

El Seguro de Dependencia

**Estudio comparativo a nivel internacional y
posibilidades de desarrollo en España.**

Estudio realizado por: Francisco Javier Herencia Conde
Tutor: Francisco Planells Jalón

**Tesis del Master en Dirección de Entidades
Aseguradoras y Financieras**

Curso 2006/2007

Esta tesis es propiedad del autor.

No está permitida la reproducción total o parcial de este documento sin mencionar su fuente.

Presentación

Hace ya más de 13 años que trabajo en el sector asegurador, durante los últimos años en seguros colectivos de vida, lo que ha propiciado en mi carrera profesional una vinculación hacia los seguros personales.

La reciente aprobación de la *Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia*, ha suscitado un debate a nivel nacional sobre cómo instrumentar el seguro de dependencia, no sólo desde la perspectiva pública que es en la que se centra actualmente el debate, sino también en relación a la necesaria complementariedad de los seguros privados en lo que se ha venido a denominar cuarto pilar del estado de bienestar.

Este debate ha suscitado mi interés hacia un ámbito asegurador que en España parece algo novedoso, pero que en otros países occidentales que nos llevan algo de ventaja, hace años que está ya en funcionamiento.

Quiero dedicar esta tesis a mi esposa, sin cuyo apoyo y ánimo, no habría podido cursar el master y también a mis padres in memoriam, a los cuales debo casi todo en esta vida.

Hago una mención especial a mi tutor D. Francisco Planells Jalón, por su valiosa colaboración y disponibilidad en la redacción del presente trabajo.

Resumen

El envejecimiento paulatino de la población en los países desarrollados, unido a otros factores socioeconómicos ha provocado que los cuidados hacia las personas dependientes, que hasta ahora eran llevados a cabo por el entorno familiar próximo, de una forma creciente tiendan a ser provistos por las Administraciones Públicas y/o entidades que dan cobertura privada.

La falta de experiencia en nuestro país en el ámbito de la dependencia hace necesario que nos fijemos en cómo se está desarrollando su funcionamiento en otros países en los que el sistema de la dependencia hace años que está en funcionamiento.

El presente trabajo trata de aportar luz sobre la experiencia acumulada en estos países, ofrecer alternativas en cuanto a productos en el ámbito privado y finalmente indicar unas estimaciones sobre por dónde se debería conducir el Sistema de la Dependencia en España.

Resum

El progressiu envelliment de la població als països desenvolupats, unit amb altres factors socioeconòmics, ha provocat que per tenir cura envers les persones dependents, que fins ara eren portats a terme per l'entorn familiar més pròxim, siguin, d'una manera més creixent, disposats per les Administracions Públiques i entitats que donen cobertura privada.

La manca d'experiència en el nostre país a l'àmbit de la dependència fa necessari fixar-nos en la manera com s'està desenvolupant el seu funcionament a d'altres països on aquest sistema de dependència ja fa anys que està en funcionament.

El present treball tracta d'aportar llum sobre l'experiència acumulada en aquests països, oferir alternatives en quant a productes a l'àmbit privat i finalment donar unes estimacions sobre per on es deuria conduir el Sistema de Dependència a Espanya.

Summary

The continuous ageing of population in developed countries, in addition to other social and economic factors has made that care to elderly people that have been provided until now by close relatives and family, nowadays tends to be offered by the public sector and/or private institutions.

The lack of experience in long term care insurance in our country makes it necessary to pay attention to how it is being developed in other countries in which the long term care system is working since years ago.

The present work tries to look into the accumulated experience in these countries, offer alternatives in terms of products in the private sector and finally will give some estimations about where should be conducted the long term care system in Spain.

Indice

1. Introducción.....	10
2. Concepto de dependencia	11
2.1. Definición de dependencia	11
2.2. Formas de atención a la dependencia	12
3. Factores que originan la aparición del mercado de la dependencia. ..	15
3.1. Factores de demanda	15
3.2. Factores de oferta	16
3.3. Surgimiento de un nuevo mercado.....	18
4. Análisis internacional del seguro de dependencia.	19
4.1. Tipos de productos.....	19
4.2. Tipos de prestación	21
4.3. Francia	22
4.4. Alemania	27
4.5. Italia.....	31
4.6. Bélgica	32
4.7. Reino Unido	34
4.8. Holanda.....	42
4.9. Estados Unidos	44
4.10. Japón	46
5. Situación de la dependencia en España	48
5.1. Análisis demográfico	48
5.2. Estimación de la demanda	52
5.3. La oferta de servicios para mayores de 65 años.....	54
5.4. Preocupación social en España frente al problema de la dependencia.....	56

5.5. Gasto en protección social en España en comparación con la Unión Europea.....	57
6. Régimen jurídico de la protección a la dependencia en España.	59
6.1. Ley de Dependencia.....	59
6.2. Fiscalidad	64
6.3. Proyecto de Ley de Reforma del Mercado Hipotecario	66
6.4. Desarrollos normativos adicionales	67
6.5. Retos de la implantación del Sistema de Dependencia.....	68
7. Efectos de la implantación del Sistema de Dependencia sobre la economía y el empleo.....	70
8. Tipología de seguros de dependencia.....	74
8.1. Modalidades de seguro	74
8.2. Seguro de Vida	77
8.3. Seguro de Salud	85
8.4. Seguros mixtos	87
9. Instrumentos de protección de la dependencia vinculados a la vivienda	90
9.1. Vivienda en propiedad y dependencia.....	91
9.2. Productos de dependencia vinculados a la vivienda	92
9.3. Posibilidades de desarrollo de los productos de dependencia vinculados a la vivienda.....	95
10. Conclusiones	97
11. Bibliografía.....	100

El Seguro de Dependencia

Estudio comparativo a nivel internacional y posibilidades de desarrollo en España

1. Introducción

El envejecimiento de la población es una cuestión común al conjunto de países desarrollados. Estudios de diferentes organismos internacionales nos hablan del envejecimiento que se va a producir en la población a escala mundial durante los próximos años, ligado al aumento en la esperanza de vida y al bajo índice de fecundidad.

Es especialmente relevante cómo van a aumentar los estratos de población con edades por encima de los 75 y los 80 años, edades en las que es mucho mayor la probabilidad de caer en un estado de dependencia, en el que debido a una pérdida de capacidad física o psíquica, se hace necesario recurrir a la ayuda de otra persona para llevar a cabo los actos de la vida cotidiana. Esta circunstancia, unida a otros factores sociales como el cambio en las estructuras familiares, son determinantes en el aumento de la demanda de servicios para las personas dependientes.

El presente estudio tiene como objetivo analizar la realidad existente y la experiencia acumulada en materia de dependencia en otros mercados distintos del español, así como mostrar los errores e ineficiencias detectadas en la implantación del sistema de dependencia en estos países. Por último, trataremos de mostrar las posibles pautas de desarrollo en nuestro país para garantizar un desarrollo eficiente.

2. Concepto de dependencia

2.1. Definición de dependencia

El Consejo de Europa, aprobó en septiembre de 1998 una Recomendación relativa a la dependencia, en la que la define como “la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana”, o, de manera más precisa, como “un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal”.

Esta definición, que ha sido ampliamente aceptada, plantea la concurrencia de tres factores para que podamos hablar de una situación de dependencia:

1. la existencia de una limitación física, psíquica o intelectual que merma determinadas capacidades de la persona
2. la incapacidad de la persona para realizar por sí misma las actividades de la vida diaria
3. la necesidad de asistencia o cuidados por parte de un tercero

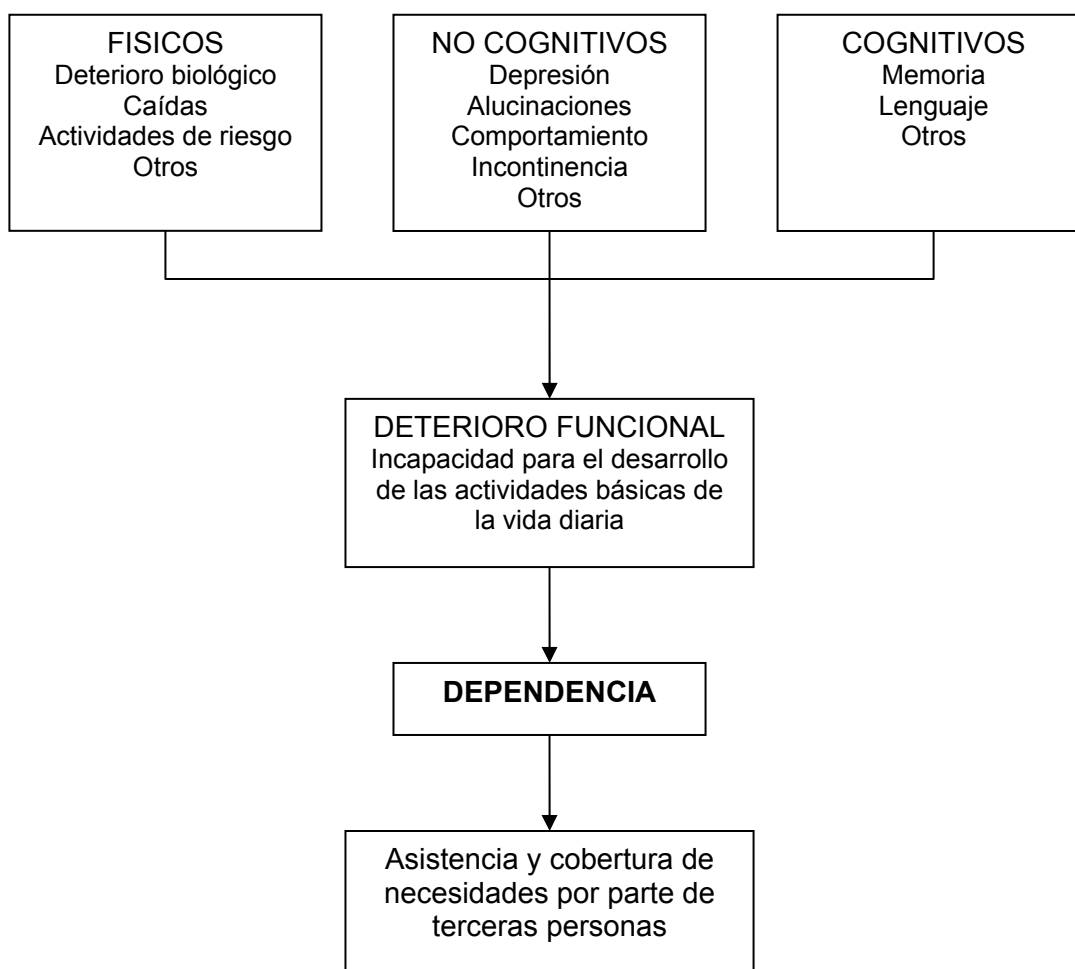
La Organización Mundial de la Salud define a una persona dependiente como aquella que no es completamente capaz de cuidar de sí misma y mantener una alta calidad de vida de acuerdo a sus preferencias, con el mayor grado de independencia, autonomía, participación, satisfacción y dignidad personal posible.

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 (en adelante Ley de Dependencia) define la 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”.

En la misma *Ley de Dependencia* se definen las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) como “las 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”.

El proceso de la dependencia queda esquematizado en el siguiente cuadro:

Cuadro 1 - El origen de la situación de dependencia



2.2. Formas de atención a la dependencia

Existen dos formas de atender las necesidades de las personas dependientes: atención informal y atención formal.

2.2.1. Atención informal

Es toda aquella asistencia proporcionada por el entorno más próximo a la persona dependiente: familiares, amigos, vecinos, etc. Este tipo de protección se apoya en una concepción tradicional de la familia, en la que uno de sus pilares fundamentales es precisamente la asistencia a las personas con edades avanzadas.

El perfil del cuidador informal presenta una tipología muy definida. En la mayoría de casos se trata de una mujer entre 45 y 65 años, casada, sin ocupación laboral, que no recibe ayuda profesional en su tarea y que convive permanentemente con la persona cuidada.

Como veremos en el siguiente epígrafe, diversos factores de tipo demográfico, socioeconómico y cultural, hacen que el mantenimiento de la estructura de apoyo intergeneracional sea difícil de mantener.

La desaparición del modelo de familia tradicional ha hecho necesario el surgimiento de canales especializados, dando lugar a lo que se conoce como atención formal.

2.2.2. Atención formal

Por atención formal entendemos el conjunto de servicios ofertados a través de instituciones socio-sanitarias especializadas en la atención de las necesidades de las personas dependientes. Existen dos tipos de atención formal:

a) Atención no residencial

El paciente dependiente no abandona de forma permanente su domicilio para ser atendido. Fundamentalmente consideramos cuatro tipos de servicios:

1. Asistencia domiciliaria: es un programa de carácter preventivo y rehabilitador en el que se prestan servicios de atención personal, doméstica y de apoyo psicosocial y familiar en el propio domicilio del dependiente.
Indicada para casos de dependencia moderada.
2. Teleasistencia: el servicio de teleasistencia se presta utilizando un terminal que se encuentra en el domicilio del asegurado conectado a una central de escucha. El asegurado lleva un dispositivo que al pulsarlo, desencadena una señal que recibe un operador, que se pone en contacto telefónico con el asegurado para detectar la causa de la llamada y buscar la solución más adecuada.
Indicada para personas que vivan solas con grados de dependencia bajos
3. Centros de día: es un servicio sociosanitario y de apoyo familiar que ofrece durante el día atención a las necesidades personales básicas terapéuticas y socioculturales de personas mayores afectadas por diferentes grados de dependencia, promoviendo su autonomía y la permanencia en su entorno habitual, apoyando a sus cuidadores informales.
4. Adaptación de vivienda: consiste en adaptar la vivienda habitual del dependiente a las condiciones de habitabilidad y accesibilidad necesarias.

b) Atención residencial

La persona dependiente debe abandonar su domicilio habitual para ingresar en un centro especializado. Existen diferentes tipos de centros residenciales:

1. Centros socio-sanitarios: suelen ser hospitales reconvertidos que cuentan con atención médica permanente. Su objetivo principal es la rehabilitación de personas mayores convalecientes de algún proceso agudo o crónico.
2. Residencias asistidas: son centros de larga estancia para enfermos con situaciones de dependencia física o cognitiva elevada.
3. Residencias de válidos: alojan a personas mayores con capacidad para vivir con un alto grado de autonomía en un régimen de tipo hotelero.
4. Apartamentos tutelados: son viviendas pensadas para personas mayores que cuentan con un conjunto de servicios de apoyo tales como restaurantes, lavandería, servicios médicos y enfermería. Están pensados para personas con un alto grado de autonomía.

3. Factores que originan la aparición del mercado de la dependencia.

En las sociedades avanzadas se han producido cambios en los últimos tiempos que han repercutido en su estructura y en sus costumbres más arraigadas. Los que podemos percibir de una forma más directa y apreciable son todos aquellos de origen científico y tecnológico.

Hay otra serie de cambios sociales, culturales, económicos y demográficos que han intervenido en la creación de un nuevo mercado de servicios, el de asistencia a las personas, principalmente de edad avanzada, que no pueden valerse por sí mismas, y que para la mayoría de la población se han hecho evidentes por la dificultad o a veces incapacidad de asistir a miembros de nuestro entorno que lo requieren.

3.1. Factores de demanda

Existen dos periodos en la vida de cualquier ser humano en los que se necesita una especial atención y cuidados, y ambos se sitúan en los periodos extremos de la misma: al principio, cuando nacemos, y al final, cuando envejecemos y sentimos cada vez más la proximidad de la muerte.

El sentimiento de necesidad de tener que prestar atención a los mayores es relativamente reciente y aún escaso.

a) Factores demográficos

El aumento de la esperanza de vida y, como consecuencia, los cambios que se han producido en la composición por edades de la población han sido los factores que más han afectado a la demanda de servicios asistenciales, tanto sociales como sanitarios.

Este aumento de la extensión de la vida y del número de mayores de nuestra sociedad sugiere la necesidad de preguntarse por la calidad de vida de esos años añadidos. El hecho de vivir más tiempo no implica una prolongación del buen estado de salud.

b) Factores socioeconómicos

La coyuntura económica, el estado del bienestar y los avances tecnológicos han puesto a nuestro alcance lo que algunas generaciones anteriores denominarían lujos, y que para nosotros hoy se han convertido en cosas imprescindibles. Nos referimos a hábitos tan comunes como asearse, llamar por teléfono, comprar, etc. Estos *lujos cotidianos* han hecho que cuando somos mayores seamos más exigentes en lo que hace referencia a nuestra calidad de vida.

Así pues, estos cambios socioeconómicos lo que han producido es un incremento de las necesidades mínimas a satisfacer para conseguir un nivel de

vida digno, o lo que es lo mismo, incrementar la cantidad de necesidades a cubrir de cada uno de los consumidores del mercado de servicios sociosanitarios.

c) Factores culturales

La universalización del derecho a la enseñanza, unido a las facilidades de acceso a una multitud de fuentes de información, ha contribuido notablemente al conocimiento de muchas realidades que antes eran impensables.

El saber de la existencia de algo es imprescindible para necesitarlo, y es por ello que todos estos factores culturales han influido en la demanda de satisfacer determinadas necesidades. Estos factores han contribuido a incrementar la demanda de asistencia para las personas que no pueden valerse por sí mismas.

Las personas mayores son cada vez más activas: realizan de forma creciente actividades culturales, artesanales, deportivas, acceden de forma masiva al turismo social, incluso participan en la vida universitaria.

La población anciana dispone de mayores recursos económicos que antaño, lo que implica un aumento de sus hábitos de consumo y que el anciano de hoy sea una persona más exigente y más preocupada por mantener el mayor nivel de calidad de vida.

3.2. Factores de oferta

La sociedad actual no es la misma que la de hace unas décadas, y durante este tiempo se han ido produciendo una serie de cambios que han afectado de forma muy directa a la costumbre profundamente arraigada en nuestra sociedad de cuidar de sus mayores.

Distintos factores de naturaleza muy diversa (sociales, socioeconómicos y demográficos) han afectado, siempre en sentido negativo, a los agentes que facilitaban la asistencia informal de sus mayores (familiares, vecinos y amigos) y que han tenido como consecuencia un desplazamiento hacia la ayuda profesional contratada.

a) Factores socioeconómicos

Se ha producido una transformación radical del concepto tradicional de familia. Tal y como estaba estructurada nuestra sociedad hasta hace poco, la mujer era el pilar fundamental del cuidado de la familia, y por lo tanto, era el principal agente que satisfacía los cuidados que necesitaban sus personas mayores.

La incorporación de la mujer al mercado de trabajo ha supuesto un fuerte cambio en la estructuración de las familias y por supuesto, en la realización de las tareas que hasta el momento eran realizadas mayoritariamente por las mujeres, entre ellas la atención de los mayores.

Si analizamos los datos correspondientes al número de mujeres trabajadoras encontramos que en el último cuarto de siglo se ha duplicado la tasa de actividad de la población femenina española cuyas edades están comprendidas entre los 25 y los 54 años.

b) Factores sociales

Se han producido cambios en la estructura familiar haciendo que ésta sea cada vez más reducida. Mientras que antiguamente convivían dos o más generaciones adultas en un mismo hogar, en la actualidad los matrimonios buscan rápidamente la independencia constituyendo de forma autónoma una nueva unidad familiar.

Unido a lo anterior, se ha producido una dispersión del núcleo familiar debida a la movilización de las jóvenes generaciones de ámbitos rurales, quienes recurren a la migración a las grandes ciudades en busca de nuevas oportunidades, fomentando así la urbanización y el despoblamiento de los núcleos rurales.

A este hecho hay que añadir el incremento que se ha producido en el número de familias monoparentales, debido principalmente al aumento de los divorcios y separaciones producidos en los matrimonios.

Ambos factores han sido determinantes en la disminución de la oferta por parte de la asistencia informal. En una familia monoparental ya no se aprovechan las economías de escala que representaba que uno de los miembros pudiera hacerse cargo del cuidado de todos los mayores de la familia (incluidos los de ambos cónyuges). Además el hecho de que cuidadores y ancianos no vivan bajo el mismo techo, también dificulta la asistencia informal.

c) Factores demográficos

El cambio de los valores sociales, el aumento del control y las medidas de contracepción, la dificultad de compatibilizar trabajo y familia, las oscilaciones económicas y del mercado laboral, junto con el nulo apoyo estatal al fomento de la natalidad, entre otras causas, han hecho que España sea el país con las tasas de natalidad y fecundidad más bajas de Europa.

La disminución de la natalidad ha sido un factor clave para el cambio de tendencia en la composición de la oferta.

Asimismo, es importante destacar el fuerte retardo que se ha producido en la edad de tener el primer hijo.

Por otro lado, la reducción en la tasa de fecundidad también hace que la carga por hijo de horas de cuidado sea prácticamente inasumible, más teniendo en cuenta todos los demás factores analizados en puntos anteriores.

3.3. Surgimiento de un nuevo mercado

Es evidente que el cambio cultural y social que se ha producido en los últimos años será determinante en el futuro.

El creciente número de separaciones y divorcios, unido al incremento de la movilidad geográfica por motivos laborales, al mayor protagonismo de la mujer en el mercado laboral y un incremento del número de hogares ocupados por una única persona, condicionan negativamente el mantenimiento de la actual estructura de apoyo intergeneracional.

En la misma dirección actúan otros factores socioculturales, como la pérdida de importancia del concepto de familia tradicional y la creciente independencia económica de los dos miembros del núcleo familiar.

Todos estos cambios conducen a una tendencia a la práctica desaparición del cuidador informal teniendo que ser sustituidos por cuidadores especializados.

De esta forma surge un nuevo mercado que abastece de estos servicios asistenciales a las personas que los necesitan, y que antes quedaban cubiertos por su entorno más próximo.

4. Análisis internacional del seguro de dependencia.

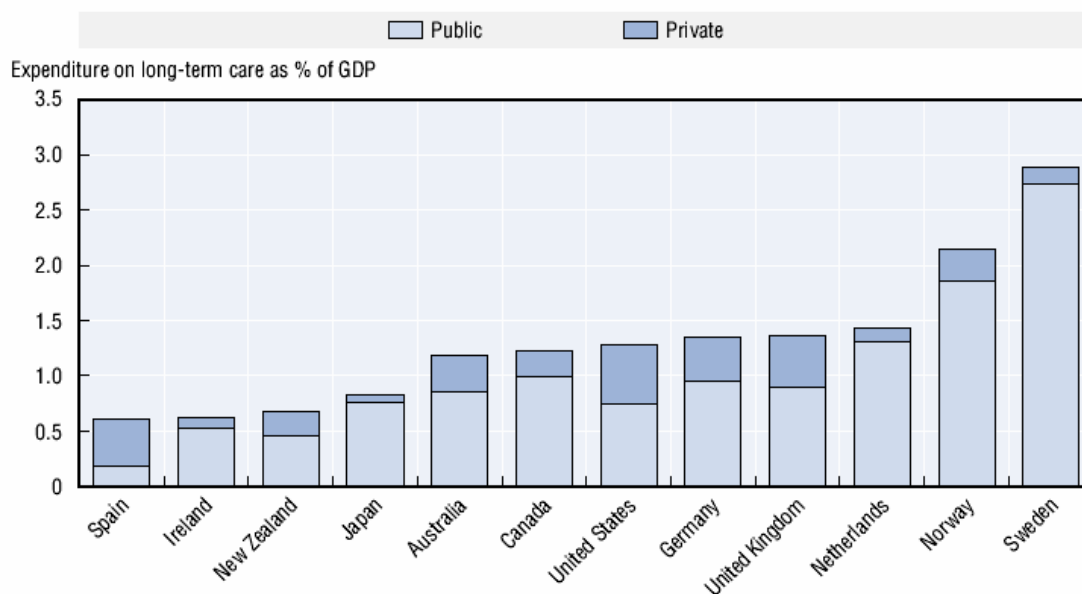
El riesgo de la dependencia juega un papel creciente (y no únicamente por razón de la evolución demográfica), que está conduciendo en varios países a importantes cambios legislativos e institucionales. La cobertura del riesgo de dependencia es diferente de unos países a otros.

