

Instituto de Ciencias del Seguro

Sistemas de cofinanciación de la dependencia: seguro privado frente a hipoteca inversa

Daniel Blay Berrueta



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

© 2007, FUNDACIÓN MAPFRE
Carretera de Pozuelo 52
28220 Majadahonda. Madrid

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

ISBN: 978-84-9844-067-6
Depósito Legal: SE-4729-2007 U.E.

PRESENTACIÓN

La FUNDACIÓN MAPFRE desarrolla actividades de interés general para la sociedad en distintos ámbitos profesionales y culturales. En el marco de la Fundación, el Instituto de Ciencias del Seguro promueve actividades de formación y de investigación en el campo del Seguro y la Gerencia de Riesgos tanto en España como en América Latina.

Para el mejor desarrollo de la labor formativa e investigadora, la Fundación cuenta con un centro de información documental con más de 50.000 referencias y una biblioteca que da soporte a las actividades anteriores y que presta sus servicios al sector profesional especializado en el ámbito del Seguro, la Gerencia de Riesgos, la Seguridad y el Medio Ambiente: www.mapfre.com/documentacion

El Instituto promueve la edición impresa y en formato electrónico de libros, cuadernos de trabajo, informes y estudios de investigación y además, edita una revista especializada en Gerencia de Riesgos y Seguros.

Estas publicaciones, constituyen el medio de divulgar los resultados de investigaciones o estudios cuya actualidad o temática pueden resultar de interés para el público especializado.

Daniel Blay Berrueta es Licenciado en Administración y Dirección de Empresas por la Universidad Rovira i Virgili y en Ciencias Actuariales y Financieras en la Universidad de Barcelona. Actualmente, desarrolla su actividad profesional en el Grupo de Seguros de “*la Caixa*” (CaiFor), y colabora como investigador en el Departamento de Econometría, Estadística y Economía Española de la Universidad de Barcelona en el seno del grupo de investigación del Riesgo en Finanzas y Seguros.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quería agradecer a FUNDACIÓN MAPFRE la oportunidad que me han brindado para realizar este trabajo de investigación. En especial a Eduardo Sánchez, por su labor de seguimiento del trabajo y sus valiosos comentarios sobre cada uno de los capítulos.

Por otro lado, agradezco a mi directora de tesis Montserrat Guillén su apoyo en todo momento, así como sus contribuciones al trabajo, que me han permitido mejorar notablemente la versión inicial del estudio.

También quería agradecer las aportaciones de Jaime Español, así como el apoyo de mis amigos Daniel, Yolanda y Vanesa en los momentos difíciles.

OBJETIVOS, METODOLOGÍA Y ESTRATEGIAS DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Tras la aprobación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (Ley 39/2006, de 14 de diciembre de 2006), el Sistema Público ya deja entrever que no podrá soportar todo el coste económico que supone la atención a las personas dependientes. Por ello, bajo la premisa de cofinanciación de los cuidados de larga duración, cabe determinar cuáles son las alternativas de previsión que puede ofrecer la iniciativa privada.

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

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

Dos son los resultados finales que se obtienen. En primer lugar, una metodología sencilla que permite aproximar la prima de un seguro privado de dependencia, utilizando la información existente en nuestro país en materia de dependencia.

Como punto de partida se utiliza la definición de dependencia que establece la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (Ley 39/2006, de 14 de diciembre de 2006). En dicha Ley se define dependencia como “el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”.

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

En segundo lugar, se han analizado otros productos financiero-aseguradores como la hipoteca inversa, con el objetivo de evaluar en qué medida éstos pueden ayudar a financiar las necesidades de las personas dependientes.

En España, la comercialización de hipotecas inversas es muy reciente. Este nuevo producto pretende mejorar la calidad de vida de los mayores, sin que sus herederos tengan que renunciar a la propiedad del inmueble. Además, las entidades financieras consideran que este tipo de producto se ajusta perfectamente a las necesidades de los mayores en España. En concreto, el aumento de la esperanza de vida, la aparición de la dependencia en las últimas etapas de la vida, y la elevada proporción de propietarios de vivienda, son factores que auguran el éxito de este tipo de productos.

El resto del trabajo se estructura como sigue. En el primer capítulo, se analizan los diferentes estudios realizados en España en materia de dependencia, y se resumen las principales características de los sistemas de dependencia existentes en otros países de nuestro entorno. En el segundo capítulo se

comparan las prestaciones que existen actualmente en España, con las que establecerá el catálogo de servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). Además, se realiza una estimación del coste total de atención a la dependencia en España en el año 2005, utilizando las prestaciones de dependencia que establecen los sistemas de dependencia francés y alemán.

En el tercer capítulo se analizan las características básicas de un seguro privado de dependencia y se presentan las bases técnicas de un seguro de dependencia en base al modelo de Incidencia-Renta.

En el cuarto capítulo, se analizan las diferentes formas de liquidar el patrimonio inmobiliario del individuo. En primer lugar se resumen las hipotecas inversas de Estados Unidos y el Reino Unido y, posteriormente, se realiza una comparativa entre las hipotecas inversas de diferentes entidades en España.

Por último se presentan las principales conclusiones del estudio, así como la bibliografía utilizada para realizar el mismo.

Este trabajo de investigación forma parte de la tesis doctoral del autor, que se está realizando en el seno del Grupo del Riesgo en Finanzas y Seguros (RFA-IREA) de la Universidad de Barcelona.

ÍNDICE

	Página
CAPÍTULO 1. ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES ESTUDIOS SOBRE DEPENDENCIA REALIZADOS EN ESPAÑA Y EN EL RESTO DEL MUNDO	1
1. Introducción	1
2. Antecedentes en España	2
2.1. Antecedentes en la estimación del número de personas dependientes	6
2.2. Antecedentes en el criterio a seguir para determinar los niveles de severidad de la dependencia	7
3. Sistemas de cuidados de larga duración en el mundo	10
4. Conclusiones	18
CAPÍTULO 2. COMPARACIÓN DE SISTEMAS DE COBERTURA DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN Y COSTE TOTAL DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN ESPAÑA	21
1. Introducción	21
2. El catálogo de prestaciones de dependencia previsto en España	23
2.1. Prestaciones económicas y servicios para la protección social de la dependencia: situación actual	24
2.2. Prestaciones de dependencia en España según la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia	26

3. Índices de cobertura de los diferentes servicios sociales en España, Francia y Alemania	31
3.1. Índices de cobertura de los diferentes servicios sociales en España	31
3.2. Índices de cobertura de los diferentes servicios sociales en Francia y Alemania	35
4. Coste de atención a la dependencia en España utilizando las prestaciones de dependencia que establecen los sistemas francés y alemán	36
5. Conclusiones	40

CAPÍTULO 3. BASES TÉCNICAS DE UN SEGURO DE DEPENDENCIA EN BASE AL MODELO DE INCIDENCIA-RENTA

1. Introducción	43
2. Características básicas de un seguro privado de dependencia	45
3. Bases técnicas de un seguro de dependencia	50
4. Resultados	59
5. Conclusiones	65

CAPÍTULO 4. LA HIPOTECA INVERSA EN ESPAÑA Y EN EL RESTO DEL MUNDO

1. Introducción	69
2. La hipoteca inversa en Estados Unidos y en el Reino Unido	71
2.1. La hipoteca inversa en Estados Unidos	72
2.2. La hipoteca inversa en el Reino Unido	74
3. La hipoteca inversa en España	78
3.1. La hipoteca inversa de Caixa Terrassa	79
3.2. La hipoteca inversa de “la Caixa”	80
3.3. La hipoteca inversa de Ibercaja	82
3.4. Ejemplo de cálculo	83

4. Formas de obtener rentas a partir de un inmueble	87
4.1. La hipoteca pensión	87
4.2. La vivienda pensión	88
4.3. La cesión para alquiler	89
5. Conclusiones	90
CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES	93
RESUMEN	103
BIBLIOGRAFÍA	105
Colección “Cuadernos de la Fundación”	
Instituto de Ciencias del Seguro	113

CAPÍTULO 1

ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES ESTUDIOS SOBRE DEPENDENCIA REALIZADOS EN ESPAÑA Y EN EL RESTO DEL MUNDO

1. INTRODUCCIÓN

Implantar un Sistema Nacional de Atención a la Dependencia es una tarea laboriosa que necesita el máximo rigor en los estudios previos para responder a las necesidades de la población afectada y a sus familias. En este sentido, el Gobierno elaboró el Libro Blanco de la Dependencia (MTAS, 2005) como paso previo e imprescindible para continuar avanzando. Dicho estudio ha permitido la elaboración de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (Ley 39/2006, de 14 de Diciembre de 2006). Esta Ley garantiza unos derechos básicos que se fundamentan en los principios de universalidad, igualdad y equidad, así como en la participación e integración de todas aquellas personas que se encuentran o se pueden encontrar en situación de dependencia en España.

La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (en adelante, Ley de Dependencia) regula las condiciones básicas de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas dependientes mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). Dicho Sistema responderá, según la Ley, a una acción coordinada y cooperativa de la Administración General del Estado, las Comunidades Autónomas y, en su caso, las Entidades Locales. Además, la Ley establece las prestaciones del Sistema, el catálogo de servicios, los grados de dependencia y los criterios básicos para su valoración.

La mayoría de países desarrollados disponen actualmente de sistemas que dan cobertura a las situaciones de dependencia (Karlsson *et al.*, 2004; Comas-Herrera *et al.*, 2003). Aunque se observa una gran heterogeneidad a nivel mundial, los sistemas públicos de dependencia presentan dos características comunes: la creciente preocupación social ante esta contingencia y el predominio del principio de universalidad.

Los modelos vigentes en otros países pueden servir de referencia al caso español (ICEA, 2005). Por ejemplo Alemania, donde la Seguridad Social es similar a la española, aunque en la actualidad se enfrenta a problemas de financiación y, en este sentido, se cree que el seguro privado puede ser una buena solución para permitir un sistema sostenible económicamente en el futuro. Por otro lado, cabe destacar los modelos francés y americano, ya que han desarrollado de forma muy importante el seguro privado, aunque con modelos distintos, uno basado en rentas monetarias y el otro en el reembolso de gastos por servicios asistenciales recibidos.

El resto del capítulo se divide en las siguientes tres secciones. En primer lugar, se analizan los distintos estudios que se han realizado sobre la dependencia en España y, en segundo lugar, se sintetizan las características más importantes de los sistemas de cobertura de cuidados de larga duración que actualmente existen en diferentes países. En concreto, se presenta una síntesis de los sistemas existentes en países como Alemania, Italia, Reino Unido, Francia, Suecia, EE.UU. y Japón. Por último se presentan las conclusiones de este capítulo.

2. ANTECEDENTES EN ESPAÑA

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

En España, a partir de la entrada en vigor de la Ley de Dependencia, se prevé un incremento muy importante del gasto social en materia de pensiones, asistencia sanitaria y asistencia a la dependencia, debido sobre todo a las mayores necesidades que se derivan de una población más envejecida. En concreto, se espera un aumento muy importante de la población por encima de los 75 y los 85 años, edades en las que aumenta la probabilidad de encontrarse en situación de dependencia. Además, según la ONU (2005), en España se prevé un envejecimiento de la población todavía más acentuado, por la baja tasa de natalidad que se viene observando en las últimas décadas.

Según ICEA (2005), España se perfila como uno de los países que tendrá una proporción de personas mayores de 65 años más alta (35,6%). De ahí que, una de las formas de medir el envejecimiento (número de personas de 65 años y

más entre el número de personas con edades entre 15 y 64 años), pase del 24,6% actual al 67,5% en el año 2050.

Como recoge el Libro Blanco de la Dependencia (MTAS, 2005), la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES) constituye la fuente de información más reciente y fiable para el estudio de la población dependiente en España. Fue realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) durante el segundo trimestre de 1999, en colaboración con la fundación ONCE y el IMSERSO. En la misma se recoge información sobre personas que residen en viviendas familiares (sin incluir a las personas institucionalizadas) en todo el territorio español, con un amplio tamaño muestral (79.000 viviendas y 220.000 personas, aproximadamente). La EDDES 1999 es la segunda encuesta de este tipo realizada por el INE. La primera fue realizada en 1986, aunque con un alcance más restringido respecto a la información recogida. En concreto, los principales objetivos de la EDDES 1999 fueron los siguientes:

- Estimar el total de personas residentes en viviendas familiares que padecen alguna discapacidad y conocer cuáles son éstas.
- Conocer la entidad de los distintos tipos de deficiencias que dan lugar a dichas discapacidades, identificando las deficiencias asociadas a cada uno de los grupos sociales.
- Conocer las causas que hayan podido generar dichas deficiencias, obteniendo datos que son indispensables para la elaboración de políticas sociales orientadas a la reducción de aquellas deficiencias que son susceptibles de prevención.
- Estimar el número de personas que, como consecuencia de padecer una deficiencia, sufren algún tipo de desventaja en relación con su entorno y analizar éstas últimas.
- Conocer la estructura de la población residente en viviendas familiares que padece alguna discapacidad buscando el perfil de los estados de necesidad en que se encuentra la población, aportar información sobre los factores de riesgo que están vinculados a estos fenómenos y sobre la problemática de las familias en las que algún miembro padezca alguna discapacidad.
- Aportar información indispensable para determinar las diferencias socio-sanitarias existentes entre el colectivo de personas con discapacidades y el que no las padece.
- Identificar factores de riesgo que inciden en el estado de salud general de la población mediante la investigación de determinados hábitos de vida, así como de la utilización de los servicios sanitarios.
- Atender las demandas de información estadística de carácter nacional e internacional.

- Analizar, para cada tipo de discapacidad, el número y características de las personas que las padecen según el grado de severidad (leve, moderada o grave).

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

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

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

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

En este sentido, el Libro Blanco de la Dependencia (MTAS, 2005) considera que una persona se encontrará en situación de dependencia cuando presente al menos una discapacidad severa o total en alguna de las 9 actividades básicas de la vida diaria consideradas: lavarse y asearse; mantener la higiene personal relacionada con los procesos de excreción; vestirse y desvestirse; comer y beber; cambiar las posiciones del cuerpo; levantarse y acostarse; desplazarse dentro del hogar; reconocer personas y objetos y orientarse; y entender y ejecutar órdenes y/o tareas sencillas.

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

Entre las dos fuentes se definen un total de 15 actividades. La EDDDES 1999 incluye 13 actividades de la vida diaria, que considera que son las actividades que generan un cierto grado de discapacidad. Por otro lado, el Libro Blanco de la Dependencia (MTAS, 2005) considera que las actividades que generan dependencia son las llamadas actividades básicas de la vida diaria. En total incluye nueve actividades: siete de ellas coinciden con las definidas en la EDDDES 1999, y añade dos más (reconocer personas y objetos y orientarse, y entender y ejecutar órdenes y/o tareas sencillas).

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

EDDES 1999: Actividades de la vida diaria	Libro Blanco de la Dependencia: Actividades básicas de la vida diaria
Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo	Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo
Levantarse, acostarse	Levantarse, acostarse
Desplazarse dentro del hogar	Desplazarse dentro del hogar
Deambular sin medio de transporte	
Asearse solo: lavarse y cuidar su aspecto	Asearse solo: lavarse y cuidar su aspecto
Controlar las necesidades y utilizar solo el servicio	Controlar las necesidades y utilizar solo el servicio
Vestirse, desvestirse y arreglarse	Vestirse, desvestirse y arreglarse
Comer y beber	Comer y beber
Compras y control de los suministros y servicios	
Cuidarse de las comidas	
Limpieza y cuidado de la ropa	
Limpieza y mantenimiento de la casa	
Cuidarse del bienestar del resto de la familia	
	Reconocer personas y objetos y orientarse
	Entender y ejecutar órdenes y/o tareas sencillas

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

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

Algunas de las conclusiones más relevantes obtenidas al tratar con la información de las encuestas anteriormente citadas han quedado plasmadas en diferentes trabajos (Otero *et al.*, 2004; Séculi *et al.*, 2001; Casado y López, 2001; Moragas *et al.*, 2003; Costa y Rovira, 2000). En general, se observa que la prevalencia de la dependencia para las actividades básicas de la vida diaria es mayor en las mujeres que en los hombres, para todos los grupos de edad considerados a partir de los 65 años.

