sin embargo, también se observa un decrecimiento de la prima conforme aumenta la edad. Esto se debe al hecho de que se está calculando una prima

pura mensual vitalicia y nivelada, mientras que el coste de la prestación aumenta un 5,02% anual.

Por ejemplo, a los 40 años, la prima pura mensual se sitúa en 306,57 euros en el caso de los hombres y en 717,35 euros en el caso de las mujeres. A los 65 años, la prima alcanza los 292,64 euros y los 644,38 euros, para hombres y mujeres, respectivamente.

Como se ha comentado anteriormente, es importante señalar que la mortalidad de la población que contrata seguros de vida o de salud es inferior a la de la población general (fijada una edad), debido a que dispone de mayores niveles de renta. Por este mismo motivo, la longevidad de quienes pudieran contratar un seguro de dependencia posiblemente sería mayor, con lo que las primas presentadas en este trabajo estarían sesgadas a la baja y proporcionarían valores inferiores los correctos.

Tabla 5.5 Prima pura mensual de un seguro privado de dependencia que garantiza una prestación de asistencia a domicilio, por edad y sexo. España, 2009.

Edad	Hombres	Mujeres
40	306,57	717,35
41	304,04	710,07
42	301,68	703,18
43	299,50	696,68
44	297,48	690,57
45	295,64	684,85
46	293,97	679,51
47	292,47	674,54
48	291,14	669,94
49	289,98	665,71
50	288,99	661,84
51	288,16	658,32
52	287,49	655,16
53	286,98	652,35
54	286,63	649,89
55	286,44	647,76
56	286,41	645,98
57	286,53	644,53
58	286,79	643,41
59	287,21	642,62
60	287,78	642,17
61	288,49	642,02
62	289,32	642,16
63	290,27	642,60
64	291,38	643,35
65	292,64	644,38

Fuente: Elaboración propia.

### 5.2.2 Seguro privado de dependencia que garantiza una prestación en forma de asistencia en una residencia

El IMSERSO (en sus sucesivos informes) presenta datos sobre la evolución de los costes en plazas residenciales a lo largo del periodo 2000-2006 (aunque a nivel estatal no se presentan datos en los años 2000 y 2002). Además, el coste de una residencia para una persona dependiente es un dato que obtiene desde el año 2004.

En la Tabla 5.6 se presenta la evolución de los costes de una plaza residencial para una persona dependiente entre los años 2004 y 2006. En este caso se

puede observar que el crecimiento medio anual es de un 2,62% en el periodo observado.

Tabla 5.6 Evolución del coste de las plazas residenciales para personas dependientes (euros/año). España, 2000-2006.

Plazas residenciales	2000	2002	2004	2006	Variación 2004/2006	Crecimiento medio anual
Para personas dependientes	-	-	15.500	16.311	5,23%	2,62%

Fuente: Elaboración propia en base a los datos del IMSERSO (2004, 2006).

Sin embargo, este dato mide la evolución tomando como muestra sólo dos periodos. Existen otros estudios como el de Monteverde (2004), que indican que el crecimiento anual medio se situaría entorno al 7,70% y, otros estudios como el de Inforesidencias.com (2008), en los que se especifica el crecimiento entre 2007-2008 (8,9%) y el crecimiento medio anual en el periodo 2001-2008 (5,43%).

Ante la variedad de resultados (y la falta de información en algunos periodos) en los datos que se centran en las plazas residenciales para personas dependientes, se tomará como referencia la evolución de los costes que presenta el informe de Inforesidencias.com (2008).

El estudio analiza el precio medio de las residencias geriátricas en España en base a los datos de los que dispone (25% del total de plazas residenciales privadas en España a Junio de 2007). En base al estudio, el precio medio se sitúa en 1.688,75 euros al mes, y las diferencias entre Comunidades Autónomas en algunos casos se sitúan entorno al 45%.

Además, se observa que el precio que pagan las administraciones cuando conciertan plazas es un 22% inferior al de mercado. El mismo informe presenta datos sobre el precio que estaría dispuesto a pagar una persona para acceder a una residencia, los perfiles de la persona que precisa el servicio, y el porcentaje de plazas libres que existen en las residencias privadas de España.

En conclusión, para el cálculo del seguro se tomará como coste medio de una plaza residencial para una persona dependiente el dato obtenido en el estudio de Inforesidencias.com (1.688,75 euros al mes, es decir, 20.265 euros al año) y, como evolución de los costes de una residencia, el crecimiento medio anual observado en el periodo 2001-2008 presentado en el mismo informe (5,43%).

Una vez obtenido, por un lado, el coste de una residencia en España (1.688,75 euros al mes) y, por otro lado, su crecimiento medio anual, se estima el coste de un seguro de dependencia que consiste en recibir una prestación de asistencia en una residencia, en caso de que la persona se encuentre en situación de dependencia severa o gran dependencia.

En primer lugar, se presenta una tabla (Tabla 5.7) con todos los datos que se introducirán posteriormente en el modelo de dependencia descrito en el capítulo anterior (modelo de Incidencia-Renta). El coste mensual ascendería a 1.668,75 euros al mes (en el año 2008), y el crecimiento medio anual estimado se situaría en el 5,43%.

Tabla 5.7 Precios utilizados para el cálculo del seguro privado de dependencia que garantiza una prestación en una residencia. España.

Servicio Social	Coste mensual (año 2008)	Crecimiento medio anual
Plazas residenciales	1.688,75 €	5,43%

Fuente: Elaboración propia.

Una vez fijados los datos sobre precios y su evolución, se calcula la prima pura mensual de un seguro que garantiza, en caso de que la persona se encuentre en situación de dependencia severa o gran dependencia, el ingreso en una residencia.

Para ello es preciso, además de la información presentada en la tabla anterior, la tasa de dependencia (dependencia severa y gran dependencia) y la tabla de mortalidad que se utilizará (en este caso las tablas del INE del año 2005). Ambos datos se obtienen de los resultados presentados en el capítulo anterior



(el resto de hipótesis coinciden con las del capítulo anterior). También en este caso, el uso de una mortalidad de la población general en lugar de una mortalidad inferior que incorpore el efecto de mayor disponibilidad de renta por parte de la población que potencialmente accede al mercado de seguros de dependencia, puede provocar infravaloración de primas.

Por último, dado que la simulación se realizará como si el individuo contratara el seguro el 01/01/2009, se ha calculado el coste estimado para el año 2009 (1.780,43 euros al mes). Además, se considera que el crecimiento medio anual de los costes residenciales es del 5,43%.

En la Tabla 5.8 se presentan los resultados obtenidos tras la aplicación del modelo, teniendo en cuenta los datos sobre costes residenciales. El coste de un seguro de estas características para un varón de 40 años se situaría en 150,71 euros al mes, y para un varón de 65 años alcanzaría los 132,62 euros al mes. En el caso de las mujeres, la prima pura mensual alcanzaría los 357,06 euros y los 294,13 euros, a los 40 y a los 65 años, respectivamente.

De nuevo, el coste del seguro disminuye a medida que aumenta la edad, debido a que el cálculo se realiza para obtener una prima pura mensual vitalicia y nivelada, y se asume que el coste de la prestación crece a un ritmo del 5,43% anual.

Tabla 5.8 Prima pura mensual de un seguro privado de dependencia que garantiza una prestación de asistencia en una residencia, por edad y sexo. España, 2009.

Edad	Hombres	Mujeres
40	150,71	357,06
41	148,91	352,09
42	147,22	347,35
43	145,62	342,84
44	144,11	338,56
45	142,71	334,50
46	141,40	330,66
47	140,18	327,04
48	139,05	323,62
49	138,02	320,40
50	137,07	317,39
51	136,22	314,57
52	135,45	311,95
53	134,76	309,52
54	134,16	307,28
55	133,64	305,22
56	133,20	303,35
57	132,84	301,65
58	132,56	300,13
59	132,35	298,79
60	132,22	297,62
61	132,17	296,61
62	132,17	295,76
63	132,25	295,06
64	132,40	294,52
65	132,62	294,13

Fuente: Elaboración propia.

### 5.3 La hipoteca inversa como cobertura ante situaciones de dependencia

Como se ha comentado anteriormente, es posible enfocar el producto de dependencia dirigiéndolo a un segmento de población de mayor edad (población mayor de 65 años), o bien en el colectivo de personas que ya se encuentran en situación de dependencia. Una de las opciones en este caso es la hipoteca inversa (también llamada "pensión hipotecaria").

Una hipoteca inversa (término tomado del inglés "*reverse mortgage*") es un crédito con garantía inmobiliaria, es decir, un producto financiero que permite transformar los activos inmobiliarios en rentas. Es un producto especialmente orientado para las personas mayores. Este segmento de población se

encuentra en una situación complicada en términos financieros, ya que no dispone de rentas del trabajo y sus pensiones suelen suponer un descenso en sus ingresos netos, respecto a los que percibían como activos. Sin embargo, la mayoría de ellos tiene una vivienda completamente pagada (según Herranz (2006), el 87,2% de los mayores de 65 años son propietarios de sus viviendas), por lo que disponen de patrimonio inmobiliario.

El principal objetivo de la hipoteca inversa es mejorar el nivel de vida de los mayores sin que, tras su fallecimiento, los herederos pierdan forzosamente la propiedad de la vivienda. Esta alternativa a los planes de pensiones y seguros de vida no es nueva en España. Hace unos años se podía contratar un “seguro vivienda pensión”, mediante el cual una persona ya jubilada y titular de un piso, podía conseguir una renta vitalicia a cambio de la transmisión del inmueble. Sin embargo, esta opción no tuvo éxito debido a que la propiedad no pasaba a los herederos cuando el titular fallecía.

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, establece las bases sobre las cuales debe constituirse una hipoteca inversa. La edad mínima de contratación se fija en 65 años, aunque también podrán contratarla personas afectadas de dependencia severa o gran dependencia de edad inferior.

El propietario de la vivienda tiene distintas opciones de recibir los fondos de la hipoteca inversa. En primer lugar, el titular puede recibir el pago en forma de un único capital. Una segunda alternativa consiste en una línea de crédito, que el titular podrá utilizar siempre que quiera. Como tercera opción (y la más común entre las entidades que comercializan la hipoteca inversa), existe la posibilidad de recibir una renta mensual (temporal o vitalicia). Algunas entidades ofrecen un capital inicial para adecuación de vivienda junto con la renta mensual.

A la hora de contratar una hipoteca inversa, se realiza un cálculo de la esperanza de vida del individuo. Si éste vive más tiempo del estimado, seguirá

recibiendo la renta mensual a través del seguro diferido de rentas vitalicias (siempre que el titular lo contrate), ya que la hipoteca inversa suele ofrecerse por un plazo de tiempo concreto (entre 10 y 20 años).

Aunque no es obligatorio contratar el seguro, la mayoría de entidades bancarias lo aconsejan, ya que ello asegurará que el individuo reciba mensualmente la renta de por vida. Si se ha contratado el seguro y el titular muere antes del plazo fijado en el contrato de hipoteca inversa, los herederos reciben la parte proporcional de la prima que en su día esta persona pagó (siempre y cuando exista contraseguro). Si no se ha contratado el seguro y el titular fallece antes del vencimiento de la hipoteca inversa, los herederos deberán hacer frente a la deuda contraída con el banco por razón de dicha hipoteca si desean conservar la propiedad del bien inmobiliario.

Por el contrario, si el individuo muere después del vencimiento de la hipoteca inversa y tenía contratado el seguro, habrá seguido cobrando la misma cantidad mensualmente hasta su fallecimiento. Si no contrata el seguro y sigue vivo al vencimiento de la hipoteca inversa, el individuo dejará de cobrar la renta que recibía y deberá hacer frente a la deuda, aunque ésta sólo será exigible cuando fallezca el último de los beneficiarios de la hipoteca. Por tanto, la principal ventaja de contratar el seguro es la posibilidad de poder recibir la renta de forma vitalicia, aunque el precio del seguro diferido puede ser elevado.