Los sistemas de dependencia puede ser de diferente tipología:

- universales o asistenciales
- financiados con impuestos, contribuciones sociales o aportaciones
- con prestaciones en especie o en dinero
- con copago o sin copago
- limitando el derecho de acceso (en función de la edad, recursos, etc.) o no

El coste de los sistemas de dependencia es muy variado entre los países:

Gráfico 1 - Gasto público y privado en dependencia como % del PIB (2000)



Fuente: OCDE. Ensuring long-term care for older people (policy brief 2005)

4.1. Tipos de productos

El seguro privado ofrece productos de dependencia según las siguientes modalidades.

a) Productos de salud

- Ofrece garantías inmediatas o diferidas

- Posibilidad de ofrecer primas diferidas niveladas o prima de riesgo renovable creciente con la edad
- La compañía es un mero gestor/contratador (sistema flamenco u holandés)
- Ofrece solamente servicios de asistencia (consejo y ayuda en lugar de prestación de servicios)
- Tarifica en función de la edad y estado de salud (aunque la edad no se considera en todos los casos)
- Suelen tener carencias y franquicias. Las carencias no suelen afectar a la dependencia por accidente y suelen ser más amplias en el caso de las dolencias mentales
- La prestación más habitual es una renta mensual para el pago de servicios. Otras coberturas complementarias pueden ser la adquisición de material, adaptación de la vivienda y asistencia
- Ausencia de beneficios fiscales a la entrada (implica una edad media de contratación del seguro a los 60 o más años)
- En garantías inmediatas, el elevado coste para el dependiente suele conllevar una gran desinversión (venta de la vivienda)
- Los sistemas de valoración de la dependencia (baremos) son paralelos o diferentes del sistema público

b) Productos de vida

- Habitualmente es un producto de ahorro aunque también existen productos de riesgo
- La dependencia puede ser garantía principal (Reino Unido) o complementaria en la póliza (Francia)
- El patrimonio inmobiliario del dependiente es un activo importante para financiar la prima del seguro (Reino Unido)
- Existen productos flexibles que permiten el destino de la provisión acumulada a la jubilación o la dependencia, o combinando el seguro de ahorro con instrumentos de riesgo
- Suelen ser productos más caros que los de salud

4.2. Tipos de prestación

En Europa se ha optado por seguros materializados en pagos de rentas, es decir dinero que trata de paliar una parte del coste del servicio de dependencia que paga el dependiente y/o su familia. En Estados Unidos en cambio se ha optado por el seguro de reembolso.

4.2.1. Seguro de rentas

La clave fundamental de la rentabilidad está en suscribir contratos con primas adecuadas. Si existe un cálculo afinado de la siniestralidad futura no tienen por qué producirse desequilibrios financieros.

El producto de rentas produce tablas vinculadas a la situación objetiva de la dependencia (proceso más directo)

a) Ventajas

- Para el asegurador presenta menores peligros de cambios bruscos de la siniestralidad
- Flexibilidad: el dependiente o su familia deciden qué destino darle al dinero que reciben
- Mayor sencillez frente a los productos de reembolso para el consumidor

b) Inconvenientes

- El empeoramiento de las condiciones del beneficiario o el encarecimiento de los cuidados que recibe no afectan al asegurador (genera sensación de descobertura del producto)
- Los dependientes y sus familias elijen rentas a tanto alzado para cobrar sus prestaciones de dependencia

4.2.2. Seguro de reembolso

La gestión del siniestro se convierte en la principal fuente de pérdidas y ganancias, puesto que será la forma de controlar adecuadamente la producción de gastos por parte del dependiente.

El producto de reembolso produce tablas de experiencia vinculadas al coste de la dependencia (proceso más complejo)

a) Ventajas

- Ofrece mayor sensación de cobertura para el cliente

b) Inconvenientes

- Requiere más esfuerzo para las redes comerciales explicar el producto al consumidor y un arduo proceso de selección médica
- Para el asegurador, suponen una notable exigencia en materia de gestión de los siniestros

4.3. Francia

4.3.1. Sistema público

El sistema francés de dependencia se inició en el año 1997 con la *Prestación Específica de Dependencia (PSD)*. Tras diversas etapas, en el año 2002 se pone en marcha la *Prestación Personalizada de Autonomía (APA)*.

La APA instauro el derecho universal que tiene todo ciudadano a percibir una determinada indemnización mensual destinada a sobrellevar los gastos derivados de la situación de dependencia, aportación que es minorada en función de los recursos de la persona.

Son beneficiarios potenciales de la APA los ciudadanos de más de 60 años de edad, lo cual limita la universalidad del derecho.

La financiación de todo este sistema se realiza mediante recursos de los departamentos (entidades provinciales), así como cotizaciones a la Seguridad Social.

La calificación de los dependientes se realiza mediante un sistema denominado AGGIR, en virtud del cual una persona puede ser clasificada en seis niveles, siendo el nivel 1 el más grave de todos y el 6 el más leve. Los niveles AGGIR 1 a 4 son los que se consideran dependencia (generan derecho a percibir la APA).

El hecho de que en la práctica sean diferentes servicios (departamentos) los que realizan la valoración genera el efecto de que la valoración de una misma dependencia pueda ser diferente según quién la realice.

La APA se ha consolidado como una prestación de ayuda a la dependencia y no como un servicio mediante el cual el Estado se hace cargo de los gastos derivados de la misma. Tanto en la vertiente de servicios de ayuda a domicilio (SAD) como de servicios residenciales, el montante medio de la APA apenas cubre una parte minoritaria del coste real, cualquiera que sea el nivel de gravedad AGGIR alcanzado por el beneficiario.

4.3.2. Seguro privado

Aunque el surgimiento del seguro privado de dependencia en Francia es anterior a la existencia de la prestación pública, se ha configurado como una figura complementaria a la APA. Las personas que lo contratan buscan mejorar

la relación entre la ayuda recibida sobre el total de costes que deben afrontar como consecuencia de la dependencia.

El seguro de dependencia en Francia carece de una regulación específica y su reglamentación se basa en las normas establecidas para los dos ramos desde los que se suscribe dicho seguro: enfermedad-accidentes (*dommages personnels*) y vida.

a) Evolución

En la sociedad francesa, la realidad familiar tiene una importancia relativa menor que en otras sociedades mediterráneas como la española. En el año 2003, había casi 1,4 millones de franceses asegurados en contratos en los que la cobertura de dependencia era la principal (vida y salud), a los que había que sumar 308.000 en contratos en los que la cobertura de dependencia es complementaria (normalmente contratos de vida).

La introducción de la dependencia parcial, paralela a la de los niveles AGGIR, contribuyó a una mayor extensión del sistema.

El seguro privado de dependencia se está comercializando en Francia con muy notables dosis de prudencia.

b) Coberturas

La aproximación básica al seguro privado de dependencia en Francia es como seguro de salud y accidentes (cobertura principal) o como seguro de vida (cobertura complementaria).

Existen diferentes fórmulas de comercialización del seguro:

- Renta mensual para el pago de servicios de dependencia (la más habitual)
- En forma de capital para gastos de dependencia (adaptación de la vivienda)
- Rentas o capitales constituidos en forma de ahorro
- Prestaciones antes de la dependencia: asesoramiento e información
- Prestaciones en la dependencia: asesoramiento

En el seguro francés no es habitual la prestación directa de servicios. El seguro de dependencia presta servicios de asesoramiento y ayuda al dependiente para la obtención de los servicios que necesita, pero no facilitándole los mismos.

Sin embargo, la prestación de servicios es vista como el futuro por parte de las aseguradoras francesas, un futuro muy ligado al concepto de sistema de atención a la dependencia.

c) Primas

Existe la posibilidad de primas niveladas, como una consecuencia lógica de una apuesta por rejuvenecer la edad asegurada, fundamentalmente a través de pólizas colectivas.

Pueden formalizarse tanto como seguros de riesgo como mediante figuras ligadas a los contratos de jubilación. El contrato colectivo rejuvenece la cartera de asegurados, facilitando aún más la mutualización del riesgo.

En la actualidad, el seguro de dependencia francés es suscrito por personas con una edad media en torno a los 60 años.

La tarificación de la prima se realiza considerando los siguientes elementos:

- edad en el momento de suscribir el seguro (máximo 75 años)
- estado de salud en el momento del aseguramiento
- no suele considerarse el sexo como factor de tarificación.

A nivel académico, se han desarrollado estudios en que tratan de relacionar la dependencia con factores sociales, sanitarios y económicos, tales como el lugar de residencia, el hecho de que el dependiente permanezca o no en su hogar, nivel intelectual, vida en compañía o en soledad, etc. Sin embargo, de momento no se ha producido una traslación de los mismos a la tarificación.

d) Elementos técnicos

En el cálculo de la dependencia se tienen en cuenta los siguientes elementos:

- Asegurado no dependiente: probabilidad de incurrir en dependencia en un determinado periodo de tiempo.
- Asegurado ya dependiente:
 - ✓ expectativa de vida
 - ✓ morbilidad que dicha dependencia genera
 - ✓ evolución temporal de su gravedad como dependiente, con cálculos de los tiempos de permanencia en cada caso.

En el mercado francés no existen tablas capaces de medir estos efectos. Además la información de que se dispone en cada caso sigue siendo un factor competitivo entre las entidades aseguradoras.

Las aseguradoras realizan provisiones de desviaciones de siniestralidad y de agravamiento de los riesgos, además de gestionar el negocio con criterios de prudencia.

e) Seguro de riesgo-salud

Configurado como seguro de riesgo, es un producto atractivo para clientes con rentas medias y bajas.

Las características básicas del producto son las siguientes:

- Incluye franquicias para siniestros cortos (dependencias de menos de 3 meses)
- Incluye periodos de carencia: no en el caso de dependencia por accidente, pero sí para determinadas enfermedades invalidantes o mentales. Las carencias suelen ir de 1 a 3 años, y pueden incluir la devolución de primas pagadas
- Existen también productos que incluyen una consolidación de derechos a favor del asegurado como recompensa de fidelización

Desde el punto de vista comercial, para las compañías existe lo que podemos denominar “efecto fondo perdido”, al tratarse de un seguro de riesgo puro. El asegurado puede haber estado pagando una prima durante muchos años a cambio de nada. Este efecto actúa como freno objetivo para la contratación de seguros de dependencia, al menos hasta los años en los que la persona se preocupa seriamente por dicha posibilidad. Todo ello implica un factor de envejecimiento del colectivo asegurado.

En cuanto a la calificación de una persona como dependiente, las aseguradoras están debatiendo sobre la posibilidad de que el método AGGIR no se adecue respecto a las evoluciones reales de la dependencia tanto cuantitativa (número de dependientes) como cualitativa (composición de dichos dependientes por niveles de gravedad).

Con el objetivo de mejorar el control que desde el aseguramiento se produce en estos desplazamientos de la dependencia, el seguro francés tiende a generar baremos paralelos al AGGIR, aunque sin abandonarlo completamente, para determinar el derecho a percibir la prestación privada.

El siguiente cuadro resume el nivel de prestaciones en función del nivel de cobertura y calificación:

Cuadro 2 - Prestaciones en función del grado de cobertura y dependencia

	Cobertura básica	Cobertura media	Todo riesgo
Pérdida autonomía total	<ul style="list-style-type: none"> • 100% renta • gastos adaptación a forfait • asistencia 	<ul style="list-style-type: none"> • 100% renta • gastos adaptación a forfait • asistencia 	<ul style="list-style-type: none"> • 100% renta • gastos adaptación a forfait superiores a los anteriores • asistencia
Pérdida autonomía importante		<ul style="list-style-type: none"> • 50% renta • gastos adaptación a forfait • asistencia 	<ul style="list-style-type: none"> • 50% renta • gastos adaptación a forfait superiores a los anteriores • asistencia
Pérdida autonomía sensible			<ul style="list-style-type: none"> • gastos adaptación a forfait superiores a los anteriores • asistencia

En este cuadro puede observarse que el seguro esencial o de cobertura básica coincide con el seguro de dependencia experimentado en la primera etapa del mercado, pues sólo tiene la cobertura de dependencia total.

f) Seguro de ahorro

Este tipo de seguros están dirigidos a personas con alto poder adquisitivo, con una mayor propensión al ahorro. Este tipo de clientes encuentran en este seguro la respuesta a la desprotección pública consecuencia de la reducción progresiva del montante de la APA según su nivel de renta.

Son contratos complementarios de una cobertura principal de vida o de decesos. El contrato principal se hace acompañar de una opción de dependencia que puede tener las siguientes modalidades:

- El tomador destina un porcentaje de la prima a ahorro para la dependencia. El cliente, al diseñar su esquema privado de previsión, decide qué parte va a previsión de jubilación y qué parte va a previsión de dependencia.
- El tomador ahorra para la jubilación, pero una vez que llega a la misma puede destinar una parte del ahorro acumulado a previsión de dependencia. Estos seguros adoptan en ocasiones la figura de “doble renta”, es decir, la persona, en el caso de devenir dependiente, obtiene por esta causa una renta que dobla a la inicialmente correspondiente al puro retiro laboral, aplicándose con ello al ahorro-previsión un mecanismo parecido al de las indemnizaciones de riesgo (ej.: doble capital en caso de muerte por accidente).

La ventaja de estos seguros es que en algunas de sus modalidades no precisan selección médica.

g) Seguro mixto

El futuro pudiera orientarse hacia los seguros mixtos. Los seguros de riesgo tienen el “efecto fondo perdido”, son muy sensibles a las desviaciones de siniestralidad futura y experimentan la presión de la prestación de servicios. Los seguros de ahorro son más caros y se ven en relación con coberturas ligadas a la jubilación.

Un seguro mixto riesgo/ahorro acumula las ventajas de los dos sistemas, da mayor sensación de garantía y evita el “efecto fondo perdido”.

El principal problema de estos seguros es su complejidad.

h) Debate de futuro

Las líneas básicas del debate de futuro del seguro de dependencia francés son las siguientes:

- Incertidumbre técnica futura: necesidad de avanzar hacia una mayor experiencia técnica contrastada. El seguro francés ya ha pasado por la etapa de la comercialización de dependencia total y ha aprendido que es necesario comercializar la cobertura de la dependencia parcial
- Seguro de dependencia/ahorro: hasta qué punto tiene sentido solicitar del tomador o asegurado que tenga una percepción sobre sus necesidades o prioridades de ahorro frente a diferentes hechos ligados a la vejez como son la jubilación, viudedad, orfandad y dependencia. Sería más lógico que fuese la coyuntura final de la persona la que definiese los destinos de la prestación
- Fiscalidad: en Francia las prestaciones del seguro privado, al igual que las recibidas de la APA, están exentas de tributación para la dependencia.
- Se debate actualmente sobre los beneficios fiscales a la entrada: bien la deducción de las primas pagadas en seguros individuales, o bien la deducción de la prima pagada por el empresario respecto de la cotización, o bien las dos.

4.4. Alemania

4.4.1. Sistema público

El sistema de salud alemán, muy importante para entender el sistema de dependencia, se basa en la existencia de cajas de salud. El ciudadano alemán tiene que adscribirse a una caja de salud y cotizar en ella para pagar por la asistencia. El sistema tiene un mecanismo de *opting out* basado en que el

ciudadano, a partir de un determinado nivel de ingresos, tiene la posibilidad de inscribirse a una caja de salud integrada en el denominado "sistema social" (sanidad pública) o inscribirse en un seguro privado. Esta opción (especialmente la del seguro privado) es para toda la vida.

El sistema alemán de dependencia se creó en el año 1995 y aunque independiente del de salud, surge de él. Desde el año 1995, aquel ciudadano que había resuelto su asistencia sanitaria mediante el seguro privado tiene la obligación de suscribir un seguro privado de dependencia a favor de él y de las personas que dependen de él. Seguro social y seguro privado tienen el mismo nivel de prestaciones y la prima de riesgo del seguro privado se fija con la intervención del poder público (la competencia se da, fundamentalmente, en los costes de cada entidad).

Ambos sistemas, público y privado son independientes y las diferencias básicas son dos:

- El sistema público tiene un sistema de compensación financiera, de forma que aquellas cajas que tienen que realizar un esfuerzo asistencial intenso reciben fondos de aquellas que prestan menos servicios o pagan menos prestaciones.
- El seguro privado constituye una reserva de envejecimiento que le ha permitido mantener una solidez financiera, que no existe en el sistema social

La cobertura de dependencia derivada del sistema actual se conceptúa como una cobertura básica.

Las prestaciones no se actualizan con el IPC o cualquier otro índice, de hecho, desde el momento en que se ha producido la madurez del sistema, el ratio de prestación media (gasto en prestaciones entre número de dependientes) está estancado.

En cuanto a la provisión de servicios, un tercio de las instituciones son municipales, otro de asociaciones benéficas y el último es operado por empresas privadas.

El sistema alemán tiene una gran ventaja sobre la mayoría del resto de los europeos (sobre todo los no centroeuropeos), por el importante volumen de información histórica ya acumulada. El cálculo de probabilidad de dependencia por edades, realizado mediante el cruce de los datos de la pirámide de población y el número de beneficiarios publicado por el Ministerio alemán de Asuntos Sociales, sugiere que estas tasas han alcanzado ya cierto nivel de consolidación.

a) Financiación del sistema

La inversión es financiada por los *lander* (equivalente a las comunidades autónomas españolas) o el Estado y el resto debe pagarlo el beneficiario con la ayuda del sistema de dependencia.

El sistema parte de la base de que no se va a producir, mediante la ayuda surgida desde el sistema social o aseguramiento privado obligatorio, la total cobertura económica de los costes. Se cuenta con la existencia de un déficit entre ayuda y coste de la cobertura. Esta diferencia plantea pocos problemas al jubilado porque suele tener una pensión suficiente, pero sí para quienes no han trabajado, especialmente las mujeres (67% de beneficiarios).

En cuanto a la financiación, se realiza de la siguiente manera:

- El seguro privado obligatorio: mediante el pago de primas que incluyen la dotación de la reserva de envejecimiento
- El sistema público: mediante una contribución sobre los salarios del 1,7% de los mismos, que es pagada entre la empresa y el empleado.

El sistema alemán de dependencia no ha registrado graves tensiones financieras. En los últimos años se aprecian las primeras señales que comprometen el sistema, en forma de desequilibrio básico entre ingresos y prestaciones.

La valoración sobre esta situación financiera no es la misma desde todos los puntos de vista. En algunos casos, se quiere culpar de los déficit aparecidos a situaciones coyunturales, como el menor crecimiento económico (el sistema se alimenta de los salarios), así como una inversión menor de lo esperado por parte de los *lander*. En otros, se considera que el progresivo envejecimiento de la población alemana está causando una parte importante de este efecto.

b) Reforma del sistema

Existen una serie de medidas tendentes a reformar el sistema, entre las que podemos destacar:

- Eliminación del nivel I de asistencia, eliminar la prestación de servicio, financiar el sistema con impuestos o fusionar los sistemas de salud y de dependencia.
- Reforma Lauterbach: seguro universal obligatorio sin concurso del sector privado, financiado por lo tanto desde el empleo y sin reserva de envejecimiento
- Reforma del Círculo Kronenberg: paso del sistema de reparto/cotización a uno de prima de riesgo, incluyendo reserva de envejecimiento para las rentas bajas

- Reforma Herzog: pase al sistema de primas de riesgo con actualización de prestaciones al 1,5% y conservación del sistema de reparto transitoriamente hasta el 2030
- Reforma Rürup: cuotas con primas de riesgo, de forma que se produzca una financiación intergeneracional por parte de los pensionistas hacia las generaciones posteriores
- Reforma Raffelhüschen: prima de riesgo por debajo de los 60 años, de forma que se produce la solidaridad intergeneracional en el sentido contrario (los jóvenes financian las prestaciones actuales y las suyas futuras)
- Reforma del Consejo de Peritos: prima de riesgo para todo nacido después de 1951 y seguro social para el resto
- Aseguradores privados de salud: sistema de seguro social más financiación mediante prima de riesgo, por medio de un incremento de la prestación del 2% anual. Los adultos pagarían, además del actual 1,7% de su salario, 8,5 euros al mes más lineales, cantidad que sería incrementada en un euro al año constante, de forma que el sistema de prima de riesgo podrá sustituir progresivamente al de reparto.

4.4.2. Seguro privado libre

Existe una diferencia entre el coste total de la atención a la dependencia y las ayudas que se reciben tanto del seguro social como del seguro privado obligatorio.

El seguro privado libre se conforma en relación con el seguro social, bien directamente como complemento de él, bien de forma independiente, aunque teniendo en cuenta la presencia de dicho seguro social.

Tipos de prestación

Desde el punto de vista de la prestación, el seguro privado puede adoptar las dos siguientes formas:

- Seguro de gastos: se compromete a cubrir aquellos costes en los que se incurra por el tratamiento del dependiente y que el seguro social no cubra. Esta cobertura puede estar fijada como porcentaje de dichos costes o en importe fijo.
- Seguro de rentas: compromete el pago de una cantidad diaria, no ligado al coste real. El beneficiario tiene libertad para el uso de dicha renta, no teniendo que demostrar que soporta coste alguno

De esta forma, existen dos tarifas que incluso pueden coordinarse: una tarifa que mide el coste de asumir un determinado nivel de gasto (por ejemplo:

incrementar un 50% las prestaciones del seguro social) y otra que valora el coste de un determinado pago diario. Ambas pueden operar en un producto combinado. Vemos por tanto, que en el mercado alemán existen ya seguros mixtos que en Francia se consideran uno de los productos de futuro.

Otra similitud entre los mercados privados francés y alemán es que en éste también existe la graduación de la renta en función de los niveles de dependencia. Por ejemplo, hay productos que comprometen una renta diaria de dependencia y pagan el 25% de la misma si el dependiente es de nivel I, 50% en nivel II y 75% en nivel III, caso de asistencia domiciliaria; y 100% en caso de estar en residencia o, estando en domicilio, sea un caso de nivel I de extrema gravedad. La renta recibida es indexable con la evolución de los costes.

En el mercado alemán son comunes los periodos de carencia (tres años), así como la existencia de condiciones diversas, como limitación de la prestación a los niveles II y III o si existe cuidado informal, pago de gastos de hotel, resarcimiento del sobre coste sobre el seguro social incluso sin límite, incremento de la renta a partir de los 65 años, etc.

El seguro privado libre se tarifica en función del sexo, la edad y el estado de salud y las prestaciones contratadas.

Este seguro privado tenía 7,23 millones de asegurados a finales del año 2004 en Alemania (fuente: Ministerio de Sanidad Alemán 2006).

4.5. Italia

La principal conclusión a que podemos llegar en cuanto al sistema de dependencia italiano es su falta de definición. Al igual que ocurre en no pocos estados europeos más, la organización de lo público en Italia (en dónde concurren el estado, las regiones, las unidades sanitarias locales, las provincias y municipios), hace más difícil aún el cálculo de los recursos utilizados.

Italia comparte con el resto de la Europa desarrollada el problema de la dependencia y su tendencia al alza provocada por el envejecimiento demográfico.

Actualmente, las personas que son receptoras de una ayuda económica para este tipo de situaciones son unas 600.000.

El sistema italiano es un sistema asistencial (vinculado a la inexistencia de recursos por parte del receptor) y no universal.

Se estima que el problema de las personas que no pueden valerse por sí mismas puede estar causando actualmente un coste efectivo en torno a los 7.200 millones de euros al año, de los cuales el ámbito público pagaría unos 4.000 millones, el 75% de dicha cantidad en ayudas monetarias y el resto en prestación de servicios. La financiación del sistema se produce vía impuestos.

Los agentes privados asumen aproximadamente unos 2.500 millones de euros de este coste directamente, ya que el pago vía seguro es muy poco significativo porque los productos de seguro están poco extendidos.

Existen ayudas por vía fiscal que también alcanzan a los cuidadores informales. La persona dependiente o sus familiares pueden deducirse 1.820 euros por año de su base imponible en concepto de costes por asistencia domiciliaria.

Existe un anteproyecto de ley que trata de englobar todas estas iniciativas y que lleva tramitándose un largo periodo de tiempo.

Este borrador estipula la creación de un fondo nacional para las personas dependientes que se financiaría sobre todo mediante un incremento en los impuestos directos a las personas físicas del 0,75% con una excepción para los ingresos medio-bajos y bajos. No obstante, esta propuesta tiene actualmente el problema de que supondría exceder el límite del 3% del PIB para el déficit público que se debe cumplir en el marco de las condiciones de convergencia. Este hecho es el que está motivando que el debate plantee la actuación del sector privado, bien a través de las aseguradoras con ánimo de lucro, bien a través de las compañías de asistencia mutua (sin ánimo de lucro).