2.1. Antecedentes en la estimación del número de personas dependientes

Conocer el número de personas que se encuentran en situación de dependencia es esencial para estimar el coste total de atención a la dependencia. Para ello es necesario determinar, en primer lugar, qué actividades se consideran generadoras de dependencia. En este sentido, las diferencias que existen entre los estudios realizados en nuestro país son apreciables. Mientras algunos sólo incluyen actividades básicas de la vida diaria, otros incluyen, además de las básicas, algunas actividades instrumentales. Por otro lado, existen una serie de trabajos que engloban el conjunto de actividades de la vida diaria, e incluso algunos que incluyen las 36 actividades que define la EDDDES (INE, 1999). De ahí las diferencias que se observan en cuanto al número estimado de personas dependientes.

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

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

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

En definitiva, las diferencias en la estimación del número de personas dependientes oscilan según cuáles sean las definiciones, ya que las cifras se mueven entre las 959.890 personas según el Libro Blanco de la Dependencia (MTAS, 2005) y el 1.827.809 según el estudio de Puga para la Fundación Pfizer (Informe Pfizer, 2002). Por tanto, aunque existe consenso en adoptar como válida la definición de dependencia realizada por el Consejo de Europa en el año 1998, no existe acuerdo en las actividades que deben incluirse como generadoras de dependencia.

2.2 Antecedentes en el criterio a seguir para determinar los niveles de severidad de la dependencia

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

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

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

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

Si bien este criterio es viable por su simplicidad, no contempla diferentes pesos según sea la actividad en la que el individuo presenta dificultades. Por tanto, no sólo es importante definir qué actividades se consideran generadoras de dependencia, sino que también es necesario decidir qué peso debe otorgarse a cada una de ellas. Existen en la actualidad algunos índices que son ampliamente utilizados, como el de Katz (1959) o el de Barthel (1965), a pesar de que no tienen en cuenta los pesos y consideran un número reducido de actividades.

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

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

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

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

padecidas por el propio individuo. Por tanto, este último criterio contempla, además de la severidad, el número de discapacidades que padece el individuo.

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

3. SISTEMAS DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN EN EL MUNDO

Hablar de cuidados de larga duración (CLD), conocidos como *long term care*, supone hablar de todos aquellos servicios requeridos por las personas dependientes para poder realizar sus actividades cotidianas de la mejor forma posible, para lo que requerirán en la mayoría de los casos la ayuda de terceras personas. En general, nos referimos a cuidados que se prestan en residencias, centros de día y en los propios domicilios, y que no suelen requerir de tecnologías muy complejas, ni de preparación humana muy elevada (a diferencia de los servicios médicos).

En este apartado, se analizan las características más importantes de los sistemas existentes en países como Alemania, Italia, Reino Unido, Francia, Suecia, EE.UU. y Japón. En este sentido, puede obtenerse información más exhaustiva en Karlsson *et al.* (2004), Comas-Herrera *et al.* (2003), y en el Libro Blanco de la Dependencia (MTAS, 2005).

a) Alemania

- *Financiación.* El seguro de cuidados de larga duración define simultáneamente las contribuciones y los beneficios para los individuos. Todos los trabajadores y todos aquellos individuos que obtengan cualquier tipo de ingresos han de estar asegurados. Los empresarios y trabajadores pagan el mismo porcentaje sobre el salario, que se sitúa

aproximadamente en 1,7%. Los jubilados también deben contribuir a financiar el seguro. Cabe comentar que esta tasa se modificó al alza por insuficiencia económica del sistema, estando previstas nuevas revisiones para su adecuación.

- **Beneficios.** A partir de los cinco años de cotización se considera que se cumplen los requisitos para recibir la prestación. La prestación se paga con independencia de la edad que tenga la persona que necesita cuidados, ya que, el único requisito que se pide para poder acceder a la misma es el tener la necesidad de recibir cuidados. Se ofrecen tres tipos de prestaciones: atención domiciliaria profesional, cuidados institucionales, y prestación en metálico.

Es posible combinar los diferentes tipos de prestaciones, que no dependen del nivel de ingresos del individuo. A finales del año 2003, el 2,3% de la población alemana y el 10,7% de la población mayor de 65 años se beneficiaron de las prestaciones del sistema.

- **Cobertura.** El gobierno alemán estimó que, a finales del año 2000, 70,89 millones de personas quedaban cubiertas por el seguro de cuidados de larga duración público. Además, 8,36 millones habían contratado un seguro privado.

El número de personas no aseguradas se situaba entre las 300.000 y las 500.000 (Bundesministerium für Gesundheit, 2001).

- **Proveedores.** Hay más de 11.000 unidades (entre compañías privadas y entidades sin ánimo de lucro) que ofrecen cuidados domiciliarios. Los proveedores de cuidados públicos tan sólo representan el 4% del total.

La mayoría de instituciones que proveen los servicios de atención domiciliaria ya estaban en el mercado antes de que se introdujera el seguro de cuidados de larga duración (Schneekloth y Müller, 2000).

b) Italia

- *Financiación.* Las principales fuentes de financiación del seguro público de cuidados de larga duración son los impuestos de carácter local y los de carácter nacional.
- *Beneficios.* Según los últimos estudios, el 37% de la población de 65 o más años que necesita ayuda en una o más discapacidad de la vida diaria, recibe exclusivamente cuidados informales. Del resto, el 40% recibe cuidados formales y el 23% recibe cuidados institucionales (residencias y centros de día). Existen además algunas otras prestaciones adicionales.
- *Cobertura.* A finales del año 1999, más de un millón de personas recibían una subvención en concepto del seguro público de cuidados de larga duración (la subvención de cuidados se denomina «indennità di accompagnamento»), lo que supone un índice de cobertura del 2,2% de la población italiana. De entre éstos, el 45% tenían 65 años o más (5,8% del total de ancianos). A ello hay que añadir las residencias para personas mayores.
- *Proveedores.* La atención informal es muy importante en el sistema italiano. En el año 1998, el 11,7% de las familias italianas recibía algún tipo de ayuda informal del exterior (voluntarios, vecinos...). En cuanto a los cuidados formales, cabe distinguir entre los cuidados privados domiciliarios, los cuidados públicos domiciliarios y los cuidados institucionales. En los primeros, el mercado está dominado por los trabajadores individuales más que por las organizaciones, ya que éstas últimas suelen trabajar para el sector público y no ofrecen sus servicios directamente a las familias. De los cuidados públicos domiciliarios, cabe destacar el servicio de atención domiciliaria integral, que pretende ser el principal pilar de los cuidados domiciliarios para la gente anciana. En cuanto a los cuidados institucionales, el 2,2% de la población de 65 años o más recibe cuidados de larga duración en instituciones.

c) Reino Unido

- *Financiación.* Existen dos fuentes de financiación en términos de cuidados de larga duración: el *National Health Service* (NHS) y las autoridades locales. Éstas últimas son responsables del gasto público en cuidados de larga duración. Los servicios que ofrece el NHS son globales y generalmente gratuitos. Además, desde 1991 también existe un mercado de seguros privados, que crece lentamente (Robinson y Dixon, 1999).
- *Beneficios.* El Estado cubre tanto los cuidados institucionales como los cuidados domiciliarios. La mayoría de los cuidados se proporcionan en el hogar del individuo, actuación potenciada desde el gobierno. Por otro lado, existen diferentes tipos de cuidados institucionales. Los más importantes son las residencias privadas (*nursing homes*), que proporcionan cuidados diarios y están enfocadas a las personas con discapacidad, y los centros residenciales (*residential homes*), que tienen calidad de alojamientos supervisados.
- *Cobertura.* La cobertura del sistema de cuidados de larga duración es universal. Los servicios del NHS se proporcionan en los mismos términos a toda la población, mientras que los servicios que ofrecen las autoridades locales se proporcionan a todo aquel que tenga unos recursos mínimos. Hay un 11,5% de la población que tiene contratado un seguro de salud privado, y un bajísimo porcentaje que tiene un seguro de cuidados de larga duración privado (Robinson y Dixon, 1999; Werth, 2001).
- *Proveedores.* El número de proveedores públicos ha ido descendiendo, mientras que el número de camas en instituciones independientes ha aumentado considerablemente. El voluntariado se ha expandido de forma muy importante.

d) Francia

- *Financiación.* El subsidio personalizado de autonomía se financia fundamentalmente a partir de un fondo nacional específico, creado por la administración central junto a las diferentes regiones. Una parte de la financiación corre a cargo de la Seguridad Social.
- *Beneficios.* Para proteger a las personas mayores en situación de dependencia, se ha desarrollado un nuevo modelo: el subsidio personalizado de autonomía (APA, julio 2001). El subsidio se define de forma idéntica para todo el territorio nacional y, está destinado a las personas que, independientemente de los cuidados sanitarios que reciban, necesitan ayuda a la hora de realizar las actividades de la vida diaria. Pueden recibir este subsidio los ciudadanos residentes en Francia mayores de 60 años.
- *Cobertura.* Según datos de finales del año 2003, 800.000 personas recibían prestaciones en concepto de cuidados de larga duración, de las cuales el 54% residía en su domicilio, mientras que el 46% restante residía en residencias.
- *Proveedores.* Existen 668.900 plazas residenciales. De entre estas, 77.000 corresponden a unidades sanitarias de cuidados de larga duración. Además, se han creado 77.639 plazas de cuidados de enfermería a domicilio.

e) Suecia

- *Financiación.* El seguro de cuidados de larga duración sueco se financia principalmente con impuestos locales recogidos por los propios municipios. Tan solo una pequeña parte de los gastos se los financia la propia persona (aproximadamente un 5%). Además, el gobierno central contribuye en la financiación del seguro de tres formas: subvenciones a

los municipios, subvenciones a la población según la edad, y una compensación a los municipios con estructuras demográficas desfavorables.

- *Beneficios.* Los municipios están obligados a investigar las necesidades de la población local, buscar las mejores alternativas para que la gente viva en buenas condiciones, así como intentar que los ancianos puedan quedarse en el hogar y vivir de forma independiente el mayor tiempo posible.
- *Cobertura.* En el año 2000, 250.000 personas de 65 años o más recibían algún tipo de cuidados de larga duración, lo que representa un 16,1% del total de población anciana. También se observa que la necesidad de cuidados aumenta con la edad, puesto que un 39,7% de los ancianos de 80 años o más reciben cuidados. Además, las diferencias entre los distintos municipios en cuanto a la cobertura, los costes, y los servicios ofrecidos son muy importantes.
- *Proveedores.* Hasta los años 90 existía la percepción de que los temas relacionados con la salud y los cuidados de larga duración debían ser proporcionados por parte de las entidades públicas. Posteriormente empezó a incrementarse la participación privada que, en los primeros años, experimentó un crecimiento muy importante (Söderström *et al.*, 2001). Actualmente, el mercado está dominado por nueve grandes compañías que proporcionan el 70% del total de cuidados privados.

f) Estados Unidos

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

- *Beneficios.* El programa *Medicaid* es un programa destinado a la población con menores ingresos. Cubre la asistencia hospitalaria y la domiciliaria. Para poder acceder a las prestaciones, los medios económicos del individuo deben ser insuficientes. *Medicare* es un programa nacional de seguros sociales centrado en los mayores de 64 años. El mercado privado de seguros de cuidados de larga duración ha sufrido un importante desarrollo, aunque la complejidad de los contratos privados ha provocado un cierto estancamiento en el desarrollo del que venía gozando desde la década de los 80.
- *Cobertura.* El gobierno estadounidense estimó que en 1995 había 12 millones de personas que recibían cuidados, de las cuales 6,6 millones tenían 65 años o más (Feder *et al.*, 2000). Según un estudio realizado en 1999, el 15,9% de la población anciana recibía cuidados de larga duración.
- *Proveedores.* En 1998 había en Estados Unidos 17.458 residencias privadas, lo que representa un aumento del 22% desde 1978. En 1998 había 13.537 agencias de atención domiciliaria. Se observan diferencias notables entre los estados.

g) Japón

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

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

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

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

Examinando las diversas experiencias, hablar de un sistema ideal que recoja unos principios básicos de obligado cumplimiento que garanticen el éxito de la protección social de la dependencia no es fácil e incluso puede cuestionarse su sentido. Las diferencias de los modelos adoptados en los países se centran esencialmente en cuatro cuestiones: métodos de financiación (impositiva, contributiva o privada), la propia definición de la situación a cubrir (establecen una edad límite, requisitos o dejan mayor flexibilidad), los sistemas desarrollados para gestionar dichas situaciones (públicos, privados o mixtos) y las prestaciones cubiertas (subsidios, de servicios o mixtas).

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

La población que se beneficia de estos cuidados puede definirse al margen de la edad, como en muchos de los países (Alemania entre ellos) o exigir adicionalmente haber superado una determinada edad, como ocurre en Francia, Suecia o Japón. Esta situación hace que en la literatura se hable de “sistemas de protección social de la dependencia” y “sistemas de protección de las personas mayores dependientes”.

4. CONCLUSIONES

El envejecimiento de la población es un fenómeno que afectará a la mayoría de países desarrollados en los próximos años. Ello se debe al incremento de la esperanza de vida y a la baja tasa de fecundidad. En España, se prevé un envejecimiento de la población todavía más acentuado, por la baja tasa de natalidad que se viene observando en las últimas décadas.

Por este motivo, el Gobierno elaboró en el año 2005 el Libro Blanco de la Dependencia (MTAS, 2005), con el objetivo de analizar la situación de la población dependiente en España. En dicho estudio, se establece una nueva definición de dependencia, en base a los datos obtenidos en la Encuesta sobre Discapacidades Deficiencias y Estado de Salud (EDDES, INE 1999). Se considera que una persona se encontrará en situación de dependencia cuando presente al menos una discapacidad severa o total en alguna de las 9 actividades básicas de la vida diaria consideradas. En base a esta definición, se estima el número de personas dependientes en España en los próximos años.

En este sentido, las diferencias que existen entre los estudios realizados en nuestro país son apreciables. Por ejemplo, Rodríguez y Morán (2001) estiman un total de 1.113.626 personas dependientes, de las cuales 811.746 son mayores de 65 años. Por otro lado, en Braña (2004) se estima que el total de dependientes mayores de 65 años es de 1.691.799 para el año 1998 (más 136.010 personas que ocupan plazas de asistidos en residencias de ancianos). En definitiva, aunque existe consenso en adoptar como válida la definición de dependencia realizada por el Consejo de Europa en el año 1998, no existe acuerdo en las actividades que deben incluirse como generadoras de dependencia. De ahí las importantes diferencias que se observan en cuanto al número estimado de personas dependientes.

Por otro lado, debido a la falta de un consenso o criterio común para establecer los niveles de severidad de la dependencia, se aprecian diferencias a la hora de determinar el número de personas dependientes que hay en cada nivel de severidad. En este sentido, cabe citar trabajos como el de Monteverde (2004) o el de Ayuso *et al.* (2005), en los que se establece el mismo criterio que utilizó el INE en la EDDDES 1999. En dicha Encuesta, el criterio se basa en la máxima severidad de las discapacidades sufridas por el individuo. Por otro lado, Alegre *et al.* (2004) define un criterio que contempla, además de la severidad, el número de discapacidades que padece el individuo. Por último, el Libro Blanco de la Dependencia (MTAS, 2005) define un nuevo criterio para establecer los grados de severidad de la dependencia. En concreto, elabora un indicador sintético de la necesidad de ayuda, que tiene en cuenta el número de actividades básicas de la vida diaria y el grado de discapacidad para cada una de ellas.

La presentación del Libro Blanco de la Dependencia (MTAS, 2005) ha permitido la elaboración de la Ley de Dependencia (Ley 39/2006, de 14 de Diciembre de 2006). La Ley regula las condiciones básicas de atención a las personas dependientes mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).

En la mayoría de países desarrollados, los sistemas utilizados para abordar los cuidados de larga duración e intentar dar solución al problema de la dependencia, presentan dos características comunes: la creciente preocupación social ante esta contingencia y el predominio, salvo algunas excepciones (como en Estados Unidos), del principio de universalidad.