Por otro lado, la Ley exige que, todas aquellas entidades (de crédito o aseguradoras) que concedan hipotecas inversas, deben suministrar servicios de asesoramiento independiente a los solicitantes de este producto, y que la vivienda hipotecada debe ser tasada y asegurada contra daños.

Por último, la Ley establece una reducción del 90% de los gastos registrales, y elimina el Impuesto sobre Transmisiones y Actos Jurídicos Documentados que regula esta operación. Sin duda alguna, los costes iniciales de la hipoteca inversa representaban (hasta la aprobación de la Ley) un gran freno para sus potenciales clientes. Las comisiones, impuestos, gastos de notaría y seguros

pueden cargarse en la hipoteca inversa en caso de falta de liquidez, aunque ello conllevará un reducción de la cuota mensual.

De esta forma, un cliente sin ningún tipo de ahorro pero con un piso en propiedad, recibe unos ingresos mensuales que no son rentas, sino que se tratan como disposiciones de un crédito y, por tanto, no tributan en la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.

Una vez ha fallecido el titular de la hipoteca inversa, sus herederos deciden si se quedan con la vivienda (devolviendo la cantidad dispuesta o realizando una nueva financiación de la cantidad que sus familiares han cobrado hasta su fallecimiento) o si la venden (abonando en este caso la deuda contraída con la entidad bancaria).

El país donde se ofrecieron los primeros contratos de hipoteca inversa fue el Reino Unido en 1965. En otros países como Estados Unidos, este tipo de productos no empezó a comercializarse hasta 1989. Actualmente, en la mayoría de países desarrollados existen negocios similares: Australia, Canadá, Japón, Nueva Zelanda y Noruega entre otros (Sánchez et al., 2007).

En los países donde se están comercializando este tipo de productos hipotecarios desde hace algunos años, se ha realizado un número elevado de operaciones, aunque no se hayan alcanzado grandes cuotas de mercado. En el Reino Unido, dos entidades de crédito (*Norwich Union* y *Northern Rock*) cubren el 90% del mercado de hipotecas inversas y, en Estados Unidos, la mayoría de operaciones están relacionadas con el programa federal “Hipotecas de Conversión del Valor Acumulado de la vivienda” (*Home Equity Conversion Mortgage, HECM*), que fija la cantidad económica a percibir y los costes de la operación, y garantiza el cumplimiento de los compromisos entre las partes.

El actual envejecimiento de la población augura buenas perspectivas para este producto en los diferentes países. En España el envejecimiento de la población será más acentuado todavía (según la ONU, en 2050 España será el segundo país mas envejecido del mundo). Además, como se ha comentado

anteriormente, las cifras de propietarios de vivienda son altas en nuestro país (Sancho, 2005). Por tanto, en España se cumplen las dos características fundamentales que permiten pensar que la hipoteca inversa será un producto altamente demandado: la propiedad de vivienda y una alta esperanza de vida.

### **5.3.1 La hipoteca inversa en Estados Unidos y en el Reino Unido**

En Estados Unidos, una hipoteca inversa se define como un préstamo contra la vivienda que no requiere ningún reembolso mientras el titular del inmueble viva allí (*American Association of Retired Persons, 2003 y 2007*). Generalmente todos los dueños deben tener por lo menos 62 años y, su hogar, debe ser su "residencia principal". Además, el propietario no puede tener ninguna deuda contra su hogar en el momento de contratar una hipoteca inversa.

La cantidad de efectivo que puede obtenerse de una hipoteca inversa depende del programa que se haya seleccionado y, dentro de cada uno de los programas, depende de la edad, del valor de la vivienda y de los tipos de interés. Dadas las diferencias existentes entre los programas que se ofrecen al consumidor, se pueden conseguir hasta 30.000 dólares más según cuál sea el programa que se escoja.

En general, el programa federal "Hipotecas de Conversión del Valor Acumulado de la vivienda" (*Home Equity Conversion Mortgage, HECM*) es el que proporciona más efectivo y mejores condiciones. Este programa se caracteriza por la intervención de la administración pública (FHA, Administración Federal de la Vivienda).

Para cobrar la hipoteca inversa, el individuo puede escoger entre las siguientes opciones:

- Un anticipo por el total de efectivo concedido.

- Una línea de crédito que el individuo puede utilizar siempre que quiera (durante toda la vida del préstamo o hasta que se utilice todo el crédito disponible).
- Un anticipo mensual por un número determinado de años.
- Un anticipo mensual mientras el individuo viva en su hogar.
- Un anticipo mensual de forma vitalicia, sin importar dónde viva el individuo, si el préstamo se ha destinado a la contratación de un seguro de rentas vitalicias.
- Como cualquier combinación de las anteriores.

Si el individuo dispone de una línea de crédito, la cantidad total de efectivo que recibe depende del crédito que utilice y de si la línea de crédito es constante o es creciente. Con una línea de crédito constante, la cantidad de crédito disponible disminuye conforme el individuo pide anticipos. En cambio, con una línea de crédito creciente, el crédito disponible aumenta según el tipo de interés fijado.

Por ejemplo, si el individuo pide un crédito de 10.000 dólares de una línea de crédito constante que concede hasta 50.000 dólares, al cabo de tres años (asumiendo que no pide ningún otro crédito), el crédito disponible será de 40.000 dólares. En cambio, con una línea de crédito creciente, esos 40.000 dólares habrán aumentado según el tipo de interés que se haya pactado en el contrato. La línea de crédito en el programa federal “Hipotecas de Conversión del Valor Acumulado de la vivienda” (HECM) es una línea de crédito creciente.

Si el individuo escoge recibir anticipos mensuales del préstamo, la cantidad total de efectivo que recibe dependerá de si el plan se ha contratado por un número determinado de años o de si se ha contratado durante el tiempo en que el individuo permanezca en su hogar. Si la hipoteca inversa se utiliza para contratar un seguro de rentas vitalicias, la cantidad total de efectivo que se consigue dependerá del tiempo que viva el individuo.

El valor máximo que puede adeudar el individuo es el valor de su hogar en el momento de retornar el préstamo. Para pagar la cantidad adeudada en el momento de fallecer el propietario, los herederos pueden cancelar el préstamo vendiendo la vivienda, devolver la deuda usando los fondos del antiguo propietario o sus propios fondos, o contratando una hipoteca sobre la vivienda por la cantidad adeudada.

Por otro lado, en el Reino Unido, existen diversas formas de liquidar el patrimonio inmobiliario del individuo: se puede pedir un préstamo entregando como garantía la vivienda, se puede vender una parte o la totalidad de la vivienda a cambio de una renta regular o de una suma global, o incluso pueden combinarse ambas opciones. En general, las hipotecas inversas van dirigidas a la población de 55 años o más que disponen de una vivienda libre de cargas (*Financial Services Authority, 2005*).

En el Reino Unido, los instrumentos comerciales que permiten la liquidación del patrimonio son básicamente dos:

- La hipoteca vitalicia o hipoteca inversa ("*lifetime mortgage*")
- La reversión del hogar ("*home reversion*").

Con la hipoteca vitalicia se obtiene un préstamo que se asegura contra el valor del hogar. Este préstamo se puede cobrar en forma de renta regular, en forma de un único capital, como un reembolso de gastos, o se puede utilizar para comprar un seguro. La hipoteca se compensa en el momento en que el propietario fallece o cuando se cambia de hogar (ya sea a otra vivienda o a una residencia).

Los principales tipos de hipoteca vitalicia son los siguientes:

- Plan de ingresos del hogar ("*Home Income Plan*"): El propietario pide un préstamo que le paga un efectivo por la suma global del valor de la vivienda, y se asegura contra el valor del hogar. La suma global se utiliza para comprar un seguro que garantice una renta mensual, generalmente una cantidad fija para toda la vida. Una parte de la renta se destina a pagar los intereses de la



hipoteca (el tipo de interés suele ser fijo) y, el resto de la renta, puede disponerse libremente por parte del individuo. En caso de vender el hogar antes de fallecer, se compensa la cantidad que el propietario pidió prestada al inicio de la operación. Como la renta que se recibe en este tipo de operaciones es bastante baja, este tipo de producto está destinado a la población de mayor edad (alrededor de los 80 años).

- Hipoteca de sólo intereses ("*Interest-only Mortgage*"): Se pide un préstamo por el que se recibe un pago único o una renta mensual, y se asegura contra el valor del hogar. El individuo paga cada mes los intereses del préstamo (puede ser una cantidad fija o variable). Si el individuo decide vender su hogar antes de fallecer, se compensa la cantidad dispuesta al inicio de la operación. El propio individuo es quien debe asegurarse de que puede permitirse pagar los intereses del préstamo. Si el tipo de interés de la operación es variable y la renta que recibe es fija, el individuo podría no disponer de renta suficiente para hacer frente a futuras subidas de los tipos de interés.

- Hipoteca de reinversión de intereses ("*Roll-up mortgage*"): Se pide un préstamo y se asegura contra el valor de la vivienda. El préstamo se puede recibir en forma de renta regular o como una suma global de efectivo. Sin embargo, los intereses del préstamo no se pagan hasta el momento en que se venda la vivienda del individuo. Como no se pagan intereses, la cantidad que el individuo puede pedir prestada suele ser relativamente pequeña, y depende de su edad. El interés, que puede ser fijo o variable, se carga en el préstamo original. Como consecuencia, si el individuo prefiere recibir una suma global al inicio de la operación, la cantidad adeudada puede crecer rápidamente, hasta el punto en que dicha cantidad puede ser superior al valor de la vivienda.

- Hipoteca vitalicia de capital prefijado ("*Fixed repayment lifetime mortgage*"): El individuo pide un préstamo y recibe un capital único, que se asegura contra el valor del hogar. En este producto, en lugar de pagar intereses, el individuo se obliga a pagar al prestamista, en el momento en el que venda su hogar, una suma más alta de la que pidió prestada. Esta suma más alta se fija al principio de la operación.

Algunas hipotecas vitalicias incluyen una cláusula de revalorización del valor de la vivienda. En este caso, el prestamista renuncia a una parte o a todos los intereses del préstamo, a cambio de la apropiación de una parte de la revalorización del inmueble.

Fiscalmente, este tipo de productos son muy atractivos, ya que el dinero que se recibe de la hipoteca inversa está exento de tributación. Por el contrario, los gastos que se deriven del mantenimiento del hogar en buenas condiciones corren a cargo del propio individuo.

A modo de conclusión, se presenta la siguiente tabla (Tabla 5.9) con el objetivo de comparar las principales diferencias entre los distintos tipos de hipoteca vitalicia o hipoteca inversa.

Tabla 5.9 Comparativa de los tipos de hipoteca inversa en el Reino Unido.

Características	Tipos de hipoteca vitalicia o hipoteca inversa			
	Plan de ingresos del hogar	Hipoteca de solo intereses	Hipoteca de reinversión de intereses	Hipoteca vitalicia de capital prefijado
Posibilidad de escoger entre capital único o renta mensual	Si	Si	Si	Si
Modalidad de tipo de interés	Fijo	Fijo o variable	Fijo o variable	No hay
Momento de pago de los intereses	Mensualmente	Mensualmente	Cuando vende la vivienda	Cuando vende la vivienda
Posibilidad de revalorización compartida	Si	Si	Si	Si
Posibilidad de vender el hogar antes de fallecer	Si	Si	Si	Si
Otros	El capital único recibido se destina a la compra de un seguro de rentas vitalicias	Insuficiencia de renta si el tipo de interés es variable y la renta recibida es fija	La cantidad adeudada crece rápidamente si el individuo prefiere recibir un pago único	En lugar de pagar intereses, el individuo se obliga a pagar una suma más alta de la que pidió prestada

Fuente: elaboración propia.

Como se ha comentado anteriormente, existe un producto en el Reino Unido llamado “reversión del hogar” que también permite liquidar el patrimonio inmobiliario del individuo. En este caso, el individuo vende parte o toda su vivienda a una compañía especializada en este tipo de productos que, o bien compra dicha vivienda, o bien actúa como intermediario para que alguna tercera persona la compre. Una vez realizada la venta total o parcial de la vivienda, el individuo recibe los ingresos de la venta en forma de un único capital o bien en forma de renta regular.