También se ha intentado impulsar fiscalmente los productos de seguro, concretados en rentas diferidas o inmediatas o seguros de salud de reembolso, sin que por ello el mercado haya tenido un gran desarrollo.

4.6. Bélgica

4.6.1. Sistema público

Bélgica sólo ha implantado un sistema público de dependencia en Flandes, denominado Sistema Flamenco para la Dependencia (SFD).

El sistema flamenco se basa en una cotización obligatoria para todo residente en Flandes a partir los 26 años (voluntaria en el caso de los residentes en Bruselas). El carácter regional de este sistema de dependencia introduce notables rigideces en el mismo, actualmente puestas en duda por su incompatibilidad con la propia legislación comunitaria. Otra rigidez del sistema es que es notablemente difícil que se beneficie de ventajas fiscales, puesto que la política fiscal es competencia estatal.

La Administración Pública es la que decide la cuantía de la aportación obligatoria, de la prestación a percibir y su limitación (actualmente, sólo se cubre la dependencia severa) y la política financiera que afecta a los recursos allegados.

A partir de ahí, se crea la figura de los gestores del sistema o *Zorgkassen*, que cobran las primas y gestionan las prestaciones. El sistema tiene 8 *Zorgkassen*, la mayoría de ellas mutualidades públicas, pero con presencia de entidades privadas. Esta diversidad de *Zorgkassen* introduce variaciones en el sistema ya

vistas también en el caso francés: el sistema de calificación de la dependencia es sustancialmente el mismo, pero no así las calificaciones.

El SFD ha entrado rápidamente en una situación de quiebra. Anualmente, el gobierno de Flandes (al igual que en España con las pensiones), dota una cantidad para acrecentar un fondo de reserva, pero se calcula que para este año 2007 será necesario hacer uso de la totalidad de dicho fondo para pagar las prestaciones.

Actualmente dichas prestaciones consumen ya casi la mitad del mencionado fondo de reserva.

Dado que el SFD no está limitado en edad, como el francés, tiene una importante participación de beneficiarios incluso por debajo de los 64 años de edad.

El SFD es un sistema mixto de prestación universal y copago en el que las prestaciones sanitarias se reciben en cualquier caso, mientras que las prestaciones sociales (SAD) tienen un nivel de copago según los ingresos que va de 1 a 20 euros a la hora. Por lo que se refiere a otros gastos, como la adaptación de la vivienda, es posible conseguir ayudas para los materiales, pero no para las obras en sí (el derecho se extingue por encima de los 65 años).

La situación real de las prestaciones se parece mucho a la francesa, puesto que la dotación pública apenas cubre una pequeña proporción del coste real.

4.6.2. Seguro privado

El seguro privado de dependencia en Bélgica carece de una regulación especial.

El régimen de actuación se remite a las normas generales referentes a las dos aproximaciones de aseguramiento posibles, salud y vida.

Se estima que todo el mercado ha captado unos 10.000 asegurados.

Influye en este desarrollo meramente embrionario el hecho de que la aproximación al fenómeno de la dependencia ha sido regional y, por lo tanto, existe una porción de la sociedad belga que no ha participado en estos desarrollos y no parece sentir su necesidad, cuando menos de momento.

a) Seguros de riesgo-salud

Se trata la modalidad más común. Aprovecha las limitaciones del sistema público, es decir, tanto su vinculación con la dependencia severa, como la limitación de las prestaciones efectivamente pagadas en relación con el coste real.

Se puede suscribir hasta los 70 años de edad y no permite el mecanismo de prima nivelada, tratándose de primas de riesgo puro creciente con la edad. La tarificación se realiza teniendo en cuenta el sexo.

En cuanto a los niveles de dependencia, existen tres:

- I. Moderada: da derecho al 25% de la prestación contratada
- II. Importante: da derecho al 50% de la prestación contratada
- III. Severa: da derecho al 100% de la prestación contratada

En caso de dependencia por enfermedad existe un periodo de carencia de tres años, no existiendo tal carencia en caso de accidente.

También existen cláusulas de indexación, tanto para la prima como para la prestación, manteniendo de este modo el nivel de protección del contrato.

b) Seguros de vida

Se trata de seguros con garantía de renta anual a cambio de primas únicas o constituidas durante un periodo corto de años, es decir, para personas de edad relativamente avanzada (límite entre 70 y 75 años) y con cierto poder adquisitivo, puesto que la prima suele ser elevada.

El producto sólo cubre supuestos de dependencia total, en coherencia con el propio sistema privado.

Al igual que en el caso de salud, no existe carencia para la dependencia por causa de accidente y suele haber carencias generales de un año o superiores para determinadas enfermedades.

En general, se trata de productos de escaso desarrollo, debido a:

- las primas son muy elevadas
- la garantía está vinculada a la dependencia total
- el esquema de prima única o cuasiúnica.

4.7. Reino Unido

4.7.1. Sistema público

El sistema británico de dependencia a diferencia de otros sistemas presentes en Europa, no pretende ser un sistema universal en el que sea la situación de dependencia la que genere el derecho a recibir la atención pública, sino un sistema centrado en la población con menores recursos.

Los cuidados son provistos siempre y cuando la persona se encuentre por debajo de un determinado nivel de patrimonio, compuesto por ahorros, inversiones y propiedades inmobiliarias. Las personas que son propietarias de algún tipo de bien inmobiliario son destinadas por la legislación a pagar sus cuidados de dependencia.

Esta situación genera la necesidad objetiva de completar el déficit existente entre los recursos con que se cuenta y los recursos necesarios como resultado de la dependencia.

4.7.2. Seguro privado

El mercado privado de dependencia tiene actualmente un tamaño muy pequeño en comparación tanto con la población en general como con otros productos de vida y ahorro. Las estimaciones hablan de 45.000 pólizas en todo el país.

a) Régimen jurídico

El mercado británico no tiene una regulación específica para el seguro de dependencia en cuanto tal. Por tanto, es considerado y regulado como un producto financiero. La vía escogida para desarrollar sus productos es el seguro de vida aunque también existen opciones mediante el seguro de salud, dado que se trata de un seguro de riesgo.

El tipo de productos que se venden en Reino Unido, hacen que su epicentro de rentabilidad sea la supervivencia del dependiente, es decir, los años durante los cuales va a estar percibiendo la prestación contratada.

El seguro de dependencia queda sujeto a reglas que son propias de seguros de vida, especialmente en lo que se refiere a inversiones a largo plazo y los riesgos que conllevan.

En cada aniversario de una póliza basada en un bono de prima única, el asegurador deberá:

- Incluir una tabla que contenga el valor del fondo y el valor futuro proyectado para la póliza
- Prevenir al consumidor de que el valor futuro de la póliza puede ser insuficiente para cubrir los objetivos iniciales del contrato
- Informar al consumidor sobre cómo obtener consejo financiero sobre inversiones a largo plazo para dependencia, así como la importancia que tiene para él

Además de la insuficiencia de la póliza (lo cual conlleva nuevas primas o reducción del capital garantizado), se insta a las entidades a informar a sus clientes sobre aspectos como:

- La necesidad de revisar periódicamente la evolución de los costes derivados de la dependencia, así como las circunstancias personales respecto de ella, a fin de ajustar las necesidades
- Buscar consejo en caso de que las necesidades superen a las coberturas inicialmente contratadas
- En caso de que el asegurador tenga derecho de revisar la prima:
 - ✓ Recoger explícitamente dicho derecho y su periodicidad
 - ✓ Consecuencias de no pagar la sobreprima
 - ✓ Información sobre la tasa de retorno tenida en cuenta en el cálculo de la prima, así como de cualquier otra asunción sujeta a variación
 - ✓ Explicación de que a mayor tasa de retorno elegida, mayores posibilidades de ser requerido para el pago de sobreprimas
 - ✓ Información especial en el caso de que la tasa de retorno elegida supere un determinado umbral

Existen reglas específicas sobre la gestión de reclamaciones, considerando que en el momento del siniestro el asegurado es particularmente vulnerable.

Otro aspecto interesante de la regulación de la dependencia es su definición. El sistema público tiene sus niveles y sistema de calificación. Sin embargo, los operadores privados prefieren utilizar sus propios índices, si bien inciden sobre las actividades de la vida diaria.

Los operadores privados son conscientes y no esconden su preocupación, hacia el hecho de que es difícil, cuando no imposible, encontrar un baremo o sistema de calificación que aguante el paso del tiempo y se adapte a las evoluciones de la dependencia.

b) Evolución

El mercado británico de seguros de dependencia ha alcanzado niveles muy pequeños, sobre todo en comparación con los más grandes, como pueden ser el alemán o francés.

La oferta está formada por seguros de dependencia “puros” y otros productos de ahorro basados en la propiedad inmobiliaria (denominados *equity release*), dado que son fácilmente aplicables a este ámbito.

No hay impedimento para que un producto genérico de ahorro pueda constituirse y utilizarse con el objeto de financiar gastos de dependencia. Lo que no existen masivamente son productos de ahorro/inversión específicamente diseñados para ello.

Entre los productos puros de dependencia, se pueden distinguir:

- Pólizas diferidas (*pre-funded*) que a su vez se dividen en:
 - ✓ Seguro de riesgo (*pure protection insurance*)
 - ✓ Basados en inversiones (*LTCl investment bonds*)
- Pólizas inmediatas

Los productos “puros” tienen una cartera de asegurados estimada en 45.000 personas. Se constata un escaso desarrollo. En el caso de los productos diferidos, los dos líderes del mercado apenas acumulan entre 2.000 y 3.000 pólizas al año. Una parte importante de las entidades que han estado presentes en el mercado de productos diferidos lo han abandonado a lo largo del último año y medio, aproximadamente.

c) Tratamiento fiscal

Las prestaciones recibidas por el beneficiario de un seguro de dependencia tienen exención fiscal. Se trata de un impulso fiscal a la salida.

Esto quiere decir que el seguro de dependencia carece de ventajas a la entrada, lo cual entra en incoherencia con el desarrollo del seguro. La experiencia del sector, en este sentido, demuestra que la existencia de beneficios fiscales a la entrada es necesaria para la venta de productos con garantía diferida, o lo que es lo mismo, para conseguir una cartera de asegurados con edades anteriores a aquéllas en las que la dependencia o su percepción, se hace más evidente en la vida de las personas.

d) Garantías en oferta

La garantía básica del seguro de dependencia británico es una garantía de pago. El asegurador paga una determinada cantidad al beneficiario, usualmente mediante el pago directo al proveedor del servicio. La prestación también puede tomar la forma de capital en el caso de que la persona deba ir a una residencia.

Es posible, al contratar el producto, indexar esta garantía, de diferentes formas o a diferentes índices, de forma que conserve su capacidad de sobrellevar costes. En productos diferidos la indexación afecta también a la prima.

En el futuro más cercano, es probable que se introduzca en el mercado británico una nueva generación de productos más cercanos al esquema que hemos visto en el caso de Francia, es decir, productos en los que se garantiza una prestación máxima, que luego se percibe en un determinado porcentaje dependiendo del nivel de dependencia en el que se encuentre la persona.

Muchos productos del mercado británico tratan de evitar el “efecto fondo perdido” mediante diferentes cláusulas, según el tipo de producto.

Aquellos que son diferidos y están combinados con una cuenta de inversión incluyen una cláusula de rescate del ahorro acumulado en dicha cuenta en el caso de que la persona cumpla los 99 años de edad sin haber incurrido en situación de dependencia y, por lo tanto, no haber reclamado la prestación.

Para los que son inmediatos, se incluyen cláusulas denominadas de “protección del capital”, destinadas a garantizar un determinado retorno en el caso de muerte prematura o incluso en cualquier momento.

La protección desligada del momento de la muerte es, en realidad, un seguro de vida entera con una determinada suma asegurada y, por lo tanto, dicha suma no decrece conforme las prestaciones de dependencia se van pagando.

En cuanto a la prestación de servicios, como se ha visto en otros mercados europeos, es una filosofía básicamente extraña al seguro.

e) La prima

Los factores fundamentales de tarificación son tres: edad, sexo y estado de salud.

El fenómeno de la dependencia es medido mediante evidencias médicas relacionadas con un sistema de calificación definido en la póliza (la calificación por parte del sistema público no genera directamente beneficio en la póliza privada).

Otro aspecto fundamental de la prima es su característica de revisable, en productos diferidos tanto de riesgo como ligados a un bono (dado que la tasa de retorno de ese bono puede llegar a ser insuficiente).

Esta revisión afecta tanto a la prima periódica, que cambia cada año (como en un seguro temporal anual renovable), como en las primas únicas diferidas, que pueden revisarse cada cinco años.

También existen primas niveladas, en el sentido de calculadas para toda la vida del aseguramiento, buscando un equilibrio entre los años “más baratos” y los “más caros”. Estas primas, también pueden revisarse si así se ha especificado en la póliza (lo que sucede en la mayoría de los casos), además de incrementarse el precio en la nueva producción.

No obstante, la prevalencia de los seguros inmediatos, unida al hecho de la relativa elevada edad de los asegurados (que los aseguradores británicos claramente responsabilizan a la inexistencia de impulso fiscal para la prima), diluye este efecto en términos de mercado.

f) Elementos técnicos

En lo referente a la probabilidad de dependencia, entendiendo por ésta la tasa de probabilidad de una persona no dependiente de llegar a serlo, las entidades reportan el uso de tablas globales de la población británica, corregidas por datos del reaseguro y la experiencia propia de cada entidad

Más allá, está la situación de la persona que se ha convertido ya en dependiente y que es el principal perfil de cliente del seguro británico de dependencia. En este caso, adquiere especial importancia la supervivencia de la persona (en términos de dependencia, este dato equivale a la expectativa de volumen de coste que alcanzará el siniestro).

En las pólizas inmediatas la estrategia más habitual es el uso de tablas específicas para la población dependiente, estudiando cada caso individualmente. En el caso de las pólizas diferidas, y dado que dicho estudio individual tiene poco sentido, se usan las tablas de mortalidad de la población general corregidas con la experiencia de cada entidad en materia de dependencia.

El tercer cálculo relevante es la morbilidad del dependiente, es decir la evolución esperada del uso de servicios y costes.

El cuarto cálculo relevante es la evolución del dependiente, una vez que lo es, por diferentes escalas de gravedad. En el seguro inmediato, esta porción de la tarificación suele basarse en el estudio caso a caso, aunque existen reglas automáticas basadas en la experiencia de cada entidad más datos provenientes del reaseguro. En el caso de las pólizas diferidas este cálculo es mucho más complicado, por lo que la reacción del sector suele basarse en desplazar los criterios para tener derecho a reclamar la prestación hacia los supuestos de dependencia más severa (estrechando el rango de posible error en el cálculo).

El provisionamiento es el del seguro de vida o de salud en su caso.

Las consecuencias muy negativas que puede causar tanto un cálculo excesivamente largo de la supervivencia del dependiente (encarecimiento excesivo de los productos) como excesivamente corto (generación de pérdidas), lleva a los actuarios a trabajar con previsiones muy conservadoras en general.

g) Productos diferidos

Son denominados *pre-funded* y se basan en la acumulación de unos recursos durante un periodo de tiempo, de forma que se genere una prestación.

Esta consideración, sin embargo, no debe llevar a la conclusión equívoca de que nos encontramos ante un producto de ahorro, ya que no siempre existe una vinculación directa entre la prestación y el ahorro que se haya podido acumular. En realidad, habitualmente el producto se identifica más como un producto de vida-riesgo con dos características específicas:

1. El riesgo cubierto no es la muerte o invalidez, sino la dependencia
2. La prestación no es un capital (el más habitual en el seguro de vida-riesgo), sino una renta vitalicia

Se pagan primas que se revisan cada año, como en un seguro TAR, o únicas con posibilidad de suplemento cada cinco años. En los seguros diferidos vinculados a un bono, también se ha de contar con la posibilidad de que la tasa de retorno utilizada para el cálculo sea insuficiente, de forma que el asegurador también suele reservarse del derecho al cobro de primas únicas adicionales, o a revisar la prima y/o a reducir el capital en caso de que no se pague dicha revisión.

Estos productos son suscritos normalmente por personas de 65-70 años. A pesar de tratarse de productos diferidos, al no existir ningún beneficio fiscal a la entrada, por parte de los consumidores no se produce el nacimiento del interés por el producto hasta ese momento de la vida en el que se suelen juntar una serie de circunstancias familiares y económicas (hijos mayores e independizados, fin de los pagos del préstamo hipotecario, etc.) con la preocupación inicial y objetiva ante la posibilidad de devenir dependiente.

Son productos que han generado una demanda muy escasa, de apenas unos pocos miles de pólizas.

Estos productos se presentan en combinación con soluciones de inversión que permitan dar una solución integral a las necesidades ligadas a la vejez. En este punto, y en conexión con las inquietudes del mercado francés, desde un punto de vista de marketing el seguro británico está evolucionando hacia el concepto de integrar la dependencia dentro de un concepto más amplio, que es el de la previsión para la vejez. La aproximación británica al problema llega al mismo punto que la francesa (es decir, considerar que la previsión económica para la vejez es sólo una y es difícil disociarla en diferentes objetivos), aunque lo que varía es el camino. Si la aproximación francesa se daba sobre todo por el lado del proceso de ahorro o de previsión (la prima), la británica llega por el lado de la prestación, esto es, concebir que, tras el ahorro de los años de actividad, los productos deben de ser flexibles para ofrecer al asegurado, ya beneficiario, la posibilidad de dirigir su dinero a objetivos diferentes según su estado y situación concretos, objetivos que pueden variar desde la realización de viajes de esparcimiento hasta los cuidados por dependencia realizando una “gestión activa de su gasto”.

Las cuentas flexibles de previsión hacen que la prima tenga un doble destino: el seguro en sí mismo de dependencia diferido y una cuenta de inversión. Esta cuenta puede ser utilizada para obtener dinero necesario para diversos gastos, también relacionados con la dependencia, operando el seguro para los cuidados necesarios, bien en el hogar, bien en residencia. Las cuentas de inversión suelen ser de perfil conservador (renta fija), y generan retorno del ahorro en caso de fallecimiento.

h) Productos inmediatos

Es el tipo de producto más comercializado en el Reino Unido.

Es un seguro suscrito por personas que lógicamente ya están en situación de dependencia, comercializado muchas veces mediante contactos en residencias

o centros de asistencia, y que tiene una edad media de suscripción muy elevada: 87 años.

Es un seguro objetivamente muy caro que genera habitualmente la venta del bien inmobiliario que posee la persona dependiente, lo cual también conlleva el concurso de sus parientes en la operación (en realidad, las entidades que comercializan este producto recuerdan que lo más normal en dicha comercialización es tratar no con el dependiente sino con sus parientes).

El producto también tiene atractivo fiscal considerado en combinación con el pago del impuesto de sucesiones, en el caso de que el dependiente fallezca y la casa pase a ser de sus herederos, puesto que esta operación, gravada por el impuesto, se convierte en una venta en vida que financia la recepción de una prestación que goza de exenciones fiscales.

Este tipo de productos puede incluir una franquicia que toma la forma de la denominada *deferred needs annuity*, en la cual el cliente puede fijar un periodo en el que financiará el pago de prestaciones de dependencia por sí solo, de forma que el seguro opera como financiador de prestaciones para la “sobrevivencia”, a cambio de una prima más barata que la resultante de un seguro inmediato puro.

i) Los equity release

Son operaciones parecidas a los seguros realizados en España en los que el pago por parte del tomador se produce en forma de propiedad inmobiliaria. En el caso de las operaciones británicas, el dependiente propietario de una vivienda, utiliza en la operación la diferencia entre el valor de mercado de la vivienda y el valor de la hipoteca aún pendiente, lo que se denomina *equity*.

Este producto, propio de personas que reciben cuidados en su casa, se basa en que la persona recibe unos cuidados por dependencia que tienen un determinado coste que se va descontando de la *equity* de su casa. Existen contratos que previenen la posibilidad de que este descuento pueda generar una pérdida de valor tal que supere el valor de la hipoteca.

El vendedor de la *equity release* puede concebirse en la operación como el propietario final del bien inmobiliario, pero no necesariamente. En otras ocasiones, la operación le genera la propiedad de un determinado porcentaje de la *equity*, cuyo valor recibirá al fallecimiento del dependiente mediante la venta del inmueble o por alguna otra vía.

j) Nuevos productos

Se plantea la creación de villas residenciales en las que la operación de adquisición inmobiliaria tendría la característica de llevar un plus en el precio del inmueble, que serviría de prima para pagar la prestación por dependencia.

4.8. Holanda

El sistema holandés de dependencia es un sistema público y universal, con voluntad de prestación total.

Supone un claro desincentivo al aseguramiento privado y además, genera con el tiempo un problema de ausencia de solidez financiera, es decir, la extremada carestía del sistema de dependencia en términos presupuestarios.

4.8.1. Sistema público

El sistema holandés de dependencia (AWBZ) nace del sistema de salud, al igual que en el caso alemán y existe en Holanda desde el año 1968.

El sistema de salud establece cuatro grandes grupos de ciudadanos:

1. Personas con ingresos inferiores a 31.000 € al año: tienen protección pública (60% de la población)
2. Personas con ingresos superiores a 31.000 € al año: tienen un seguro privado (30% de la población)
3. Funcionarios públicos: tienen un sistema específico, al igual que en España (5% de la población)
4. Personas no incluidas en los tres grupos anteriores (5% restante)

Cuadro 3 - Sistema público de salud holandés

SALUD	SEGURO COMPLEMENTARIO PRIVADO				III PILAR
	SEGURO PUBLICO < 31.000 € 60%	SEGURO PRIVADO > 31.000 € 30%	FUNCIONARIOS PUBLICOS 5%	SEGURO PUBLICO 5%	II PILAR
DEPENDENCIA	AWBZ 100% POBLACION				I PILAR

En su origen, una porción de los contribuyentes holandeses tiene, a través del sistema de salud, relación con el seguro privado. Esta es la razón de que en el pilar de dependencia del sistema, que pretende financiar prestaciones

suficientes para toda la población, el seguro privado tenga un papel, pero como contratador de servicios, no como comercializador de seguros en el sentido de productos vinculados a una prima y con ánimo de lucro.

El sistema de salud tiene un primer pilar centrado en los cuidados (el AWBZ, del que la dependencia es elemento fundamental y nuclear), más un segundo pilar dedicado a la curación (salud) y un tercero puramente privado complementario. En sus dos primeros pilares es un sistema obligatorio. El AWBZ abarca cuidados relacionados con la vejez, invalidez, enfermedades crónicas y también dolencias mentales.

El nivel de prestaciones es muy elevado, pero también enormemente caro. El esquema de los dos primeros pilares cuesta al erario público holandés 44.100 millones de euros al año, de los que aproximadamente un 44% son cuidados de la AWBZ.

Para calificar a un ciudadano como dependiente, es necesaria la intervención de una RIO, autoridad regional encargada de este tipo de calificaciones. Una diferencia importante del sistema de calificación holandés respecto de otros observados en mercados diferentes es que no está basado fundamentalmente en la inclusión del dependiente en un baremo, sino que lo que hace la RIO es estudiar el caso individualmente y llegar a una conclusión sobre los servicios que deben prestarse al dependiente. Este dependiente, en determinados tipos de servicios, tiene derecho a recibir la asistencia o una aportación monetaria para procurársela él mismo.

El Estado, siguiendo la tradición holandesa, no es prestador de servicios sanitarios, sino fundamentalmente un financiador. Su papel en la AWBZ es, por tanto, el de pagar en su mayor parte, los servicios que los beneficiarios reciben y, por lo tanto, fijar el porcentaje de los ingresos por impuestos que debe dedicarse a ello. Son las compañías de seguros, junto con los *Ziekenfonds* (fondos del seguro médico), quienes contratan los servicios de los proveedores, los cuales para poder serlo tienen que tener en vigor un contrato de provisión de servicios con alguno de ellos.

Al igual que ocurre en Reino Unido, este reconocimiento universal de derecho a servicios instrumentados por las autoridades regionales genera problemas de diferente comportamiento de los costes.