Se constata la existencia de un importante fundamento público para la protección de este tipo de riesgos en los países desarrollados, aunque últimamente, se introducen y desarrollan con mayor fuerza los sistemas privados complementarios al modelo público de gestión y financiación.

Por ejemplo, en Alemania, donde la Seguridad Social es similar a la española, el seguro público de dependencia se basa en las cotizaciones de los propios individuos al sistema, aunque en la actualidad se enfrenta a problemas de financiación. Por otro lado, cabe destacar los sistemas francés y americano, ya que han desarrollado de forma muy importante el seguro privado, aunque con modelos distintos, el francés basado en rentas monetarias y el estadounidense en el reembolso de gastos.

CAPÍTULO 2

COMPARACIÓN DE SISTEMAS DE COBERTURA DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN Y COSTE TOTAL DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN ESPAÑA

1. INTRODUCCIÓN

La Ley de Dependencia (Ley 39/2006, de 14 de Diciembre de 2006) dará paso a la creación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), el cual se ha puesto en marcha progresivamente el pasado 1 de Enero de 2007, y su total implantación se prevé para el año 2015. En el primer año de aplicación, el Sistema beneficiará a unas 200.000 personas en situación de gran de dependencia, del total de 1.125.190 personas dependientes que había en España en el año 2005 según las estimaciones del Libro Blanco de la Dependencia (MTAS, 2005).

Para financiar este Sistema, la Administración General del Estado aportará unos 12.600 millones de euros entre 2007 y 2015. Las Comunidades Autónomas deberán realizar una aportación similar, a la que se sumarán las aportaciones realizadas por los propios usuarios en concepto de copago, que se establecerá en función de su renta y patrimonio. La aportación media de cada usuario se situará entre el 30 y el 50%, hasta un máximo del 90% para los usuarios de mayor renta. Se establecerá un nivel de renta mínimo (aún no fijado), consensuado entre el Estado y las Comunidades Autónomas, por debajo del cual el usuario no tendrá que realizar ninguna aportación.

Esta Ley de Dependencia supone una ampliación de las prestaciones y recursos destinados a la población en situación de dependencia, aunque quizá

no gozará del grado de universalidad que muchos sectores habían reclamado. La Ley sería universal si toda la población pudiera ser beneficiaria de la prestación que se determine, independientemente de su nivel de renta. Sin embargo, el hecho de introducir el concepto de copago, implica que el usuario asumirá una parte del coste del servicio que reciba.

Por otro lado, la Ley prevé incrementar de forma significativa los servicios de ayuda domiciliaria, el número de plazas residenciales para personas en situación de gran dependencia, y el servicio de teleasistencia para aquellos individuos que residan en sus hogares. Si bien es cierto que en estos últimos años se ha realizado un importante esfuerzo en materia de servicios sociales destinados a la atención de las personas mayores en situación de dependencia, ese crecimiento ha sido claramente insuficiente.

Como destaca el Libro Blanco de la Dependencia (MTAS, 2005), la mejora en la oferta de servicios durante la última década es indudable, aunque si ese crecimiento se compara con el experimentado por el número de personas mayores con problemas de dependencia y con la evolución ocurrida en los modelos familiares, hay que reconocer su insuficiencia.

En comparación con otros países, la cobertura en materia de servicios sociales es claramente inferior en España. En este sentido, la medida utilizada para comparar el grado de cobertura de los diferentes países en materia de servicios sociales es el índice de cobertura.

El índice de cobertura (IC) se define de la siguiente forma:

$$IC = \frac{USUARIOS}{POBLACIÓN \geq 65} \cdot 100$$

Por ejemplo, si se comparan los índices de cobertura de Dinamarca y España, se observa que el índice de cobertura de las plazas residenciales si sitúa en el 13% en Dinamarca, mientras que en España tan sólo alcanza el 3,77%.

En cuanto al índice de cobertura de los servicios domiciliarios, en Dinamarca alcanza el 31% y en España se sitúa en el 3,12%.

El resto del capítulo se estructura como sigue. En el primer apartado se compara, por un lado, la situación actual del catálogo de prestaciones de dependencia y, por otro lado, el catálogo de prestaciones que establece el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). En el segundo apartado, se analiza la situación actual en materia de servicios sociales en España. En concreto, el número de usuarios y los índices de cobertura, por Comunidad Autónoma y a nivel nacional. Además, se compara con la situación actual en otros países de nuestro entorno. El tercer apartado estima el coste total de atención a la dependencia en España en el año 2005, utilizando las prestaciones de dependencia que establecen Francia y Alemania. Por último se presentan las conclusiones de este capítulo.

2. EL CATÁLOGO DE PRESTACIONES DE DEPENDENCIA PREVISTO EN ESPAÑA

La Ley de Dependencia prioriza la prestación de servicios (ayuda a domicilio, teleasistencia, residencias,...) frente a las medidas sustitutorias (prestación económica o cuidado familiar). Tan sólo se podrá establecer una prestación económica en los casos en los que no sea posible el acceso al servicio público y, excepcionalmente, se podrá otorgar una compensación económica por cuidados en el ámbito familiar siempre que se cumplan una serie de condiciones.

En general, toda persona que se encuentre en situación de dependencia recibirá atención del Catálogo de Servicios establecido por el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). Dicho catálogo prevé establecer una serie de servicios hasta ahora inexistentes, como pueden ser los servicios de prevención de las situaciones de dependencia o los servicios de centros de noche.

El resto de servicios incluidos en el Catálogo son muy similares a los existentes actualmente (servicio de ayuda a domicilio, teleasistencia, centros de día y servicios residenciales), aunque los servicios que incluye el nuevo Sistema pretenden dar una mejor cobertura a la población dependiente. Por ejemplo, se incluirán residencias para personas dependientes con discapacidad física, se establecerá un servicio de ayuda a domicilio centrado en los cuidados personales de las personas dependientes, etc.

A continuación se describen las principales diferencias que existen entre las prestaciones de dependencia que existen actualmente en España, y las que establece el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).

2.1. Prestaciones económicas y servicios para la protección social de la dependencia: situación actual

En la actualidad existen cuatro tipos de recursos dirigidos a la protección de las personas dependientes: prestaciones monetarias, servicios sociales, ayudas fiscales y ayudas al cuidador.

a) Las prestaciones monetarias de la Seguridad Social, tanto contributiva como no contributiva por ayuda de tercera persona o hijo a cargo, necesitados de cuidados especiales.

El primer problema general que se plantea es que no siempre se relaciona de manera objetiva con la situación de dependencia a proteger (Libro Blanco de la Dependencia, 2005). Además, después de los 65 años no se puede reconocer la situación de gran invalidez o incapacidad permanente. Para reconducir esta situación, el Libro Blanco de la Dependencia (MTAS, 2005) considera que deben determinarse unas prestaciones directamente relacionadas con la situación o niveles concretos de dependencia, y no con la cuantía de las pensiones o subsidios asistenciales relacionados con la carencia de rentas.

b) En lo referente a los servicios sociales, cabe señalar la limitada cobertura que existe actualmente (Informe del Defensor del Pueblo, 2000), a pesar del crecimiento de algunos servicios como el Servicio de Ayuda a Domicilio (el índice de cobertura ha pasado del 2% al 3% en los últimos años) o los Centros de Día (el índice de cobertura ha pasado del 0,24% de la población mayor de 65 años en el año 2001 al 0.46% en el año 2004).

Además, se trata de una oferta con muchos desequilibrios territoriales entre Comunidades Autónomas, tanto en tasas de cobertura como en requisitos de acceso a los servicios y aportaciones del usuario.

Por último, cabe destacar que el sistema actual es de carácter asistencial, en el que tienen garantizada su protección las personas sin recursos. Sin embargo, se ha demostrado que el problema de la dependencia afecta a todas las clases sociales.

c) En cuanto a las desgravaciones fiscales por razón de dependencia, en el ámbito normativo de la Ley 40/1998 del IRPF, existen diferentes tipos de beneficios fiscales. Por una parte, aquellos que exoneran de tributar a ciertos tipos de rentas (como las prestaciones públicas por actos de terrorismo o las prestaciones por incapacidad permanente, absoluta o gran invalidez). Por otra parte, y como beneficios fiscales dirigidos a las personas con dependencia y sus cuidadores, se contempla la reducción en la base imponible del mínimo personal y mínimo familiar.

Sin embargo, como remarca el Libro Blanco de la Dependencia (MTAS, 2005), este tipo de beneficios fiscales no cumplen con efectividad las necesarias condiciones de equidad y eficacia en su aplicación. Por un lado, quedan excluidos del ahorro fiscal los que no hacen la declaración de la renta, y, por otro lado, las cuantías de ahorro están en función de la base imponible y de distintos niveles de discapacidad, cuando de lo que se trata es de proteger la situación objetiva de dependencia con independencia de los ingresos.

Finalmente, hay que tener en cuenta que, para poder ser beneficiario de las desgravaciones fiscales, el cuidador debe vivir en la misma residencia que la persona dependiente, excluyéndose, por tanto, los cuidadores a distancia; en este último sentido, hay que recordar que el 37,5% de los cuidadores residen fuera del hogar del dependiente (Libro Blanco de la Dependencia, 2005).

d) En lo que se refiere a las políticas de ayuda al cuidador, hay que señalar que son claramente insuficientes, ya que, como destaca el Libro Blanco de la Dependencia (MTAS, 2005), la Ley 39/1999 sobre conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras, prevé la concesión de excedencias hasta un año de duración para el cuidado de un familiar por razón de enfermedad (dependencia incluida) y edad (atención a personas mayores).

Aunque el puesto de trabajo se conserva durante la excedencia, no existen prestaciones que compensen por el tiempo de cuidados ni se financian las cuotas a la Seguridad Social (excepto en el caso de los trabajadores en situación de activo durante el primer año).

2.2. Prestaciones de dependencia en España según la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia

El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) se configurará como una red de utilización pública, diversificada, que integre de forma coordinada, centros y servicios, públicos y privados, debidamente acreditados. Las personas serán evaluadas para determinar su grado y nivel de dependencia, y las prestaciones a las que tendrán derecho. Cada beneficiario dispondrá de un programa integral de atención personalizada.

Las prestaciones de dependencia podrán tener la naturaleza de servicios y de prestaciones económicas e irán destinadas, por una parte, a la promoción de la autonomía personal y, por otra, a atender las necesidades de las personas con dificultades para la realización de las actividades básicas de la vida diaria.

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

- Prestación de servicios a través de centros y programas públicos o concertados según Catálogo.
- Prestación económica vinculada a la contratación del servicio.
- Compensación económica por cuidados en el ámbito familiar.

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

A continuación se describen los tres tipos de prestaciones que incluye el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).

Prestación de servicios a través de centros y programas públicos o concertados según Catálogo

El Catálogo de servicios definido en la Ley de Dependencia incluye los siguientes servicios sociales de promoción de la autonomía personal y de atención a la dependencia:

a) Servicio de Prevención de las situaciones de dependencia

Tiene por finalidad prevenir la aparición o el agravamiento de enfermedades o discapacidades y de sus secuelas, mediante el desarrollo coordinado, entre los servicios sociales y de salud, de 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. Con este fin, el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia elaborará un Plan de Prevención de las Situaciones de Dependencia, con especial consideración de los riesgos y actuaciones para las personas mayores, previo informe del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

b) Servicio de Teleasistencia

El servicio de Teleasistencia facilita asistencia a los beneficiarios mediante el uso de tecnologías de la comunicación y de la información, con apoyo de los medios personales necesarios, en respuesta inmediata ante situaciones de emergencia, o de inseguridad, soledad y aislamiento. Puede ser un servicio independiente o complementario al de ayuda a domicilio.

Este servicio se prestará a las personas que no reciban servicios de atención residencial y así lo establezca su Programa Individual de Atención.

c) Servicio de Ayuda a Domicilio

El servicio de ayuda a domicilio lo constituye el conjunto de actuaciones llevadas a cabo en el domicilio de las personas en situación de dependencia con el fin de atender sus necesidades de la vida diaria, prestadas por entidades o empresas, acreditadas para esta función:

- Atención de las necesidades del hogar: limpieza, lavado, cocina u otros.

- Atención centrada en los cuidados personales, en la realización de las actividades de la vida diaria.

d) Servicio de Centro de Día y de Noche

El servicio de Centro de Día o de Noche ofrece una atención integral durante el periodo diurno o nocturno a las personas en situación de dependencia, con el objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal y apoyar a las familias o cuidadores. En particular, cubre las necesidades de asesoramiento, prevención, rehabilitación, orientación para la promoción de la autonomía, habilitación o atención asistencial y personal.

La tipología de centros incluirá:

- Centro de Día para mayores.
- Centro de Día para menores de 65 años.
- Centro de Día de atención especializada, por la especificidad de los cuidados que ofrecen.
- Centros de Noche, que se adecuarán a las peculiaridades y edades de las personas en situación de dependencia.

e) Servicio de Atención Residencial

El servicio de atención residencial ofrece servicios continuados de cuidado personal y sanitario. Este servicio se prestará en los centros residenciales habilitados al efecto según el tipo de dependencia, grado de la misma e intensidad de cuidados que precise la persona. La prestación de este servicio puede tener carácter permanente, cuando el centro residencial se convierta en la residencia habitual de la persona, o temporal, cuando se atiendan estancias temporales de convalecencia o durante vacaciones, fines de semana y enfermedades o periodos de descanso de los cuidadores no profesionales.

El servicio de atención residencial será prestado por las Administraciones Públicas en centros propios y concertados. La tipología de residencias incluirá:

- Residencia de personas mayores dependientes.
- Centro de atención a dependientes con discapacidad psíquica.
- Centro de atención a dependientes con discapacidad física.

Prestación económica vinculada a la contratación del servicio

En cuanto a la prestación económica vinculada al servicio, que tendrá carácter periódico, la Ley de Dependencia argumenta que, únicamente cuando no sea posible el acceso a un servicio público o concertado de atención y cuidado, en función del grado y nivel de dependencia y de la capacidad económica del beneficiario, se procederá al reconocimiento de esta prestación económica. Dicha prestación tendrá carácter personal y estará, en todo caso, vinculada a la adquisición de un servicio.

Compensación económica por cuidados en el ámbito familiar

Por último, en lo que se refiere a la compensación económica por cuidados en el ámbito familiar, se establece que, excepcionalmente, cuando el beneficiario pueda ser atendido en su domicilio por su entorno familiar (y siempre que se den condiciones adecuadas de convivencia y de habitabilidad de la vivienda y así lo establezca su Programa Individual de Atención), se reconocerá una prestación económica para cuidados familiares. Para ello, el cuidador deberá estar dado de alta en la Seguridad Social.

El apoyo a cuidadores conlleva programas de información, formación, periodos de descanso para los cuidadores informales. El Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia será el encargado de promover acciones para el colectivo de cuidadores no profesionales.

3. ÍNDICES DE COBERTURA DE LOS DIFERENTES SERVICIOS SOCIALES EN ESPAÑA, FRANCIA Y ALEMANIA

En este apartado se analizan los índices de cobertura de los diferentes servicios sociales existentes en España (por Comunidad Autónoma). Además, para comparar la situación actual en España con la situación en algunos países de nuestro entorno, se analizan las diferencias que existen entre los índices de cobertura de España, Francia y Alemania.

Como se ha comentado en el capítulo anterior, los modelos vigentes en estos dos países son un buen referente para el futuro sistema de dependencia en España. En el año 2000, el Defensor del Pueblo presentó un informe en el que proponía un modelo de protección universal parecido al alemán. Según dicho informe, “el sistema de protección de la dependencia debe englobarse en el ámbito de la Seguridad Social, con garantía de derecho subjetivo, con independencia de que la financiación se realice vía impositiva (prestaciones no contributivas) o vía cotizaciones sociales (sistema contributivo de la Seguridad Social)”.

Sin embargo, debido a la falta de sostenibilidad económica observada en los primeros años de implantación del sistema alemán, es aconsejable que las cuantías que se financien públicamente no sean muy elevadas (Edad&Vida, 2005). La reciente creación del sistema francés (enero, 2002) es otro punto de referencia para España. A diferencia del modelo alemán, el sistema francés establece el importe máximo que puede alcanzar la prestación de dependencia en función del nivel de ingresos del individuo.