Como el comprador no puede revender la parte comprada hasta la muerte del titular (o bien hasta que éste ingrese en una residencia), la cantidad que recibe el titular será inferior al valor de la vivienda (generalmente se sitúa entre el 35% y el 60%). Cuánto mayor sea la edad del titular, más alto será el porcentaje que consiga. La edad mínima para este producto suele ser más alta que para las hipotecas vitalicias. Por último cabe destacar que, con la “reversión del hogar”, el individuo consigue un contrato de arrendamiento que le da derecho a continuar viviendo en su hogar el resto de su vida (o hasta que requiera el ingreso en una residencia).

Por tanto, como principal diferencia entre las dos principales formas de liquidar el patrimonio en el Reino Unido, se observa que la hipoteca vitalicia o hipoteca inversa permite al individuo mantener la titularidad de su propiedad, mientras que, con la “reversión del hogar”, una parte o toda la vivienda pasa a manos de una tercera persona (ya sea ésta una compañía o un individuo).

### **5.3.2 La hipoteca inversa en España**

En España, la comercialización de hipotecas inversas es muy reciente. Este nuevo producto financiero pretende mejorar la calidad de vida de los mayores, sin que sus herederos tengan que renunciar a la propiedad del inmueble. Además, las entidades financieras consideran que este tipo de producto se ajusta perfectamente a las necesidades de los mayores en España. En

concreto, el aumento de la esperanza de vida, la aparición de la dependencia en las últimas etapas de la vida, los cambios en la estructura familiar convencional, la disminución del poder adquisitivo de los jubilados y, la elevada proporción de propietarios de vivienda son factores que auguran el éxito de este tipo de productos.

Sin embargo, también existen una serie de riesgos para la entidad financiera a la hora de comercializar la hipoteca inversa. El primero de ellos se deduce del riesgo de longevidad. Por otro lado, hay que tener en cuenta también el riesgo inmobiliario.

Se define el riesgo de longevidad como aquel riesgo derivado de una mayor supervivencia a la esperada. Para obtener la renta del tramo inicial de la hipoteca inversa (tramo en el que se realiza las disposiciones del crédito), se suele utilizar la esperanza de vida del titular o titulares. En el momento en que se agota este tramo temporal, se empieza a cobrar la renta derivada de la pensión vitalicia diferida contratada inicialmente.

Según Goerlich y Pinilla (2006), en España la esperanza de vida al nacer ha pasado de 34,76 años en 1900 a 78,71 en 1998 para el conjunto de la población (de 33,85 a 75,25 años en varones, y de 35,70 a 82,16 años en mujeres). Actualmente, la esperanza de vida supera de los españoles supera los 80 años (INE, 2007), 76,96 años para los varones y 83,48 para las mujeres.

Un aumento continuado de la esperanza de vida podría provocar un desajuste importante en las condiciones iniciales del producto. La entidad desconoce cuando podrá recuperar la deuda que ha contraído el titular, y el valor que tendrá esta deuda en el momento en que fallezca el titular de la hipoteca inversa. Por ello, es importante gestionar correctamente los riesgos derivados de un aumento de la esperanza de vida.

Al titular le interesa también reducir este riesgo y contratar una renta vitalicia diferida, aunque ello sea en detrimento de la renta inicial contratada.

Por otro lado, existe el llamado riesgo inmobiliario, tanto para los beneficiarios de la hipoteca inversa como para la entidad. En el momento en que fallezca el titular, los beneficiarios tienen que decidir si asumen la deuda generada o venden el inmueble. En caso de que los beneficiarios no pudiesen asumir la deuda y el valor de la vivienda hubiera disminuido, aparecería este tipo de riesgo. Por ello, las entidades suelen conceder entre un 70% y un 90% del valor de tasación del inmueble en el momento de contratar la hipoteca inversa, de forma que cubren una parte del riesgo derivado de una caída en el precio de la vivienda.

Si se gestionan correctamente estos dos tipos de riesgo y, una vez se consiga un grado de desarrollo importante del producto en el mercado español, la hipoteca inversa podría convertirse en un producto financiero-asegurador muy atractivo para las personas mayores y para las personas dependientes en España.

El número de entidades que actualmente comercializan este producto en España es elevado: Ibercaja, "la Caixa", Caixa Terrassa, Caixa Manresa, Caixa Girona, Bancaja, Caja Navarra o Caixa Sabadell.

A la hora de analizarlas en detalle, se han podido observar diferencias en cuanto al tipo de renta (vitalicia o temporal), a las comisiones iniciales del producto (comisiones de apertura y cancelación), al porcentaje máximo del que se puede disponer (des del 60% hasta el 90%, aproximadamente), al tipo de interés (fijo o variable), al crecimiento de la renta, al coste de la pensión vitalicia diferida (en función de las tablas de mortalidad utilizadas), y a la posibilidad de rescate de la pensión vitalicia diferida.

En resumen, las entidades que han lanzado el producto más tarde, han intentado ajustarse mejor a las necesidades del cliente, buscando el máximo importe de renta, reduciendo los costes iniciales del producto, y facilitando el pago de los diferentes seguros asociados a la contratación del producto.

A continuación se presentan la hipoteca inversa de tres entidades financieras que están ofreciendo el producto: Caixa Terrassa, “la Caixa” e Ibercaja. En concreto, se analizarán cuestiones como la revalorización del inmueble, la valoración del patrimonio, el tipo de interés de la operación, la edad de contratación, y si la renta es vitalicia o temporal. Además, se presenta una serie de ejemplos de cálculo, para comparar las diferencias entre las entidades, así como para verificar las diferencias existentes antes y después de la aplicación de la Ley 41/2007.

### **5.3.2.1 La hipoteca inversa de Caixa Terrassa**

Con la hipoteca inversa de Caixa Terrassa, también llamada “pensión hipotecaria”, el cliente podrá complementar sus ingresos transformando en dinero su hogar a través de un crédito con garantía hipotecaria. El cliente conserva la propiedad del inmueble, no necesita venderlo y los herederos conservan sus derechos.

La edad mínima de contratación es de 65 años, y el cliente debe disponer de una vivienda sin cargas para poder contratar este producto. El importe máximo que se puede disponer está limitado al 80% del valor actual de la vivienda y, tanto la renta que se recibe como los intereses que se generan, se van acumulando al saldo del crédito. El tipo de interés de la operación es fijo durante el primer tramo de la operación (periodo de cobro de la renta de la hipoteca inversa), mientras que, durante el segundo tramo (periodo de cobro de la renta del seguro), el tipo de interés es variable. Se asume una revalorización del inmueble del 3% anual.

El individuo recibe una renta mensual que se calcula en función de su edad (en el caso de que la operación sea a dos vidas, se calcula en función de la edad del titular más joven), del valor de la vivienda, y de si el cliente elige una renta vitalicia o temporal. En el momento que finaliza el cobro de la renta el cliente continúa recibiendo la misma renta, siempre que haya contratado el seguro diferido de rentas vitalicias al inicio de la operación. La prima de este seguro se

carga en el saldo del crédito sin que el cliente tenga que adelantar ninguna cantidad.

Se destacan las bonificaciones fiscales (exención del Impuesto de Actos Jurídicos Documentados y reducción de los honorarios notariales y registrales) que tiene el cliente en el momento de contratar el producto, siempre y cuando cumpla con lo establecido en la Ley 41/2007. Para ello, el titular o titulares del producto tienen que ser los propietarios de la vivienda y, la vivienda debe ser la residencia habitual de los titulares.

En caso de defunción de uno de los titulares, el otro titular continúa cobrando la renta y no se le exige la devolución de la deuda mientras viva. En el momento de liquidar la operación, es decir, cuando fallece el titular o los titulares de la hipoteca inversa, los herederos tienen la posibilidad de quedarse con la vivienda (pagando la deuda con sus ahorros o constituyendo una nueva hipoteca) o venderla (quedándose con la diferencia una vez pagada la deuda).

Para que el cliente no tenga que utilizar sus ahorros a la hora de hacer frente a los gastos iniciales de la operación, Caixa Terrassa (así como el resto de entidades que comercializan la hipoteca inversa) permite que los gastos se financien con el mismo crédito hipotecario. Caixa Terrassa aplica una comisión de apertura a la hora de contratar el producto, aunque no aplica comisión de cancelación para no encarecer el producto.

Tanto si la vivienda está a nombre de más de una persona como si conviven con ella otras personas sin ser propietarias, todas ellas deben firmar al formalizar la operación.

Una última opción que destaca Caixa Terrassa, es la posibilidad de contratar una hipoteca inversa sobre un inmueble y además alquilarlo. En estos casos, el individuo conserva la propiedad y recibe dos rentas, lo que puede suponer un complemento de ingresos importante (sobre todo para aquellos clientes que precisen de cuidados de larga duración en una residencia).

### **5.3.2.2 La hipoteca inversa de “la Caixa”**

La hipoteca inversa de “la Caixa”, Caja de Ahorros y Pensiones de Barcelona, va dirigida a todas aquellas personas que sean mayores de 75 años, aunque el producto es contratable a partir de los 65 años. Como en el resto de entidades, se exige que el cliente sea propietario de la vivienda y que ésta esté libre de cargas.

“La Caixa” presenta dos modalidades de hipoteca inversa. La primera de ellas, la hipoteca inversa sencilla, consiste en una cuenta corriente de crédito con garantía hipotecaria, con disposiciones mensuales (renta para el cliente) durante un periodo de tiempo determinado. Aunque la hipoteca es vitalicia porque no se cancela hasta la muerte del titular/es, el pago de la renta mensual es temporal.

Por lo tanto, este primer tipo de hipoteca inversa es un producto pensado para personas que, en caso de sobrevivir al periodo de renta contratado, no presentarán dificultades al dejar de percibir la renta o, incluso, tendrán capacidad para cancelar la operación o renegociarla.

La segunda modalidad de hipoteca inversa es la llamada hipoteca inversa completa, que consiste en una cuenta corriente de crédito con garantía hipotecaria destinada en parte a constituir una pensión vitalicia diferida, y en parte a realizar disposiciones mensuales. La hipoteca inversa completa, a diferencia de la sencilla, ofrece una renta vitalicia, primero a cargo de la cuenta de crédito y luego a cargo del seguro diferido de rentas vitalicias. Es un producto para personas con menores recursos que no pueden prescindir de la renta.

La hipoteca inversa de “la Caixa” consta de dos etapas bien diferenciadas. Durante la primera etapa (llamada etapa de disposición), el cliente percibe una renta a partir de disposiciones mensuales. El plazo de esta etapa se define en función de la esperanza de vida del titular/es redondeada al alza en número de años.



En el caso de la hipoteca inversa sencilla el plazo indicado es el mínimo, es decir, el cliente puede solicitar un plazo mayor, si bien, en tal caso, el importe de la renta se verá disminuido.

En la segunda etapa (etapa de acumulación de intereses), la cuenta de crédito sólo acumula intereses hasta el vencimiento. En esta segunda etapa entra en funcionamiento la pensión vitalicia diferida, siempre que el cliente haya contratado el seguro diferido de rentas vitalicias. Se considera que el vencimiento de la hipoteca inversa se produce a los seis meses de la muerte del último titular.

El tipo de interés es fijo durante la etapa de disposición de la renta, aunque durante la etapa de acumulación de intereses (hasta que la hipoteca inversa se cancele), el tipo de interés es variable. El límite de crédito concedido no puede superar el 70% del valor de la tasación y, en caso de patrimonios elevados, este límite se sitúa entorno al 40%. Además, a la hipoteca inversa se le aplican comisiones de apertura y estudio.

Mientras viva uno de los titulares de la hipoteca inversa, no se pide la devolución de la deuda y, cuando falten los dos, los herederos liquidan la hipoteca inversa. En este caso, pueden optar por devolver el crédito dispuesto, manteniendo por tanto la propiedad, o vender el inmueble, quedándose con el dinero sobrante una vez pagada la deuda.