El sistema holandés de dependencia tiene un alto coste para el ciudadano. La aportación cuesta actualmente el 13,25% de los impuestos pagados por cada contribuyente de forma lineal. Esto supone que, por ejemplo, los contribuyentes de rentas bajas, que tributan al 23%, están dedicando 5,8 euros de cada 10 pagados en impuestos a financiar la dependencia.

4.8.2. Seguro privado

En este entorno, la existencia de un seguro de dependencia de tercer pilar, como existe en el caso de la salud, es muy difícil. La experiencia ha demostrado que la sociedad holandesa rechaza el concepto de copago de las prestaciones de dependencia, tras décadas en las que se ha consolidado la cobertura del 100% a cargo del dinero público. En tal sentido, el concepto de la dependencia como una prestación pública y gratuita más allá de los impuestos está consolidado y los incrementos de gasto deben de enfrentarse con incrementos del porcentaje de impuestos dirigidos a financiar la dependencia.

El problema técnico, que en otros mercados es bastante evidente, queda claramente diluido en el caso holandés por la estrategia de *pooling* o mutualización estricta. Las probabilidades de dependencia, supervivencia de los dependientes, etc., son materias que quedan sustituidas por la pregunta de si hay margen para obtener de los impuestos el dinero necesario para pagar los cuidados.

Aunque la aproximación más clara a la dependencia se da por parte del seguro de salud, han existido intentos desde el seguro de vida, en forma de unas pólizas que podrían calificarse de pensión-salud, es decir contratos en los que el asegurado ahorra para disponer de recursos en el caso de que años adelante tuviese que afrontar algún gasto como consecuencia de su estado de salud. Existe también la posibilidad (no comprobada hasta el momento) de que existan seguros de vida con garantía complementaria de dependencia.

4.9. Estados Unidos

La concepción del sistema de salud americano hace que, en el caso de la dependencia, la parte del coste asumida por el propio dependiente sea muy elevada.

Otro problema que generan los costes de dependencia es su enorme variabilidad geográfica.

Aproximadamente la cuarta parte del coste de la dependencia en su conjunto es asumida por el propio dependiente. En determinadas categorías más caras puede ser incluso superior.

No es común que el seguro de salud o de invalidez cubra el riesgo de dependencia.

4.9.1. Sistema público

El sistema público se subdivide en dos sistemas:

1. Medicaid: protege a aquellas personas que tienen una riqueza mínima.
2. Medicare: protege a personas mayores de 65 años o con incapacidad. Solamente paga determinados límites de cuidado profesional

relacionados con una estancia previa en hospital. No cubre los cuidados de custodia.

El problema básico que se le plantea a Estados Unidos es la dificultad de plantear reformas que incrementen la protección pública, dada la situación en que se encuentra desde un punto de vista financiero/actuarial.

Las predicciones financiero-actuariales incluidas en el último informe público sobre la materia indican la presencia de tensiones financieras en el corto plazo, precisamente en el sistema Medicare.

Las predicciones actuales estiman que, en el caso del sistema Medicare, en el año 2019 los activos acumulados estarán consumidos.

Al igual que veíamos en el caso del mercado francés, una de las grandes alternativas que se manejan en Estados Unidos para robustecer el sistema de dependencia es el aseguramiento colectivo, como una forma de allegar al sistema a personas cada vez más jóvenes que, por lo tanto, den coherencia financiera a un problema que registra un coste creciente. Sin embargo, el uso de este mecanismo es aún embrionario.

4.9.2. Seguro privado

El seguro privado de dependencia en Estados Unidos se diferencia fundamentalmente de los existentes en la mayoría de los mercados europeos, y muy notablemente en Francia por ser el más desarrollado, en su enfoque primario, dado que en el caso americano, lo que se encuentra fundamentalmente son seguros de reembolso.

La filosofía es diferente según que la prestación se concrete en una renta o en un reembolso.

- En el caso de una renta, el problema técnico fundamental no está en el siniestro sino en la suscripción, es decir, que el compromiso de pago de la renta se adquiera con la persona en unos términos adecuados con sus circunstancias.
- En el caso de los seguros de reembolso, la situación en el momento de la contratación adquiere menos importancia y la piedra angular de la actividad de seguro pasa a ser la gestión de los siniestros, o dicho de otro modo, el control de que no se produzcan por parte del beneficiario, gastos reembolsables excesivos (igual que en el caso de seguros de salud privado en España, tanto de reembolso como de prestación de servicios).

El mercado asegurador privado norteamericano está bastante atomizado, de forma que su líder tiene una cuarta parte del mismo.

4.9.3. El Programa Federal de Dependencia

El *Federal Long Term Care Insurance Program* es actualmente el único programa de aseguramiento de dependencia impulsado en Estados Unidos por su Gobierno Federal. Fue introducido en el año 2002 y su éxito lo ha convertido en el más abultado programa de aseguramiento de dependencia de grupo para empleados de todo el país.

El programa tiene la gestión de dos entidades privadas: John Hancock y MetLife y está supervisado por la Oficina Federal de Gestión de Personal.

La suscripción del seguro está segmentada por edad y estado de salud. Lógicamente, los ratios de aseguramiento son muy elevados, pero también son importantes entre las personas de mayor edad. Aproximadamente dos de cada tres rentistas ya retirados obtienen el seguro.

Los asegurados pueden elegir entre cuatro seguros predefinidos, con diferentes niveles de protección o por un plan personalizado.

Los planes tienen opciones para la actualización de las coberturas, de manera que la inflación no genere la pérdida de su valor.

Este plan puede usarse por la mayoría de los empleados y retirados federales, miembros activos y retirados de los servicios uniformados incluidos los prejubilados o reservistas, empleados y jubilados de las cortes del Distrito de Columbia, así como de su Gobierno.

4.10. Japón

En Japón se aplica desde el año 2000 un modelo de cuidados de larga duración de doble naturaleza: contributiva y asistencial.

Cubre los costes de los cuidados personales, mientras que la asistencia sanitaria tiene otra vía de financiación y gestión, si bien en la práctica de la aplicación de los servicios no siempre es posible dicha diferenciación.

Este país tiene una tasa de envejecimiento elevada (19,3%), con una población mayor de 65 años de 24,7 millones de personas de las que el 24% tienen más de 80 años. El crecimiento de las necesidades sociales de cuidados de larga duración y los cambios en la estructura de cuidados informales han cristalizado en un modelo de solidaridad colectiva, mediante la implantación de un sistema de cobertura universal, en su doble dimensión contributiva y no contributiva, financiado con cotizaciones e impuestos, además de una contribución fija del 10% del coste de los servicios (lo que reduce el consumo residencial y favorece el de tipo domiciliario). De hecho, la cobertura del servicio de ayuda a domicilio para la población mayor es del 9% mientras que la cobertura de residencias asistidas es del 3%.

El modelo japonés es un modelo de regulación, financiación y supervisión pública, gestión municipal y provisión privada mercantil de servicios.

Toda persona en situación de dependencia debe certificar dicha situación por un equipo multidisciplinar; dicha certificación es efectiva durante seis meses y se debe renovar cada año para acceder a las prestaciones que recibe o para cambiar del grado de dependencia. El plan de cuidados lo define un administrador de casos del municipio correspondiente.

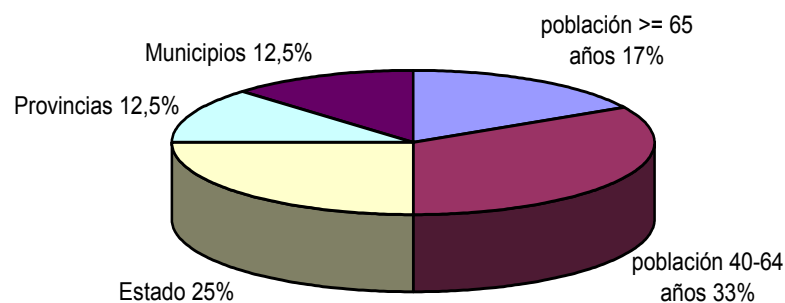
La población susceptible de acceder al sistema son los mayores de 40 años, diferenciándose dos grupos: de 40 a 64 años y 65 y más años. Los grados de dependencia son la base de las prestaciones, que se dividen en dos grupos:

- Prestaciones de ayuda (servicio domiciliario)
- Prestaciones de cuidados: pueden elegir o combinar servicios a domicilio o residenciales. Esta última a su vez tiene cinco niveles de prestaciones.

Todos los niveles tienen reconocidas unas prestaciones monetarias topadas desde un mínimo de 61.500 yenes (ayuda básica domiciliaria) hasta 358.300 yenes en el nivel de cuidados 5. A ello se suman ayudas técnicas (100.000 yenes al año) y de acondicionamiento del domicilio (200.000 yenes).

El modo de financiación del sistema es mediante cotizaciones (nivel contributivo para activos y pasivos) e impuestos (nivel asistencial). En todo caso participan en la financiación los dependientes y los diferentes niveles de gobierno, de forma que en la actualidad la distribución de la financiación es como sigue:

Gráfico 2 - Distribución de la financiación para dependencia en Japón



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Libro Blanco de la Dependencia

Estamos ante un modelo singular de cobertura universal basado en la participación de todos los agentes institucionales y los ciudadanos en el sostenimiento del sistema. Habrá que esperar a los años venideros para poder evaluar la viabilidad del sistema japonés de protección social de la dependencia.

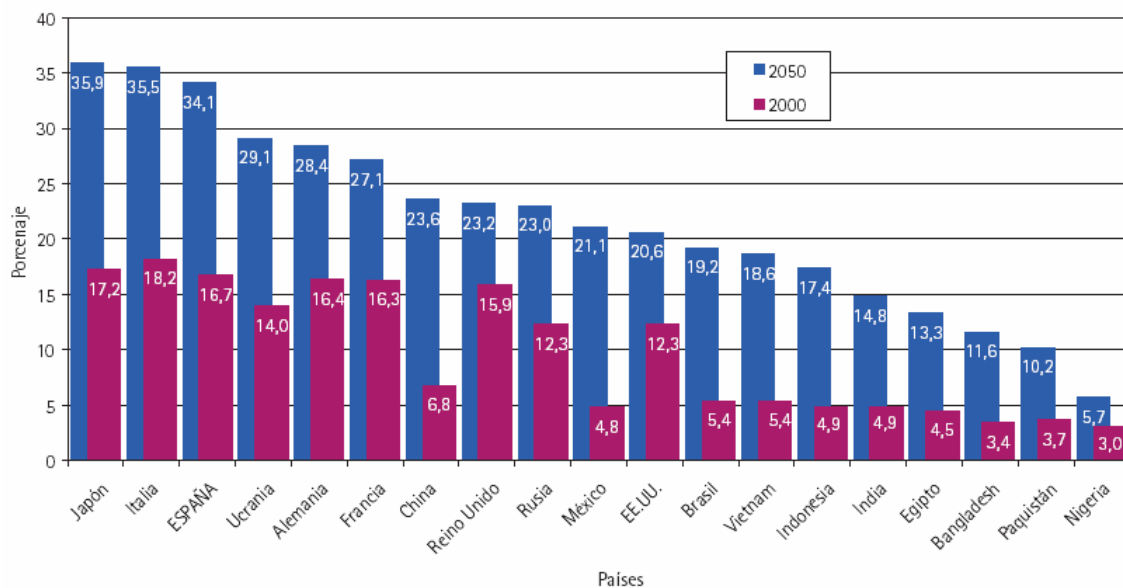
5. Situación de la dependencia en España

5.1. Análisis demográfico

La población española no es ajena al proceso de envejecimiento que se está produciendo en el entorno de países desarrollados.

Las proyecciones de población de Naciones Unidas para 2050 calculan que España será el tercer país más viejo del mundo, con un 34,1% de población mayor de 65 años, estando por delante Japón e Italia (con un 35,9 y un 35,5 respectivamente).

Gráfico 3 – Países con mayor envejecimiento. Población de 65 y más años, 2000 y 2050



Fuente: N.U. World Population Prospects: The 2004 Revision. N.U. (julio de 2006)

5.1.1. Evolución de la población en España

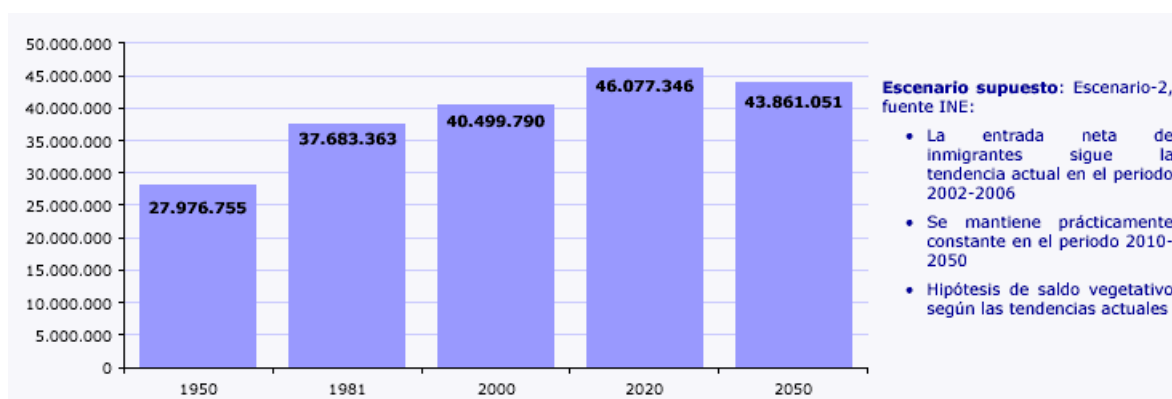
La población española se ha incrementado en un 44% entre los años 1950 y 2000.

Durante la segunda década del siglo XXI se llegará al punto de inflexión en la evolución reciente de la población. Durante este decenio se prevé la desaparición de manera gradual de los hijos del *baby-boom* español.

Existen varios factores que influyen en el crecimiento de la población: aumento de la esperanza de vida de la población, fenómeno de la inmigración, paulatina recuperación de la tasa de fecundidad, etc.

El conjunto de países que conforman el grueso de la Unión Europea presentan el mismo fenómeno.

Gráfico 4 - Evolución de la población en España



Fuente: INE, Anuario Estadístico

5.1.2. Esperanza de vida y proyección en el tiempo

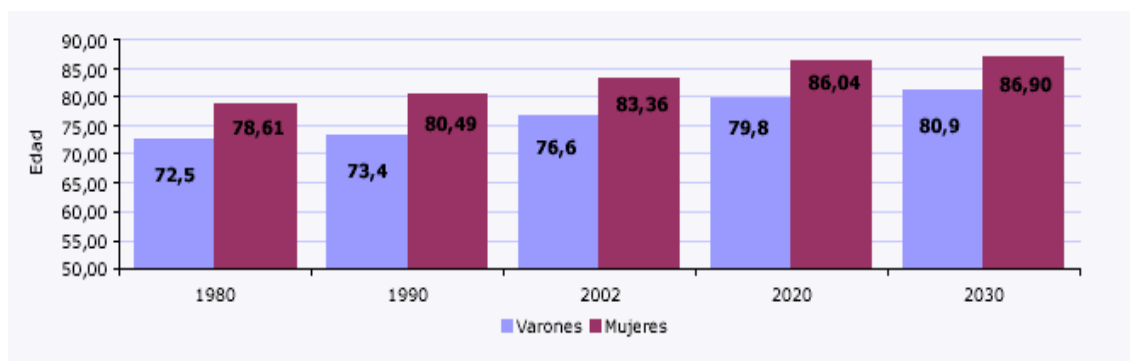
Durante el pasado siglo, tanto España como el resto de países europeos han más que doblado la esperanza de vida al nacer (34,8 años en 1900 a 79,7 en 2002).

La media de longevidad española (79,7 años) en 2002 se acercaba a las más altas del mundo. Esta tan sólo era superada por la esperanza de vida en Japón, Australia, Suecia y Canadá.

Los principales factores de este aumento son los descensos en la mortalidad infantil y entre las personas mayores.

La diferencia de la esperanza de vida entre los varones y mujeres se ha acentuado a lo largo de los años. Las proyecciones apuntan al incremento de esta diferencia paulatinamente hasta la tercera década del siglo XXI.

Gráfico 5 - Evolución y proyección de la esperanza de vida de la población



Fuente: INE, notas de prensa

5.1.3. Pirámide poblacional y evolución

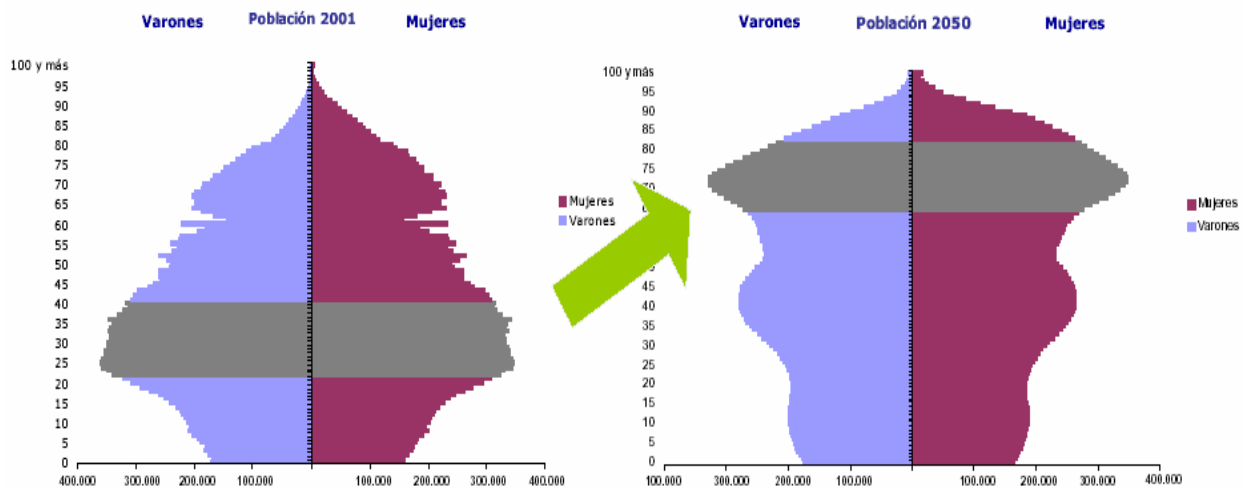
España ha registrado durante los últimos veinte años una disminución sustancial de la tasa de fecundidad.

La tasa de fecundidad se situaba en 1,2 hijos por mujer en el año 2000. El grueso principal de la pirámide poblacional lo componían los hijos del *baby-boom* español, aquellos nacidos aproximadamente entre 1957 y 1977.

Entre los años 2020 y 2040 los hijos del *baby-boom* rondarán los 65 años. Esto supondrá un espectacular aumento de la población mayor.

Durante los últimos tres años la tasa de fecundidad ha sufrido un cambio de tendencia respecto al último decenio. Este incremento se debe, entre otras circunstancias, al fuerte crecimiento de la población inmigrante en España.

Gráfico 6 - Pirámides de población 2001 y proyección 2050



Fuente: INE, proyecciones de población a 2050

5.1.4. Evolución de la población mayor en España

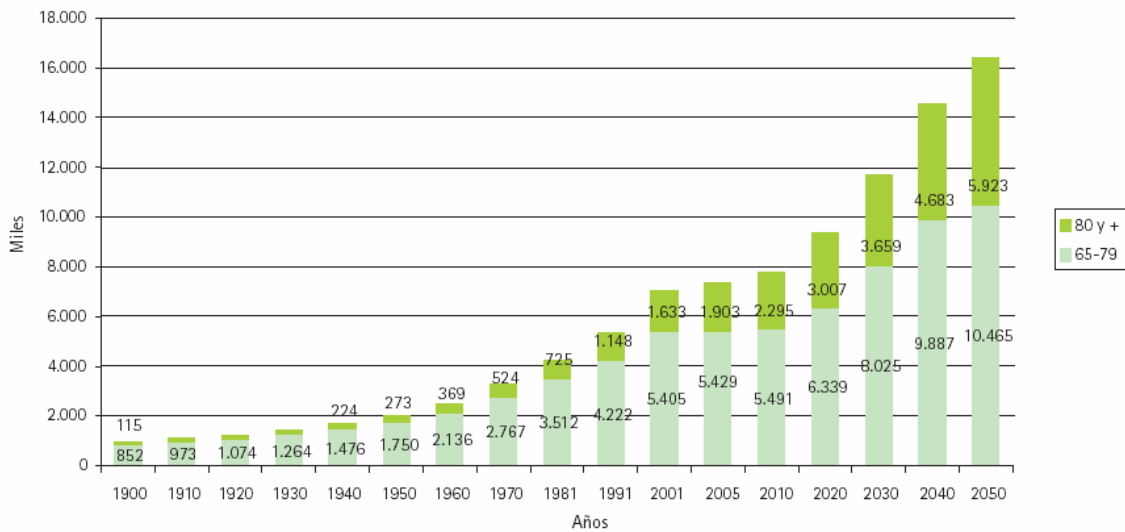
Hoy en día España supera los 7,3 millones de personas mayores lo que representa el 16,6% del total de población.

En términos absolutos, España ocupa el quinto lugar en la Unión Europea en cuanto a volumen de personas mayores por detrás de Alemania, Italia, Francia y Reino Unido.

En términos relativos, en el año 2004 el porcentaje de población española mayores de 65 años era del 16,9%, lo que significa el sexto lugar por detrás de Italia (19,2%), Alemania (18%), Grecia (17,9%), Suecia (17,2%) y Bélgica (17,1%), según Eurostat (Population and social conditions. People by age classes. Eurostat 2006).

De acuerdo con el INE, en España vivirán 16,4 millones de personas mayores en el año 2050, lo que supone un 30,8% de la población total prevista para dicho año. El porcentaje de personas con más de 80 años alcanzará el 12,3% del total de población. El destino incierto de la actual oleada de inmigrantes impide conocer si esa cifra se mantendrá, aumentará o disminuirá, pues en caso de permanencia de los inmigrantes, muchos de ellos habrán superado los 65 años a mediados de siglo.

Gráfico 7 - Evolución de la población mayor de 65 años 1900-2050 (miles)



Fuente: INE BASE

5.1.5. Población mayor de 65 años según sexo en España

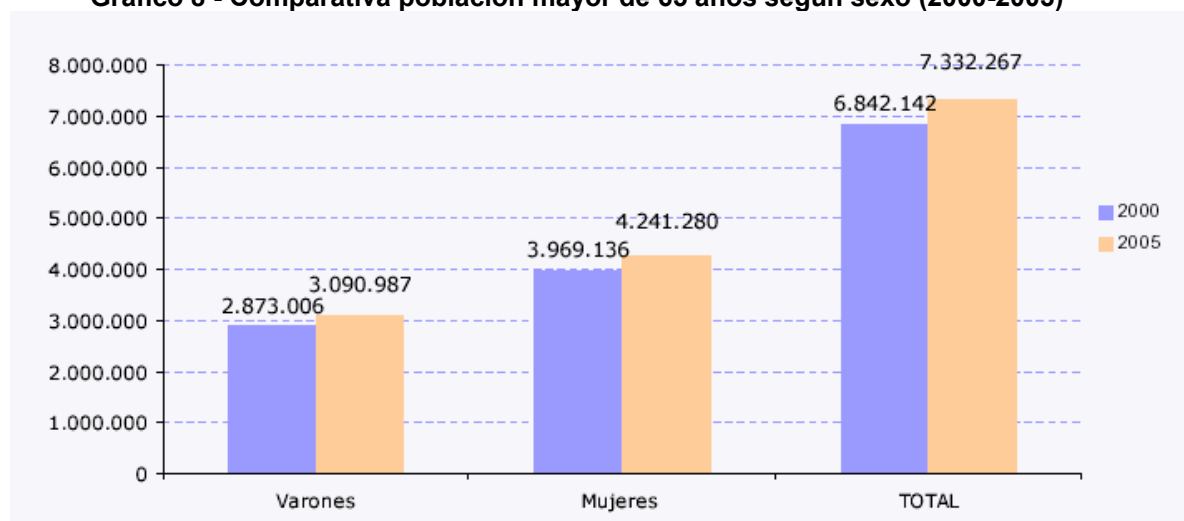
El número de mujeres mayores de 65 años en el conjunto de España, 4.241.280 en 2005, superaba en más de un millón a los 3.090.987 varones.