3.1 Índices de cobertura de los diferentes servicios sociales en España

Desde el año 1999 el Observatorio de Personas Mayores viene recopilando datos sobre la utilización de los servicios sociales en España, con el objetivo de recoger un conjunto de indicadores sobre la red de servicios dirigidos a personas mayores y a personas dependientes en nuestro país.

A continuación se presentan dos tablas sobre la utilización de los servicios sociales por Comunidad Autónoma y a nivel nacional. En la primera de ellas (Tabla 2.1) se muestra el número de usuarios de los diferentes servicios sociales que hay en España y, en la segunda (Tabla 2.2), el índice de cobertura de cada uno de estos servicios.

En la Tabla 2.1, se observa que Andalucía, Cataluña y Madrid son las comunidades con mayor número de usuarios del Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD). En cambio, el número de usuarios del servicio de teleasistencia es muy superior en Madrid respecto al resto de Comunidades.

En cuanto a Centros de Día y Residencias, la comunidad con mayor número de plazas es Cataluña (10.929 plazas en Centros de Día y 50.190 plazas residenciales), muy por delante del resto de Comunidades Autónomas.

Tabla 2.1
Número de usuarios de Servicios Sociales.
Por Comunidad Autónoma. Enero 2004.

Comunidad Autónoma	SAD	Teleasistencia	Centros Día	Residencias	Total
Andalucía	39.266	20.242	3.721	32.094	95.323
Aragón	8.064	6.989	905	11.695	27.653
Asturias	7.750	4.188	884	9.664	22.486
Baleares	2.784	2.527	322	3.789	9.422
Canarias	6.135	1.422	514	6.599	14.670
Cantabria	2.025	500	372	4.223	7.120
Castilla y León	17.805	14.468	1.978	34.883	69.134
Castilla - La Mancha	17.460	14.078	849	18.135	50.522
Cataluña	44.472	9.105	10.929	50.190	114.696
C. Valenciana	12.363	13.837	1.868	18.646	46.714
Extremadura	15.415	2.789	910	7.646	26.760
Galicia	11.220	3.944	1.036	12.171	28.371
Madrid	28.024	37.931	5.842	37.886	109.683
Murcia	3.153	2.425	755	4.023	10.356
Navarra	3.675	4.833	392	5.492	14.392
País Vasco	6.793	8.677	2.113	14.957	32.540
La Rioja	1.894	697	269	2.620	5.480
Ceuta	283	35	25	137	480
Melilla	231	218	25	199	673
España	228.812	148.905	33.709	275.049	686.475

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

Una vez conocido el número de usuarios de cada uno de los servicios sociales, se muestra el índice de cobertura de cada uno de ellos en las diferentes Comunidades Autónomas. El índice de cobertura es el indicador que permite comparar correctamente las diferencias entre comunidades, ya que muestra el número de usuarios respecto al total de población mayor de 65 años.

Como muestra la Tabla 2.2, a nivel nacional, el índice de cobertura de todos los servicios conjuntamente se sitúa en el 9,43%, siendo las residencias el servicio con mayor índice de cobertura (3,78%). Sin embargo, en estudios previos realizados por parte del IMSERSO (2001 y 2004), este índice se situaba en el 3,20% en el año 1999 y en el 3,46% en el año 2003, por lo que la evolución en estos últimos años ha sido poco significativa. La Ley de Dependencia prevé duplicar el número de plazas residenciales para personas con gran dependencia en los próximos años. El índice de cobertura del Servicio de Ayuda a Domicilio ha aumentado de forma significativa recientemente, pasando del 1,67% en 1999 al 3,14% en 2004. La Ley de Dependencia prevé que este sea uno de los servicios que más se desarrolle a corto plazo, llegando incluso a multiplicar por 10 la oferta actual.

La teleasistencia también se prevé como uno de los servicios que va a tener mayor penetración en el futuro, llegando incluso a ser universal para aquellos individuos que residan en sus hogares. El índice de cobertura en 2004 se situaba en el 2,05%, mientras en el año 1999 era del 0,72%. Por otro lado, cabe destacar el aumento en el índice de cobertura de los centros de día. En 1999 se situaba en el 0,11%, mientras que en Enero de 2004 era del 0,46%. Si bien su cobertura es todavía muy limitada, en estos últimos años a cuádruplicado su oferta.

A nivel de Comunidad Autónoma, Castilla la Mancha es la comunidad con un mayor índice de cobertura total (14,09%). Por su parte, el menor índice de cobertura (4,84%) corresponde a Galicia. Las diferencias interautonómicas son evidentes tanto a nivel global como en cada uno de los servicios sociales definidos. Por ejemplo, en el caso del Servicio de Ayuda a Domicilio,

Extremadura presenta un índice del 7,41%, mientras que en Valencia ese mismo índice se sitúa en el 1,67%.

Tabla 2.2
Índice de Cobertura de algunos Servicios Sociales para
Personas Mayores en España. Enero 2004

Comunidad Autónoma	SAD	Teleasistencia	Centros Día	Residencias	Total
Andalucía	3,48%	1,79%	0,33%	2,84%	8,45%
Aragón	3,07%	2,66%	0,34%	4,46%	10,54%
Asturias	3,26%	1,76%	0,37%	4,06%	9,44%
Baleares	2,09%	1,89%	0,24%	2,84%	7,06%
Canarias	2,69%	0,62%	0,23%	2,89%	6,43%
Cantabria	1,92%	0,48%	0,35%	4,01%	6,77%
Castilla y León	3,12%	2,54%	0,35%	6,12%	12,13%
Castilla la Mancha	4,87%	3,93%	0,24%	5,06%	14,09%
Cataluña	3,87%	0,79%	0,95%	4,37%	9,98%
C. Valenciana	1,67%	1,87%	0,25%	2,52%	6,31%
Extremadura	7,41%	1,34%	0,44%	3,68%	12,87%
Galicia	1,91%	0,67%	0,18%	2,08%	4,84%
Madrid	3,37%	4,57%	0,70%	4,56%	13,20%
Murcia	1,76%	1,35%	0,42%	2,25%	5,79%
Navarra	3,56%	4,68%	0,38%	5,32%	13,95%
País Vasco	1,77%	2,26%	0,55%	3,90%	8,48%
La Rioja	3,41%	1,25%	0,48%	4,71%	9,86%
Ceuta	3,44%	0,43%	0,30%	1,67%	5,84%
Melilla	3,15%	2,97%	0,34%	2,72%	9,18%
España	3,14%	2,05%	0,46%	3,78%	9,43%

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

El Libro Blanco de la Dependencia (MTAS, 2005) puntualiza que, a pesar de que en los datos se ofrecen sumas totales de los potenciales usuarios de estos servicios sociales (se contabilizaron un total de 686.475 personas atendidas a Enero de 2004), ello no presupone que un 9,43% de la población española de 65 años y más tenga cubiertas sus necesidades ante situaciones de dependencia. Excepto las residencias, el resto de servicios sociales son servicios de intensidad insuficiente y, además, algunos son de carácter complementario.

3.2 Índices de cobertura de los diferentes servicios sociales en Francia y Alemania

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

Como se ha comentado anteriormente, los sistemas de dependencia que existen actualmente en Francia y Alemania pueden servir de referencia para el futuro sistema de cuidados de larga duración en España. En estos dos países, las residencias y los servicios de ayuda a domicilio son, igual que en España, dos de los principales servicios destinados a la atención de la población dependiente.

En la Tabla 2.3 se presentan los índices de cobertura en el año 2004 en Francia y Alemania. En Francia se observa un mayor índice de cobertura en los dos servicios analizados (6,70% en residencias y 12,50% en servicios domiciliarios). En Alemania, el servicio de ayuda domicilio está mucho más desarrollado que en España (8,60% frente al 3,12%), aunque no ocurre lo mismo con los servicios residenciales (4,10% frente al 3,77% en España).

Tabla 2.3
Comparación de los índices de cobertura en Residencias y Servicios Domiciliarios en España, Francia y Alemania (2004)

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

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

Como se esperaba, las diferencias en el grado de implantación de los servicios básicos para personas dependientes son todavía apreciables, sobre todo en los servicios domiciliarios.

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

4. COSTE DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN ESPAÑA UTILIZANDO LAS PRESTACIONES DE DEPENDENCIA QUE ESTABLECEN LOS SISTEMAS FRANCÉS Y ALEMÁN

Para estimar el coste total de los cuidados de larga duración en España, se tomará como referencia las prestaciones de dependencia establecidas en Francia y Alemania. Para evaluar los grados de pérdida de autonomía, en Francia se aplica una escala que contempla cuatro grados que dan derecho a protección. El primero de ellos (GIR1), se corresponde con el más grave: personas encamadas o en silla de ruedas que han perdido su autonomía mental, corporal, locomotriz y social, que necesitan la presencia indispensable y continua de otra persona. En este caso, el importe que asume el Estado (en el año 2004) se sitúa, como máximo, en 1.106,77 euros mensuales.

El segundo nivel de dependencia (GIR2) está formado por personas encamadas o en silla de ruedas cuyas funciones mentales no están totalmente alteradas y que necesitan ayuda para la mayor parte de las actividades cotidianas, por personas cuyas funciones mentales están alteradas pero conservan su capacidad motriz, y por personas que pueden desplazarse en el interior de su domicilio pero necesitan ayuda parcial o total para vestirse y asearse. En este caso, el importe máximo que asume el Estado (en el año 2004) se sitúa en los 948,66 euros al mes.

El tercer nivel de dependencia (GIR3) lo forman las personas que conservan sus funciones mentales y, parcialmente, su autonomía motriz, pero que necesitan ayuda para sus actividades personales cotidianamente y varias veces al día. El importe que asume el Estado alcanza, para el año 2004 y como máximo, los 711,50 euros al mes.

Por último, el cuarto nivel de dependencia (GIR4) se corresponde con el nivel de dependencia más leve: personas que necesitan ayuda para levantarse de la cama o de una silla (aunque pueden desplazarse solas en el interior del domicilio), para asearse y para vestirse; y por las personas que no tienen problemas para andar pero que necesitan ayuda para sus actividades personales y para alimentarse. El importe máximo que asume el Estado es, para el año 2004, de 474,33 euros al mes.

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

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

Por otro lado, el modelo alemán determina la cuantía de las prestaciones según el grado de dependencia y el tipo de prestación recibida, aunque actualmente se pretende unificar la cuantía por grado de dependencia independientemente del tipo de prestación recibida (Libro Blanco de la Dependencia, 2005).

El modelo alemán establece tres niveles de dependencia. Las personas con mayor nivel de dependencia reciben la prestación de Grado III. El importe establecido para este colectivo en el año 2004 era de 1.500 euros al mes. En

este nivel de dependencia se incluyen a las personas con necesidad extrema de ayuda (como mínimo cinco horas diarias, cuatro de las cuales dedicadas a cuidados personales). Son personas que requieren ayuda para realizar su higiene corporal, para alimentarse y para moverse, todos los días y durante las 24 horas; además, necesitan ayuda para realizar las tareas domésticas varias veces por semana.

En el segundo nivel de dependencia (Grado II) se incluyen a las personas con necesidad de ayuda muy importante (como mínimo tres horas diarias, dos de las cuales dedicadas a cuidados personales). Las personas clasificadas en esta categoría requieren ayuda para realizar su higiene corporal, para alimentarse y para moverse, al menos tres veces al día en diferentes momentos; además, igualmente necesitan ayuda para realizar las tareas domésticas varias veces por semana. La prestación que reciben en Alemania las personas incluidas en este nivel de dependencia alcanzaba (en el año 2004) los 1.000 euros al mes.

Por último, el tercer nivel de dependencia (Grado I) incluye a las personas que presentan una necesidad considerable de asistencia (90 minutos al día, la mitad de este tiempo, para cuidados personales). Estas personas requieren, al menos una vez al día, ayuda para realizar su higiene personal, para alimentarse y para realizar algún desplazamiento; además, también necesitan ayuda para realizar las tareas domésticas varias veces por semana. Las personas incluidas en este nivel de dependencia recibían, en el año 2004, una prestación de 400 euros al mes.

Como en España también se prevé establecer tres niveles de dependencia, la cuantía de la prestación de dependencia se determinará de la misma forma que en Alemania: la prestación de Grado III para las personas en situación de gran dependencia, la de Grado II para las personas con dependencia severa, y la de Grado I para las personas con dependencia moderada. Esta será la tercera alternativa considerada (Sistema Alemán).

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

La siguiente tabla muestra (Tabla 2.4), por niveles de severidad y para el año 2005, el número estimado de personas dependientes (según proyecciones del Libro Blanco de la Dependencia), y las prestaciones de dependencia que establecen los sistemas francés y alemán (se asume que las prestaciones de dependencia que determinan Francia y Alemania se mantienen constantes en el periodo 2004-2005).

Tabla 2.4
Personas dependientes, y cuantía de las prestaciones
de dependencia en Francia y Alemania (en euros al año).
Ambos sexos. España, 2005.

Grado de Dependencia	Personas Dependientes	Sistema Francés 1	Sistema Francés 2	Sistema Alemán
Gran dependencia	194.508	13.281,24	11.383,92	18.000,00
Dependencia severa	370.603	11.383,92	8.538,00	12.000,00
Dependencia moderada	560.080	8.538,00	5.691,96	4.800,00
Total	1.125.191			

Fuente: Elaboración propia.

De esta forma podemos estimar el coste total de atención a la dependencia en España bajo las tres alternativas propuestas (Sistema Francés 1, Sistema Francés 2 y Sistema Alemán). La Tabla 2.5 presenta las diferentes estimaciones del coste total de atención a la dependencia en España en el año 2005 (en millones de euros y en porcentaje sobre el PIB).

La alternativa de mayor coste es la que prevé el Sistema Francés 1 (1,28% del PIB). Por su parte, el coste del Sistema Alemán se sitúa en el 1,18%, y el del Sistema Francés 2 no alcanza el 1% (0,95% del PIB previsto en España para el año 2005).

Tabla 2.5
Coste total de los cuidados de larga duración en España
utilizando las prestaciones de dependencia de Francia y Alemania.
Total y por nivel de severidad (en millones de euros).
Ambos sexos. España, 2005.

Grado de dependencia	Sistema Francés 1	Sistema Francés 2	Sistema Alemán
Gran dependencia	2.583,31	2.214,26	3.501,14
Dependencia severa	4.218,91	3.164,21	4.447,24
Dependencia moderada	4.781,96	3.187,95	2.688,38
Coste Total	11.584,19	8.566,42	10.636,76
Coste en porcentaje sobre el PIB*	1,28%	0,95%	1,18%

* Según el INE, el PIB previsto a (precios de mercado) alcanzaría los 903.316 millones de euros en el año 2005.
Fuente: Elaboración propia.

En cualquier caso, el esfuerzo económico que supone implantar un Sistema de Atención a la Dependencia se sitúa por encima de los 8 mil millones de euros, lo que representa cerca del 1% del PIB previsto en España en el año 2005.

5. CONCLUSIONES

Actualmente, la atención a la población dependiente se realiza en el ámbito familiar y recae especialmente en las mujeres (representan el 83% de los cuidadores informales) que, en la mayoría de los casos, se ven imposibilitadas de llevar actividad laboral alguna.

Es necesario ampliar el catálogo y la cartera de servicios y prestaciones, para garantizar la capacidad de elección de las personas beneficiarias del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). Aunque se pretende que el sistema sea universal, una parte de la financiación correrá a cargo de los beneficiarios del mismo. La Ley de Dependencia (Ley 39/2006, de 14 de Diciembre de 2006) establece que los usuarios participarán en función de su renta y patrimonio, aunque desde algunas organizaciones como el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI, 2006), se considera necesario establecer una regulación más detallada.

Junto al CERMI (2006), otras entidades como Edad&Vida (2005) reclaman:

- Exención absoluta de participación en el coste para las personas en situación de gran dependencia.
- Establecer la situación de necesidad y no el nivel de renta personal como único referente de acceso a las prestaciones y servicios del Sistema.