### **5.3.2.3 La hipoteca inversa de Ibercaja**

En Ibercaja, Caja de Ahorros y Monte de Piedad de Zaragoza Aragón y Rioja, el cliente debe tener más de 75 años y ser propietario de la vivienda en que reside para poder contratar una hipoteca inversa. En base al valor actual de su vivienda se le concede un importe, y el propio cliente es quien decide las cantidades que necesita en cada momento para cubrir sus gastos habituales, cuidados de salud u otras necesidades.

Este crédito hipotecario se combina con dos seguros, uno de renta vitalicia y otro de renta temporal. Los tres productos se contratan conjuntamente en el momento de formalizar la operación.

El tipo de interés es fijo para toda la vida de la operación y el producto está exento de comisiones (no existen comisiones de apertura, de amortización anticipada, ni de cancelación anticipada). Por otro lado, el importe máximo concedido no podrá superar el 80% del valor de tasación actual.

El cliente empezará a recibir las cantidades periódicas en el mismo mes de la formalización de la operación y, además, en su declaración de la renta no tendrá que incluir las cuotas mensuales que ha percibido, ya que están exentas.

Finalizado el plazo máximo de disponibilidad (15 años aproximadamente), el seguro diferido de rentas vitalicias garantiza al cliente una renta mensual vitalicia (este renta será del mismo importe que la renta que cobraba con el crédito hipotecario).

El seguro de renta temporal garantiza el pago de los intereses del crédito dispuesto durante los dos años siguientes a la finalización del periodo de disponibilidad del crédito.

#### **5.3.2.4 Ejemplos de cálculo**

En este apartado se presenta algunos ejemplos de cálculo de la hipoteca inversa. En primer lugar, se realiza una comparativa entre la contratación de una hipoteca inversa antes y después de la aplicación de la Ley 41/2007 en Caixa Terrassa (Tabla 5.10).

Ambas operaciones se refieren a un varón de 75 años que tiene un inmueble completamente libre de cargas valorado en 300.000 euros. La primera de las

simulaciones fue realizada el 15/03/2007, mientras que la segunda fue realizada el 12/11/2008.

En términos de renta (tanto temporal como vitalicia) se observa una disminución en el importe de la misma, debido al menor porcentaje concedido sobre el valor de tasación de la vivienda. En concreto, el importe máximo que se puede disponer ha descendido del 90% al 80%.

Por otro lado, cabe destacar el descenso en los costes iniciales del producto, que pasan de 9.199,78 euros a 1.788,02 euros en términos de renta temporal, y de 18.384,11 euros a 10.643,89 euros en caso de contratar la modalidad vitalicia. Todo ello es debido a la aprobación de la Ley 41/2007, de Regulación del Mercado Hipotecario y otras normas del sistema hipotecario y financiero, de regulación de las hipotecas inversas y el seguro de dependencia.

En definitiva, la renta temporal pasa 672,62 euros al mes a 648,69 euros. En cuanto a la modalidad vitalicia, en este caso, la renta mensual se reduce desde los 599,60 euros hasta los 578,25 euros.

Tabla 5.10 Ejemplo de cálculo de la hipoteca inversa en Caixa Terrassa antes y después de la aplicación de la Ley 41/2007. Operación a 1 vida.

CARACTERÍSTICAS		HIPOTECA INVERSA CAIXA TERRASSA	
Fecha de constitución de la hipoteca inversa		15/03/2007	12/11/2008
Titular 1		Hombre	Hombre
Fecha de nacimiento titular 1		15/03/1932	12/11/1933
Edad del titular 1		75	75
Obligatoriedad de contratar el seguro diferido de rentas vitalicias		No	No
Valor vivienda		300.000,00 €	300.000,00 €
Importe máximo que se puede disponer		90% del valor actual de la vivienda	80% del valor actual de la vivienda
Tipo de interés del crédito		Fijo al 6,25% hasta el 01/03/2024, a partir de entonces Euribor + 2%	Fijo al 6,25% hasta el 01/11/2025, a partir de entonces Euribor + 2%
Renta temporal	Importe mensual	672,62 €	648,69 €
	Años de percepción de la renta	17 años	17 años
	Comisiones y gastos iniciales de la operación	9.199,78 €	1.788,02 €
Renta vitalicia	Importe mensual	599,60 €	578,25 €
	Años de percepción de la renta	Vitalicia	Vitalicia
	Tipo de interés técnico	3,00%	3,00%
	Comisiones y gastos iniciales de la operación	18.384,11 €	10.643,89 €

Fuente: elaboración propia.

La reducción en los costes iniciales se debe básicamente a la eliminación del Impuesto sobre Actos Jurídicos Documentados, además de una reducción importante en los gastos notariales y registrales. La Tabla 5.11 muestra la comparativa entre los costes aplicados antes de la Ley, y los que se derivan según la legislación actual.

El total de gastos y comisiones pasa de representar el 6,13% del valor del inmueble a representar el 3,55%.

Tabla 5.11 Comisiones y gastos iniciales del ejemplo de cálculo de la hipoteca inversa en Caixa Terrassa antes y después de la aplicación de la Ley 41/2007.  
Operación a 1 vida.

Comisiones y gastos iniciales de la operación (en el caso de haber contratado el seguro diferido de rentas vitalicias)		HIPOTECA INVERSA CAIXA TERRASSA	
Fecha de constitución de la hipoteca inversa		15/03/2007	12/11/2008
Comisiones	Apertura	791,78 €	814,02 €
	Estudio	0,00 €	0,00 €
	Amortización Anticipada	0,00 €	0,00 €
	Cancelación	0,00 €	0,00 €
	Subtotal	791,78 €	814,02 €
Gastos de formalización	Tasación	0,00 €	0,00 €
	Nota del registro	0,00 €	0,00 €
	Notario	886,00 €	400,00 €
	Registro	678,00 €	250,00 €
	Gestoría	290,00 €	324,00 €
	Plusvalías municipales*	0,00 €	0,00 €
	Impuesto ITP	0,00 €	0,00 €
	Impuesto sobre AJD	6.554,00 €	0,00 €
Subtotal	8.408,00 €	974,00 €	
Seguros	Seguro de daños	0,00 €	0,00 €
	Prima Inicial Seguro del Hogar	0,00 €	0,00 €
	Prima única seguro diferido de rentas vitalicias	9.184,33 €	8.855,87 €
	Prima única seguro intereses	0,00 €	0,00 €
	Subtotal	9.184,33 €	8.855,87 €
Total comisiones y gastos		18.384,11 €	10.643,89 €
% sobre el valor del inmueble (300.000 euros)		6,13%	3,55%

Fuente: elaboración propia.

\* Actualmente, este impuesto es igual a cero para personas con 65 años o más.

Los siguientes ejemplos comparan los resultados obtenidos en tres entidades que comercializan este producto en España, una vez aprobada la Ley 41/2007. Las operaciones que se muestran a continuación son contratadas por una persona (en el primer caso por un varón de 75 años y en segundo caso por una mujer de 75 años también). Se obtiene la renta temporal y la renta vitalicia de Caixa Terrassa y de "la Caixa". En el caso de Ibercaja, sólo se ha obtenido la renta vitalicia, ya que es obligatorio contratar el seguro diferido de rentas vitalicias.

Los resultados obtenidos para el caso de un varón de 75 años se presentan en la Tabla 5.12. Las diferencias en términos de renta temporal entre Caixa Terrassa y “la Caixa”, se deben principalmente a la duración de dicha renta: Caixa Terrassa ofrece una renta temporal durante 17 años, mientras que, en “la Caixa”, la renta temporal se sitúa en 14 años. De esta forma, la renta temporal que se obtiene en Caixa Terrassa es de 648,73 euros, mientras que, en “la Caixa”, se sitúa en 741,31 euros. Los costes iniciales de la operación son de 1.783,04 en Caixa Terrassa y de 3.356,36 euros en “la Caixa”.

Por otro lado, en términos de renta vitalicia puede ofrecerse una comparativa entre las 3 entidades. Como se ha comentado anteriormente, en Ibercaja es obligatorio contratar dos tipos de seguros: el seguro diferido de rentas vitalicias, que garantiza al cliente una renta fija mensual durante toda la vida (del mismo importe que la que se cobraba con el crédito), y un seguro de renta temporal, que garantiza el pago de los intereses del crédito dispuesto durante los dos años siguientes a la finalización del periodo de disponibilidad del crédito. De esta forma, la renta vitalicia resultante es de 537,32 euros. Por su parte, Caixa Terrassa ofrece una renta vitalicia de 578,29 euros al mes, mientras que en “la Caixa”, la renta vitalicia se sitúa en 606,36 euros.

Las diferencias en la renta vitalicia se deben básicamente a los costes iniciales de la operación, puesto que en Ibercaja se sitúan en 40.261,15 euros, mientras que en “la Caixa” y Caixa Terrassa no superan los 20.000 euros.

Tabla 5.12 Hipoteca inversa para un varón de 75 años. Comparativa entre Caixa Terrassa, "la Caixa" e Ibercaja. España, 2008.

CARACTERÍSTICAS		HIPOTECA INVERSA		
		Caixa Terrassa	"la Caixa"	Ibercaja
Fecha de constitución de la hipoteca inversa		13/11/2008	13/11/2008	13/11/2008
Titular 1		Hombre	Hombre	Hombre
Fecha de nacimiento titular 1		01/11/1933	01/11/1933	01/11/1933
Edad del titular 1		75	75	75
Obligatoriedad de contratar el seguro diferido de rentas vitalicias		No	No	Si
Valor vivienda		300.000,00 €	300.000,00 €	300.000,00€
Importe máximo que se puede disponer		80% del valor actual de la vivienda	70% del valor actual de la vivienda	80% del valor actual de la vivienda
Tipo de interés del crédito		Fijo al 6,25% hasta el 01/11/2025, a partir de entonces Euribor + 2%	Fijo al 6,40% hasta el 30/11/2022, a partir de entonces Euribor + 2%	Fijo al 6%
Renta temporal	Importe mensual	648,73 €	741,31 €	-
	Años de percepción de la renta	17 años	14 años	-
	Comisiones y gastos iniciales de la operación	1.783,04 €	3.356,36 €	-
Renta vitalicia	Importe mensual	578,29 €	606,36 €	537,32 €
	Años de percepción de la renta	Vitalicia	Vitalicia	Vitalicia
	Tipo de interés técnico	3,00%	3,00%	-
	Comisiones y gastos iniciales de la operación	10.640,24 €	18.256,50 €	40.261,15 €

Fuente: elaboración propia.

En base al ejemplo anterior, se presenta la Tabla 4.13, con el desglose de los gastos que supone contratar un producto de estas características, en el caso de haber contratado el seguro diferido de rentas vitalicias.

En una hipoteca inversa existen tres tipos de gastos:

- Las comisiones: de apertura, de estudio, de cancelación,...
- Los gastos de formalización: notaría, registro, impuestos,...
- Los seguros: Seguro de Daños, Seguro de Devolución de Intereses, Seguro del Hogar, Seguro diferido de rentas vitalicias,...

Como muestra la Tabla 5.13, existe una comisión de apertura tanto en “la Caixa” (1.003,32 euros) como en Caixa Terrassa (809,04 euros), mientras que en Ibercaja no se aplica esta comisión.

En cuanto a los gastos de formalización, los importes oscilan entre los 1.000 y 2.000 euros en Caixa Terrassa y “la Caixa”, respectivamente. En Ibercaja se sitúan sobre los 1.400 euros aproximadamente. En este punto es donde se hacen más patentes los efectos de la eliminación del Impuesto sobre Actos Jurídicos Documentados y la reducción de los gastos notariales y registrales tras la aprobación de la Ley 41/2007.

La principal diferencia se encuentra en los seguros asociados a la contratación de la hipoteca inversa. En Ibercaja es obligatorio contratar el seguro del hogar y el seguro de intereses, además, del seguro diferido de rentas vitalicias, lo que conlleva que el coste total de los seguros alcance los 38.887,39 euros. En Caixa Terrassa el gasto en seguros se limita a la prima única del seguro diferido de rentas vitalicias (8.857,20 euros), y en “la Caixa”, se debe contratar el seguro de daños junto con el seguro diferido de rentas vitalicias (15.299,96 euros).