España tiene ya más población de más de 65 años de edad que niños entre 0 y 14 años.

El 1981 había 202.992 mujeres octogenarias más que varones, en 2000 se alcanzaba las 418.456 y en 2020 habrán 2.417.385 mujeres por 1.827.708 varones de esa edad.

Tanto el actual número de personas mayores como su incremento de acuerdo con las proyecciones hechas dibujan un más que probable escenario caracterizado por una población más necesitada de servicios de ayuda a la dependencia.

Gráfico 8 - Comparativa población mayor de 65 años según sexo (2000-2005)



Fuente: INE, Padrón Municipal 2000 y 2005

5.2. Estimación de la demanda

Siguiendo el estudio llevado a cabo en el Libro Blanco sobre la “Atención a las personas en situación de dependencia en España”, que está basado en la Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud” del INE realizada en 1999, y teniendo en cuenta las limitaciones de dichos datos, las siguientes cifras pueden darnos una idea de cual es la demanda existente y el potencial de servicios para las personas dependientes, fijándonos en la proyección de personas con discapacidad.

Cuadro 4 - Esperanzas de vida ajustadas según estado de salud y discapacidad

	<i>Al nacer</i>	<i>A los 45 años</i>	<i>A los 65 años</i>
Varones			
Esperanza de vida	75,29	32,70	16,17
EV libre de enfermedades crónicas	40,85	10,17	3,31
EV en buena salud	59,52	19,61	7,78
EV sin discapacidad	68,52	26,90	11,39
EV sin discapacidad severa	71,07	29,04	13,09
EV sin discapacidad para las AVD	72,68	30,28	13,94
Mujeres			
Esperanza de vida	82,31	38,62	20,25
EV libre de enfermedades crónicas	37,89	8,14	2,77
EV en buena salud	58,17	18,25	7,52
EV sin discapacidad	72,12	29,25	12,39
EV sin discapacidad severa	75,44	32,18	14,66
EV sin discapacidad para las AVD	77,07	33,53	15,56

Fuente: INE, Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999.

La esperanza de vida al nacer es mayor para las mujeres (82,3 años) que para los hombres (75,3 años), y esta diferencia se mantiene cuando se calcula la esperanza de vida a edades superiores y cuando diferenciamos por estados de salud.

También en los casos de pérdida de salud, es mayor la proporción de tiempo que una mujer vivirá sufriendo alguna discapacidad, y por tanto, necesitando ayuda para la realización de alguna actividad de la vida diaria (AVD).

Respecto al número de personas que tienen alguna discapacidad para las AVD, el Libro Blanco sobre Dependencia las situaba para el año 1999 en 2.285.340, de las cuales 1.464.815 tenían más de 65 años. La distribución por tipo de discapacidad y por tramos de edad es la siguiente:

Cuadro 5 - Personas con alguna discapacidad para las actividades de la vida diaria por grado de severidad y grupo de edad. España, 1999

	<i>6 a 64 años</i>	<i>65 a 79 años</i>	<i>80 y más años</i>	<i>Total mayores de 6 años</i>
Discapacidad moderada	287.610	279.230	126.977	693.817
Discapacidad severa	258.241	307.792	165.672	731.705
Discapacidad total	261.547	257.455	296.489	815.491
No consta	13.127	17.942	13.257	44.326
Total	820.525	862.420	602.395	2.285.340

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999, Resultados detallados*. Madrid, 2002.

Según el estudio “Longevidad y Dependencia en España” elaborado por la Fundación BBVA, se estima que actualmente existen en España 3.478.643 personas con discapacidades, lo que representaría un 9,4% del total de la población general. En este estudio se confirma que para el total de la población mayor de 65 años, las mujeres presentan mayores porcentajes de población discapacitada que los hombres.

Por último, en el cuadro adjunto se hace una proyección de las personas dependientes hasta el año 2020 (estimaciones del Libro Blanco sobre Dependencia).

Cuadro 6 - Personas dependientes. Proyecciones hasta 2020

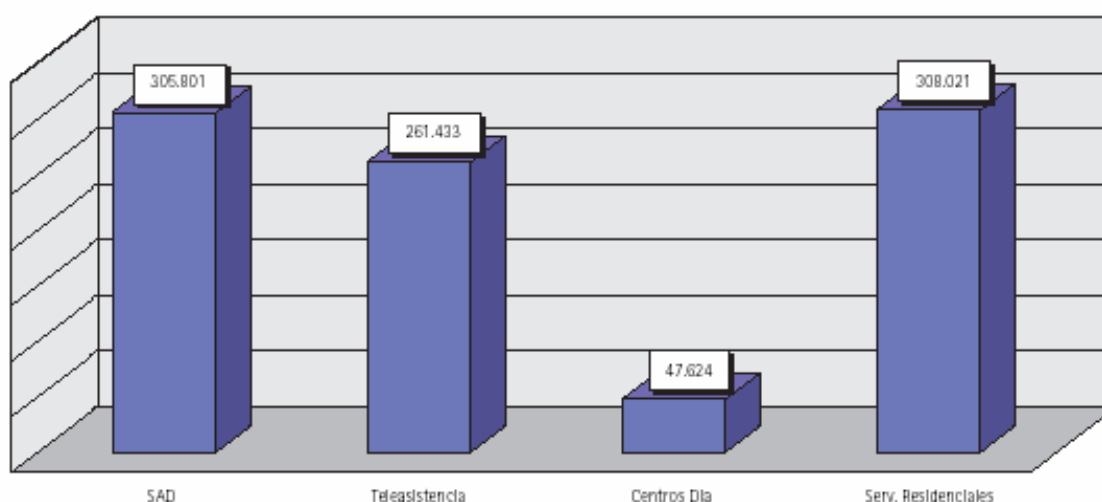
PROYECCIÓN DEL NÚMERO PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA POR GRADOS DE NECESIDAD DE CUIDADOS (ESPAÑA, 2005 -2020).				
	2005	2010	2015	2020
Personas dependientes				
Grado 3 (Gran dependencia)	194.508	223.457	252.345	277.884
Grado 2 (Dependencia severa)	370.603	420.336	472.461	521.065
Grado 1 (Dependencia moderada)	560.080	602.636	648.442	697.277
Total	1.125.190	1.246.429	1.373.248	1.496.226
Personas con necesidad de ayuda para realizar tareas domésticas y/o discapacidad moderada para alguna ABVD				
A (Disc. moderada para alguna ABVD)	798.967	857.378	920.069	979.344
B (Discapacidad para alguna AIVD)	858.433	914.161	971.884	1.028.992
Total	1.657.400	1.771.539	1.891.952	2.008.336
Total personas con discapacidad para las actividades de la vida diaria				
TOTAL	2.782.590	3.017.968	3.265.200	3.504.562

Fuente: Fundación Alares (marzo 2007)

5.3. La oferta de servicios para mayores de 65 años

Existe una gran heterogeneidad territorial y conceptual en la prestación de servicios. No obstante, a partir de datos oficiales se puede estimar el número de personas mayores que se benefician de servicios sociales en España: 922.879.

Gráfico 9 – Número de usuarios o plazas de Servicios Sociales para personas mayores (enero 2006)

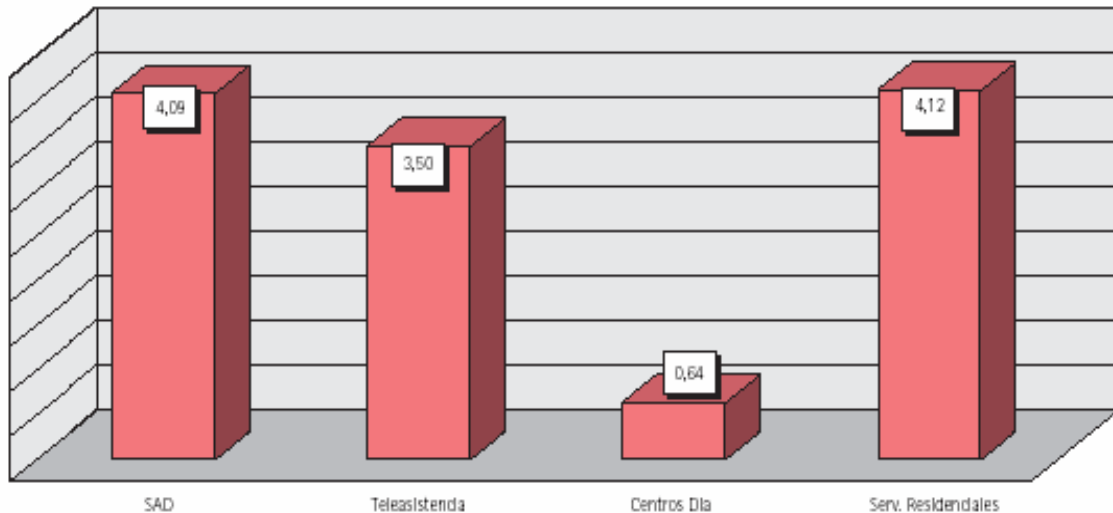


Fuente: IMSERSO. Las Personas Mayores en España (2006)

El índice de cobertura de algunos servicios sociales para personas mayores en España, en enero de 2006 era de un 12,35%, pero en general son servicios de intensidad insuficiente o de carácter complementario, por lo que no se puede

deducir que 12 de cada 100 personas dependientes con más de 65 años tenga sus necesidades cubiertas. Además, hay variaciones sustanciales por territorios. En definitiva, nos encontramos con una brecha enorme entre la demanda de servicios y la oferta existente.

Gráfico 10 - Índice de cobertura de Servicios Sociales para personas mayores (enero 2006)



Fuente: IMSERSO. Las Personas Mayores en España (2006)

Aunque del presupuesto efectivamente destinado a dependencia por las comunidades autónomas la mayor parte está destinado a residencias, el servicio más demandado por la sociedad española es la asistencia a domicilio (SAD).

El número total de usuarios mayores del SAD a enero de 2006 ascendía a 305.801, lo que significa que sólo el 4% de las personas mayores de 65 años utilizan este recurso.

El SAD se realiza sin coordinación con la atención domiciliaria de carácter sanitario, con lo que se pierde eficacia.

Lo normal es que el SAD se preste conjuntamente con el servicio de teleasistencia, sobre todo en personas mayores que viven solas, pero en la realidad existen muchas personas mayores que sólo tienen teleasistencia.

El número de usuarios a enero de 2006 era de 261.433, lo que supone un índice de cobertura del 3,5% sobre la población mayor de 65 años.

Uno de los recursos más recientemente implantados en España son los centros de día, que se han desarrollado bastante en la última década pero éste todavía es un servicio que dista de tener las dimensiones necesarias para responder a la demanda existente.

A enero de 2006 la oferta en España ascendía a 47.624 plazas para personas mayores dependientes, lo que supone un índice de cobertura del 0,64 % para mayores de 65 años.

Sin embargo, los servicios residenciales están bastante desarrollados, sobre todo si se compara con el peso que tienen los SAD. Se estima que existen 308.621 usuarios de servicios residenciales.

Por cada 100 personas mayores de 65 años, se cuentan con 4,12 plazas residenciales. De estas, casi el 55% son pagadas por el usuario a precio libre y el 45% restante cuentan con financiación mixta (públicas o concertadas).

Como se destaca en el Libro Blanco sobre la Dependencia, es importante adecuar los productos, viviendas, etc. a las características y necesidades reales de las personas mayores, porque a veces esto es suficiente para favorecer su vida independiente.

5.4. Preocupación social en España frente al problema de la dependencia

Según un estudio del Centro de Investigaciones Sociológicas (C.I.S.), un 40% de la población española piensa que las Administraciones Públicas deberían ser las responsables de la atención de aquellas personas con discapacidad que requieran de cuidados por parte de otras, aparte de la familia. Sin embargo, este porcentaje aumenta hasta cerca del 50% entre las personas de 55 a 59 años mientras no llega al 30% en los mayores de 75 años, que prefieren que sea la propia familia la que se haga cargo de todo el cuidado. Si nos fijamos en el sexo; son las mujeres, un porcentaje mayor que los hombres, las que piensan de esta manera.

La primera medida a tomar por las Administraciones Públicas, según un 30% de la población encuestada, debería ser aumentar el desarrollo de los servicios de atención a domicilio. Por tramos de edad, las personas mayores son las que más se decantan por esta medida (36%). La segunda medida más solicitada es el apoyo económico en forma de salario al cuidador.

Dentro del conjunto de personas allegadas, la mayoría de las personas prefiere que sea su pareja quien se encargue de sus cuidados, y de no ser esto posible, alguno de sus hijos. En ausencia de algún familiar, sería un profesional formado por los Servicios Sociales Públicos.

La mayor parte de la población (por encima del 70%) prefiere vivir en su propia casa en caso de necesitar cuidados permanentes, y esto es igual independientemente del sexo de la persona encuestada.

Cuando se plantea la posibilidad de no poder permanecer en su propia casa, por encima de un 40% de los encuestados se decanta por vivir y recibir los cuidados necesarios en casa de la persona que lo cuide, si ésta es un familiar,

antes que en una residencia; situación que se hace más patente conforme es mayor la edad del encuestado y cuanto más alto es el nivel de estudios.

En cuanto al tamaño y características que debe tener una residencia de atención tanto a personas mayores como a personas con discapacidad, independientemente del tramo de edad, la mayoría de la población se decanta por miniresidencias de 10 a 15 plazas, tipo hogareño, o de mayor tamaño pero con un máximo de 50 plazas.

En cuanto a la financiación de las prestaciones, la medida por la que se decanta la mayor parte de las personas encuestadas, es el aumento de algunos impuestos especiales, como el alcohol, seguida del aumento de impuestos generales y del incremento de las cotizaciones a la Seguridad Social, aunque la mayor preferencia es una combinación de las anteriores.

El 45% de los encuestados está de acuerdo en pagar más impuestos, siempre y cuando el dinero recaudado se destine a este programa de atención a las personas dependientes.

Por tramos de edad, a medida que nos encontramos con personas mayores, es mayor el porcentaje de gente que no está dispuesta a pagar más impuestos, sobre todo en personas con una edad comprendida entre 65 y 69 años, que coincide con los primeros años de jubilación.

5.5. Gasto en protección social en España en comparación con la Unión Europea.

Los países de la Unión Europea que más gastan en protección social son Suecia, Francia y Dinamarca con una cifra superior al 30% del PIB.

La media de la Unión Europea se sitúa en el 28,3% del PIB en el año 2003. Desde el año 1996 el gasto en protección social se ha mantenido prácticamente constante.

España se sitúa como el segundo país que menos gasta en protección social superando sólo a Irlanda.

Cuadro 7 - Gasto en protección social en los países de la UE en el periodo 1996-2003 (% sobre el PIB)

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Media 15 UE	28.4	27.9	27.5	27.4	27.2	27.5	27.7	28.3
Belgica	28.6	27.9	27.6	27.3	26.8	27.7	28.8	29.7
Dinamarca	31.2	30.1	30.0	29.8	28.9	29.2	29.9	30.9
Alemania	29.4	28.9	28.9	29.2	29.3	29.3	29.9	30.2
Grecia	22.9	23.3	24.2	25.5	26.3	27.0	26.4	26.3
España	21.9	21.2	20.6	20.3	19.6	19.4	19.6	19.7
Francia	30.6	30.4	30.0	29.9	29.3	29.5	30.2	30.9
Irlanda	17.6	16.4	15.2	14.6	14.1	15.0	15.9	16.5
Italia	24.8	25.5	25.0	25.2	25.2	25.6	26.1	26.4
Luxemburgo	24.1	22.8	21.7	21.7	20.3	21.3	22.6	23.8
Paises bajos	30.1	29.4	28.4	28.0	27.4	26.5	27.6	28.1
Austria	28.8	28.7	28.4	28.8	28.3	28.6	29.2	29.5
Portugal	20.4	20.6	21.2	21.6	21.7	22.8	23.7	24.3
Finlandia	31.4	29.0	26.9	26.6	25.3	25.5	26.2	26.9
Suecia	33.8	32.9	32.2	31.9	31.0	31.5	32.5	33.5
Reino Unido	28.0	27.5	26.9	26.4	27.0	27.5	26.4	26.7
Noruega	26.0	25.3	27.1	27.1	24.6	25.6	26.2	27.7

Fuente: EUROSTAT, Informe: European Social Statistics 2006

6. Régimen jurídico de la protección a la dependencia en España.

La Constitución Española, en el Título I *Derechos y Deberes Fundamentales*, se refiere a la atención a personas con discapacidad y personas mayores y a un sistema de servicios sociales promovido por los poderes públicos para el bienestar de los ciudadanos.

Artículo 49 – Atención a los disminuidos físicos

“Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos.

Artículo 50 – Tercera edad

“Los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio.

Por parte de las Administraciones Públicas, las necesidades de las personas mayores, y en general de los afectados por situaciones de dependencia, han sido atendidas hasta ahora, fundamentalmente, desde los ámbitos autonómico y local.

La legislación de servicios sociales de las distintas Comunidades Autónomas es de carácter muy general y poco preciso. La mayoría de ellas tienen como denominador común dos principios de aplicación general: sistema de copago de los servicios prestados y provisión de servicios no universal.

Por otra parte, el sistema de Seguridad Social ha asumido algunos elementos de atención, tanto en la asistencia a personas mayores como en situaciones vinculadas a la discapacidad: gran invalidez, complementos de ayuda a tercera persona en la pensión no contributiva de invalidez, prestación familiar por hijo a cargo con discapacidad y prestaciones de servicios sociales en materia de reeducación y rehabilitación a personas con discapacidad y de asistencia a las personas mayores.

6.1. Ley de Dependencia

Con la aprobación de la *Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia*, los derechos recogidos en la Constitución relativos a la protección social, que

tienen carácter de no fundamentales, pasan a estar definidos de una manera precisa y a vincular de forma expresa a los poderes públicos.

La Ley de Dependencia tiene por objeto “regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia”

Establece como principios básicos, entre otros:

- el carácter público de las prestaciones
- la universalidad, igualdad y no discriminación
- la permanencia de los dependientes en el entorno en el que desarrollan su vida (siempre que sea posible)
- la sostenibilidad de los servicios
- la participación de la iniciativa privada en los servicios y prestaciones
- la integración de las prestaciones en las redes de servicios sociales de las comunidades autónomas
- las personas en situación de gran dependencia serán atendidas de manera preferente

6.1.1. Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia

El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) garantiza las condiciones básicas y el contenido común de la Ley, sirve de cauce para la colaboración y participación de las Administraciones Públicas y optimiza los recursos públicos y privados disponibles.

Se configura como una red de utilización pública que integra, de forma coordinada, centros y servicios, públicos y privados.

a) Niveles de protección del SAAD

Se establecen tres niveles:

1. Nivel de protección mínimo establecido (financiado por la Administración General del Estado)
2. Acordado entre el Estado y las Comunidades Autónomas a través de convenios
3. Nivel adicional de protección que pueda establecer cada Comunidad Autónoma (financiado con cargo a sus presupuestos)

b) Consejo Territorial del SAAD

Instrumento de cooperación para la articulación del sistema. El Consejo estará constituido por el Ministro de Trabajo y Asuntos Sociales, representantes de

otros departamentos ministeriales y por un representante de cada Comunidad Autónoma (teniendo las autonomías mayoría en su composición).

Entre las funciones del Consejo, destacamos entre otras las siguientes:

- Acordar el marco de cooperación interadministrativa para el desarrollo de la Ley
- Establecer la intensidad de protección de los servicios
- Acordar las condiciones y cuantía de las prestaciones económicas
- Adoptar los criterios de participación del beneficiario en el coste de los servicios
- Acordar el baremo con los criterios básicos de valoración
- Adoptar criterios comunes de actuación y evaluación del Sistema
- Facilitar datos y estadísticas comunes
- Servir de cauce de cooperación entre las Administraciones Públicas

c) Participación de las Comunidades Autónomas

Las Comunidades Autónomas, sin perjuicio de las competencias que le son propias, tendrán entre otras, las siguientes funciones:

- Planificar, ordenar, coordinar y dirigir los servicios de dependencia
- Gestionar la valoración y atención de la dependencia
- Crear y actualizar el registro de centros y servicios
- Evaluar periódicamente el funcionamiento del sistema en su territorio respectivo
- Aportar al Estado la información necesaria para la aplicación de los criterios de financiación

6.1.2. Prestaciones del sistema

Las prestaciones podrán ser de servicios y de carácter económico.

a) Catálogo de servicios

El catálogo de servicios comprende las siguientes modalidades:

1. Prevención de las situaciones de dependencia y de promoción de la autonomía personal: actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación dirigidos a las personas mayores y personas con discapacidad y a quienes se ven afectados por procesos de hospitalización complejos.
2. Teleasistencia puede ser un servicio independiente o complementario al de ayuda a domicilio.
3. Ayuda a domicilio: servicios relacionados con la atención de las necesidades domésticas (limpieza, lavado, cocina u otros).

Servicios relacionados con la atención personal en la realización de las ABVD.

4. Centros de día y de noche: con el objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal y apoyar a las familias o cuidadores. En particular, cubre, desde un enfoque psicosocial, las necesidades de asesoramiento, prevención, rehabilitación, orientación para la promoción de la autonomía, habilitación o atención asistencial y personal.
5. Atención residencial: servicios continuados de carácter personal y sanitario. Pueden tener carácter permanente o temporal.

b) Prestaciones económicas

1. Prestación económica vinculada al servicio: cuando no sea posible el acceso a alguno de los servicios, en los convenios se incluirá la prestación destinada a la cobertura de los gastos de dependencia.
2. Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales: cuando el beneficiario esté siendo atendido por su entorno familiar.
3. Prestación económica de asistencia personal: su finalidad es la promoción de la autonomía de las personas con gran dependencia. Su objetivo es contribuir a la contratación de una asistencia personal, 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 ABVD.

La prioridad en el acceso a los servicios vendrá determinada por el grado y nivel de dependencia y, a igual grado y nivel, por la capacidad económica del solicitante. La capacidad económica se determinará en atención a la renta y patrimonio del solicitante.

La cuantía de las prestaciones económicas, una vez acordadas por el Consejo Territorial del SAAD, serán aprobadas por el Gobierno mediante Real Decreto.

6.1.3. La dependencia y su valoración

La situación de dependencia se clasificará en los tres siguientes grados:

- Grado I – Dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias ABVD, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.
- Grado II – Dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias ABVD 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.

- Grado III – Gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias ABVD 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.

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

El grado y niveles de dependencia, a efectos de su valoración, se determinan mediante la aplicación del baremo, aprobado mediante el *Real Decreto 504/2007 de 20 de abril por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia*.

El baremo establece los criterios objetivos de valoración del grado de autonomía de la persona y valora su capacidad para llevar a cabo por sí misma las ABVD.

6.1.4. Financiación del Sistema

a) Por parte de las Administraciones Públicas

La financiación del Sistema será la suficiente para garantizar el cumplimiento de las obligaciones que correspondan a las Administraciones Públicas competentes y se determinará anualmente en los correspondientes presupuestos.

La Ley de Presupuestos Generales del Estado de cada ejercicio determinará la cuantía y la forma de abono a las Comunidades Autónomas de las cantidades necesarias para sufragar el coste derivado del nivel de protección mínimo.

Se suscribirán convenios entre el Estado y cada Comunidad Autónoma para determinar las obligaciones asumidas por cada una de las partes para la financiación de los servicios y prestaciones del Sistema. Dichos convenios recogerán los criterios de reparto teniendo en cuenta la población dependiente, la dispersión geográfica, la insularidad, emigrantes retornados y otros factores.

La aportación de la Comunidad Autónoma será, para cada año, al menos igual a la del Estado.

b) Participación de los beneficiarios en el coste de las prestaciones

Los beneficiarios participarán en la financiación de las prestaciones según el tipo y coste del servicio y su capacidad económica personal.

La capacidad económica del beneficiario se tendrá también en cuenta para la determinación de la cuantía de las prestaciones económicas.

Para fijar la participación del beneficiario, se tendrá en cuenta la distinción entre servicios asistenciales y de manutención y hoteleros.

Ningún ciudadano quedará fuera de la cobertura del Sistema por no disponer de recursos económicos.