En España, el presupuesto para atención residencial representa el 68,6 % de los presupuestos destinados a la dependencia (más del 73% de ese presupuesto se destina a mayores de 65 años). Si a ello añadimos el presupuesto para centros de día, podemos concluir que los recursos institucionalizados (residencias y centros de día) superan el 80% del total de los presupuestos destinados a la dependencia.

La ayuda a domicilio, recurso que se considera fundamental en el planteamiento de la Ley de Dependencia, supone sólo el 10,1% del presupuesto para mayores y el 2,0% en el caso de las personas dependientes con discapacidad (Libro Blanco de la Dependencia, 2005). En cambio, en el resto de países de nuestro entorno, los servicios domiciliarios tienen más peso que los servicios residenciales y, además, los índices de cobertura son más elevados que en España.

Por otro lado, en este capítulo se ha presentado una estimación del coste de atención a la dependencia en España en el año 2005, utilizando las prestaciones de dependencia que determinan los modelos francés y alemán. Sin embargo, la reciente creación del modelo francés (Enero, 2002) y la falta de sostenibilidad económica observada en los primeros años de implantación del modelo alemán, aconsejan actuar con cautela a la hora de decidir las cuantías que deben financiarse públicamente.

Se han planteado tres alternativas (Sistema Francés 1, Sistema Francés 2 y Sistema Alemán), y los resultados muestran que, el esfuerzo económico que supone implantar un Sistema de Dependencia en España se sitúa por encima de los 8 mil millones de euros, lo que representa cerca del 1% del PIB previsto

en España en el año 2005. En concreto, la alternativa de mayor coste es la que prevé el Sistema Francés 1 (1,28% del PIB). Por otro lado, el coste que supone aplicar el modelo definido en Alemania se sitúa en el 1,18% del PIB y, por último, la alternativa de menor coste es la prevista en el Sistema Francés 2 (0,95% del PIB).

El Sistema Público no puede garantizar por sí sólo la cobertura al conjunto de personas dependientes, no sólo porque los costes son muy elevados, sino también por los problemas que se han observado en estos dos países a la hora de implantar los sistemas de atención a la población dependiente.

CAPÍTULO 3

BASES TÉCNICAS DE UN SEGURO DE DEPENDENCIA EN BASE AL MODELO DE INCIDENCIA-RENTA

1. INTRODUCCIÓN

El principal objetivo de todo seguro privado de dependencia es proporcionar unos ingresos o prestar unos servicios a las personas que han perdido su autonomía. En general, se establece una prestación económica o de servicios vitalicia, y una definición del producto simple y objetiva.

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

Como características propias de la necesidad a cubrir, encontramos tres aspectos fundamentales. El primero es que el periodo de tiempo que existirá entre la contratación del seguro y la ocurrencia de la situación de dependencia puede ser amplio. El segundo aspecto es que la prestación, ya sea económica o en forma de servicios, acompañará a la persona dependiente mientras viva. El tercer aspecto radica en el coste de los servicios, ya que puede presentar variaciones significativas en un futuro. Ello conlleva que, el precio que se establece hoy, y que busca ser suficiente para una necesidad de asistencia en el futuro, debería monitorizarse y seguirse especialmente con respecto a estos tres aspectos, y debería tener una capacidad de reacción que sea recogida en el contrato de seguro privado.

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

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

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

- La mortalidad de la población activa.
- La mortalidad de la población dependiente.
- La tasa de incidencia de la dependencia.

El modelo basado en procesos de *Markov* es el método de cálculo más ajustado aunque, la falta de datos hace necesario introducir demasiadas hipótesis. En este modelo, inicialmente se define la matriz de probabilidades de transición entre estados (activo, dependiente y fallecido). Con las propiedades de los procesos de *Markov* y la aplicación de las ecuaciones de *Chapman-*

Kolmogorov, se obtienen las probabilidades de transición necesarias para la construcción del modelo.

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

El modelo de Incidencia-Renta es un modelo intermedio entre los dos anteriores, que permite estimar la prima de un seguro de dependencia sin introducir demasiadas hipótesis. Por ello, se ha considerado que este puede ser un modelo adecuado teniendo en cuenta la información disponible en España sobre dependencia.

El resto del capítulo se divide en las siguientes secciones. En primer lugar, se analizan las características básicas de un seguro privado de dependencia. En segundo lugar, se presentan las bases técnicas y el modelo de tarificación utilizado. Posteriormente se presentan los resultados que se obtienen tras la aplicación del modelo de Incidencia-Renta y, por último, las principales conclusiones del capítulo.

2. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE UN SEGURO PRIVADO DE DEPENDENCIA

1. Edad de adhesión

En general, este producto va dirigido a las personas con edades comprendidas entre los 40 y los 65 años. En este segmento de edad, se puede haber objetivado la necesidad de aseguramiento por tener familiares directos que puedan haber caído en situación de dependencia, y el coste del seguro será razonable por la menor antiselección que se produce. Para edades superiores

a la indicada, la prima inicial del seguro, unido al aumento del riesgo de caer en situación de dependencia, desaconsejan la contratación de este tipo de producto. Para edades inferiores a los 40 años, se estima que la probabilidad de ser dependiente es reducida y, además, el propio individuo no siente la necesidad de cubrirse ante el riesgo de dependencia por considerarse demasiado joven.

2. Prima

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

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

3. Selección médica

A menos que sea consecuencia de un accidente, la dependencia es a menudo progresiva y, por ello, las primeras señales pueden aparecer antes de toda presunción de pérdida de autonomía. Por esta razón, la selección médica debe permitir revelar los riesgos agravados que deberían ser objeto de una tarificación adecuada. Es necesario mencionar causas de dependencia comunes, relacionadas con la degeneración del sistema nervioso central de la persona (como las demencias), cuyos síntomas pueden resultar difíciles de objetivar con sistemas de selección no específicos.

Esta es la razón por la que se sugiere una selección médica basada en una declaración de salud especialmente adaptada a la suscripción del riesgo de dependencia, valorándose tanto la situación física de la persona como sus antecedentes familiares y sus factores personales de riesgo de demencia, y por otra parte, según la edad y el nivel de ingresos, una selección médica más completa.

La selección médica a la suscripción, se realizaría sobre la base de una declaración de salud simplificada. Normalmente, se trata de un cuestionario de entre 5 y 10 preguntas a las que el individuo contesta SI o NO. En caso de respuesta positiva en tan solo una de las cuestiones, el asegurado deberá completar un cuestionario médico con el fin de proceder a una evaluación completa de su estado de salud. El citado cuestionario se completa con un test de valoración del riesgo de demencia.

El objetivo de la selección es revelar los posibles riesgos agravados y aplicar las sobreprimas adecuadas, más que el de excluir sistemáticamente a los asegurados "no normales".

4. Evaluación de la pérdida de autonomía

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

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

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

5. Prestaciones

En caso de dependencia total y permanente, el asegurador pagará una prestación (económica o en forma de servicios) conforme a lo dispuesto en el contrato de seguro. En general, la prestación se otorga de forma vitalicia. El control de vivencia del dependiente se debe realizar al menos una vez al año, siendo mejor cada 6 meses.

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

6. Plazo de carencia

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

- Inmediatamente, en caso de caer en situación de dependencia como consecuencia de un accidente.
- Después de un plazo de carencia de un año, en caso de dependencia a causa de una enfermedad.

- Después de un plazo de carencia de tres años, si la dependencia se debe a una demencia senil o a la enfermedad de Alzheimer.

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

7. Franquicia

El inicio de las prestaciones se efectúa después de la aplicación de un plazo de espera (franquicia). Este plazo empieza en el momento en que se considera que el estado de dependencia ha comenzado. La franquicia encuentra su justificación en el plazo normal de tratamiento de instrucción del expediente de siniestro. En efecto, el objeto de la garantía de dependencia es pagar unas prestaciones al asegurado dependiente mientras esté vivo.

8. Valor de reducción

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

3. BASES TÉCNICAS DE UN SEGURO DE DEPENDENCIA

1. Definición de dependencia y de las actividades básicas de la vida diaria

El primer objetivo a la hora de definir un seguro privado de dependencia es conocer que se entiende por dependencia. En la Ley de Dependencia se define 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”. A efectos del presente seguro de dependencia, se utilizará esta definición como punto de partida.

El siguiente paso consiste en identificar cuáles son las actividades básicas de la vida diaria a las que se refiere el concepto de dependencia y que pueden generar una situación de dependencia. Siguiendo a Blay y Guillén (2006), se utilizarán las 9 actividades básicas de la vida diaria definidas en el Libro Blanco de la Dependencia (MTAS, 2005)¹, que a su vez se extraen de la EDDDES 1999.

Con el objetivo de definir las bases técnicas de este seguro de dependencia, se entenderá que una persona se encuentra en situación de dependencia cuando presente al menos una discapacidad severa o total en alguna de las 9 actividades básicas de la vida diaria consideradas. Este criterio es el utilizado por el Libro Blanco de la Dependencia (en base a los datos obtenidos sobre discapacidad de la EDDDES 1999) para estimar el número de personas dependientes en España en el año 1999, y es el criterio seguido en la Ley de Dependencia a la hora de definir el concepto de dependencia.

¹ Como actividades básicas de la vida diaria se incluyen: lavarse y asearse; mantener la higiene personal relacionada con los procesos de excreción; vestirse y desvestirse; comer y beber; cambiar las posiciones del cuerpo; levantarse y acostarse; desplazarse dentro del hogar; reconocer personas y objetos y orientarse; y entender y ejecutar órdenes y/o tareas sencillas.

Para empezar a construir el modelo de tarificación, es necesario conocer previamente dos datos:

- La probabilidad de fallecimiento.
- La tasa de prevalencia de la dependencia.

2. Tablas de mortalidad

Las tablas de mortalidad que se utilizarán en estas bases técnicas se obtienen del Instituto Nacional de Estadística (INE) para el año 1998-1999, que fueron realizadas juntamente con la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (INE, 1999). Se han utilizado las tablas de mortalidad del INE porque se ajustan temporalmente a la fecha en que se realizó la Encuesta, si bien es cierto que el mercado asegurador suele utilizar otro tipo de tablas (como las GK95).

En el apartado de resultados de este capítulo se muestran las probabilidades de fallecimiento obtenidas para hombres y mujeres.

3. Tasa de prevalencia de la dependencia

En base a los datos existentes y teniendo en cuenta el criterio definido por el Libro Blanco de la Dependencia (MTAS, 2005) para estimar el número de personas dependientes, se ha estimado la tasa prevalencia de la dependencia de la población española en el año 1999 (por grupos de edad y sexo). Por tasa prevalencia de la dependencia se entenderá la proporción de individuos dependientes en una determinada edad respecto al total de personas de esa misma edad (en este caso no se incluye la población institucionalizada).

En el apartado de resultados se muestra los resultados obtenidos tras la aplicación de este criterio.

4. Modelo de tarificación

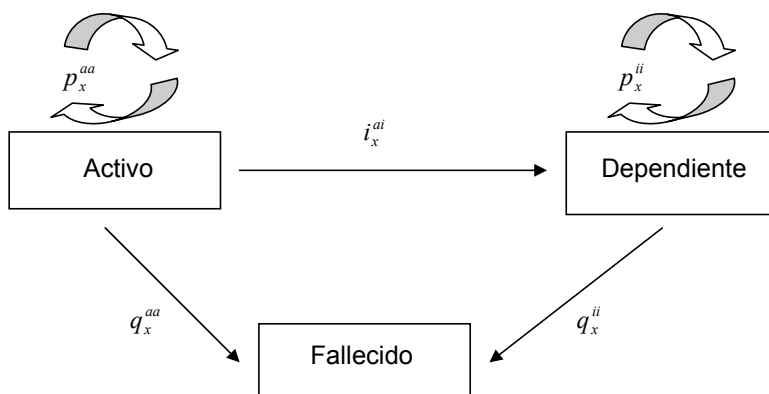
Una vez estimadas la probabilidad de fallecimiento y la tasa de prevalencia de la dependencia, se define el modelo de tarificación. El modelo elegido es un modelo múltiples estados (3 estados), conocido como “modelo de Incidencia-Renta”.

En base a dicho modelo, un individuo activo en el momento x , puede encontrarse en alguno de los siguientes estados en $x+1$:

- activo
- dependiente
- fallecido

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

En el siguiente gráfico se presentan las probabilidades de transición que deben estimarse:



Donde:

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

A continuación se describe la forma de obtener cada una de las probabilidades anteriormente descritas.

5. Probabilidad de fallecimiento de la población dependiente

Se considera que la mortalidad de la población dependiente puede seguir una relación lineal, de acuerdo con la siguiente expresión:

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

Donde:

- κ : factor de sobremortalidad multiplicativo relacionado con la probabilidad de fallecimiento.
- μ : factor de sobremortalidad aditivo independiente del tanto de mortalidad general.

Los factores de sobremortalidad podrán evolucionar en el tiempo en función de la experiencia de la cartera. Debido a la falta de datos en España sobre los factores anteriormente descritos, se asume que la probabilidad de fallecimiento de la población dependiente es la misma que la de la población general. La consecuencia de esta hipótesis es una posible sobrevaloración del coste del seguro. Por tanto:

- $q_x^{ii} = q_x$

6. Probabilidad de supervivencia de la población dependiente

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

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

7. Tasa de incidencia de la dependencia

La estimación de la tasa de incidencia se puede obtener a partir de la tasa de prevalencia de la dependencia. Sin embargo, para la estimación de la tasa de incidencia, ha sido necesario adoptar hipótesis de mortalidad (se ha asumido que la probabilidad de fallecimiento de la población dependiente es la misma que la de la población general). En este sentido, los resultados obtenidos son muy sensibles a éstas. Por tanto, hay un problema de robustez de la estimación en la medida en que, una escasa variación de la mortalidad de referencia, puede modificar en proporciones sensibles el valor de la tasa de incidencia.

Para estimar la tasa de incidencia, se utilizan las siguientes variables:

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

De esta manera, pueden obtenerse las siguientes relaciones:

- $j_x \cdot L_x = L_x^i$ (1)

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

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

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

Entonces:

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

Es decir, el colectivo de personas dependientes en $x+1$, es igual al colectivo de individuos dependientes que sobreviven entre x y $x+1$, más los activos que caen en situación de dependencia (se asume que entran en situación de dependencia a mitad de año).

Utilizando las relaciones (1) y (2):

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

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

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

Reordenando:

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

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

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

8. Probabilidad de fallecimiento de la población activa

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

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

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

Utilizando las relaciones (1) y (2):

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

Despejando:

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

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

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

9. Probabilidad de supervivencia de la población activa

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

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

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

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

10. Notación propia del modelo

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

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

11. Producto a prima única

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

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

Donde:

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

12. Prima vitalicia pura

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

Donde:

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

4. RESULTADOS

En este apartado se presentan los principales resultados obtenidos tras la aplicación del modelo. La primera tabla (Tabla 3.1) muestra la información referente a la probabilidad de fallecimiento y, la segunda (Tabla 3.2), la tasa de prevalencia de la dependencia obtenida tras la aplicación del criterio definido en el Libro Blanco de la Dependencia (MTAS, 2005). Ambas tablas se muestran para hombres y mujeres, teniendo en cuenta la información referente al año 1999.

La tercera tabla (Tabla 3.3) muestra los resultados obtenidos tras la aplicación del modelo de Incidencia-Renta. En concreto, se presenta la prima pura mensual vitalicia necesaria para obtener una renta de 1.000 euros mensuales. Esta renta se cobraría desde el momento en que se certifica el estado de dependencia hasta el fallecimiento del individuo.

Como se ha comentado anteriormente, las tablas de mortalidad utilizadas se obtienen del Instituto Nacional de Estadística (INE) para el año 1998-1999, que fueron realizadas juntamente con la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (INE, 1999).

La información se presenta por grupos de edad y sexo. En la Tabla 3.1 se puede observar que la probabilidad de fallecimiento es más alta para los hombres que para las mujeres en todos los grupos de edad.