Las diferencias en términos del coste de la prima única del seguro diferido de rentas vitalicias, se pueden explicar por las distintas tablas de mortalidad que hayan podido utilizar cada una de las entidades.

En resumen, el total de gastos y comisiones alcanza los 40.261,15 euros en Ibercaja (13,42% del valor del inmueble), en “la Caixa” se sitúa en 18.256,50 euros (6,09% del valor del inmueble), mientras que en Caixa Terrassa se sitúa en 10.640,24 (3,55% del valor del inmueble).



Tabla 5.13 Comisiones y gastos iniciales de la hipoteca inversa para un varón de 75 años. Comparativa entre Caixa Terrassa, "la Caixa" e Ibercaja. España, 2008.

Comisiones y gastos iniciales de la operación (en el caso de haber contratado el seguro diferido de rentas vitalicias)		HIPOTECA INVERSA CAIXA TERRASSA		
		Caixa Terrassa	"la Caixa"	Ibercaja
Comisiones	Apertura	809,04 €	1.003,32 €	0,00 €
	Estudio	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	Amortización Anticipada	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	Cancelación	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	Subtotal	809,04 €	1.003,32 €	0,00 €
Gastos de formalización	Tasación	0,00 €	232,00 €	400,00 €
	Nota del registro	0,00 €	24,40 €	0,00 €
	Notario	400,00 €	772,68 €	533,77 €
	Registro	250,00 €	549,06 €	304,04 €
	Gestoría	324,00 €	375,08 €	135,95 €
	Plusvalías municipales*	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	Impuesto ITP	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	Impuesto sobre AJD	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	Subtotal	974,00 €	1.953,22 €	1.373,76 €
Seguros	Seguro de daños	0,00 €	399,82 €	0,00 €
	Prima Inicial Seguro del Hogar	0,00 €	0,00 €	226,96€
	Prima única seguro diferido de rentas vitalicias	8.857,20 €	14.900,14 €	11.956,93 €
	Prima única seguro intereses	0,00 €	0,00 €	26.703,50 €
	Subtotal	8.857,20 €	15.299,96 €	38.887,39 €
Total comisiones y gastos		10.640,24 €	18.256,50 €	40.261,15 €
% sobre el valor del inmueble (300.000 euros)		3,55%	6,09%	13,42%

Fuente: elaboración propia.

El último ejemplo se presenta en las siguientes dos tablas (Tabla 5.14 y Tabla 5.15). En este caso, una mujer de 75 años es quien contrata el producto.

Las diferencias en términos de renta temporal entre Caixa Terrassa y "la Caixa", se deben de nuevo a la duración de dicha renta: Caixa Terrassa ofrece una renta temporal durante 17 años (igual que en el caso de un varón), mientras que, en "la Caixa", la renta temporal se sitúa en 19 años (14 años en el caso de un varón). De esta forma, la renta temporal que se obtiene en Caixa Terrassa sigue siendo de 648,73 euros, mientras que, en "la Caixa", se sitúa 445,95 euros. Los costes iniciales de la operación son de 1.783,04 en Caixa Terrassa

y de 3.356,36 euros en “la Caixa” (en ambos casos, los mismos costes que para un varón).

De nuevo, en términos de renta vitalicia puede ofrecerse una comparativa entre las 3 entidades. La renta vitalicia es de 415,42 euros en Ibercaja. Por su parte, Caixa Terrassa ofrece una renta vitalicia de 523,25 euros al mes, mientras que en “la Caixa”, la renta vitalicia se sitúa en 378,87 euros.

Tabla 5.14 Hipoteca inversa para una mujer de 75 años. Comparativa entre Caixa Terrassa, “la Caixa” e Ibercaja. España, 2008.

CARACTERÍSTICAS		HIPOTECA INVERSA		
		Caixa Terrassa	"la Caixa"	Ibercaja
Fecha de constitución de la hipoteca inversa		13/11/2008	13/11/2008	13/11/2008
Titular 1		Mujer	Mujer	Mujer
Fecha de nacimiento titular 1		01/11/1933	01/11/1933	01/11/1933
Edad del titular 1		75	75	75
Obligatoriedad de contratar el seguro diferido de rentas vitalicias		No	No	Si
Valor vivienda		300.000,00 €	300.000,00 €	300.000,00€
Importe máximo que se puede disponer		80% del valor actual de la vivienda	70% del valor actual de la vivienda	80% del valor actual de la vivienda
Tipo de interés del crédito		Fijo al 6,25% hasta el 01/11/2025, a partir de entonces Euribor + 2%	Fijo al 6,25% hasta el 01/11/2025, a partir de entonces Euribor + 2%	Fijo al 6%
Renta temporal	Importe mensual	648,73 €	445,95 €	-
	Años de percepción de la renta	17 años	19 años	-
	Comisiones y gastos iniciales de la operación	1.783,04 €	3.356,36 €	-
Renta vitalicia	Importe mensual	523,25 €	378,87 €	415,42 €
	Años de percepción de la renta	Vitalicia	Vitalicia	Vitalicia
	Tipo de interés técnico	3,00%	3,00%	-
	Comisiones y gastos iniciales de la operación	17.560,74 €	12.150,62 €	30.667,54 €

Fuente: elaboración propia.

En base al ejemplo anterior, se presenta de nuevo una tabla con el desglose de los gastos (Tabla 5.15) que supone contratar un producto de estas

características, en el caso de haber contratado el seguro diferido de rentas vitalicias.

Las comisiones iniciales y los gastos de formalización son los mismos que en el caso de un varón. Los seguros asociados a la contratación de la hipoteca inversa son los que marcan la diferencia respecto a los costes observados en el caso de los varones.

En Ibercaja el coste total de los seguros alcanza los 29.293,78 euros (38.887,39 euros en el caso de los varones). En Caixa Terrassa el coste de los seguros (en este caso, el seguro diferido de rentas vitalicias únicamente) es de 15.777,70 euros (8.857,20 euros en el caso de un varón), y en “la Caixa”, el coste se sitúa en 12.150,62 euros (15.299,96 euros en el caso de los varones). De nuevo, existen diferencias en el coste de la prima única del seguro diferido de rentas vitalicias, que podrían explicarse por las distintas tablas de mortalidad utilizadas en cada una de las entidades.

En resumen, el total de gastos y comisiones en Ibercaja alcanza el 10,22% del valor del inmueble (13,42% en el caso de los varones), en “la Caixa” se sitúa en el 4,05% (6,09% del valor del inmueble en el caso de los varones), mientras que en Caixa Terrassa se sitúa en el 5,85% (3,55% del valor del inmueble en el caso de los varones).

Tabla 5.15 Comisiones y gastos iniciales de la hipoteca inversa para una mujer de 75 años. Comparativa entre Caixa Terrassa, "la Caixa" e Ibercaja. España, 2008.

Comisiones y gastos iniciales de la operación (en el caso de haber contratado el seguro diferido de rentas vitalicias)		HIPOTECA INVERSA CAIXA TERRASSA		
		Caixa Terrassa	"la Caixa"	Ibercaja
Comisiones	Apertura	809,04 €	1.003,32 €	0,00 €
	Estudio	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	Amortización Anticipada	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	Cancelación	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	Subtotal	809,04 €	1.003,32 €	0,00 €
Gastos de formalización	Tasación	0,00 €	232,00 €	400,00 €
	Nota del registro	0,00 €	24,40 €	0,00 €
	Notario	400,00 €	772,68 €	533,77 €
	Registro	250,00 €	549,06 €	304,04 €
	Gestoría	324,00 €	375,08 €	135,95 €
	Plusvalías municipales*	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	Impuesto ITP	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	Impuesto sobre AJD	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	Subtotal	974,00 €	1.953,22 €	1.373,76 €
Seguros	Seguro de daños	0,00 €	399,82 €	0,00 €
	Prima Inicial Seguro del Hogar	0,00 €	0,00 €	226,96€
	Prima única seguro diferido de rentas vitalicias	15.777,70 €	8.794,26 €	7.474,80 €
	Prima única seguro intereses	0,00 €	0,00 €	21.592,02 €
	Subtotal	15.777,70 €	9.194,08 €	29.293,78 €
Total comisiones y gastos		17.560,74 €	12.150,62 €	30.667,54 €
% sobre el valor del inmueble (300.000 euros)		5,85%	4,05%	10,22%

Fuente: elaboración propia.

### 5.3.3 Instrumentos alternativos a la hipoteca inversa que permiten la licuación del patrimonio inmobiliario

Además de la hipoteca inversa, existen otros instrumentos que permiten la obtención de una renta a partir de un inmueble. En este sentido, en Herranz (2006) puede encontrarse una descripción más detallada de estos instrumentos.

En este apartado se presentan tres tipos de instrumentos alternativos a la hipoteca inversa: la hipoteca pensión, la vivienda pensión y la cesión para alquiler.

### 5.3.3.1 La hipoteca pensión

La hipoteca pensión consiste en suscribir una hipoteca sobre una vivienda y, con el dinero que se reciba, contratar un seguro que garantice una pensión vitalicia. La pensión que recibe el individuo depende del valor de la vivienda y de la edad del titular.

A diferencia de la hipoteca inversa, la hipoteca pensión destina todo el capital recibido a la contratación de un seguro de rentas vitalicias. Como se ha comentado anteriormente, la hipoteca inversa otorga un crédito con garantía inmobiliaria y, aunque no es obligatorio, una parte del crédito obtenido con la hipoteca inversa, se suele destinar a la compra de un seguro diferido de rentas vitalicias.

La hipoteca que se contrata con el producto “hipoteca pensión” estará en periodo de carencia hasta el fallecimiento del propietario, momento en el que los herederos decidirán si hacer frente a la deuda con el inmueble, o bien heredar la propiedad asumiendo la deuda.

Las principales características de este producto son las siguientes:

- Es un producto que combina dos negocios distintos: el crédito hipotecario por un lado y, por otro, la pensión vitalicia.
- El propietario de la vivienda paga los intereses de la hipoteca con una parte de la pensión.
- Algunas entidades permiten contratar una renta creciente. De esta forma, se reduce la pérdida de poder adquisitivo que se produce cuando el individuo cobra siempre la misma cantidad fija.
- Durante los dos primeros años puede incluirse un capital asegurado, para los casos en los que el individuo fallezca poco después de contratar la hipoteca. Sin embargo, la contratación de este capital asegurado suele incrementar el coste de la operación.
- La renta que percibe el individuo debe tributar, por lo que fiscalmente es un producto poco atractivo.

### **5.3.3.2 La vivienda pensión**

Se trata de vender la vivienda (conservando el usufructo de la misma) a una entidad aseguradora a cambio de la formalización de una pensión vitalicia. El importe de la pensión suele ser más alto que el del resto de productos de este tipo, aunque, en el momento que fallezca el individuo, los herederos no pueden reclamar la propiedad del inmueble.

Las principales características de la vivienda pensión son:

- Se vende la nuda propiedad del inmueble, aunque el dueño de la vivienda podrá seguir viviendo en el inmueble, ya que conserva el usufructo.
- La edad mínima de contratación suele ser más alta que la exigida en otros productos del mismo estilo.
- El antiguo propietario no corre con los gastos del inmueble: IBI, comunidad,...
- El individuo podría tener que pagar una cantidad en concepto de alquiler de la vivienda.
- Es un producto poco desarrollado porque se trata de un negocio complejo.
- El individuo deberá tributar por la pensión y no se podrá desgravar el alquiler que pague.

### **5.3.3.3 La cesión para alquiler**

En este tipo de operaciones, el propietario de la vivienda suele ser una persona mayor que requiere de servicios asistenciales en una residencia de mayores. A cambio de una renta, el propietario cede a una entidad el inmueble del que dispone para que ésta lo alquile, sin que pierda en ningún momento la propiedad de la vivienda.

Si la renta que recibe el individuo es inferior al coste de los servicios residenciales, el individuo aportará el resto. En cambio, si la renta que recibe es superior al coste de los servicios, el propietario dispondrá del resto de la renta.