6.1.5. Instrumentos privados para la cobertura de la dependencia

En la disposición adicional séptima, se dice: “el Gobierno, en el plazo de seis meses, promoverá las modificaciones legislativas que procedan, para regular la cobertura privada de las situaciones de dependencia”.

Con el fin de facilitar la cofinanciación por los beneficiarios de los servicios que se establecen en la Ley de Dependencia, se promoverá la regulación del tratamiento fiscal de los instrumentos privados de cobertura de la dependencia.

6.1.6. Aplicación progresiva de la Ley

La efectividad del derecho a las prestaciones de dependencia se realizará de acuerdo con el siguiente calendario:

- Grado III – Gran dependencia (niveles 2 y 1): año 2007
- Grado II – Dependencia severa (nivel 2): años 2008 y 2009
- Grado II – Dependencia severa (nivel 1): años 2010 y 2011
- Grado I – Dependencia moderada (nivel 2): años 2012 y 2013
- Grado I – Dependencia moderada (nivel 1): años 2014 y 2015

El reconocimiento del derecho a la prestación se aplicará con efecto del inicio de su año de implantación según el calendario descrito anteriormente o desde el momento de la solicitud por el interesado si ésta es posterior a esa fecha.

6.2. Fiscalidad

La ley 35/2006, de 28 de noviembre, del IRPF establece como gran novedad determinados beneficios fiscales relacionados con la dependencia.

En el art.7.x la Ley establece la exención de las prestaciones económicas públicas vinculadas al servicio, para cuidados familiares y de asistencia personalizada que se derivan de la Ley de Dependencia.

6.2.1. Régimen financiero

El importe máximo conjunto de aportaciones y contribuciones empresariales a sistemas de previsión social será de 10.000 euros anuales. No obstante, en el

caso de contribuyentes mayores de 50 años, la cuantía anterior será de 12.500 euros anuales.

6.2.2. Régimen fiscal de las aportaciones

Se establece un límite anual conjunto de reducción en la base imponible tanto por lo que se refiere a aportaciones como a contribuciones empresariales, para los siguientes sistemas de previsión social:

- Planes de pensiones (individuales y de empleo)
- Mutualidades de Previsión Social
- Planes de Previsión Asegurados (PPAs individuales)
- Planes de Previsión Social Empresarial (PPAs colectivos)
- Seguros privados que cubran exclusivamente el riesgo de dependencia severa o gran dependencia.

Dicho límite anual de reducción será el menor de:

- a) El 30% de la suma de los rendimientos netos del trabajo y actividades económicas percibidos individualmente en el ejercicio (este porcentaje será del 50% para contribuyentes mayores de 50 años) ó,
- b) 10.000 euros anuales (12.500 euros anuales en el caso de contribuyentes mayores de 50 años).

Se pueden hacer aportaciones a favor de personas con discapacidad (cónyuge y familiares hasta tercer grado) con un límite máximo de 10.000 euros para todos los sistemas de previsión social vistos en el párrafo anterior (incluida la dependencia). Este límite en total (aportaciones del propio discapacitado + aportaciones a favor del mismo) no puede superar el límite conjunto de 24.250 euros.

6.2.3. Régimen fiscal de las prestaciones

Las prestaciones percibidas por los beneficiarios de los seguros de dependencia (al igual que el resto de sistemas de previsión social) tienen la consideración de rendimientos del trabajo.

6.2.4. Otros incentivos fiscales

Estarán exentas del impuesto las ganancias patrimoniales que se pongan de manifiesto con ocasión de la transmisión de su vivienda habitual por mayores de 65 años o por personas en situación de dependencia severa o de gran dependencia (art.33.4.b).

No tendrán la consideración de renta las cantidades percibidas como consecuencia de las disposiciones que se hagan de la vivienda habitual por parte de las personas mayores de 65 años, así como de las personas que se encuentren en situación de dependencia severa o de gran dependencia,

siempre que se lleven a cabo de conformidad con la regulación financiera relativa a los actos de disposición de bienes que conforman el patrimonio personal para asistir a las necesidades económicas de la vejez y de la dependencia (Disposición adicional decimoquinta).

Modificaciones en el texto refundido de la Ley de regulación de los Planes y Fondos de Pensiones (RD 1/2002 de 29 de noviembre):

- Prevé como nueva contingencia la dependencia severa o gran dependencia del partícipe.
- Posibilita que se sigan realizando aportaciones, a partir del inicio del cobro de la prestación por jubilación, no sólo para la contingencia de fallecimiento, sino también para la contingencia de dependencia severa o gran dependencia del partícipe.

6.3. Proyecto de Ley de Reforma del Mercado Hipotecario

En el *Proyecto de Ley 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*, se regula por un lado la hipoteca inversa y por otro, el seguro de dependencia.

6.3.1. Hipoteca inversa

En la disposición adicional primera, se define como un préstamo o crédito hipotecario del que el propietario de la vivienda realiza disposiciones, normalmente periódicas, aunque la disposición pueda ser de una sola vez, hasta un importe máximo determinado por un porcentaje del valor de tasación en el momento de la constitución. Cuando se alcanza dicho porcentaje, el mayor o dependiente deja de disponer de la renta y la deuda sigue generando intereses. La recuperación por parte de la entidad del crédito dispuesto más los intereses se produce normalmente de una vez cuando fallece el propietario, mediante la cancelación de la deuda por los herederos o la ejecución de la garantía hipotecaria por parte de la entidad de crédito.

6.3.2. Seguro de dependencia

En la disposición adicional segunda, se especifican los siguientes puntos relativos a la regulación del seguro de dependencia:

1. La cobertura de la dependencia podrá instrumentarse a través de un contrato de seguro suscrito con entidades aseguradoras, incluidas las mutualidades de previsión social, o bien a través de un plan de pensiones.
2. La cobertura de la dependencia realizada a través de un contrato de seguro obliga al asegurador, para el caso de que se produzca la situación de dependencia, al cumplimiento de la prestación convenida con la finalidad de

atender, total o parcialmente, directa o indirectamente, las consecuencias perjudiciales para el asegurado que se deriven de dicha situación.

El contrato de seguro de dependencia podrá articularse tanto a través de pólizas individuales como colectivas.

En defecto de norma expresa que se refiera al seguro de dependencia, resultará de aplicación al mismo la normativa reguladora del contrato de seguro y la de ordenación y supervisión de los seguros privados.

La cobertura de la contingencia de dependencia podrá ser llevada a cabo por entidades aseguradoras que operen en los ramos de vida o enfermedad.

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

6.4. Desarrollos normativos adicionales

- Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia
- Resolución de 23 de mayo de 2007, del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, por la que se publica el acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, por el que se establecen los acuerdos en materia de valoración de la situación de dependencia
- Orden TAS/1459/2007, de 25 de mayo, por la que se establece el Sistema de Información del Sistema para la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia y se crea el correspondiente fichero de datos de carácter personal
- Real Decreto 615 /2007, de 11 de mayo, por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en 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 504/2007, de 20 de abril por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006 de Dependencia.

- Resolución de 27 de marzo de 2007, de la Dirección General de Trabajo, por la que se corrige la de 22 de febrero de 2007, por la que se registra y publican las tablas salariales para 2007, del IV Convenio colectivo estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal.
- Convenios entre el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, el IMSERSO y las CC.AA. para la realización de programas y/o proyectos cofinanciados del Plan de Acción a favor de Personas en Situación de Dependencia
- Proyecto de acuerdo sobre acreditación de centros, servicios y entidades (abril 2007). La competencia para acreditar centros, servicios y entidades corresponde a las CC.AA en su ámbito competencial (art. 16 Ley de Dependencia), si bien se encomienda al Consejo Territorial la fijación de criterios comunes de acreditación (art. 34.2 Ley de Dependencia).

6.5. Retos de la implantación del Sistema de Dependencia

La aprobación y posterior implantación del Sistema de Dependencia debería representar un avance muy importante en la política social.

Los principales retos ante el desarrollo de la Ley de Dependencia y la implantación del SAAD son:

1. Valoración del beneficiario: debe garantizarse la equidad y objetividad de las valoraciones en todo el territorio del Estado para el acceso a los derechos que se establecen.
Para ello deben establecerse criterios comunes que definan quien y como se realizarán las valoraciones. Deberían constituirse equipos multidisciplinares con perfiles de profesionales sociales y sanitarios que la llevaran a cabo.
El tiempo transcurrido entre la solicitud de valoración de la situación de dependencia y la valoración efectiva debería ser mínimo, por lo que deberían establecerse medidas para asegurar que la creciente demanda se atiende con la máxima celeridad y definirse indicadores mínimos de funcionamiento.
2. Calidad de los servicios de atención: todos los centros y servicios de atención (concertados o no) deberían acreditar unos criterios mínimos de calidad consensuados a nivel estatal para cada grado y nivel de dependencia, por lo que deberían establecerse unos criterios mínimos a nivel estatal para cada grado de necesidad.
3. Sostenibilidad: para conseguir la sostenibilidad a medio y largo plazo del SAAD, es imprescindible que la dotación económica pública sea suficiente y se cuente con la participación del beneficiario en la financiación de los servicios, en función de su capacidad económica. Sin

embargo, una financiación insuficiente no debería ser compensada con un copago excesivo. La Administración General del Estado debería establecer un importe de copago máximo con el fin de preservar el principio de equidad.

4. Financiación privada: para facilitarla deberían regularse los instrumentos privados de cobertura de la dependencia y su incentivación fiscal.
5. Administraciones públicas: la naturaleza de esta Ley requiere de un compromiso y una actuación conjunta de todos los poderes e instituciones públicas, por lo que la coordinación y cooperación entre ellas es un elemento fundamental.
6. Legislación: será necesario un despliegue reglamentario amplio que dé respuesta a los innumerables retos que se presentan para su implantación.
7. La coordinación de servicios de atención a las personas dependientes aporta resultados altamente positivos no sólo en la satisfacción de las personas atendidas, sino también en la reducción de costes (alrededor del 20%) de urgencias y hospitalización.
8. La Planificación y control de la gestión de los servicios por parte de las CC.AA. permitirían atender a las personas de un modo integral y equitativo, asegurando que reciben la atención necesaria y potenciando siempre que sea posible su permanencia en el entorno en el que desarrollan su vida.
9. Personal: la gestión de la oferta está en manos de diversos agentes (administración pública, sector privado sin ánimo de lucro y sector privado mercantil). Es imprescindible disponer de personal formado y cualificado capaz de prestar una atención profesionalizada. El sector no dispone actualmente del suficiente número de profesionales debidamente cualificados.
10. Información y atención eficiente: el ciudadano susceptible de ser beneficiario del sistema debe ser informado de forma proactiva. La identificación de una persona en situación de dependencia debería contar con la asignación de un “gestor del caso” que informase a la familia e hiciese el seguimiento. Además de esa figura, la información relativa al caso de la persona en situación de dependencia y a la oferta de servicios disponible debería estar centralizada con un expediente único por persona atendida y acceso on-line.

7. Efectos de la implantación del Sistema de Dependencia sobre la economía y el empleo

La atención a la dependencia está llamada a convertirse en un sector con un papel fundamental en la actividad económica y el empleo.

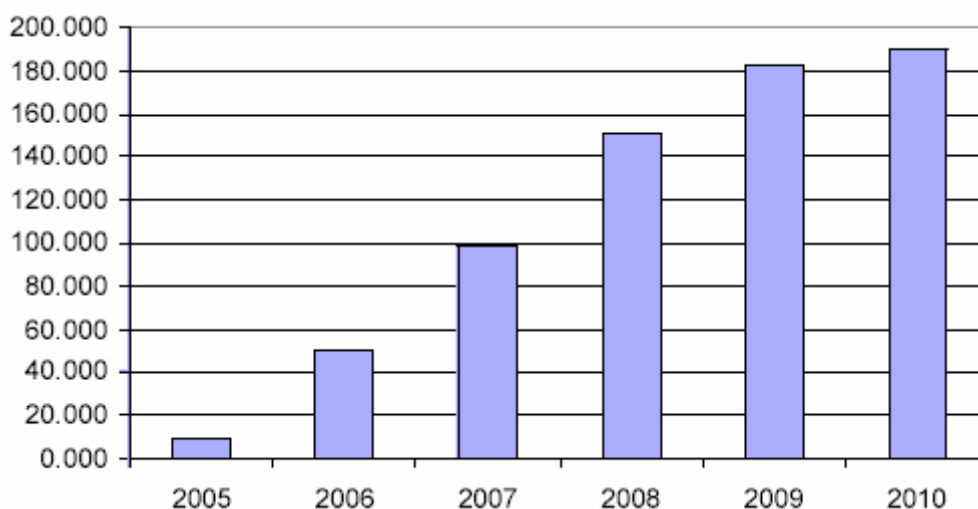
Los gastos corriente y de capital asociados del SAAD suponen un estímulo para la economía de la mano de un mayor gasto público, que se transmite directamente en la demanda, y por tanto, en la producción, dando lugar a un impulso en el empleo, la renta y los precios y salarios.

Según estimaciones de FEDEA, el gasto público asociado a la puesta en marcha del SAAD equivaldría al 0,44% del PIB del periodo 2005-2010 para el gasto corriente y al 0,17% para el gasto de capital, en total al 0,61% del PIB.

La atención a las personas dependientes se concreta fundamentalmente en actividades de cuidados personales intensivas en empleo. La puesta en marcha del SAAD tendrá los siguientes efectos sobre el empleo:

- Creación de nuevos empleos en los ámbitos público y privado ligados al desarrollo de los programas de atención, así como en la industria y construcción.
- Liberación de fuerza de trabajo hoy apartada total o parcialmente del mercado laboral, por estar dedicada al cuidado de personas dependientes y que podrían incorporarse a la vida laboral.
- Afloramiento de empleos que en la actualidad se vienen realizando de forma sumergida o irregular

Gráfico 11 - Efectos del SAAD sobre el empleo (miles de personas)

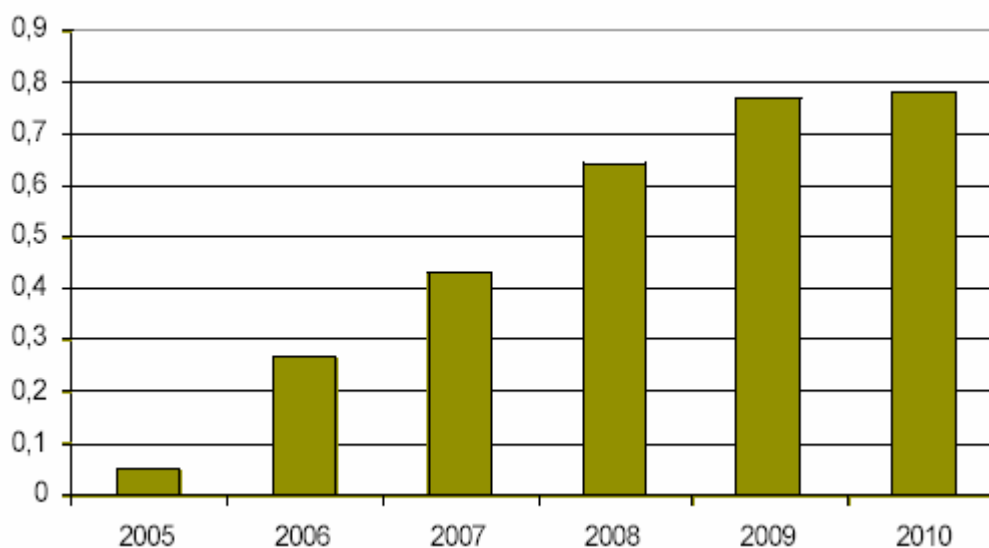


Fuente: FEDEA, Efectos de la Ley de Dependencia sobre el empleo y la economía

La implantación gradual del SAAD supondrá la creación de 190.158 empleos en el año 2010 y una reducción media de la tasa de paro en el 0,49%.

La liberación de trabajadores dedicados a cuidados informales equivaldría a casi la mitad de los empleos que se han estimado que se crearían (contribución a la mayor participación de la mujer en el mercado de trabajo).

Gráfico 12.- Reducción en la tasa de paro debida al SAAD

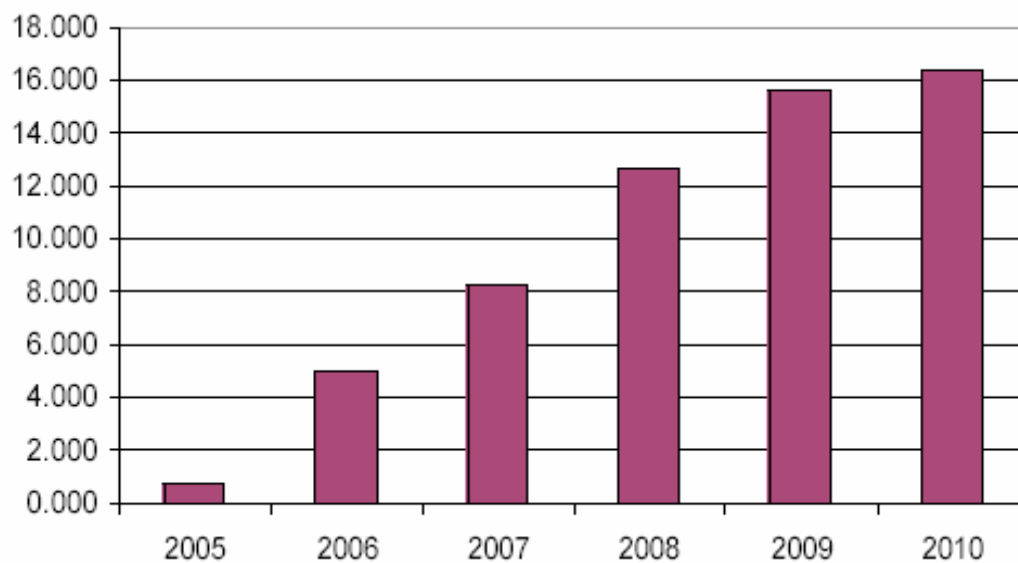


Fuente: FEDEA, Efectos de la Ley de Dependencia sobre el empleo y la economía

Según FEDEA, la implantación del SAAD durante el periodo 2005-2010 tendría los siguientes efectos económicos:

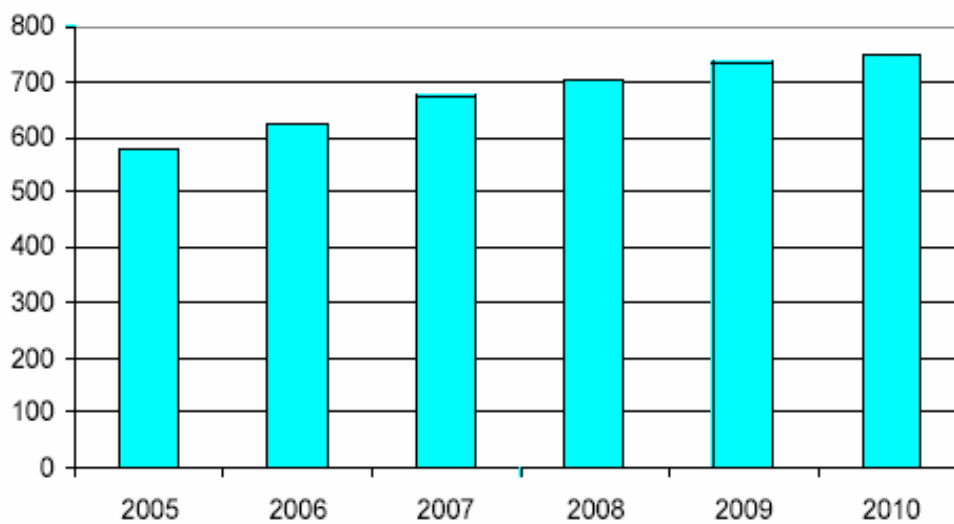
- Impulso medio sobre el PIB de un 1,03%
- Incremento de la tasa de crecimiento de 0,28 %
- Aumento medio de 678 € en la renta por habitante
- Elevación media del ratio deuda/PIB en un 0,21%, mientras que el gasto total medio en porcentaje del PIB supone un 0,59%
- Un 65% de los gastos asociados al SAAD se recuperarían por medio de retornos fiscales

Gráfico 13.- Efectos del SAAD sobre la producción real (millones de euros de 2005)



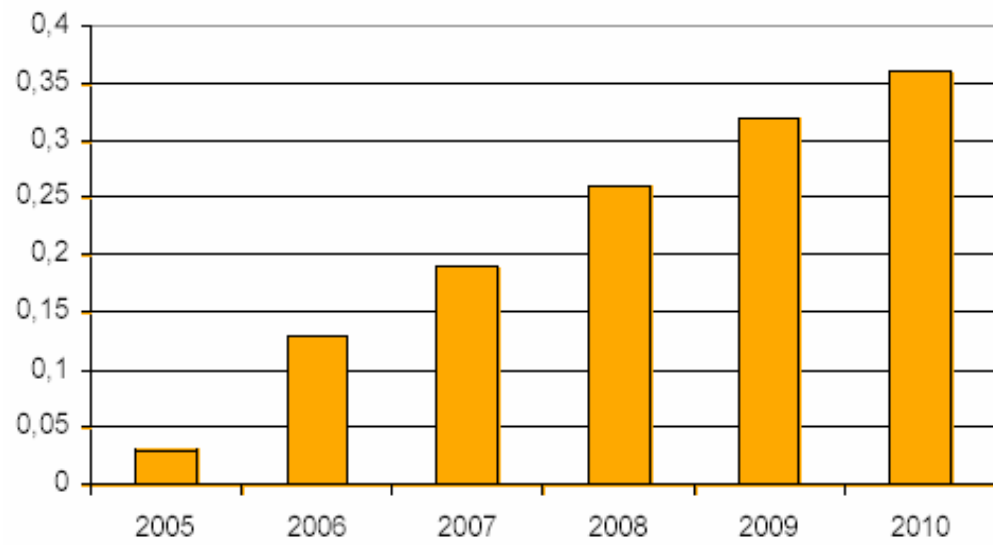
Fuente: FEDEA, Efectos de la Ley de Dependencia sobre el empleo y la economía

Gráfico 14 - Efectos del SAAD sobre la renta real por habitante (euros de 2005)



Fuente: FEDEA, Efectos de la Ley de Dependencia sobre el empleo y la economía

Gráfico 15 - Efectos del SAAD sobre el ratio deuda pública/PIB



Fuente: FEDEA, Efectos de la Ley de Dependencia sobre el empleo y la economía

8. Tipología de seguros de dependencia

Desde el inicio de su comercialización el seguro de dependencia ha tenido distintas formas de aseguramiento. Los diferentes productos en los mercados aseguradores en los que se comercializa esta modalidad se pueden agrupar bajo distintos criterios atendiendo a las siguientes clasificaciones.

8.1. Modalidades de seguro

8.1.1. Según el estado de los asegurados en el momento de la contratación

a) Productos diseñados para la contratación por parte de asegurados sanos

Esta es la opción de aseguramiento más común. En este caso cuando el asegurado suscribe el seguro no se encuentra en estado de dependencia y su contratación obedece a la cobertura del riesgo de entrada en dicho estado.

b) Productos diseñados para asegurados que ya están en estado de dependencia

En este tipo de aseguramiento, comercializado en el Reino Unido (*point of need plans*), el asegurado contratante ya se encuentra en dependencia al suscribir el seguro. El riesgo asumido por la compañía de seguros viene derivado de la cuantificación de la duración de dicho estado.

Esta modalidad, que se comercializa a prima única y en forma de renta, tiene el inconveniente del elevado coste de la prima, al ser los beneficios del seguro percibidos de forma inmediata.

Su ventaja, frente a otros productos de renta, es que su precio es más reducido que un seguro tradicional de esta clase debido a la utilización de probabilidades de supervivencia de dependientes, que son sustancialmente más reducidas que las de asegurados sanos.

8.1.2. Según la periodicidad del cobro de las prestaciones

a) Prestación única

En esta opción se percibe un reembolso o un importe a tanto alzado, en el momento de entrada en dependencia. Esta cobertura suele ser adicional de otra principal de dependencia donde si se prevén prestaciones periódicas. El motivo de la incorporación de este seguro complementario suele venir asociado a los gastos derivados de los arreglos necesarios en la vivienda del asegurado con motivo de su entrada en una situación de dependencia.

b) Prestaciones periódicas

La percepción de prestaciones periódicas bien sea en la modalidad de reembolso o bien en la de pago fijo, es la opción más frecuente de aseguramiento.