Por ejemplo, en el grupo de edades entre los 30 y los 34 años, la probabilidad de fallecimiento de las mujeres se sitúa en un 0,051%, mientras que, para los hombres, la probabilidad de fallecimiento es de 0,147%. Por otro lado, en el grupo de edades comprendidas entre los 75 y los 79 años, la probabilidad de fallecimiento es de 3,101% y de 5,768% para mujeres y hombres, respectivamente.

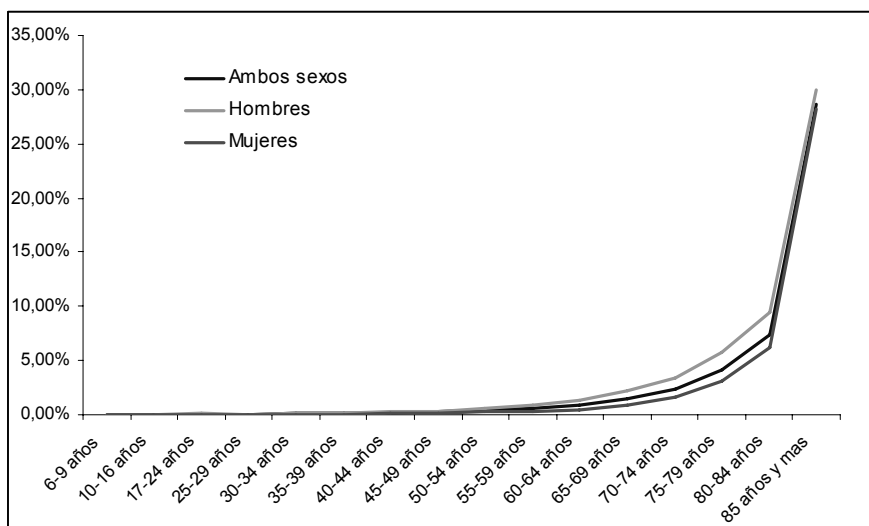
Tabla 3.1
Probabilidad de fallecimiento por grupos de edad y sexo.
España, 1998 – 1999

Grupos de edad	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
6-9 años	0,015%	0,018%	0,012%
10-16 años	0,022%	0,027%	0,017%
17-24 años	0,057%	0,085%	0,027%
25-29 años	0,013%	0,014%	0,011%
30-34 años	0,099%	0,147%	0,051%
35-39 años	0,129%	0,187%	0,071%
40-44 años	0,178%	0,249%	0,107%
45-49 años	0,262%	0,369%	0,156%
50-54 años	0,393%	0,569%	0,222%
55-59 años	0,582%	0,858%	0,319%
60-64 años	0,912%	1,356%	0,510%
65-69 años	1,464%	2,159%	0,861%
70-74 años	2,409%	3,448%	1,584%
75-79 años	4,190%	5,768%	3,101%
80-84 años	7,352%	9,470%	6,178%
85 años y mas	28,692%	29,907%	28,158%
Subtotal 65 años y más	14,893%	16,187%	14,143%
Total de 6 años y más	5,789%	6,346%	5,441%

Fuente: Elaboración propia en base a la EDDDES (INE, 1999)

Gráficamente, se pueden observar mejor las diferencias entre sexos.

Gráfico 3.1
Probabilidad de fallecimiento por grupos de edad y sexo.
España, 1998 – 1999



Fuente: Elaboración propia

Una vez obtenida la probabilidad de fallecimiento tanto para hombres como para mujeres, se presenta la tasa de prevalencia de la dependencia. Esta tasa se obtiene tras la aplicación de la definición de dependencia del Libro Blanco de la Dependencia (MTAS, 2005), siguiendo a Blay y Guillén (2006).

La siguiente tabla muestra el número de personas dependientes y la tasa de prevalencia de la dependencia en España en el año 1999, por grupos de edad y sexo (Tabla 3.2). Se observa un continuo aumento tanto en el número de personas dependientes como en la tasa prevalencia de la dependencia a medida que aumenta la edad. Mientras que para el rango de edades que va entre los 6 y 9 años la tasa de prevalencia de la dependencia se sitúa en el 0,40%, para el colectivo de 85 años y más dicha tasa alcanza el 28,53%.

Las diferencias en términos de tasas entre hombres y mujeres son mínimas hasta los 50 años. A partir de dicha edad, la tasa de prevalencia de la

dependencia aumenta más en las mujeres que en los hombres. En el grupo de edad de 85 años y más, la tasa de las mujeres alcanza el 30,90%, mientras que la de los hombres es del 23,31%.

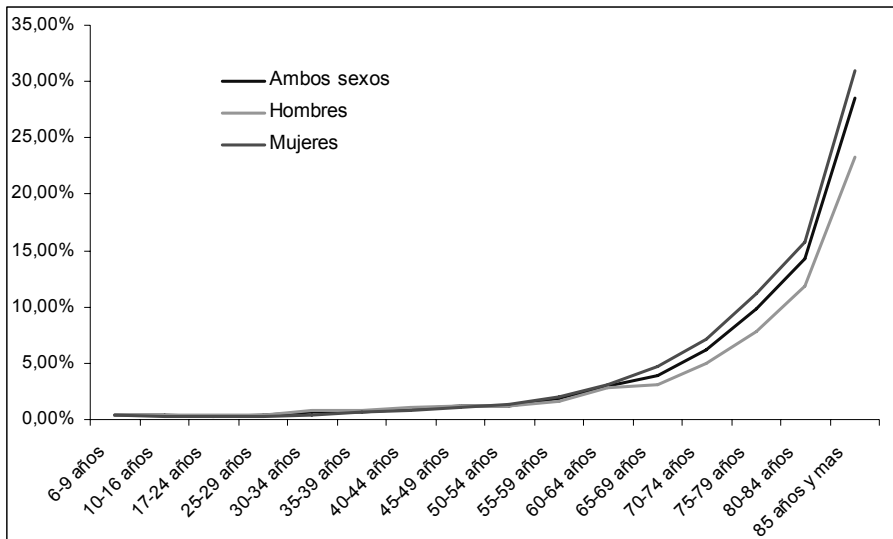
Tabla 3.2
Personas dependientes según definición del Libro Blanco y
tasa de prevalencia de la dependencia por grupos de edad y sexo.
España, 1999

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

Fuente: Blay y Guillén (2006)

En el siguiente gráfico, se pueden observar mejor las diferencias entre sexos.

Gráfico 3.2
Tasa de prevalencia de la dependencia por grupos de edad y sexo.
España, 1999



Fuente: Blay y Guillén (2006)

Por último se presentan los resultados del modelo de Incidencia-Renta. Las primas que se presentan a continuación se han obtenido utilizando los siguientes datos:

- Tasa de prevalencia de la dependencia según la definición del Libro Blanco de la Dependencia (MTAS, 2005), utilizando los datos de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (INE, 1999).
- Tablas de mortalidad 1998-1999, elaboradas por parte del Instituto Nacional de Estadística.

Por otro lado, se han establecido las siguientes hipótesis:

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

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

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

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

Los resultados se presentan en la Tabla 3.3. En dicha tabla se puede observar que la prima para las mujeres es más del doble que para los hombres en todas las edades consideradas. Esto se debe principalmente, a la mayor longevidad de las mujeres, no solo en estado de activo, sino también en el estado de dependencia. Por ejemplo, la prima pura mensual para una mujer de 50 años alcanza los 128,76 euros, mientras que en el caso de los hombres se sitúa en 59,29 euros.

Las diferencias entre hombres y mujeres son mayores conforme aumenta la edad. De esta forma, a los 65 años, una mujer debería pagar en concepto de prima pura 153,96 euros al mes y, un hombre, se situaría entorno a los 66,37 euros mensuales.

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

Tabla 3.3
Prima mensual para obtener una renta mensual de 1.000 euros.
Por edad y sexo. España, 1999

Edad	Hombres	Mujeres
40	51,92	108,87
41	52,69	110,81
42	53,45	112,77
43	54,21	114,74
44	54,97	116,72
45	55,71	118,72
46	56,45	120,72
47	57,18	122,74
48	57,89	124,75
49	58,59	126,76
50	59,29	128,76
51	59,97	130,75
52	60,62	132,73
53	61,25	134,68
54	61,87	136,61
55	62,48	138,52
56	63,04	140,37
57	63,55	142,15
58	64,04	143,90
59	64,52	145,62
60	64,92	147,22
61	65,25	148,73
62	65,62	150,20
63	65,95	151,59
64	66,20	152,83
65	66,37	153,96

Fuente: Elaboración propia

5. CONCLUSIONES

El seguro de dependencia tiene como objetivo cubrir al asegurado en caso de que éste entre en una situación de dependencia, garantizando el pago de una renta o la prestación de un servicio mientras se encuentre en dicho estado. De esta forma, el asegurado puede hacer frente a los costes generados por su estado de salud. En general, los productos de dependencia existentes en otros países cumplen con las características definidas en este capítulo. Es decir, un seguro de dependencia no debería contemplar la posibilidad de rescate, aunque algunos permiten establecer el derecho de reducción.

Además, se aconseja que la prima pagadera por parte del individuo sea mensual y vitalicia, y no en forma de prima única, debido a la incertidumbre existente sobre la evolución del fenómeno de la dependencia. Las primas que paga el individuo suelen ser revisables cada 5 ó 10 años por este mismo motivo. Las rentas pagaderas o los servicios prestados en caso de caer en situación de dependencia también suelen ser vitalicios.

Por último, existen otras características importantes en los seguros de dependencia:

- Una correcta selección médica: la pérdida de autonomía es a menudo progresiva.
- El plazo de carencia: es necesario para evitar una posible antiselección.
- La franquicia: plazo requerido para certificar el estado de dependencia e iniciar el pago de la renta.

Por otro lado, en este capítulo se ha presentado la estimación de un modelo de múltiples estados (modelo de Incidencia-Renta), que nos permite obtener la prima que debería pagar un individuo para quedar cubierto en caso de caer en situación de dependencia.

Existen otros modelos de múltiples estados que permiten estimar la prima de un seguro privado de dependencia. Sin embargo, la simplicidad de algunos (como el llamado modelo *Friendly Society*) y la dificultad de otros (como los modelos basados en procesos de *Markov*), complican un análisis detallado de los mismos.

El modelo de Incidencia-Renta es un modelo que permite estimar la prima de un seguro privado de dependencia utilizando tres variables (la mortalidad de la población activa, la mortalidad de la población dependiente y la tasa de incidencia de la dependencia) y realizando una hipótesis adicional (la probabilidad de pasar del estado de dependencia al estado de activo es nula).

Por otro lado, debido a la falta de datos en España, se ha asumido que la mortalidad de la población dependiente es la misma que la mortalidad de la población general (aunque en algunos países como Estados Unidos se ha demostrado que la probabilidad de fallecimiento de la población dependiente es superior a la de la población general). La consecuencia de esta hipótesis es una posible sobrevaloración del coste del seguro.

Los resultados obtenidos indican que la probabilidad de caer en situación de dependencia es más alta para las mujeres que para los hombres. Además, como se ha demostrado en otros países (En Francia, la expectativa de vida media para una persona dependiente se sitúa entorno a los 2,5 años para los hombres y entorno a los 4,5 para las mujeres) las mujeres suelen vivir más que los hombres en situación de dependencia. En conclusión, la prima es ampliamente superior para las mujeres.

CAPÍTULO 4 LA HIPOTECA INVERSA EN ESPAÑA Y EN EL RESTO DEL MUNDO

1. INTRODUCCIÓN

Una hipoteca inversa (término tomado del inglés “*reverse mortgage*”) es un crédito con garantía inmobiliaria, es decir, un producto financiero que permite transformar los activos inmobiliarios en rentas. Es un producto especialmente orientado para las personas mayores. Este segmento de población se encuentra en una situación complicada en términos financieros, ya que no dispone de rentas del trabajo y sus pensiones suelen suponer un descenso en sus ingresos netos, respecto a los que percibían como activos. Sin embargo la mayoría de ellos tiene una vivienda completamente pagada (según Herranz (2006), el 87,2% de los mayores de 65 años son propietarios de sus viviendas), por lo que disponen de patrimonio inmobiliario.

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

A la hora de contratar una hipoteca inversa, se realiza un cálculo de la esperanza de vida del individuo. Si éste vive más tiempo del estimado, seguirá

recibiendo la renta mensual a través del seguro diferido de rentas vitalicias (siempre que el titular lo contrate), ya que la hipoteca inversa suele ofrecerse por un plazo de tiempo concreto (entre 10 y 20 años).

Aunque no es obligatorio contratar el seguro, la mayoría de entidades bancarias lo aconsejan, ya que ello asegurará que el individuo reciba mensualmente la renta de por vida. Si se ha contratado el seguro y el titular muere antes del plazo fijado en el contrato de hipoteca inversa, los herederos reciben la parte proporcional de la prima que en su día esta persona pagó (siempre y cuando exista contraseguro). Si no se ha contratado el seguro y el titular fallece antes del vencimiento de la hipoteca inversa, los herederos deberán hacer frente a la deuda contraída con el banco por razón de dicha hipoteca si desean conservar la propiedad del bien inmobiliario.

Por el contrario, si el individuo muere después del vencimiento de la hipoteca inversa y tenía contratado el seguro, habrá seguido cobrando la misma cantidad mensualmente hasta su fallecimiento. Si no contrata el seguro y sigue vivo al vencimiento de la hipoteca inversa, el individuo dejará de cobrar la renta que recibía y deberá hacer frente a la deuda. Por tanto, la principal ventaja de contratar el seguro es la posibilidad de poder recibir la renta de forma vitalicia, aunque el precio del seguro diferido puede ser elevado.

El propietario de la vivienda tiene distintas opciones de recibir los fondos de la hipoteca inversa. En primer lugar, el titular puede recibir el pago en forma de un único capital. Una segunda alternativa consiste en una línea de crédito, que el titular podrá utilizar siempre que quiera. Como tercera opción (y la más común entre las entidades que comercializan la hipoteca inversa), existe la posibilidad de recibir una renta mensual (temporal o vitalicia). Algunas entidades ofrecen un capital inicial para adecuación de vivienda junto con la renta mensual.

Sin duda alguna, los costes iniciales de la hipoteca inversa representan un gran freno para sus potenciales clientes. Las comisiones, impuestos, gastos de notaría y seguros pueden cargarse en la hipoteca inversa en caso de falta de liquidez, aunque ello conllevará un reducción de la cuota mensual. De esta

forma, un cliente sin ningún tipo de ahorro pero con un piso en propiedad, recibe unos ingresos mensuales que no son rentas, sino que se tratan como disposiciones de un crédito y, por tanto, no tributan en la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.

Una vez ha fallecido el titular de la hipoteca inversa, sus herederos deciden si se quedan con la vivienda (devolviendo la cantidad dispuesta o realizando una nueva financiación de la cantidad que sus familiares han cobrado hasta su fallecimiento) o si la venden (abonando en este caso la deuda contraída con la entidad bancaria).

El resto del capítulo se divide en las siguientes secciones. En primer lugar, se analizan las hipotecas inversas de Estados Unidos y el Reino Unido. En segundo lugar, se presentan las características más importantes de las hipotecas inversas de Caixa Terrassa, “la Caixa” e Ibercaja, y se presenta un ejemplo para mostrar las diferencias entre ellas. Posteriormente se plantean las alternativas existentes a la hipoteca inversa. Concretamente, se presentan tres tipos de instrumentos: la hipoteca pensión, la vivienda pensión y la cesión para alquiler. Por último, se presentan las principales conclusiones del capítulo.

2. LA HIPOTECA INVERSA EN ESTADOS UNIDOS Y EN EL REINO UNIDO

El país donde se ofrecieron los primeros contratos de hipoteca inversa fue el Reino Unido en 1965. En otros países como Estados Unidos, este tipo de productos no empezó a comercializarse hasta 1989. Actualmente, en la mayoría de países desarrollados existen negocios similares: Australia, Canadá, Japón, Noruega,...

El actual envejecimiento de la población augura buenas perspectivas para este producto en los diferentes países. En España el envejecimiento de la población será más acentuado todavía (según la ONU, en 2050 España será el segundo

país mas envejecido del mundo). Además, las cifras de propietarios de vivienda son altas en nuestro país (Sancho, 2005).