Las principales características de este producto son:

- El propietario de la vivienda cede el inmueble a una entidad sin perder la propiedad.
- La entidad se hace cargo de los gastos de mantenimiento y reparación del inmueble.
- El propietario recibe una renta destinada necesariamente al pago del servicio residencial que precise.
- Las rentas que se reciben están gravadas en el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.

Según algunas entidades (Edad&Vida, 2005), la incentivación de este tipo de productos puede incidir favorablemente en la oferta de viviendas en alquiler.

## Capítulo 6

### Conclusiones y líneas futuras de investigación

#### 6.1. Conclusiones

El envejecimiento de la población es un fenómeno que afectará a la mayoría de países desarrollados en los próximos años. Ello se debe principalmente, al incremento de la esperanza de vida y a la baja tasa de fecundidad. En España, se prevé un envejecimiento de la población todavía más acentuado, por la baja tasa de natalidad que se viene observando en las últimas décadas.

Todo ello ha generado un intenso debate sobre la sostenibilidad y necesidades futuras del gasto asociado a la vejez tanto en su vertiente económica como en su vertiente social. En general, se pretende medir el impacto que supone el envejecimiento demográfico sobre el gasto en pensiones, el gasto sanitario y el gasto en cuidados de larga duración.

Los estudios y encuestas que se habían realizado en nuestro país con anterioridad a la aprobación de la Ley de Dependencia, ofrecían distintas versiones sobre el progresivo envejecimiento de la población y su posible afectación en materia de dependencia. Por un lado, se definía el concepto de dependencia de distinta formas y, por otro lado, se definían los grados de severidad de la dependencia de diferente manera.

Tras la aprobación de la Ley de Dependencia en España, basándose en los datos obtenidos en el Libro Blanco de la Dependencia (MTAS, 2005) y en la EDDDES (INE, 1999), se ha adoptado una única definición de definición de dependencia y un único criterio para establecer los distintos niveles de severidad de la dependencia.

La Ley de Dependencia aprobada en España garantiza unos derechos básicos que se fundamentan en los principios de universalidad, igualdad y equidad, así



como en la participación e integración de todas aquellas personas que se encuentran en situación de dependencia en el territorio español.

Ello supone una ampliación de las prestaciones y recursos destinados a la población en situación de dependencia, aunque quizá no gozará del grado de universalidad que muchos sectores habían reclamado. La Ley sería universal si toda la población pudiera ser beneficiaria de la prestación que se determine, independientemente de su nivel de renta. Sin embargo, el hecho de introducir el concepto de copago, implica que el usuario asumirá una parte del coste del servicio que reciba.

Por otro lado, la Ley prevé incrementar de forma significativa los servicios de ayuda domiciliaria, el número de plazas residenciales para personas en situación de gran dependencia, y el servicio de teleasistencia para aquellos individuos que residan en sus hogares. Si bien es cierto que en estos últimos años se ha realizado un considerable esfuerzo en materia de servicios sociales destinados a la atención de las personas mayores en situación de dependencia, ese crecimiento ha sido claramente insuficiente.

La participación de los beneficiarios en el coste de las prestaciones, así como las modificaciones legislativas introducidas para regular la cobertura privada de las situaciones de dependencia, ha permitido al sector privado desarrollar productos destinados a cubrir este tipo de situaciones. De esta forma, algunas entidades (de crédito y aseguradoras) ofrecen productos como la hipoteca inversa y el seguro de dependencia, destinados a cubrir los gastos y, en particular, el copago al que deben hacer frente los usuarios del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia.

En España, el presupuesto para atención residencial representa el 68,6 % de los presupuestos destinados a la dependencia (más del 73% de ese presupuesto se destina a mayores de 65 años). Si a ello añadimos el presupuesto para Centros de Día, podemos concluir que los recursos institucionalizados (Residencias y Centros de día) superan el 80% del total de

los presupuestos destinados a la dependencia (Libro Blanco de la Dependencia, MTAS, 2005).

La ayuda a domicilio, recurso que se considera fundamental en la Ley de Dependencia, supone sólo el 10,1% del presupuesto para mayores y el 2,0% en el caso de las personas dependientes con discapacidad (Libro Blanco de la Dependencia, MTAS, 2005). En cambio, en el resto de países de nuestro entorno, los servicios domiciliarios tienen más peso que los servicios residenciales y, además, los índices de cobertura son más elevados que en España.

En la mayoría de países desarrollados, los sistemas utilizados para abordar los cuidados de larga duración e intentar dar solución a las necesidades de la población en situación de dependencia, presentan dos características comunes: la creciente preocupación social ante esta contingencia y el predominio, salvo algunas excepciones (como en Estados Unidos), del principio de universalidad.

Asimismo, se constata la existencia de un importante fundamento público para la protección de este tipo de riesgos en los países desarrollados, aunque últimamente, se introducen y desarrollan con mayor fuerza los sistemas privados complementarios al modelo público de gestión y financiación.

Francia y Alemania son dos de los modelos de referencia para el caso español, y por ello se ha realizado una estimación del coste que supondría implantarlos en España en el año 2008, utilizando, por un lado, las prestaciones de dependencia que determinan los modelos francés y alemán y, por otro lado, el número estimado de personas dependientes en España. Sin embargo, la reciente creación del modelo francés (Enero, 2002) y la falta de sostenibilidad económica observada en los primeros años de implantación del modelo alemán, aconsejan actuar con cautela a la hora de decidir las cuantías que deben financiarse públicamente.

Los resultados obtenidos muestran que el Sistema no puede garantizar por sí sólo la cobertura al conjunto de personas dependientes, no sólo porque los

costes son muy elevados, sino también por los problemas operativos que se han observado en estos dos países a la hora de implantar los sistemas de atención a la población dependiente.

Uno de los principales objetivos de la tesis ha sido la presentación de una metodología para la construcción de un seguro privado de dependencia, que garantizara una prestación económica en caso de que la persona, inicialmente autónoma, se encontrara en algún momento de su vida en situación de dependencia, utilizando los datos españoles que existieran al respecto. Esta prestación podría utilizarse como complemento a la prestación pública, y por tanto, serviría para hacer frente a la parte de copago que deben asumir las personas que reciben prestaciones del SAAD.

Para construir el modelo, se ha partido del modelo de Incidencia-Renta, que permite estimar la prima de un seguro de dependencia sin introducir demasiadas hipótesis. A continuación, se han analizado en detalle las dos fuentes de información más fiables que existen en España en materia de discapacidad y de dependencia: la EDDDES (INE, 1999) y la EDAD (2008).

Dado que la Ley de Dependencia utiliza la primera de ellas, y los datos de la segunda no permiten todavía obtener el mismo tipo de información (definición de dependencia, actividades que incluye y grados de severidad), se ha decidido utilizar la primera como encuesta de referencia, adaptándola en los mismos términos que la Ley.

La falta de datos españoles se postula como una de las grandes limitaciones que se han encontrado a la hora de realizar la estimación del coste de un seguro. En concreto, la mortalidad de la población dependiente se ha supuesto igual a la mortalidad de la población general. Además, se ha asumido que no es posible la transición del individuo de un estado de dependencia a un estado de autónomo. Estas dos hipótesis podrían comportar una sobreestimación del coste del seguro.

Por otro lado, la longevidad de aquellas personas que contratan un seguro posiblemente sería mayor a la de la población general, ya que, en general, la mortalidad de la población que contrata seguros de vida o salud suele ser inferior a la de la población general. Por ello, las primas presentadas en este trabajo podrían estar sesgadas a la baja y proporcionar valores inferiores a los correctos, por el hecho de utilizar las tablas que presenta el Instituto Nacional de Estadística.

En cuanto a la experiencia del mercado español en seguros de dependencia, se observan diferencias importantes entre las entidades analizadas. En algunos casos, el seguro se ofrece como complemento al seguro de vida. En otros casos, se ofrece un capital en lugar de una renta vitalicia. Por otro lado, en algunas entidades se ofrece como seguro temporal, mientras que en otras el seguro se ofrece con carácter vitalicio.

Sin embargo, existe un denominador común en tres aspectos. El primero de ellos es el público objetivo del seguro: principalmente, la población de 50 a 70 años. En segundo lugar, el objetivo del seguro: hacer frente al copago que tenga que asumir el asegurado en caso de encontrarse en situación de dependencia.

Por último, los grados de dependencia que son objeto de cobertura por parte del seguro: dependencia severa y gran dependencia. En algunas entidades la cobertura sólo afecta a la gran dependencia, mientras que en otras se incluyen las dos garantías. Sin embargo, ninguna de las entidades incluye entre las garantías cubiertas la dependencia moderada. Ello es debido a que, fiscalmente, la dependencia moderada no queda incluida entre los grados con tratamiento fiscal favorable.

Por otro lado, desde UNESPA se explica que la falta de incentivos fiscales y la escasa concienciación por parte de la ciudadanía respecto a la importancia de atender sus necesidades tras la jubilación, pueden ser los motivos por los cuales el mercado de seguros de dependencia no está siendo muy atractivo hasta el momento.

Fiscalmente, el seguro de dependencia tiene un tratamiento fiscal favorable para las primas aportadas a seguros que cubran la gran dependencia y la dependencia severa. Sin embargo, el límite deducible se trata de forma conjunta con planes de pensiones, por lo que se desincentiva la contratación de planes de pensiones que, por sí mismos, ya tienen su función de consolidar otro de los pilares del Estado del Bienestar. Por otro lado, las rentas recibidas de un seguro de dependencia están obligadas a tributar por los rendimientos del capital mobiliario.

Por ello, una serie de mejoras fiscales, como por ejemplo incluir la dependencia moderada, eliminar la tributación de rentas recibidas por seguros de dependencia o tratar el límite anual deducible de forma separada a los planes de pensiones, podrían incentivar la contratación de este producto.

El segundo de los objetivos ha consistido en identificar alternativas al seguro de dependencia en forma de prestación económica. En primer lugar, se ha estimado el coste de un seguro que garantiza la prestación de un servicio: servicio de ayuda a domicilio o servicio de atención residencial. En ambos casos se plantea por tanto una doble cobertura (como sucede actualmente con los seguros de salud). En caso de que la persona se encuentre en situación de dependencia, recibirá la prestación en forma de servicio.

Para ello se han analizado diversos estudios que permiten estimar el coste actual y futuro de este tipo de servicios y, finalmente, estimar la prima de un seguro que incluyera este tipo de garantías.

Las estimaciones se basan en el mismo modelo de Incidencia-Renta, realizadas en base a la evolución de los costes previstos en cada uno de los servicios considerados, es decir, se basan en la experiencia de los últimos años. Por ello, una variación en la evolución de los mismos, comportaría variaciones sustanciales en términos de prima del seguro.

En segundo lugar, se ha analizado otro tipo de productos financiero-aseguradores, como la hipoteca inversa. Este tipo de producto puede convivir perfectamente con el seguro de dependencia, ya que el público objetivo es totalmente diferente. En el caso del seguro de dependencia los 65 ó 70 años suele ser la edad máxima de contratación, ya que es necesario que el individuo acumule un cierto capital para garantizar que podrá recibir una prestación vitalicia.

En cambio, en la hipoteca inversa, la edad mínima de contratación se sitúa alrededor de los 70 años. No obstante, algunas entidades permiten la contratación de la hipoteca inversa a personas que se sitúen entre los 65 y los 69 años, aunque les advierten de que la renta que recibirán será menor, dada su mayor esperanza de vida. El sexo del individuo es otro factor importante a la hora de decidir el importe de la renta, ya que la esperanza de vida de las mujeres es mayor que la de los hombres.

La hipoteca inversa suele asociarse a la dependencia de un individuo porque implica un aumento en sus gastos y en sus necesidades. Con un aumento de los ingresos, el individuo puede hacer frente a los servicios que precise. Si bien es cierto que, ni todas las personas mayores son dependientes, ni el deseo de aumentar el nivel de renta disponible en una persona mayor puede deberse a una situación de dependencia.

Con el objetivo de fomentar la contratación de hipotecas inversas y de reducir los costes iniciales de dicho contrato, el Gobierno ha elaborado una Ley del Mercado Hipotecario que contribuirá a mejorar la calidad de vida de las personas mayores o de las personas que se encuentren en situación de dependencia. El hecho de que los propietarios del inmueble no pierdan la propiedad del mismo, puede incentivar la contratación de este tipo de productos.