La incorporación de condiciones de revalorización de las prestaciones es especialmente importante para este tipo de cobertura. El contratante que no incorpore estas cláusulas, si bien abarata sustancialmente las primas, puede estar infrasegurado en coste de su necesidad asistencial en el momento que le sobrevenga el estado de dependencia. En el mercado norteamericano la mayoría de las aseguradoras exigen a los solicitantes del seguro que no quieren la opción de protección de la inflación (*inflation riders* o *inflation protection*) firmar una declaración afirmando su negativa a la protección inflacionista.

8.1.3. Según la periodicidad de pago de las primas

a) Prima única

Esta opción de aseguramiento suele ir vinculada a la percepción de una cantidad única a tanto alzado y no a un reembolso periódico o una renta, debido a que los capitales constitutivos de estas últimas opciones son más elevados y esto eleva sustancialmente el importe de la prima única.

b) Primas periódicas

Esta es la forma más corriente de comercialización. Es usual en algunos de los productos, sobre todo en el mercado europeo, la posibilidad de que las primas no queden garantizadas para toda la duración del seguro y que se introduzcan en las pólizas cláusulas de revisión transcurrido un periodo de tiempo. Estas cláusulas, no obstante, suelen tener limitadas las posibles subidas, tanto en importes como en periodos de aplicación.

En el momento de acaecimiento de la dependencia se suele prever la exoneración del pago de las primas futuras.

8.1.4. Según la duración de la cobertura del riesgo

a) Cobertura temporal

Esta modalidad, aunque se comercializa en algunos mercados, no es adecuada ya que no protege suficientemente al asegurado. La contratación de una cobertura temporal tiene exclusivamente su motivación en una reducción de la prima.

b) Cobertura vitalicia

Este tipo de cobertura es la más extendida internacionalmente. El asegurador ha de ser especialmente cuidadoso en la elaboración de las

bases técnicas del seguro debido a que en el momento de la contratación existe un capital en riesgo muy importante que debe estar correspondido por unas primas adecuadas que incorporen márgenes de seguridad sobre las hipótesis de cálculo de incidencia y mortalidad de activos y dependientes a lo largo del tiempo.

8.1.5. Según el tipo de beneficio asegurado

El beneficio asegurado constituye, de hecho, el elemento que define la tipología del seguro en cuanto a la entidad que comercializa el producto. Los distintos tipos de beneficios que se pueden ofertar para esta garantía son:

a) Prestación del servicio

En caso de acaecimiento del estado de dependencia se prestan al asegurado los cuidados sociosanitarios que necesite, bien sea en una residencia o bien en su propio domicilio.

Desde el punto de vista de la necesidad de protección por parte del asegurado es la fórmula más completa de aseguramiento. No obstante, la prestación de la garantía de dependencia bajo esta forma no está muy extendida debido a la aversión de las entidades aseguradoras al riesgo de inflación a largo plazo de los costes de la prestación de los servicios.

b) Reembolso de gastos

En esta modalidad la entidad aseguradora reembolsa un porcentaje, con un límite máximo cuantitativo del coste de los servicios sociosanitarios en que incurra el asegurado dependiente. En el caso de que se reciban cuidados informales realizados por un familiar se suele entregar una cantidad a tanto alzado equivalente a un valor porcentual inferior al límite fijado para cuidados institucionalizados.

En este tipo de productos se acompaña al reembolso de un servicio de asesoramiento médico que ayuda a elegir los cuidados más adecuados para el paciente.

c) Pago de una cantidad fija

En el seguro de dependencia, bajo esta modalidad, en caso de acaecimiento del siniestro se paga un importe a tanto alzado, con las condiciones de regularidad de pago y duración prefijadas en el contrato de rentas actuariales de dependencia pagaderas mientras viva el asegurado, con cláusulas de revalorización automática para minimizar el efecto de la inflación. Son la forma más frecuente de comercialización.

Desde el punto de vista de la entidad aseguradora, esta opción es fácil de gestionar ya que además de ir realizando los pagos, la compañía únicamente debe controlar la salida del asegurado del estado de

dependencia, ya sea por recuperación o por fallecimiento. No obstante, desde el punto de vista del asegurado no es la mejor opción ya que el cobro de un importe no garantiza que éste sea utilizado de la forma más eficiente en el cuidado del dependiente. En muchos casos se reciben cuidados informales por familiares y amigos cuando sería más adecuado recibir ayuda profesional en un centro residencial.

La comercialización del seguro de dependencia en forma de prestación de servicios, reembolso o subsidio suele ser llevada a cabo por entidades que operan en el ramo de salud, siendo más frecuente la venta de seguros de rentas de dependencia en compañías aseguradoras de vida.

8.1.6. Según la relación de esta garantía con otras dentro del seguro

a) Garantía principal

La importancia de este seguro, unido al elevado precio de la prima, hace aconsejable su comercialización de manera independiente.

b) Garantía complementaria

La dependencia puede ser incorporada, bajo distintas formas, como garantía complementaria en seguros de salud y vida. Estas distintas opciones son:

- Garantía adicional en un seguro de asistencia sanitaria o reembolso de gastos médicos
- Renta de dependencia adicional a una renta actuarial o cierta (*enhanced pension*)
- Anticipo de un porcentaje periódico en caso de dependencia del capital principal para el caso de fallecimiento en un seguro de vida entera
- Seguro de rentas de invalidez que a partir de los 65 años se convierte en un seguro de rentas de dependencia

8.2. Seguro de Vida

8.2.1. Seguro de riesgo de rentas vitalicias a prima nivelada

a) Tipo de producto

Individual como garantía principal.

b) Garantías

El producto tiene por objeto garantizar el pago de una renta en caso de dependencia total del asegurado. La renta se abonará mientras persista el

estado de dependencia total del asegurado y, como muy tarde, hasta su fallecimiento.

c) Definición de dependencia

Estado de dependencia total como estado de salud consolidado.

d) Selección médica

El candidato deberá cumplimentar un cuestionario de salud simplificado (5 o 6 preguntas), que será completado en determinados casos con un reconocimiento médico completo más detallado y pruebas médicas.

Si el asegurado contesta negativamente a todas las preguntas del cuestionario simplificado se aceptará el riesgo como normal. En caso contrario será preciso aportar el reconocimiento médico firmado por el médico examinador.

e) Edad límite de suscripción

Normalmente 75 años, en algunos casos 70 años.

f) Plazos de carencia

La cobertura se inicia:

- ✓ Inmediatamente, en caso de dependencia provocada por un accidente
- ✓ Después de un período de carencia de un año, para las demás causas de dependencia
- ✓ Después de un periodo de carencia de 3 años, si la dependencia se debe a demencia senil o enfermedad de Alzheimer.

g) Franquicia

90 días a contar desde la fecha de reconocimiento por parte del asegurador del estado de dependencia del asegurado. La primera renta se pagará, por tanto, a partir del cuarto mes

h) Primas

La prima se determina en función de la edad del asegurado a la fecha de suscripción. La prima es mensual, vitalicia y prepagable.

En caso de dependencia del asegurado, y a partir de la fecha de su reconocimiento por parte de la entidad aseguradora, el tomador queda exonerado del pago de las primas. En caso de recuperación del asegurado y desaparición del estado de dependencia, la exención del pago de primas desaparece y el tomador estará obligado a abonarlas

Las primas son revisables según los resultados técnicos del contrato y según la evolución del riesgo. En el caso de que una decisión legislativa o reglamentaria diera lugar a una modificación de los compromisos del asegurador, éste se reserva el derecho a adaptar en consecuencia bien la tasa de prima, bien las garantías de la póliza. Igualmente en el caso de que el asegurador observe una significativa evolución del riesgo sobre el conjunto de contratos de la misma naturaleza.

i) Tarificación y base estadística

Cuando se cubre un solo nivel de dependencia, la dependencia total, la población puede dividirse en tres grupos: las personas autónomas, las personas dependientes, y las personas que fallecen. En la fecha de suscripción del contrato, el asegurado es autónomo. En función de su estado de salud, evolucionará a uno de los otros dos grupos. Debe utilizarse un modelo multi-estados: estados de autonomía, dependencia y fallecimiento.

j) Provisiones

Las dos principales provisiones a constituir para un contrato de dependencia son:

- ✓ Provisiones matemáticas para los riesgos crecientes de personas que están en el periodo de pago de primas, es decir, autónomas
- ✓ Provisiones para siniestros que afectan a las personas dependientes como provisiones de rentas en curso de pago.

k) Prestación

La prestación garantizada es una renta mensual postpagable pagadera al asegurado mientras se encuentre en estado de dependencia y hasta su fallecimiento.

El importe de la renta es elegido por el tomador en el momento de la suscripción del contrato, con un límite máximo de 2.500 € al mes.

En el momento en el que el asegurado deje de responder a los criterios de dependencia establecidos, se suspenderá el pago de la renta indefinidamente hasta el día en que vuelva a cumplirlos.

l) Valor de reducción

En caso de cese en el pago de primas por parte del tomador, y siempre que se hayan satisfecho las mismas durante al menos 10 años, el contrato continuará en vigor por un importe de renta reducido.

Este importe de renta reducido se determinará en función del número de primas pagadas y de la edad del asegurado a la fecha de la reducción.

No obstante, si el importe de la renta reducida fuese inferior a 500€ al mes, el asegurador podrá satisfacer el importe de la prestación en forma de capital, poniendo fin al contrato.

8.2.2. Seguro de riesgo de rentas inmediatas a personas dependientes

a) Tipo de producto

Individual como garantía principal.

b) Garantías

El producto tiene por objeto garantizar el pago de una renta a personas en estado de dependencia total en el momento de la suscripción del seguro. La renta se abonará mientras persista el estado de dependencia total del asegurado y hasta su fallecimiento.

c) Definición de dependencia

Estado de dependencia total como estado de salud consolidado.

d) Selección médica

El candidato deberá demostrar su estado de dependencia total consolidado.

e) Primas

La prima se determina en función de la edad del asegurado a la fecha de suscripción. La prima es única pagadera en el momento de la suscripción del contrato.

f) Tarificación y base estadística

Se aplican las leyes de longevidad de las personas dependientes y están en función de la edad, sexo y tiempo transcurrido en situación de dependencia.

g) Provisiones

La única provisión a constituir es la provisión de rentas en curso de pago que afecta a las personas dependientes.

h) Prestación

La prestación garantizada es una renta mensual postpagable pagadera al asegurado:

- ✓ Siempre durante los dos primeros años, como renta cierta

- ✓ A partir del tercer año desde la suscripción del contrato, siempre que el asegurado viva y se encuentre en estado de dependencia total, de forma vitalicia hasta su fallecimiento.

En el momento en que el asegurado deje de responder a los criterios de dependencia establecidos, se suspenderá el pago de la renta indefinidamente hasta el día en que vuelva a cumplirlos.

8.2.3. Seguro de doble renta en caso de dependencia

a) Tipo de producto

Individual ligado a un seguro de renta de jubilación.

b) Garantías

El producto tiene por objeto garantizar al asegurado jubilado que, en caso de que se vea afectado por un estado de dependencia total, el importe de su renta de jubilación, calculada al inicio del pago de la misma, se duplicará.

c) Definición de dependencia

Estado de dependencia total como estado de salud consolidado.

d) Selección médica

El candidato deberá cumplimentar un cuestionario de salud simplificado (5 o 6 preguntas), que será completado en determinados casos con un reconocimiento médico completo más detallado y pruebas médicas.

Si el asegurado contesta negativamente a todas las preguntas del cuestionario simplificado se aceptará el riesgo como normal. En caso contrario será preciso aportar el reconocimiento médico firmado por el médico examinador.

e) Edad de suscripción

Este seguro puede suscribirse por personas físicas con edades comprendidas entre los 60 y los 70 años, que contraten una renta vitalicia.

f) Plazos de carencia

La cobertura se inicia:

- ✓ Inmediatamente, en caso de dependencia provocada por un accidente
- ✓ Después de un periodo de carencia de un año, para las demás causas de dependencia
- ✓ Después de un periodo de carencia de 3 años, si la dependencia se debe a demencia senil o enfermedad de Alzheimer.

g) Franquicia

90 días a contar desde la fecha de reconocimiento por parte del asegurador del estado de dependencia del asegurado.

h) Primas

La prima se calcula como un porcentaje de reducción de la renta vitalicia de jubilación, y es revisable anualmente en función de la evolución del riesgo de dependencia.

i) Tarificación y base estadística

Cuando se cubre un solo nivel de dependencia, la dependencia total, la población puede dividirse en tres grupos: las personas autónomas, las personas dependientes, y las personas que fallecen. En la fecha de suscripción del contrato, el asegurado es autónomo. En función de su estado de salud, evolucionará a uno de los otros dos grupos. Debe utilizarse un modelo multi-estados: estados de autonomía, dependencia y fallecimiento.

j) Provisiones

Las dos principales provisiones a constituir para un contrato de dependencia son:

- ✓ Provisiones matemáticas para los riesgos crecientes de personas que están en el periodo de pago de primas, es decir, autónomas
- ✓ Provisiones para siniestros que afectan a las personas dependientes como provisiones de rentas en curso de pago.

k) Prestación

La prestación garantizada es una renta mensual postpagable pagadera al asegurado mientras se encuentre en estado de dependencia y hasta su fallecimiento.

El importe de la renta se establece en el momento del cálculo de la renta inmediata de jubilación, por un importe igual al de ésta.

8.2.4. Seguro colectivo: opción de mutualización del riesgo

a) Tipo de producto

Seguro de grupo de adhesión obligatoria.

b) Grupo asegurable

Todo el personal en activo y eventualmente, si el reparto demográfico lo permite, el personal jubilado que no se encuentre en situación de

dependencia ni de invalidez permanente a la fecha de suscripción. La suscripción debe ser obligatoria para todo el grupo.

c) Garantías

El producto tiene por objeto garantizar el pago de una renta a personas en estado de dependencia total del asegurado. La renta se abonará mientras persista el estado de dependencia total del asegurado y hasta su fallecimiento.

d) Definición de dependencia

Estado de dependencia total como estado de salud consolidado e irreversible.

e) Selección médica

La necesidad de selección médica depende de la población cubierta. Si el tamaño del grupo es lo suficientemente grande con un reparto adecuado de edades (suficientes activos para poder integrar el grupo de jubilados en la cobertura), no es preciso establecer un proceso de selección médica en el momento de la suscripción. En caso contrario, se efectuará la selección médica a través de un cuestionario simplificado que se completará, en caso necesario, con un cuestionario más amplio y pruebas médicas.

f) Edad límite de suscripción

En principio, si el tamaño del grupo es suficientemente importante, con el buen reparto entre todas las edades (suficientes activos para poder integrar el grupo de jubilados en el seguro) no se establece límite de edad alguno en la suscripción.

g) Plazos de carencia

Para la integración de las personas jubiladas en la cobertura, se establecerán períodos de carencia con el objetivo de evitar cubrir a personas mayores ya dependientes o casi dependientes en la fecha de inicio del contrato.

h) Franquicia

La renta toma efecto tras un plazo de espera de 90 días a contar desde la fecha de reconocimiento del estado de dependencia por parte del asegurador.

i) Primas

La prima global se calcula anualmente y dependerá de la estructura por edad y sexo en cada renovación.

La prima puede ser idéntica para todos los miembros (reparto uniforme del presupuesto global de dependencia entre todos los miembros del grupo) o por tramos de edad (con primas crecientes según la edad).

El coste de la dependencia se determina para cada asegurado en función de la edad alcanzada a la fecha de cálculo. El presupuesto total es la suma del coste para cada una de las personas del grupo. Se trata de una prima de riesgo pagadera anualmente al principio de cada año.

El cese de pago de primas, para cada asegurado, se produce a partir de la fecha en la que el asegurado es reconocido dependiente, con carácter irreversible, por parte del asegurador.

Si la prima resulta impagada, la cobertura finaliza.

j) Tarifificación y base estadística

Cada año, y con el fin de calcular el coste global de la dependencia, se deberá facilitar la siguiente información en relación con la demografía del grupo:

- ✓ Sexo y fecha de nacimiento de las personas del grupo (activos y jubilados)
- ✓ Número de inválidos (excluidos de la cobertura)
- ✓ Número de jubilados dependientes o próximos a estarlo (excluidos de la cobertura)

El riesgo cubierto es el pago de una renta cuando el asegurado entra en estado de dependencia total. La prima es pagadera mientras el asegurado es autónomo, es decir, no dependiente.

En la fecha de suscripción del contrato, el asegurado es autónomo. En función de su estado de salud, evolucionará a uno de los otros dos grupos. Debe utilizarse un modelo multi-estados: estados de autonomía, de dependencia y de fallecimiento.

El coste global corresponde a la suma de las primas de riesgo de todos los asegurados. Este coste contiene un margen demográfico que resulta necesario puesto que se trata de una tarificación a prima de riesgo (según la edad alcanzada) y el grupo envejece a pesar de las nuevas incorporaciones. El riesgo de dependencia es un riesgo fuertemente creciente con la edad, y resulta por lo tanto indispensable disponer de un margen demográfico que permita no tener que incrementar de manera importante las tarifas todos los años con motivo del inevitable envejecimiento del grupo. Todos los años deberá realizarse un control de la cartera.

El coste puede ser repartido según grandes tramos de edad con el fin de mutualizar el riesgo entre las generaciones o bien ser repartido de manera uniforme entre el conjunto de asegurados.

k) Provisiones

- ✓ Provisiones de siniestros que afectan a las personas dependientes, como:
 - Provisiones de rentas en curso de pago
 - Provisión de rentas para siniestros pendientes de declarar
- ✓ Provisión para hacer frente al envejecimiento de la cartera de forma que permita una relativa estabilidad de la tarifa en los próximos ejercicios. Se trata de provisionar un margen demográfico que permita hacer frente a una siniestralidad ulterior superior debida al inevitable envejecimiento de la cartera, es decir, que permita nivelar los resultados en el tiempo.

l) Prestación

La prestación garantizada por el presente contrato es una renta pagadera al asegurado a partir del momento en que se le reconozca en situación de dependencia por parte del asegurador. Esta renta se pagará mientras el estado de dependencia perdure y hasta el fallecimiento del asegurado.

El importe de la renta deberá ser idéntico para el conjunto de las personas dependientes del grupo, o estar fijado por criterios objetivos, ajenos a la voluntad del asegurado.

En el caso de que el asegurado no respondiera a los criterios de reconocimiento de la dependencia en un momento determinado, el pago de la renta quedará suspendido, volviendo la renta a ser satisfecha a partir del día en que el estado de dependencia sea nuevamente reconocido.

8.3. Seguro de Salud

8.3.1. Reembolso de gastos o asistencia

a) Tipo de producto

Individual como garantía principal

b) Garantías

El producto de seguro de dependencia tiene por objeto garantizar el reembolso de determinados servicios de salud y cuidados hasta el límite contratado.

El asegurado puede optar por sustituir este sistema de reembolso por un sistema de servicios concertado.

c) Definición de dependencia

Estado de dependencia total como estado de salud consolidado e irreversible.

d) Selección médica

El candidato deberá cumplimentar un cuestionario de salud simplificado (5 o 6 preguntas), que será completado en determinados casos con un reconocimiento médico completo más detallado y pruebas médicas.

Si el asegurado contesta negativamente a todas las preguntas del cuestionario simplificado se aceptará el riesgo como normal. En caso contrario será preciso aportar el reconocimiento médico firmado por el médico examinador.

e) Edad de suscripción

De 20 a 75 años.

f) Plazos de carencia

La cobertura se inicia:

- ✓ Inmediatamente, en caso de dependencia provocada por un accidente
- ✓ Después de un periodo de carencia de un año, para las demás causas de dependencia
- ✓ Después de un periodo de carencia de 3 años, si la dependencia se debe a demencia senil o enfermedad de Alzheimer.

g) Franquicia

Es opcional para el asegurado.

h) Primas

La prima se determina en función de la edad del asegurado a la fecha de suscripción y del límite de suma asegurada. La prima es mensual, vitalicia, prepagable y constante.

En caso de dependencia del asegurado, y a partir de la fecha de su reconocimiento por parte de la entidad aseguradora, el tomador queda exonerado del pago de las primas. En caso de recuperación del asegurado y desaparición del estado de dependencia, la exención del pago de primas desaparece y el tomador estará obligado a abonarlas.

Las primas son revisables según los resultados técnicos del contrato y según la evolución del riesgo.

i) Tarificación y base estadística

La tarificación va ligada, además de a la edad del asegurado, a la estimación de los costes medios de los servicios ofrecidos en el contrato. Hay que tener en cuenta la frecuencia, el coste medio y la duración media del pago de las prestaciones.

j) Provisiones

Las dos principales provisiones a constituir para un contrato de dependencia son:

- ✓ Provisiones para los riesgos crecientes de personas que están en el período de pago de primas, es decir, autónomas
- ✓ Provisiones para siniestros que afectan a las personas dependientes como provisiones de siniestros pendientes de pago.

k) Prestación

La prestación garantizada es asistencial, mientras persista el estado de dependencia, mediante servicios concertados o de reembolso de gastos hasta el límite de la suma asegurada. Los servicios son principalmente:

- ✓ Residencias para mayores
- ✓ Asistencia a domicilio: profesionales de enfermería y básicos para labores domésticas
- ✓ Centros de día
- ✓ Servicios temporales para permitir el descanso del cuidador habitual
- ✓ Cuidados terminales
- ✓ Teleasistencia
- ✓ Reserva de cama
- ✓ Transporte en ambulancia
- ✓ Adaptación del domicilio
- ✓ Aparatos terapéuticos

8.4. Seguros mixtos

Además de los anteriores, pueden existir diferentes combinaciones de garantías para cubrir la dependencia que no permitan encuadrar el producto dentro de los descritos hasta ahora. Son fórmulas de comercialización de los seguros de dependencia que tratan de aprovechar las ventajas del producto de seguro básico de que se trate (vida o salud) evitando sus inconvenientes.

El seguro de dependencia, según la tipología expuesta irá destinado, bien a financiar una prestación económica, bien a reembolsar los gastos asistenciales en los que se incurra, pero en cualquier caso es necesario el desarrollo de la actividad de los operadores especializados en la prestación de servicios, ya estén éstos ligados o no a compañías aseguradoras. El desarrollo de la

cobertura de la dependencia, tanto en el ámbito público como en el privado, precisará del desarrollo de unas infraestructuras que posibiliten la prestación de los servicios necesarios para atender a las personas dependientes cumpliendo unos estándares mínimos de calidad.

La relación de la prestación de servicios en caso de dependencia con el seguro puede ser muy diversa, dependiendo de distintos factores: el tipo de seguro de que se trate (prestación económica o reembolso), la entidad aseguradora que comercialice el seguro, la relación que exista entre la compañía aseguradora y los operadores asistenciales (integración en un mismo grupo, acuerdos entre entidades), la estrategia de comercialización y la red de ventas.

A continuación vamos a describir algunos modelos en los que se asocia la prestación asistencial con la prestación económica.

8.4.1. Vida + asistencia

Se trata de combinar un producto de vida con una oferta de prestación de servicios a través de un operador especializado.

La prestación de servicios no forma parte integrante del seguro pero existe un acuerdo entre la compañía de seguros y un prestador de servicios para presentar los servicios asistenciales de éste en el momento de la suscripción del seguro, como contrato independiente, estableciendo que estos servicios serán financiados por el asegurado con cargo a su renta en caso de dependencia. En cualquier caso el importe de la renta será totalmente independiente del coste de los servicios consumidos, de tal forma que si éste es superior, deberá ser soportado por el asegurado.

Esta oferta conjunta representará un valor añadido para el seguro de prestación económica y posibilitará a los prestadores de servicios contar con una base de clientes potenciales más amplia. Serán clientes que de no haber contratado el seguro de dependencia, probablemente, llegada esta situación, no hubieran contado con los recursos económicos suficientes para financiar los servicios asistenciales del prestador de servicios.

El producto se presenta como un todo con dos contratos diferenciados en su interior, uno con la compañía de seguros y otro con el prestador de servicios.