Por tanto, en España se cumplen las dos características fundamentales que permiten pensar que la hipoteca inversa será un producto altamente demandado: la propiedad de vivienda y una alta esperanza de vida.

En otros países donde se están comercializando estos productos desde hace algunos años, se ha realizado un número elevado de operaciones, aunque no se hayan alcanzado grandes cuotas de mercado. En el Reino Unido, dos entidades de crédito (*Norwich Union* y *Northern Rock*) cubren el 90% del mercado de hipotecas inversas y, en Estados Unidos, la mayoría de operaciones están relacionadas con el programa federal "Hipotecas de Conversión del Valor Acumulado de la vivienda" (*Home Equity Conversion Mortgage, HECM*), que fija la cantidad económica a percibir y los costes de la operación, y garantiza el cumplimiento de los compromisos entre las partes.

2.1. La hipoteca inversa en Estados Unidos

En Estados Unidos, una hipoteca inversa se define como un préstamo contra la vivienda que no requiere ningún reembolso mientras el titular del inmueble viva allí. Generalmente todos los dueños deben tener por lo menos 62 años y, su hogar, debe ser su "residencia principal". Además, el propietario no puede tener ninguna deuda contra su hogar en el momento de contratar una hipoteca inversa.

La cantidad de efectivo que puede obtenerse de una hipoteca inversa depende del programa que se haya seleccionado y, dentro de cada uno de los programas, depende de la edad, del valor de la vivienda y de los tipos de interés. Dadas las diferencias existentes entre los programas que se ofrecen al consumidor, se pueden conseguir hasta 30.000 dólares más según el programa que se escoja.

En general, el programa federal “Hipotecas de Conversión del Valor Acumulado de la vivienda” (*Home Equity Conversion Mortgage, HECM*) es el que proporciona más efectivo y mejores condiciones. Este programa se caracteriza por la intervención de la administración pública (FHA, Administración Federal de la Vivienda).

Para cobrar la hipoteca inversa, el individuo puede escoger entre las siguientes opciones:

- Un anticipo por el total de efectivo concedido.
- Una línea de crédito que el individuo puede utilizar siempre que quiera (durante toda la vida del préstamo o hasta que se utilice todo el crédito disponible).
- Un anticipo mensual por un número determinado de años.
- Un anticipo mensual mientras el individuo viva en su hogar.
- Un anticipo mensual de forma vitalicia, sin importar dónde viva el individuo, si el préstamo se ha destinado a la contratación de un seguro de rentas vitalicias.
- Como cualquier combinación de las anteriores.

Si el individuo dispone de una línea de crédito, la cantidad total de efectivo que recibe depende del crédito que utilice y de si la línea de crédito es constante o es creciente. Con una línea de crédito constante, la cantidad de crédito disponible disminuye conforme el individuo pide anticipos. En cambio, con una línea de crédito creciente, el crédito disponible aumenta según el tipo de interés fijado.

Por ejemplo, si el individuo pide un crédito de 10.000 dólares de una línea de crédito constante que concede hasta 50.000 dólares, al cabo de tres años (asumiendo que no pide ningún otro crédito), el crédito disponible será de 40.000 dólares. En cambio, con una línea de crédito creciente, esos 40.000 dólares habrán aumentado según el tipo de interés que se haya pactado en el

contrato. La línea de crédito en el programa federal “Hipotecas de Conversión del Valor Acumulado de la vivienda” (HECM) es una línea de crédito creciente.

Si el individuo escoge recibir anticipos mensuales del préstamo, la cantidad total de efectivo que recibe dependerá de si el plan se ha contratado por un número determinado de años o de si se ha contratado durante el tiempo en que el individuo permanezca en su hogar. Si la hipoteca inversa se utiliza para contratar un seguro de rentas vitalicias, la cantidad total de efectivo que se consigue dependerá del tiempo que viva el individuo.

El valor máximo que puede adeudar el individuo es el valor de su hogar en el momento de compensar el préstamo. Para pagar la cantidad adeudada en el momento de fallecer el propietario, los herederos pueden compensar el préstamo vendiendo la vivienda, devolver la deuda usando los fondos del antiguo propietario o sus propios fondos, o contratando una hipoteca sobre la vivienda por la cantidad adeudada.

2.2 La hipoteca inversa en el Reino Unido

En el Reino Unido, existen diversas formas de liquidar el patrimonio inmobiliario del individuo: se puede pedir un préstamo entregando como garantía la vivienda, se puede vender una parte o la totalidad de la vivienda a cambio de una renta regular o de una suma global, o incluso pueden combinarse ambas opciones. En general, las hipotecas inversas van dirigidas a la población de 55 años o más que disponen de una vivienda libre de cargas.

Los instrumentos comerciales que permiten la liquidación del patrimonio son básicamente dos:

- La hipoteca vitalicia o hipoteca inversa (“*lifetime mortgage*”)
- La reversión del hogar (“*home reversion*”).

Con la hipoteca vitalicia se obtiene un préstamo a cambio del hogar. Este préstamo se puede cobrar en forma de renta regular, en forma de un único capital, como un reembolso de gastos, o se puede utilizar para comprar un seguro. La hipoteca se compensa en el momento en que el propietario fallece o cuando se cambia de hogar (ya sea a otra vivienda o a una residencia).

Los principales tipos de hipoteca vitalicia son los siguientes:

A. Plan de ingresos del hogar (“Home Income Plan”)

El propietario pide un préstamo que le paga un efectivo por la suma global del valor de la vivienda, y se asegura contra el valor del hogar. La suma global se utiliza para comprar un seguro que garantice una renta mensual, generalmente una cantidad fija para toda la vida. Una parte de la renta se destina a pagar los intereses de la hipoteca (el tipo de interés suele ser fijo) y, el resto de la renta, puede disponerse libremente por parte del individuo. En caso de vender el hogar antes de fallecer, se compensa la cantidad que el propietario pidió prestada al inicio de la operación. Como la renta que se recibe en este tipo de operaciones es bastante baja, este tipo de producto está destinado a la población de mayor edad (alrededor de los 80 años).

B. Hipoteca de sólo intereses (“Interest-only Mortgage”)

Se pide un préstamo por el que se recibe un pago único o una renta mensual, y se asegura contra el valor del hogar. El individuo paga cada mes los intereses del préstamo (puede ser una cantidad fija o variable). Si el individuo decide vender su hogar antes de fallecer, se compensa la cantidad dispuesta al inicio de la operación.

El propio individuo es quien debe asegurarse de que puede permitirse pagar los intereses del préstamo. Si el tipo de interés de la operación es variable y la renta que recibe es fija, el individuo podría no disponer de renta suficiente para hacer frente a futuras subidas de los tipos de interés.

C. Hipoteca de reinversión de intereses (“Roll-up mortgage”)

Se pide un préstamo y se asegura contra el valor de la vivienda. El préstamo se puede recibir en forma de renta regular o como una suma global de efectivo. Sin embargo, los intereses del préstamo no se pagan hasta el momento en que se venda la vivienda del individuo. Como no se pagan intereses, la cantidad que el individuo puede pedir prestada suele ser relativamente pequeña, y depende de su edad. El interés, que puede ser fijo o variable, se carga en el préstamo original. Como consecuencia, si el individuo prefiere recibir una suma global al inicio de la operación, la cantidad adeudada puede crecer rápidamente, hasta el punto en que dicha cantidad puede ser superior al valor de la vivienda.

D. Hipoteca vitalicia de capital prefijado (“Fixed repayment lifetime mortgage”)

El individuo pide un préstamo y recibe un capital único, que se asegura contra el valor del hogar. En este producto, en lugar de pagar intereses, el individuo se obliga a pagar al prestamista, en el momento en el que venda su hogar, una suma más alta de la que pidió prestada. Esta suma más alta se fija al principio de la operación.

Algunas hipotecas vitalicias incluyen una cláusula de revalorización del valor de la vivienda. En este caso, el prestamista renuncia a una parte o a todos los intereses del préstamo, a cambio de la apropiación de una parte de la revalorización del inmueble.

Fiscalmente, este tipo de productos son muy atractivos, ya que el dinero que se recibe de la hipoteca inversa está exento de tributación. Por el contrario, los gastos que se deriven del mantenimiento del hogar en buenas condiciones corren a cargo del propio individuo.

A modo de conclusión, se presenta la siguiente tabla (Tabla 4.1) con el objetivo de comparar las principales diferencias entre los distintos tipos de hipoteca vitalicia o hipoteca inversa.

Tabla 4.1
Comparativa de los tipos de hipoteca inversa en el Reino Unido

Características	Tipos de hipoteca vitalicia o hipoteca inversa			
	Plan de ingresos del hogar	Hipoteca de solo intereses	Hipoteca de reinversión de intereses	Hipoteca vitalicia de capital prefijado
Posibilidad de escoger entre capital único o renta mensual	Si	Si	Si	Si
Modalidad de tipo de interés	Fijo	Fijo o variable	Fijo o variable	No hay
Momento de pago de los intereses	Mensualmente	Mensualmente	Cuando vende la vivienda	Cuando vende la vivienda
Posibilidad de revalorización compartida	Si	Si	Si	Si
Posibilidad de vender el hogar antes de fallecer	Si	Si	Si	Si
Otros	El capital único recibido se destina a la compra de un seguro de rentas vitalicias	Insuficiencia de renta si el tipo de interés es variable y la renta recibida es fija	La cantidad adeudada crece rápidamente si el individuo prefiere recibir un pago único	En lugar de pagar intereses, el individuo se obliga a pagar una suma más alta de la que pidió prestada

Fuente: elaboración propia

Como se ha comentado anteriormente, existe un producto llamado “reversión del hogar” que también permite liquidar el patrimonio inmobiliario del individuo. En este caso, el individuo vende parte o toda su vivienda a una compañía especializada en este tipo de productos que, o bien compra dicha vivienda, o bien actúa como intermediario para que alguna tercera persona la compre. Una vez realizada la venta total o parcial de la vivienda, el individuo recibe los ingresos de la venta en forma de un único capital o bien en forma de renta regular.

Como el comprador no puede revender la parte comprada hasta la muerte del titular (o bien hasta que éste ingrese en una residencia), la cantidad que recibe el titular será inferior al valor de la vivienda (generalmente se sitúa entre el 35% y el 60%). Cuánto mayor sea la edad del titular, más alto será el porcentaje que

consiga. La edad mínima para este producto suele ser más alta que para las hipotecas vitalicias. Por último cabe destacar que, con la “reversión del hogar”, el individuo consigue un contrato de arrendamiento que le da derecho a continuar viviendo en su hogar el resto de su vida (o hasta que requiera el ingreso en una residencia).

Por tanto, como principal diferencia entre las dos principales formas de liquidar el patrimonio en el Reino Unido, se observa que la hipoteca vitalicia o hipoteca inversa permite al individuo mantener la titularidad de su propiedad, mientras que, con la “reversión del hogar”, una parte o toda la vivienda pasa a manos de una tercera persona (ya sea ésta una compañía o un individuo).

3. LA HIPOTECA INVERSA EN ESPAÑA

En España, la comercialización de hipotecas inversas es muy reciente. Este nuevo producto financiero pretende mejorar la calidad de vida de los mayores, sin que sus herederos tengan que renunciar a la propiedad del inmueble. Además, las entidades financieras consideran que este tipo de producto se ajusta perfectamente a las necesidades de los mayores en España. En concreto, el aumento de la esperanza de vida, la aparición de la dependencia en las últimas etapas de la vida, los cambios en la estructura familiar convencional, la disminución del poder adquisitivo de los jubilados y, la elevada proporción de propietarios de vivienda son factores que auguran el éxito de este tipo de productos.

El objetivo de este apartado es comparar las hipotecas inversas de Caixa Terrassa, “la Caixa” e Ibercaja. En concreto, se analizarán cuestiones como la revalorización del inmueble, la valoración del patrimonio, el tipo de interés de la operación, la edad de contratación, y si la renta es vitalicia o temporal.

3.1 La hipoteca inversa de Caixa Terrassa

Con la hipoteca inversa de Caixa Terrassa, también llamada pensión hipotecaria, el cliente podrá complementar sus ingresos transformando en dinero su hogar a través de un crédito con garantía hipotecaria. El cliente conserva la propiedad del inmueble, no necesita venderlo y los herederos conservan sus derechos.

Caixa Terrassa exige que el cliente tenga más de 70 años y disponga de una vivienda sin cargos para poder contratar este producto. El importe máximo que se puede disponer está limitado al 90% del valor actual de la vivienda y, tanto la renta que se recibe como los intereses que se generan, se van acumulando al saldo del crédito. El tipo de interés de la operación es fijo durante el primer tramo de la operación (periodo de cobro de la renta de la hipoteca inversa), mientras que, durante el segundo tramo (periodo de cobro de la renta del seguro), el tipo de interés es variable. Se asume una revalorización del inmueble del 3% anual.

El individuo recibe una renta mensual que se calcula en función de su edad (en el caso de que la operación sea a dos vidas, se calcula en función de la edad del titular más joven), del valor de la vivienda, y de si el cliente elige una renta vitalicia o temporal. En el momento que finaliza el cobro de la renta el cliente continúa recibiendo la misma renta, siempre que haya contratado el seguro diferido de rentas vitalicias al inicio de la operación. La prima de este seguro se carga en el saldo del crédito sin que el cliente tenga que adelantar ninguna cantidad.

En caso de defunción de uno de los titulares, el otro titular continúa cobrando la renta y no se le exige la devolución de la deuda mientras viva. En el momento de liquidar la operación, es decir, cuando fallece el titular o los titulares de la hipoteca inversa, los herederos tienen la posibilidad de quedarse con la vivienda (pagando la deuda con sus ahorros o constituyendo una nueva hipoteca) o venderla (quedándose con la diferencia una vez pagada la deuda).

Los gastos iniciales de la hipoteca inversa son una importante barrera de entrada al producto, ya que el cliente debe abonar los gastos notariales, los impuestos, los gastos que se deriven de la tasación del inmueble, etc. Para que el cliente no tenga que utilizar sus ahorros, Caixa Terrassa (así como el resto de entidades que comercializan la hipoteca inversa) permite que los gastos se financien con el mismo crédito hipotecario. Caixa Terrassa aplica una comisión de apertura a la hora de contratar el producto, aunque no aplica comisión de cancelación para no encarecer el producto.

Una última opción que destaca Caixa Terrassa, es la posibilidad de contratar una hipoteca inversa sobre un inmueble y además alquilarlo. En estos casos, el individuo conserva la propiedad y recibe dos rentas, lo que puede suponer un complemento de ingresos importante (sobre todo para aquellos clientes que precisen de cuidados de larga duración en una residencia).

3.2 La hipoteca inversa de “la Caixa”

La hipoteca inversa de “la Caixa”, Caja de Ahorros y Pensiones de Barcelona, va dirigida a todas aquellas personas que sean mayores de 75 años, aunque el producto es contratable a partir de los 65 años. Como en el resto de entidades, se exige que el cliente sea propietario de la vivienda y que ésta esté libre de cargas. “la Caixa” presenta dos modalidades de hipoteca inversa. La primera de ellas, la hipoteca inversa sencilla, consiste en una cuenta corriente de crédito con garantía hipotecaria, con disposiciones mensuales (renta para el cliente) durante un periodo de tiempo determinado. Aunque la hipoteca es vitalicia porque no se cancela hasta la muerte del titular/es, el pago de la renta mensual es temporal. Por lo tanto, este primer tipo de hipoteca inversa es un producto pensado para personas que, en caso de sobrevivir al periodo de renta contratado, no presentarán dificultades al dejar de percibir la renta o, incluso, tendrán capacidad para cancelar la operación o renegociarla.

La segunda modalidad de hipoteca inversa es la llamada hipoteca inversa completa, que consiste en una cuenta corriente de crédito con garantía hipotecaria destinada en parte a constituir una pensión vitalicia diferida, y en parte a realizar disposiciones mensuales. La hipoteca inversa completa, a diferencia de la sencilla, ofrece una renta vitalicia, primero a cargo de la cuenta de crédito y luego a cargo del seguro diferido de rentas vitalicias. Es un producto para personas con menores recursos que no pueden prescindir de la renta.