De la misma forma, es importante tener en cuenta que la renta que se percibe (durante el tramo en el que se realizan las disposiciones del crédito, no así

durante el tramo de cobro de la renta vitalicia diferida) está exenta de tributación en el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.

El problema con el que se encontraron inicialmente los clientes que querían contratar una hipoteca inversa era el coste inicial de la operación. En concreto, las comisiones, los gastos de notaría, los impuestos o el seguro diferido de rentas vitalicias, son factores que representaban una importante barrera de entrada al producto. En el caso de que los titulares no dispusieran de liquidez en el momento de hacer frente a estos gastos, las entidades permitían que éstos se cargaran a la hipoteca. Sin embargo, al cargar los gastos en la hipoteca, la renta mensual que recibía el individuo era menor. Con la puesta en marcha de la Ley del Mercado Hipotecario, dichos costes se ven reducidos drásticamente, como se ha podido comprobar en alguno de los ejemplos de cálculo realizados.

Por otro lado, hay que tener en cuenta los riesgos que se derivan de una operación de hipoteca inversa: el riesgo de longevidad y el riesgo inmobiliario. El primero se deriva de una mayor supervivencia a la esperada. Como se ha comentado anteriormente, para obtener la renta del tramo en el que se realizan las disposiciones del crédito, se suele utilizar la esperanza de vida del titular o titulares y, posteriormente, se empieza a cobrar la renta derivada de la pensión vitalicia diferida contratada inicialmente. Por ello, es importante gestionar correctamente los riesgos derivados de un aumento de la esperanza de vida.

El segundo de los factores a tener en cuenta es consecuencia del riesgo inmobiliario. Este riesgo aparece en el momento en que fallece el titular, los beneficiarios no pueden asumir la deuda, y el valor de la vivienda ha disminuido respecto al momento en que se contrató la operación. Por ello, las entidades suelen conceder entre un 70% y un 90% del valor de tasación del inmueble en el momento de contratar la hipoteca inversa.

Finalmente, también se ha analizado la experiencia internacional en el mercado de hipotecas inversas. En el resto del mundo, existen diversos tipos de hipotecas inversas que permiten ser optimistas sobre el futuro desarrollo de

este tipo de productos en el mercado español. Estados Unidos y el Reino Unido son los dos países con más tradición en hipotecas inversas. En Estados Unidos la mayoría de operaciones se contratan a través del programa federal HECM, que ofrece mayores garantías porque en él interviene la administración pública, promoviendo productos estandarizados y con límites en los costes. Por otro lado, en el Reino Unido dos entidades privadas (*Norwich Union* y *Northern Rock*) cubren el 90% del mercado.

De la misma forma que las hipotecas inversas que se comercializan en España, la mayoría de hipotecas inversas que existen en el mercado del Reino Unido, no garantizan ningún capital para los herederos. Sin embargo, a diferencia del caso español, las hipotecas inversas del Reino Unido incorporan una cláusula que garantiza que los herederos nunca deberán abonar un importe superior al precio del inmueble (sea cual sea éste), en el momento de liquidar la deuda.

Recientemente, en el Reino Unido están surgiendo nuevas modalidades de hipotecas inversas. Por ejemplo, en algunos casos, el cálculo de la pensión vitalicia tiene en cuenta el estado de salud de la persona o, en otros casos, se garantiza a los herederos la devolución de un porcentaje del valor del inmueble (en forma de capital) si el titular fallece durante los primeros cinco años de constitución de la hipoteca inversa.

El establecimiento de alternativas a la hipoteca inversa, como la hipoteca pensión o la cesión para alquiler, permite ofrecer distintas opciones a la hora de liquidar el patrimonio inmobiliario.

## **6.2 Líneas futuras de investigación**

La realización de la tesis ha permitido el planteamiento de algunas líneas de mejora y abre nuevas cuestiones para ampliar las aportaciones aquí presentadas.



En primer lugar, en cuanto al modelo utilizado, sería conveniente utilizar datos sobre población asegurada, así como información sobre la mortalidad de la población dependiente y la probabilidad de recuperación de un individuo. Ello permitiría realizar un ajuste más adecuado sobre la prima de un seguro de dependencia.

En segundo lugar, cabe la posibilidad de plantear escenarios que permitan ajustar la probabilidad de dependencia a lo largo del tiempo. El hecho de plantear el producto utilizando una única tasa, no permite adaptarse a las posibles modificaciones de ésta.

En tercer lugar, dadas las elevadas primas obtenidas en el caso de los seguros en forma de prestación de servicios, cabe la posibilidad de plantear distintas alternativas de coordinación entre la Administración Pública y las entidades privadas. Por ejemplo, si el Estado garantiza una prestación a domicilio de 9 horas diarias en caso de dependencia severa, y la experiencia demuestra que son necesarias un total de 12 horas diarias, debería existir la posibilidad de contratar un seguro privado para las horas restantes.

Por último, a raíz del análisis de la hipoteca inversa, están surgiendo a nivel internacional algunos planteamientos para minimizar los riesgos que se derivan de una operación de este tipo, tanto para la entidad como para el titular o herederos de la hipoteca.

En cuanto a las aplicaciones de los resultados obtenidos, se debe destacar la construcción de un modelo con datos españoles, que permite obtener la prima de un seguro privado de dependencia. Las hipótesis realizadas pueden ajustarse según la experiencia de algunos mercados internacionales, como el francés o el estadounidense.

## **Bibliografía**

Acuerdo sobre determinación de la capacidad económica del beneficiario y sobre los criterios de participación de éste en las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), 28 de Octubre de 2008.

Acuerdo sobre Criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), 28 de Octubre de 2008.

Albarran, I., Ayuso, M., Guillen, M. y Monteverde, M. (2005): "A multiple state model for disability using the decomposition of death probabilities and cross-sectional data", *Communications in Statistics: Theory and Methods*, 24, 9, 2063-2076.

Albarrán, I., Ayuso, M., Guillén, M. y Monteverde, M. (2002) "Envejecimiento y discapacidad de la población española", *Actuarios*, 20, 41-42.

Albarrán, I., Ayuso, M., Guillén, M. y Monteverde, M. (2001) "Medición del envejecimiento y discapacidad de la población en España: a partir de la esperanza de vida residual", *Anales del Instituto de Actuarios Españoles*, 7, 107-134.

Alegre, A., Ayuso, M., Guillén, M., Monteverde, M. y Pociello, E. (2005): "Medición de la tasa de prevalencia de la dependencia en España y criterios de valoración de la severidad", *Revista Española de Salud Pública*, 79, 3, 351-364.

Alegre, A., Ayuso, M., Guillén, M., Monteverde, M. y Pociello, E. (2004): "Avance de la tasa de prevalencia de la dependencia en España y criterios de valoración de la severidad", *Actuarios*, 22, 27-29.

American Association of Retired Persons (2007): "Reverse mortgages: Niche product or Mainstream Solution?", American Association of Retired Persons (AARP), Washington.

[http://assets.aarp.org/rgcenter/consume/2007\\_22\\_revmortgage.pdf](http://assets.aarp.org/rgcenter/consume/2007_22_revmortgage.pdf)

American Association of Retired Persons (2003): "Eligibility & Repayment", American Association of Retired Persons (AARP), Washington.

[http://www.aarp.org/money/revmort/revmort\\_federal/a2003-03-21-elig.html](http://www.aarp.org/money/revmort/revmort_federal/a2003-03-21-elig.html)

Artís, M., Ayuso, M., Guillén, M. y Monteverde, M. (2007): "Una estimación actuarial del coste individual de la dependencia en la población de mayor edad en España", Estadística Española, 49, 165, 373-402.

Ayuso, M., Guillén, M. y Monteverde, M. (2005): "El envejecimiento de la Población y los costes de cuidados de larga duración en España", XXV Conferencia Internacional de Población IUSSP, 18-23 de Julio, Tours (Francia).

<http://iussp2005.princeton.edu/download.aspx?submissionId=51182>.

Bermúdez, L., Blay, D. y Guillén, M. (2008): "Análisis de la aparición de discapacidades en personas mayores de Cataluña", Revista de Métodos Cuantitativos para la Economía y la Empresa, 5, 3-16.

Blay, D. (2007): "Sistemas de cofinanciación de la dependencia: seguro privado frente a hipoteca inversa", Cuaderno N° 115, Fundación Mapfre Estudios

Blay, D. y Guillén, M. (2006): "Coste de atención a la dependencia en España y comparación con los sistemas francés y alemán", Revista Española de Seguros, 125, 145-160.

Blessed G., Tomlinson B.E. and Roth M (1968): "The association between quantitative measures of dementia and of senile change in the cerebral grey matter of elderly subjects", British Journal of Psychiatry, 114, 797-811.

Bolancé, C. (coord) (2007): “Alternativas de cofinanciación de los costes de la dependencia en España”, IMSERSO, Madrid.

Börsch-Supan, A., Brugiavini, A., Jürges, H., Mackenbach, J., Siegrist, J. Y Weber, G. (eds.) (2005): “Health, Ageing and Retirement in Europe – First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)”, Mannheim, Research Institute for the Economics of Aging, University of Mannheim.

Braña, F.J. (2004): “Una estimación de los costes de un seguro público de dependencia de los mayores en España”, Estudios de Economía Aplicada, 22, 3, 1-33.

Bundesministerium für Gesundheit (2001): “Versicherung. Pflegegesetz”, Text Ausgabe, Bonn.

Casado, D. y López-Casasnovas, G. (2001): “Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro” Colección de Estudios Sociales Número 6, Fundación “La Caixa”, Barcelona.

CERMI (2006): “Posición del sector social de la discapacidad articulado entorno al CERMI Estatal”.

<http://www.cermi.es/NR/rdonlyres/71F353B1-DDB9-4217-A2C8-99F4D7876EBD/6864/IDEASFUERZAPOSICI%C3%93NCERMILEYDEAUTONOM%C3%8DAPERSONALYDEP.doc>

Chuard, P. (1997): Introduction aux mathématiques actuarielles de l'assurance sur la vie, Institut de sciences actuarielles de l'Université de Lausanne.

Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (2001), Documentos 58/2001, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.

Comas-Herrera, A. y Wittenberg, R. (eds) (2003): "European Study of Long-Term Care Expenditure: Investigating the Sensitivity of Future Long-Term Care Expenditure in Germany, Spain, Italy and United Kingdom to Changes in Assumptions about Demography, Dependency, Informal Care, Formal Care and Unit Costs", PSSRU discussion paper 1840, Report to the European Commission, Employment and Social Affairs DG.

Consejo de Europa (1998): Recomendación nº 98 (9) relativa a la dependencia, adoptada el 18 de septiembre de 1998.

Costa, J. y Rovira, J. (2000): "El seguro de dependencia en España: Una estimación de la disponibilidad a pagar", Ed. FUSEE.

Deloitte (2008): "Perspectivas de futuro de los servicios de atención a la dependencia. El Servicio de Atención a Domicilio (SAD)", Informe Deloitte.

[http://www.deloitte.com/dtt/press\\_release/0,1014,sid%253D10537%2526cid%253D233856,00.html](http://www.deloitte.com/dtt/press_release/0,1014,sid%253D10537%2526cid%253D233856,00.html)

Edad&Vida (2005): "Conversión de activos inmobiliarios en renta", Edad&Vida, Madrid.

Edad&Vida (2005): "Posicionamiento de Edad&Vida para un marco regulador en la provisión de servicios y financiación de la dependencia", Edad&Vida, Madrid.

Egea, C. y Sarabia, A. (2001): "Experiencias de aplicación en España de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías", Madrid: Documentos 58/2001, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Fantova, F. (1999): "Comparación de la legislación de Alemania, Francia, Reino Unido y Suecia con la de España en lo relativo a políticas para la discapacidad en materia de asistencia y servicios sociales específicos", Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, Madrid, 203-216.

Feder, J. et al. (2000): "Long Term Care in the Unites States: an overview", Health Affairs, 19, 3-40.