8.4.2. Salud + prestación económica

En estos productos a la garantía asistencial o de reembolso de gastos se asocia la garantía de un capital para gastos extraordinarios. Normalmente este capital se establece en función del límite de suma asegurada suscrita y su contratación es opcional. La finalidad de esta prestación económica es la de permitir al asegurado financiar la adquisición de instrumentos especiales adaptados o la adaptación de su domicilio. En cualquier caso, se trata de una prestación en forma de capital de libre disposición por parte del asegurado, sin que deba justificar su destino a la compañía aseguradora.

8.4.3. Prestación asistencial o prestación económica

En estos productos la prima se establece en función del coste de la prestación asistencial, es decir, el enfoque del producto es más próximo al seguro de salud. Sin embargo, en el momento de producirse el estado de dependencia, se deja libertad al asegurado para que pueda elegir entre beneficiarse de los servicios asistenciales de su póliza de seguros o percibir un subsidio mensual, cuya cuantía variará en función del estado de dependencia, de libre disposición. En este último caso es el asegurado el que deberá hacer frente a los costes de los servicios asistenciales que utilice, que podrán ser prestados por el operador que libremente elija.

9. Instrumentos de protección de la dependencia vinculados a la vivienda

La compra de la vivienda para uso propio tiene siempre la condición de activo económico, que además de servir para satisfacer necesidades de alojamiento del propietario, se convierte inevitablemente en una forma de ahorro y de inversión. Ahorro, por cuanto que supone detraer unas ciertas rentas del consumo, e inversión porque se espera que el precio pagado por la vivienda experimente importantes revalorizaciones.

En los hogares formados por personas mayores, la vivienda en propiedad además del alojamiento, es la materialización de unos ahorros y unos rendimientos. En suma, de un enriquecimiento que podría hacerse especialmente útil en el último tramo de la vida de los propietarios, cuando mermadas las rentas aumentan las necesidades.

En la mayor parte de las familias españolas, la vivienda constituye la parte fundamental del caudal hereditario o conjunto de bienes que una generación hereda de las precedentes. La herencia como institución, jurídicamente reglamentada y con un hondo arraigo social, será, por tanto, otro de los ejes vertebradores de la relación hogar vivienda dentro del conjunto de cambios sociales y económicos que irá imponiendo el proceso de envejecimiento demográfico.

A diferencia de lo que ocurre en el resto de los países europeos, ser propietario de una vivienda es una circunstancia normal en España y el fuerte predominio de la vivienda en propiedad sitúa a la sociedad española en una posición especial ante el proceso de envejecimiento demográfico. La propiedad es el régimen de tenencia que ha ido imponiéndose y consolidándose a lo largo del último medio siglo.

Según el Censo de 2001 la proporción de hogares con viviendas en propiedad es de 82,17 % para el conjunto de España.

La comparación con los datos de la Unión Europea (ver cuadro 6) pone de manifiesto la divergencia de la situación española. Los valores de España prácticamente duplican a los de Alemania y si en los últimos años puede apreciarse un cierto proceso de convergencia es porque en los países europeos aumentan las proporciones de propietarios más rápidamente que en España.

Cuadro 8- Proporción de viviendas en propiedad (%)

	1994	2001
EU (15)	57,9	64,0
Francia	54,7	64,1
Alemania	38,5	43,6
España	78,8	84,8

Fuente: Eurostat. INE. Panel de Hogares de la Unión Europea

Existe en la sociedad española esa propensión a la vivienda en propiedad que tras más de medio siglo se ha convertido en la principal forma de ahorro, hasta el punto de que según la Encuesta Financiera de las Familias, elaborada por el Banco de España en 2002, un 87,4% de la riqueza de los hogares españoles corresponde a activos reales, de los que más del 90% son activos inmobiliarios, proporción que se hace mayor entre los hogares con rentas más bajas.

Según el Panel de Hogares de Eurostat en 2001, las personas mayores de 65 años que vivían solas eran propietarias de sus viviendas en un 53,1% en el conjunto de los 15 países, mientras que en España el porcentaje era del 83,6.

Otro aspecto relevante, puesto de manifiesto por el Panel de Hogares, es que mientras en los hogares del conjunto de los 15 países de la Unión Europea con una renta inferior al 60% de la media, la proporción de propietarios era del 50,1%, entre los que tenían una renta por encima del 140%, era del 73,5. Sin embargo, en el caso de España ambos valores eran prácticamente iguales, 84,8% y 86,2%, respectivamente, lo que vuelve a poner de manifiesto el carácter casi universal de la propiedad de la vivienda en España, sin incidencia de las diferencias de renta.

Si consideramos la actividad del propietario del hogar tenemos que es el grupo de los jubilados (88,3%) el que presenta mayores proporciones de propietarios de vivienda, por encima de los activos (78,3%) y de los parados (63,5%).

9.1. Vivienda en propiedad y dependencia

En la relación envejecimiento demográfico y alta proporción de vivienda en propiedad, hay algunos hechos que permiten hacer previsiones razonables para los próximos años:

1. Va a seguir aumentando la esperanza de vida. Las proyecciones del INE calculan para 2016 una población de 6,4 millones de mayores de 70 años y 2,8 millones de mayores de 80 años.
2. La proporción de propietarios de vivienda para los mayores de 70 años (edad mínima normalmente exigida por las entidades financieras para contratar este tipo de productos financieros vinculados a la vivienda) que en 2001 estaba por encima del 84%, a la vista de los datos de las generaciones que se irán incorporando al grupo, subirá entre 4 y 5 puntos porcentuales. Podría decirse que en 2016 nueve de cada 10 mayores de 70 años serán propietarios de una vivienda.
3. En los últimos meses están aflorando productos financieros sobre la idea de la renta vitalicia, dirigidos a los mayores de 70 años que son propietarios de una vivienda, gracias a los beneficios fiscales asociados.
4. La condición de propietario es casi universal, pero se trata de un activo económico cuya capacidad de generar una renta al propietario está determinada básicamente por su precio, que en buena medida está

vinculado a su localización geográfica. No todas las viviendas suscitan el mismo interés de las entidades financieras, las cuales preferirán operar con inmuebles situados en zonas urbanas de mayor dinamismo.

5. La vivienda en propiedad constituye, por razones fiscales y de mercado, un serio anclaje espacial, con fuertes argumentos para la permanencia. La vivienda en propiedad suele ser así “para toda la vida” y como escenario de toda la historia familiar es percibida como un legado, lo cual casa mal con la idea de convertirla al final de la vida en parte de una operación financiera que elimina o enturbia la herencia a transmitir a los hijos.
6. La avanzada edad de los propietarios es a la vez, un factor necesario y contrario a la generalización de estos productos, que por novedosos, generarán desconfianzas y temores en una etapa vital nada proclive a la innovación o asunción de riesgos. La falta de autonomía se traslada también al ámbito de la toma de decisiones y con frecuencia será el entorno familiar quien acabe tomando una decisión en la que la racionalidad suele quedar postergada por los sentimientos.

9.2. Productos de dependencia vinculados a la vivienda

Existen cuatro alternativas para movilizar los recursos de los mayores y que estos puedan mejorar su calidad de vida y bienestar:

9.2.1. Vivienda pensión

Consiste en vender la vivienda y contratar una pensión vitalicia con una aseguradora, destinando la renta al pago de un alquiler para poder continuar viviendo en ella y una pensión complementaria para el antiguo propietario.

Se trata de un seguro de vida-ahorro que permite al asegurado obtener una renta mensual desde que se constituye la operación mientras viva, perdiendo el derecho de propiedad y conservando el usufructo.

a) Ventajas

Es una opción que ofrece cobertura vitalicia a los mayores y que es interesante cuando no existen herederos debido a que se sacrifica la titularidad de la propiedad

b) Inconvenientes

- Tiene un ámbito limitado de actuación, dado que para conseguir rentas interesantes la edad del rentista debe ser avanzada, pues es una opción vinculada a la esperanza de vida.
- El rentista pierde el derecho de propiedad sobre el inmueble

- Opción problemática cuando existen herederos.
- Tiene una fiscalidad negativa ya que se tributa por la pensión íntegra sin poder desgravar el alquiler.
- La pensión no se actualiza con el IPC

9.2.2. Hipoteca pensión

Consiste en hipotecar la vivienda y con el dinero obtenido se constituye una pensión vitalicia que permite al propietario mejorar su nivel de vida y, además, se hace frente a los intereses de la hipoteca. A la muerte del propietario sus herederos pueden optar a recuperarla subrogándose a la misma.

a) Ventajas

- La ventaja principal de este producto es que el rentista conserva la propiedad
- Puede aumentar la hipoteca para constituir una nueva pensión vitalicia, aprovechándose de las posibles revalorizaciones del inmueble.

b) Inconvenientes

- Los ingresos de la pensión vitalicia no se actualizan con el IPC
- Tiene una fiscalidad negativa ya que se grava la pensión vitalicia que, además, paga los intereses de la hipoteca.

9.2.3. Hipoteca inversa

Consiste en contratar una hipoteca que ofrecerá una disposición mensual de un importe determinado durante un periodo de tiempo concreto. Estas disposiciones pagan una renta y los intereses de la hipoteca.

La hipoteca inversa por si sola no garantiza la obtención de una renta de forma vitalicia al propietario de la vivienda (en caso de que se sobreviva al periodo de contratación de la hipoteca), debiéndose contratar para ello un seguro de rentas vitalicias diferidas, que conllevará un determinado coste.

Este producto es atractivo para el propietario que quiere envejecer en su casa.

a) Ventajas

- Permite mantener la titularidad del inmueble
- Fiscalmente es la mejor opción ya que la renta que percibe el mayor no tributa

- Es fácil de entender
- La revalorización de la vivienda es para el propietario

b) Inconvenientes

- Se trata de una operación sin cobertura vitalicia, es decir, no garantiza el riesgo de supervivencia o la insuficiencia de las pensiones públicas que perciben los mayores una vez finalizada la operación, por lo que será interesante en edades muy avanzadas
- Una vez finalizada la operación y aunque se disponga de un seguro de rentas vitalicias, sigue devengando intereses

9.2.4. Cesión-alquiler

El propietario no se desprende de la vivienda ni la grava con cargas futuras, sino que abandona la vivienda y la cede en explotación a una sociedad tercera que se encarga de explotarla en el mercado de alquiler, garantizando el pago de una parte de los ingresos obtenidos. La sociedad asume el riesgo de desocupación, impagados, costes de gestión e hipotéticos costes de mantenimiento y reparación.

El propietario pasa a ser consumidor de un producto residencial más adecuado a sus necesidades (apartamento tutelado con asistencia a domicilio o residencia asistida).

Esta alternativa es una opción válida para cualquier propietario.

a) Ventajas

- La cesión de la vivienda habitual requiere la disposición de una vivienda alternativa más adecuada a las necesidades del mayor:
 - apartamento tutelado: desarrollado en el marco del plan de la vivienda, permite el acceso a un apartamento tutelado a un precio asequible, inferior a la renta obtenida de su vivienda habitual.
 - residencia asistida: el coste de este producto será superior a la renta obtenida de la cesión de la vivienda, pero junto con otras rentas permitirá la financiación de una plaza en caso de situaciones de dependencia grave.
- Actualización de la renta según el mercado inmobiliario
- Mantenimiento de la propiedad libre de cargas
- Un buen funcionamiento del producto, permitiría no sólo resolver el problema residencial de las personas mayores, sino también incorporar una oferta adicional al parque de viviendas en alquiler movilizándolo las

viviendas actualmente desocupadas de los cascos antiguos de muchas ciudades.

b) Inconvenientes

- Es necesaria la implicación de la Administración para el desarrollo de la propuesta en el marco del Plan de la Vivienda.
- El 50% de las rentas por alquileres están gravadas en el IRPF.

9.3. Posibilidades de desarrollo de los productos de dependencia vinculados a la vivienda

La utilización de activos inmobiliarios en la financiación de los servicios de dependencia puede presentarse como eficiente en un contexto de elevada cultura de propiedad y crecimiento de los precios inmobiliarios. No obstante, el efecto riqueza como potenciador del consumo en las expansiones, puede actuar en contra en las fases recesivas, por lo que la caída del precio de la vivienda es un riesgo que no debe ser ignorado.

La vivienda en España tiene un potencial enorme como activo subyacente para instrumentar mecanismos de financiación de prestaciones de la vejez y de la dependencia.

Los mayores van a suponer un segmento de mercado cada vez más significativo y que controlará un porcentaje mayor de riqueza aunque sea en forma de patrimonio inmobiliario.

La mayor parte de las familias españolas son propietarias de vivienda y manifiestan que prefieren envejecer en casa. En este marco, con independencia de la respuesta que pueda dar el nuevo sistema de protección de la vejez y dependencia, el problema de financiación puede aliviarse en parte convirtiendo el patrimonio inmobiliario en renta.

Estos productos podrían jugar un importante papel complementario al sector público, tanto en la financiación vía copago como en la provisión al prestar servicios adicionales no atendidos por el sistema público, mejorando en este sentido el saldo de las finanzas públicas, tanto por el menor gasto social derivado de las diferentes prestaciones de la vejez como por un aumento de los ingresos fiscales al potenciar el consumo de la población envejecida.

Por otro lado, estos instrumentos se enfrentan a una cultura de la herencia muy arraigada en España. Este es un factor de acervo cultural de difícil superación, que podría necesitar de un cambio de mentalidad, no sólo en los directamente afectados, sino también en los familiares más próximos.

Los productos de ahorro ligados a la vivienda se están desarrollando en España con lentitud, en parte porque resulta aún pronto para que los factores demográficos tengan una repercusión visible sobre su demanda.

No obstante, las entidades financieras que ofrecen actualmente estos productos apuntan un gran potencial futuro de demanda debido a los siguientes factores:

- Existirá más información sobre los beneficios de los mismos
- Cada vez habrá más entidades que los ofrezcan
- Cambio sociológico del concepto de familia y la cultura de la herencia
- Los hijos no deberán ocuparse de financiar la dependencia del mayor
- Habrá un entorno de mayor necesidad económica

El éxito de los productos ligados a la vivienda dependerá tanto de la coyuntura de precios del mercado inmobiliario como de lo apremiantes que resulten las necesidades económicas a las personas mayores y de cómo éstas se emancipen de la costumbre de dejar su vivienda en herencia a los hijos, a la vez que también dependerá de que éstos acepten la nueva situación y entiendan que sus progenitores no van a depender económicamente de ellos ya que pueden utilizar su patrimonio para hacer frente a sus últimos años de vida con solvencia económica.

La elevada propensión a la vivienda en propiedad unida al aumento de los precios de la vivienda ha generado un incremento muy importante de la riqueza de las familias y, en sentido contrario, ha generado menor generación de ahorro en otro tipo de instrumentos.

Es realista esperar que la vivienda actúe, en caso de necesidad, como pensión complementaria, al menos en grandes ciudades de España, con inmuebles de valor elevado.

La gran mayoría de españoles mayores de 55 años se plantean o prefieren envejecer en casa, frente a otros modelos residenciales como vivir en casa de familiares o en una residencia, por tanto, podemos concluir que los instrumentos que lo posibilitan tienen un potencial de demanda importante.

Los cambios en los valores familiares permiten prever una pérdida de la importancia del deseo de dejar riqueza a los descendientes, y que por lo tanto, se ahorre menos con esta intención. Además, la edad de fallecimiento es hoy suficientemente elevada como para restar valor al beneficio o utilidad marginal de la transmisión física de un inmueble a unos herederos directos, ya mayores, que ya poseen una vivienda.

10. Conclusiones

La aprobación de la Ley de Dependencia, supone el punto de partida para el desarrollo del cuarto pilar del estado del bienestar en España, pero aún está todo por construir. De momento tenemos el marco legal que el tiempo nos dirá si es adecuado o es necesaria una reforma en profundidad.

La ley nace con una vocación de cobertura universal al igual que en los casos francés y alemán. No existe una limitación en la edad del dependiente en cuanto al cobro de una prestación pública (en el caso francés es a partir de los 60 años). Esto nos hace pensar que puede haber problemas de sostenibilidad en el sistema público a medio o largo plazo, teniendo en cuenta que pretende cubrir todos los grados de dependencia en el año 2015. Este problema ya existe actualmente en Alemania y Francia.

Si bien dice fundamentarse en los principios de igualdad y no discriminación, el hecho de dejar a criterio de cada Comunidad Autónoma el establecimiento de un nivel de protección adicional al básico, pone en tela de juicio estos dos principios. Además, como ya ocurre en algunos países europeos, la calificación de una misma dependencia (según el baremo) por diferentes entidades puede dar lugar a una diferente valoración de una misma dependencia según la administración que la realice.

Parece acertada la financiación de la cobertura pública mediante impuestos (al igual que en el caso francés), pues no se deben mezclar las cotizaciones a la Seguridad Social con la financiación de la dependencia, ya que podría provocar un problema futuro en las pensiones a largo plazo.

Por otro lado, un incremento de la presión fiscal, aparte de generar problemas de convergencia con Europa por el posible déficit público, provocaría una pérdida de competitividad en nuestra economía. Parece adecuado, mantener o incluso reducir la presión fiscal, para posibilitar que el mayor crecimiento económico genere un incremento de la recaudación impositiva.

La reordenación de los recursos que ya destinan las CC.AA y Ayuntamientos a través de sus servicios sociales a atender la dependencia supondría un importante ahorro que se traduciría automáticamente en mayor financiación. En la actualidad la atención a la gran dependencia ya se está haciendo a través del sistema sanitario, lo que cuesta cuatro veces más caro que si se hiciera con una red de atención a dependientes.

Es destacable el efecto que la implantación del SAAD tendrá como estímulo del consumo, la producción y el empleo, así como el incremento en la renta disponible y en la recaudación por cotizaciones e impuestos. En este escenario parece viable que el SAAD podría ayudar a su financiación sin necesidad de recurrir a un mayor endeudamiento del sector público.

En España es habitual que los ciudadanos reciban gratuitamente servicios que en otras naciones más ricas salen del bolsillo de los beneficiarios. La inclusión

del copago por parte del dependiente en las prestaciones aumenta la responsabilidad de los usuarios y contiene el gasto.

Puesto que la prestación pública cubrirá solo una parte del coste real (sobre todo para las rentas medias y altas), combinar la participación pública y privada, ofertando el sector privado productos complementarios a la cobertura pública, incide positivamente sobre la eficiencia económica y sobre la equidad.

El copago debería vehicularse a través de un seguro, plan de pensiones u otro instrumento financiero (ligado a la vivienda). El desarrollo futuro de la dependencia para las entidades privadas está íntimamente ligado a la normativa que legisle el Ejecutivo en cuanto al copago. Este desarrollo normativo será el punto de partida para que las entidades sepan qué productos ofrecer y cómo comercializarlos.

En cuanto a la fiscalidad debe avanzarse en una línea más incentivadora, pues es absolutamente necesario en una etapa inicial de comercialización de este tipo de productos. La reforma fiscal llevada a cabo en la Ley 35/2006 del IRPF se ha centrado en el concepto de ahorro para la dependencia aunque sin favorecerlo lo suficiente. Al igual que la prestación pública está exenta de tributación, se debería dar un tratamiento fiscal equivalente a la prestación privada (al igual que en Francia) si realmente hay interés por parte de la Administración Pública en que se desarrollen estos productos.

Es esperable que el seguro privado tenga como principal barrera a salvar la falta de conciencia y necesidad de aseguramiento de la población y se presente como un producto de poca demanda. En este sentido, puede ser interesante ofrecerlo inicialmente como cobertura complementaria de una cobertura principal de productos de vida o salud.

Los productos de riesgo (inmediatos) pueden ser atractivos para clientes con rentas medias y bajas. Tienen el inconveniente del “efecto fondo perdido”, lo cual provoca que se contraten en edades muy avanzadas. En algunos países se han arbitrado sistemas de consolidación de derechos con posibilidad de rescate.

Los productos de ahorro (diferidos) son interesantes para usuarios de alto poder adquisitivo que se encuentran desprotegidos con el sistema público.

Un concepto a tener en cuenta para el futuro y que ya se está comenzando a desarrollar en algunos países europeos es la previsión para la vejez. Se trata de productos flexibles en los que se integra la dependencia como una parte de la previsión. Esta previsión es única y será la situación final de la persona la que defina el destino de la prestación.

Los seguros colectivos de dependencia son también una opción a explorar en el futuro pues promovidos a nivel empresarial e incentivados fiscalmente por la Administración cuentan con la ventaja de la antiselección y mutualización del riesgo.

Un producto mixto ahorro-riesgo (que incluya las ventajas de ambos y excluya sus inconvenientes), con el cobro en forma de renta (con diferentes porcentajes de renta en función del grado de dependencia) y en el que el servicio prestado al dependiente contribuya a su permanencia en la vivienda habitual, puede ser un producto atractivo en la comercialización.

La tendencia en España al ahorro en vivienda hace que debamos contemplar en el futuro la posibilidad de utilizar ese activo para cubrir la dependencia o completar nuestras pensiones. Esta disponibilidad de liquidez mediante el cobro de rentas, sólo será posible con un cambio en la mentalidad arraigada de transmisión del patrimonio inmobiliario a los herederos. El potencial de demanda de estos productos inmobiliarios es elevado teniendo en cuenta la preferencia de los españoles por permanecer en su entorno habitual.

11. Bibliografía

BDS (28.05.07): Jornada Caser: *“La Nueva Ley de Dependencia: desarrollo, cobertura y servicios”*.

Deloitte (diciembre 2006): *Actualización del estudio “Perspectivas de futuro de los recursos de atención a la dependencia”. El sector residencial*.

Edad & Vida (julio 2007): *La implantación y la gestión del sistema de atención a las personas con dependencia en España: las necesidades de los ciudadanos*.

Edad & Vida (mayo 2007): *Capacidad de la Vivienda en Propiedad como Instrumento de Financiación de las Personas Mayores en España*.

Edad & Vida (noviembre 2005): *Conversión de activos inmobiliarios en renta*.

FEDEA (marzo 2007): *Efectos de la Ley de Dependencia sobre el empleo y la economía*. Jornada sobre implantación Ley de Dependencia – Fundación Alares.

Fundación Alares (marzo 2007): *La dependencia: impacto sobre el empleo*. Jornada sobre implantación Ley de Dependencia – Fundación Alares.

Guillén Estany, Montserrat (Dir.) (2006): *Longevidad y Dependencia*. Fundación BBVA.

Hernández González, Daniel (2001): *El seguro privado dentro de la protección social de la dependencia: perspectivas y riesgos asociados*. Universidad Complutense de Madrid.

ICEA (2005): *EL Seguro de Dependencia. Guía para el desarrollo de productos de larga dependencia en España*.

IMSERSO: *Las Personas Mayores en España. Informe 2006*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

IMSERSO: *Libro Blanco de atención a las personas en situación de dependencia en España*. (2004) Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

OCDE (2005): *Ensuring quality long-term care for older people*. Policy brief.

Planells Jalón, Francisco (2006): *El Seguro de Dependencia (Tema 32 – Master DEAF – Dirección Técnica en Seguros Personales y Planes de Pensiones*. Universidad de Barcelona).

Pociello García, Enrique y Varea Soler, Javier (2004): *El seguro de dependencia. Una visión general*. Fundación Mapfre Estudios. Cuadernos de la Fundación Nº 81.

Puyol Antolín, Abellán García, Antonio (Coord.) (2006): *Envejecimiento y Dependencia. Una mirada al panorama futuro de la población española*. Mondial Assistance.

XVIII Jornadas El Nuevo Lunes-Winterthur (26.10.06): *Previsión Social Complementaria y Dependencia. Desarrollo Futuro y Fiscalidad*.

Unespa. Area Jurídica-Internacional. Dirección de Análisis y Estudios (2005): *El seguro de dependencia en los mercados desarrollados*.

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.

Ley 35/2006, de 28 de noviembre, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.

Proyecto de Ley 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.

Proyecto de Ley sobre la acreditación de centros servicios y entidades de abril 2007.

Francisco Javier Herencia Conde

Licenciado en Ciencias Económicas y Empresariales por la Universidad Complutense de Madrid.

Incorporación al Grupo Winterthur en el año 1994 en donde ha desempeñado diferentes funciones en los Departamentos Administrativo y Contable y durante los últimos años en la Unidad de Colectivos de Vida y Pensiones.

En la actualidad trabaja en el Departamento de Oferta de AXA como Product Manager Vida Pymes.