Financial Services Authority (2005): "Raising money from your home", FSA, Reino Unido.

[http://www.fsa.gov.uk/consumer/pdfs/raise\\_home.pdf](http://www.fsa.gov.uk/consumer/pdfs/raise_home.pdf)

Folstein, M.F., Folstein, S.E. y McHugh, P.R. (1975): "Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician", Journal of Psychiatric Research, 12, 189-198.

Fundación de las Cajas de Ahorros (2008): "PIB primer trimestre 2008: Previsiones económicas para España", FUNCAS.

Goerlich, F.J. y Pinilla, R. (2006): "Esperanza de vida en España a lo largo del siglo XX. Las tablas de mortalidad del Instituto Nacional de Estadística", Fundación BBVA, Madrid.

Guillén, M. (coord) (2007): "Indicadores de dependencia y calidad de vida", IMSERSO, Madrid.

Guillén, M. (coord) (2006): "Longevidad y Dependencia en España. Esperanza de vida según grados de discapacidad e implicaciones en la demanda de cuidados de larga duración", Fundación BBVA, Madrid.

Guillén, M. (coord) (2005): "Causas, evolución y análisis comparativo de la dependencia en la población española de mayor edad", Portal Mayores, IMSERSO, Madrid.

Haberman, S. (1988): "The central sickness rate: A mathematical investigation", Transactions of the 23rd International Congress of Actuaries, Helsinki, 3, 83-99.

Haberman, S. y Pitacco, E. (1999): Actuarial Models for Disability Insurance, Ed. Chapman and Hall, Londres.

Hennessy P. (1995): "Social protection for dependent elderly people: Perspectives from a review of OECD countries", OECD: Labour Market and Social Policy, Occasional paper, nº 16.

[http://www.oecd.org/LongAbstract/0,2546,en\\_2649\\_37435\\_1895529\\_1\\_1\\_1\\_37435,00.html](http://www.oecd.org/LongAbstract/0,2546,en_2649_37435_1895529_1_1_1_37435,00.html)

Herce, J.A., Labeaga, J.M., Sosvilla, S. y Ortega, C. (2006): "El Sistema Nacional de Dependencia. Evaluación de sus efectos sobre el empleo", Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, nº60, 168-196.

Herranz, R. (2006): "Hipoteca Inversa y figuras afines", Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 49.

<http://www.imersomayores.csic.es/documentos/documentos/herranz-hipoteca-01.pdf>

IMSERSO (2008): "Información estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Situación a 1 de Diciembre de 2008", Subdirección General de Planificación, Ordenación y Evaluación, IMSERSO, Ministerio de Educación, Política Social y Deporte, Madrid.

<http://www.seg-social.es/imsero/estadisticas/saad/estsisaad20081201.pdf>

IMSERSO (2008): "Actualidad laboral: Bases y tipos de cotización para el 2008 en Alemania", Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.

IMSERSO (2007): "Cuarto informe del Gobierno sobre el seguro de dependencia", Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.

IMSERSO (2006): "Las personas mayores en España. Informe 2006. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas", Observatorio de Personas mayores, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.

IMSERSO (2006): "El servicio de ayuda a domicilio (SAD): situación actual", Boletín sobre el envejecimiento, Observatorio de Personas mayores, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.

IMSERSO (2005): “Cuidados a las Personas Mayores en los Hogares Españoles”, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.

IMSERSO (2004): “Servicios sociales para personas mayores en España: Enero 2003”, Observatorio de Personas mayores, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.

<http://www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/indicadores/indicadoressociales/indsociales2003html>

IMSERSO (2001): “Las personas mayores en España. Informe 2000. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas, Observatorio de Personas mayores, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.

Inforesidencias.com (2008): “Estudio sobre precios de residencias geriátricas para personas mayores”, Inforesidencias.com.

Instituto Nacional de Estadística (2008): “Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD)”, INE, Madrid.

Instituto Nacional de Estadística (2007): “Tablas de mortalidad 1992-2005”, INE, Madrid.

Instituto Nacional de Estadística (1999): “Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud”, INE, Madrid.

Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras (2006): “El seguro de dependencia: Del desarrollo del producto a su comercialización”, ICEA, Madrid (10 de Mayo).

Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras y SCOR Global Life (2005): “El seguro de dependencia: Guía para el desarrollo de productos de larga dependencia en España”, ICEA y SCOR Global Life, Madrid.

Japanese Ministry of Health, Labour and Welfare (2001).



Jacobzone S (1998): "Ageing and care for frail elderly persons: An overview of international perspectives", OECD: Labour Market and Social Policy, Occasional paper, nº 38.

[http://www.oecd.org/LongAbstract/0,2546,en\\_2649\\_33729\\_1887023\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/LongAbstract/0,2546,en_2649_33729_1887023_1_1_1_1,00.html)

Jiménez-Martín, S. (coord) (2007): "Aspectos Económicos de la dependencia y el cuidado informal en España", Universitat Pompeu Fabra, Fedea y Fundación AstraZeneca

Karlsson, M., Mayhew, L., Plumb, R. y Rickayzen, B. (2004): "An International Comparison of Long-Term Care Arrangements: An Investigation into the Equity, Efficiency and sustainability of the Long-Term Care Systems in Germany, Japan, Sweden, the United Kingdom and the United States", Actuarial Research Paper No. 156, Faculty of Actuarial Science and Statistics, London.

Katz, S., Ford, A.B., Moskowitz, R.W., Jackson, B.A. and Jaffer M.W. (1963): "Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function", Journal of the American Medical Association, 185, 914-919.

Kessler, D. (2008): "The long-term care insurance market", The Geneva Papers on Risk and Insurance - Issues and Practice 33, 33-40.

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.

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.

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (2006).

López-Casasnovas, G. (2005): "Envejecimiento y dependencia. Situación actual y retos de futuro", Estudios Caixa Catalunya, Barcelona.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2005): "Libro Blanco de la Dependencia", MTAS, Madrid.

Monteverde, M. (2004): "Discapacidades de las personas mayores en España: prevalencia, duraciones e impacto sobre los costes de cuidados de larga duración", Tesis Doctoral, Universitat de Barcelona.

Monteverde, M. (2005): "Medición de la esperanza de vida residual según niveles de dependencia en España y costes de cuidados de larga duración", Cuaderno N° 92, Fundación Mapfre Estudios.

Moragas, R., Cristòfol, R. y GIE (2003): "El coste de la Dependencia al Envejecer", Editorial Herder SL, Barcelona.

National Center for Home Equity Conversion (1998): "Consumer Information on Reverse Mortgages from the only independent nonprofit national organization specializing exclusively in reverse mortgage education & analysis", National Center for Home Equity Conversion, Estados Unidos.

<http://www.reverse.org/faqs.htm>

ONU (2005): "Life tables obtained from World Population Prospects: The 2002 Revision", United Nations Population Division, Special Tabulations, New Cork.

ONU (2004): "Population Prospects: The 2000 Revision", Volume II: The Sex and Age Distribution of Populations, United Nations Population Division.

Otero, Á., Zunzunegui, M.V., Rodríguez-Laso, Á., Aguilar, M.D. y Lázaro, P. (2004): “Volumen y tendencia de la dependencia asociada al envejecimiento de la población española”, *Revista Española de Salud Pública*, 78, 210-213.

Pacolet, J., Bouten, R., Lanoye, H. y Versieck, K. (1999): “La protección social des personnes âgées dépendantes dans les 15 pays de l'UE et en Norvège”, Rapport de synthèse commandé par la Commission européenne et le Ministre belge des affaires sociales Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes.

Palloni, A., Guillén, M., Monteverde, M., Ayuso, M. y White, R. (2005): “The returns of longitudinal information on the elderly: a microsimulation model to estimate errors in cross-sectional estimates of disability-adjusted life expectancy”, XXV International Population Conference of the IUSSP, Tours, Francia.

Pérez Díaz J. (2004): “Proyección de personas Dependientes al Horizonte 2020”, Universitat de Barcelona y Fundació Bosch i Gimpera.  
<http://www.ced.uab.es/jperez/PDFs/Paper144.pdf>

Pinquet, J. y Guillén, M. (2008): “Long-term care: risk description of a Spanish portfolio and economic analysis of the timing of insurance purchase”, *Geneva Papers on Risk and Insurance-Issues and Practice*, 33, 659-672.

Pociello, E. (2000): “Modelización y cobertura de operaciones actuariales en colectivos con múltiples estados”, Tesis doctoral, Universitat de Barcelona.

Pociello, E., Varea, J. y Martínez, A. (2001): “Construcción de tablas de dependencia: una aproximación metodológica”, *Anales del Instituto de Actuarios Españoles*, Madrid.

Puga, M.D. (2002): “Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España. Una previsión al año 2010”, Fundación Pfizer, Madrid.

Puga, M.D. y Abellán, A. (2004): “El proceso de discapacidad. Un análisis de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud”, Fundación Pfizer, Madrid.

Real Decreto 504/2007, de 20 de Abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia.

Real Decreto 614/2007, de 11 de Mayo, sobre nivel mínimo de protección del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia garantizado por la Administración General del Estado.

Real Decreto 6/2008, de 11 de Enero, sobre determinación del nivel mínimo de protección garantizado a los beneficiarios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en el ejercicio 2008.

Revista Consumer Eroski (2006): “La vivienda, un capital al que recurrir en la vejez”, Revista Consumer Eroski, 100, 52-56.

<http://revista.consumer.es/web/es/20060601/actualidad/informe1/70512.php>

Rickayzen B.D. (2002): “A multistate model of disability for the United Kingdom: Implications for future need for Long-Term Care for the Elderly”, British Actuarial Journal, 8, 2, 341-393.

Robinson, R. y Dixon, A. (1999): “Health Care Systems in Transition: United Kingdom”, European Observatory on Health Care Systems.

Rodríguez, G. (coord.) (1999): “La protección social de la dependencia”, Editorial IMSERSO, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.

Rodríguez, G. y Morán, E. (2001): “La población dependiente: primeros resultados de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999 del INE”, INE, IMSERSO (Mimeo), Madrid.

Ruzafa, J.C. y Moreno, J.D. (1997): "Valoración de la discapacidad física: el Índice de Barthel", *Revista Española de Salud Pública*, 71, 127-137.

Sánchez, E. (2006): "Experiencia en el Desarrollo de un Producto de Dependencia", ICEA, Madrid (10 de Mayo).

Sánchez, I., López, S. y Quiroga, R. (2007): "Diseño de hipotecas inversas en el mercado español", Instituto de Mayores y Servicios Sociales, Proyecto 205/05.

Sancho, M. (coord.) (2005): "Informe 2004: Las Personas Mayores en España", Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.

Schneekloth, U. y Müller, U. (2000): "Wirkungen der Pflegeversicherung. (Impact of long-term care insurance)", Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 127, Baden-Baden.

Séculi, E., Fusté, J., Brugulat, P., Juncá, S., Rué, M. y Guillén, M. (2001): "Percepción del estado de salud en hombres y mujeres en las últimas etapas de la vida", *Gaceta Sanitaria*, 15, 217-223.

Servei Càtala de la Salut (1994 y 1996): "Enquesta de Salut de Catalunya", Barcelona, Servei Català de la Salut.

Söderström, L. et al (2000): "Consumer sovereignty as a priority devise en health care", *Health Care Prioritization, Ethical, Legal and Economic Perspectives*, Stockholm.

Sullivan, D. (1971), "A Single Index of Mortality and Morbidity", *HSMHA Health Reports*, 86, 4, 347-354.

Taffin, C. (2004): "La hipoteca Inversa o Vitalicia", Asociación Hipotecaria Española.

<http://www.ahe.es/bocms/images/bfilecontent/2006/04/25/34.pdf?version=1>

Werth, M. (2001): "Long Term care", Faculty and Institute of Actuaries.

Otras páginas web consultadas:

- <http://www.caixaterrassa.es>
- <http://www.cnp.es>
- <http://www.credit-agricole.com>
- <http://www.ibercaja.es>
- <http://www.ine.es>
- <http://www.inforesidencias.com>
- <http://www.lacaixa.es>