La hipoteca inversa de “la Caixa” consta de dos etapas bien diferenciadas. Durante la primera etapa (llamada etapa de disposición), el cliente percibe una renta a partir de disposiciones mensuales. El plazo de esta etapa se define en función de la esperanza de vida del titular/es y del tipo de producto.

En la segunda etapa (etapa de acumulación de intereses), la cuenta de crédito sólo acumula intereses hasta el vencimiento. En esta segunda etapa entra en funcionamiento la pensión vitalicia diferida, siempre que el cliente haya contratado el seguro diferido de rentas vitalicias. Se considera que el vencimiento de la hipoteca inversa se produce a los seis meses de la muerte del último titular.

El tipo de interés es fijo durante la etapa de disposición de la renta, aunque durante la etapa de acumulación de intereses (hasta que la hipoteca inversa se cancele), el tipo de interés es variable. El límite de crédito concedido no puede superar el 70% del valor de la tasación y, en caso de patrimonios elevados, este límite se sitúa entorno al 40%. Además, a la hipoteca inversa se le aplican comisiones de apertura y estudio.

Mientras viva uno de los titulares de la hipoteca inversa, no se pide la devolución de la deuda y, cuando falten los dos, los herederos liquidan la hipoteca inversa. En este caso, pueden optar por devolver el crédito dispuesto, manteniendo por tanto la propiedad, o vender el inmueble, quedándose con el dinero sobrante una vez pagada la deuda.

3.3 La hipoteca inversa de Ibercaja

En Ibercaja, Caja de Ahorros y Monte de Piedad de Zaragoza Aragón y Rioja, el cliente debe tener más de 75 años y ser propietario de la vivienda en que reside para poder contratar una hipoteca inversa. En base al valor actual de su vivienda se le concede un importe, y el propio cliente es quien decide las cantidades que necesita en cada momento para cubrir sus gastos habituales, cuidados de salud u otras necesidades.

Este crédito hipotecario se combina con dos seguros, uno de renta vitalicia y otro de renta temporal. Los tres productos se contratan conjuntamente en el momento de formalizar la operación.

El tipo de interés es fijo para toda la vida de la operación y el producto está exento de comisiones (no existen comisiones de apertura, de amortización anticipada, ni de cancelación anticipada). Por otro lado, el importe máximo concedido no podrá superar el 80% del valor de tasación actual.

El cliente empezará a recibir las cantidades periódicas en el mismo mes de la formalización de la operación y, además, en su declaración de la renta no tendrá que incluir las cuotas mensuales que ha percibido, ya que están exentas.

Finalizado el plazo máximo de disponibilidad (15 años aproximadamente), el seguro diferido de rentas vitalicias garantiza al cliente una renta mensual vitalicia (este renta será del mismo importe que la renta que cobraba con el crédito hipotecario).

El seguro de renta temporal garantiza el pago de los intereses del crédito dispuesto durante los dos años siguientes a la finalización del periodo de disponibilidad del crédito. Es importante destacar que, durante estos dos años, el cliente amortizará el crédito, bien con ahorro propio o mediante la venta del piso que actúa como garantía.

3.4 Ejemplo de cálculo

En este apartado se presenta un ejemplo de cálculo de la hipoteca inversa. En concreto, se realiza una comparativa entre Caixa Terrassa, “la Caixa” e Ibercaja. Se supone que la operación se contrata a 1 vida (un hombre de 75 años), y se obtiene la renta temporal y la renta vitalicia de Caixa Terrassa y de “la Caixa”. En el caso de Ibercaja, sólo se ha obtenido la renta vitalicia, ya que es obligatorio contratar el seguro diferido de rentas vitalicias.

Los resultados se presentan en la Tabla 4.2. Las diferencias en términos de renta temporal entre Caixa Terrassa y “la Caixa”, se deben principalmente a la duración de dicha renta y al importe concedido del valor del inmueble. Caixa Terrassa ofrece una renta temporal durante 17 años, mientras que, en “la Caixa”, la renta temporal se sitúa en 15 años. Por otro lado, Caixa Terrassa concede hasta el 90% del valor actual de la vivienda, mientras que en “la Caixa” se concede hasta el 70%.

De esta forma, la renta temporal que se obtiene en Caixa Terrassa es de 672,62 euros, mientras que, en “la Caixa”, se sitúa en 627,95 euros. Los costes iniciales de la operación alcanzan los 9.199,78 en Caixa Terrassa y los 8.756,83 euros en “la Caixa”.

Por otro lado, en términos de renta vitalicia puede ofrecerse una comparativa entre las 3 entidades. Como se ha comentado anteriormente, en Ibercaja es obligatorio contratar dos tipos de seguros: el seguro diferido de rentas vitalicias, que garantiza al cliente una renta fija mensual durante toda la vida (del mismo importe que la que se cobraba con el crédito), y un seguro de renta temporal, que garantiza el pago de los intereses del crédito dispuesto durante los dos años siguientes a la finalización del periodo de disponibilidad del crédito. De esta forma, la renta vitalicia resultante es de 648,43 euros. Por su parte, Caixa Terrassa ofrece una renta vitalicia de 599,60 euros al mes, mientras que en “la Caixa”, la renta vitalicia se sitúa en 565,50.

Las diferencias en la renta vitalicia se deben básicamente al porcentaje concedido sobre el valor de la vivienda. Mientras Ibercaja concede hasta el 80% del valor actual de la vivienda, Caixa Terrassa y “la Caixa” se sitúan en el 90% y 70%, respectivamente. Los costes iniciales de la operación en el caso de haber contratado el seguro, alcanzan los 26.956,99 euros en Ibercaja y 24.014,78 euros en “la Caixa”, mientras que en Caixa Terrassa se sitúan en 18.384,11 euros.

Tabla 4.2.
Ejemplo de cálculo de la hipoteca inversa.
Operación a 1 vida.

Características		HIPOTECA INVERSA		
		CAIXA TERRASSA	“la Caixa”	IBERCAJA
Fecha de constitución de la hipoteca inversa		15/03/2007	15/03/2007	15/03/2007
Titular 1		Hombre	Hombre	Hombre
Fecha de nacimiento titular 1		15/03/1932	15/03/1932	15/03/1932
Edad del titular 1		75	75	75
Obligatoriedad de contratar el seguro diferido de rentas vitalicias		No	No	Si
Valor vivienda		300.000,00 euros	300.000,00 euros	300.000,00 euros
Importe máximo que se puede disponer		90% del valor actual de la vivienda	70% del valor actual de la vivienda	80% del valor actual de la vivienda
Tipo de interés del crédito		Fijo al 6,25% hasta el 01/03/2024, a partir de entonces Euribor + 2%	Fijo al 6,25% hasta el 31/03/2022, a partir de entonces Euribor + 2%	Fijo al 6%
Renta temporal	Importe mensual	672,62 €	627,95 €	-
	Años de percepción de la renta	17 años	15 años	-
	Comisiones y gastos iniciales de la operación	9.199,78	8.756,83 €	-
Renta vitalicia	Importe mensual	599,60 €	565,50 €	648,43 €
	Años de percepción de la renta	Vitalicia	Vitalicia	Vitalicia
	Tipo de interés técnico	3,00%	2,50%	-
	Comisiones y gastos iniciales de la operación	18.384,11 €	24.014,78 €	26.956,99 €

Fuente: elaboración propia.

En base a este ejemplo se presenta la Tabla 4.3, con el desglose de los gastos que supone contratar un producto de estas características, en el caso de haber contratado el seguro diferido de rentas vitalicias.

En una hipoteca inversa existen tres tipos de gastos:

- Las comisiones: de apertura, de estudio, de cancelación,...
- Los gastos de formalización: notaría, registro, impuestos,...
- La prima única del seguro diferido de rentas vitalicias.

Como muestra la Tabla 4.3, existe una comisión de apertura tanto en “la Caixa” (988,07 euros) como en Caixa Terrassa (791,78 euros), mientras que en Ibercaja no se aplica esta comisión.

En cuanto a los gastos de formalización, las diferencias entre “la Caixa” y Caixa Terrassa son mínimas (7.767,50 y 8.408,00 euros, respectivamente), mientras que en Ibercaja los gastos de formalización son de 4.383,49 euros, debido a que el Impuesto sobre Actos Jurídicos Documentados (AJD) es más bajo que en las otras dos entidades.

La principal diferencia se encuentra en los seguros asociados a la contratación de la hipoteca inversa. En Ibercaja es obligatorio contratar el seguro del hogar y el seguro de intereses, además, del seguro diferido de rentas vitalicias, lo que conlleva que el coste total de los seguros alcance los 22.573,51 euros. En Caixa Terrassa y “la Caixa”, la prima única del seguro diferido de rentas vitalicias se sitúa en los 9.184,33 y en los 15.259,21 euros, respectivamente.

En resumen, el total de gastos y comisiones alcanza los 26.956,99 euros en Ibercaja (8,99% del valor del inmueble), en “la Caixa” se sitúa en 24.014,78 euros (8% del valor del inmueble), mientras que en Caixa Terrassa se sitúa en 18.384,11 euros (6,13% del valor del inmueble).

Tabla 4.3
Comisiones y gastos iniciales de la operación.
Operación a 1 vida.

Comisiones y gastos iniciales de la operación (en el caso de haber contratado el seguro diferido de rentas vitalicias)		HIPOTECA INVERSA		
		CAIXA TERRASSA	"la Caixa"	IBERCAJA
Comisiones	Apertura	791,78 €	988,07 €	0,00 €
	Estudio	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	Amortización Anticipada	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	Cancelación	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	Subtotal	791,78 €	988,07 €	0,00 €
Gastos de formalización	Tasación	0,00 €	232,00 €	313,73 €
	Seguro de daños	0,00 €	393,92 €	0,00 €
	Nota del registro	0,00 €	24,40 €	0,00 €
	Notario	886,00 €	769,24 €	533,77 €
	Registro	678,00 €	544,53 €	304,04 €
	Gestoría	290,00 €	375,08 €	135,95 €
	Plusvalías municipales*	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	Impuesto ITP	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	Impuesto sobre AJD	6.554,00 €	5.428,33 €	3.096,00 €
Subtotal	8.408,00 €	7.767,50 €	4.383,49 €	
Seguros	Prima Inicial Seguro del Hogar	0,00 €	0,00 €	286,66 €
	Prima única seguro diferido de rentas vitalicias	9.184,33 €	15.259,21 €	14.128,44 €
	Prima única seguro intereses	0,00 €	0,00 €	8.158,41 €
	Subtotal	9.184,33 €	15.259,21 €	22.573,51 €
Total comisiones y gastos		18.384,11 €	24.014,78 €	26.956,99 €
% sobre el valor del inmueble (300.000 euros)		6,13%	8,00%	8,99%

Fuente: elaboración propia.

* Actualmente, este impuesto es igual a cero para personas con 65 años o más.

4. FORMAS DE OBTENER RENTAS A PARTIR DE UN INMUEBLE

Además de la hipoteca inversa (también llamada "pensión hipotecaria"), existen otros instrumentos que permiten la obtención de una renta a partir de un inmueble. En este sentido, en Herranz (2006) puede encontrarse una descripción más detallada de estos instrumentos.

En este apartado se presentan tres tipos de instrumentos alternativos a la hipoteca inversa: la hipoteca pensión, la vivienda pensión y la cesión para alquiler.

4.1 La hipoteca pensión

La hipoteca pensión consiste en suscribir una hipoteca sobre una vivienda y, con el dinero que se reciba, contratar un seguro que garantice una pensión vitalicia. La pensión que recibe el individuo depende del valor de la vivienda y de la edad del titular.

A diferencia de la hipoteca inversa, la hipoteca pensión destina todo el capital recibido a la contratación de un seguro de rentas vitalicias. Como se ha comentado anteriormente, la hipoteca inversa otorga un crédito con garantía inmobiliaria y, aunque no es obligatorio, una parte del crédito obtenido con la hipoteca inversa, se suele destinar a la compra de un seguro diferido de rentas vitalicias.

La hipoteca que se contrata con el producto "hipoteca pensión" estará en periodo de carencia hasta el fallecimiento del propietario, momento en el que los herederos decidirán si hacer frente a la deuda con el inmueble, o bien heredar la propiedad asumiendo la deuda.

Las principales características de este producto son las siguientes:

- Es un producto que combina dos negocios distintos: el crédito hipotecario por un lado y, por otro, la pensión vitalicia.
- El propietario de la vivienda paga los intereses de la hipoteca con una parte de la pensión.
- Algunas entidades permiten contratar una renta creciente. De esta forma, se reduce la pérdida de poder adquisitivo que se produce cuando el individuo cobra siempre la misma cantidad fija.
- Durante los dos primeros años puede incluirse un capital asegurado, para los casos en los que el individuo fallezca poco después de contratar la hipoteca. Sin embargo, la contratación de este capital asegurado suele incrementar el coste de la operación.
- La renta que percibe el individuo debe tributar, por lo que fiscalmente es un producto poco atractivo.

4.2 La vivienda pensión

Se trata de vender la vivienda (conservando el usufructo de la misma) a una entidad aseguradora a cambio de la formalización de una pensión vitalicia. El importe de la pensión suele ser más alto que el del resto de productos de este tipo, aunque, en el momento que fallezca el individuo, los herederos no pueden reclamar la propiedad del inmueble.

Las principales características de la vivienda pensión son:

- Se vende la nuda propiedad del inmueble, aunque el dueño de la vivienda podrá seguir viviendo en el inmueble, ya que conserva el usufructo.
- La edad mínima de contratación suele ser más alta que la exigida en otros productos del mismo estilo.
- El antiguo propietario no corre con los gastos del inmueble: IBI, comunidad,...

- El individuo podría tener que pagar una cantidad en concepto de alquiler de la vivienda.
- Es un producto poco desarrollado porque se trata de un negocio complejo.
- El individuo deberá tributar por la pensión y no se podrá desgravar el alquiler que pague.

4.3 La cesión para alquiler

En este tipo de operaciones, el propietario de la vivienda suele ser una persona mayor que requiere de servicios asistenciales en una residencia de mayores. A cambio de una renta, el propietario cede a una entidad el inmueble del que dispone para que ésta lo alquile, sin que pierda en ningún momento la propiedad de la vivienda.

Si la renta que recibe el individuo es inferior al coste de los servicios residenciales, el individuo aportará el resto. En cambio, si la renta que recibe es superior al coste de los servicios, el propietario dispondrá del resto de la renta.

Las principales características de este producto son:

- El propietario de la vivienda cede el inmueble a una entidad sin perder la propiedad.
- La entidad se hace cargo de los gastos de mantenimiento y reparación del inmueble.
- El propietario recibe una renta destinada necesariamente al pago del servicio residencial que precise.
- Las rentas que se reciben están gravadas en el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.

Según algunas entidades (Edad&Vida, 2005), la incentivación de este tipo de productos puede incidir favorablemente en la oferta de viviendas en alquiler.

5. CONCLUSIONES

La hipoteca inversa puede ser un producto de grandes posibilidades en el futuro, ya que permite obtener unos ingresos adicionales en momentos como por ejemplo la jubilación, cuando se dispone de propiedad inmobiliaria.

La hipoteca inversa suele asociarse a la dependencia, por el hecho de que la dependencia de un individuo implica un aumento en sus gastos y en sus necesidades. Con un aumento de los ingresos, el individuo puede hacer frente a los servicios que precise. Si bien es cierto que, ni todas las personas mayores son dependientes, ni el deseo de aumentar el nivel de renta disponible en una persona mayor tiene por que deberse a una situación de dependencia.

Con el objetivo de fomentar la contratación de hipotecas inversas y de reducir los costes iniciales de dicho contrato, el Gobierno ha elaborado una Ley del Mercado Hipotecario² que contribuirá a mejorar la calidad de vida de las personas mayores o de las personas que se encuentren en situación de dependencia. Además, este tipo de productos tienen un mejor tratamiento fiscal tras la aprobación de la Ley del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, que entró en vigor el pasado 1 de enero de 2007.

Las entidades bancarias recomiendan que la decisión de contratar una hipoteca inversa sea compartida por las personas mayores y sus familiares más directos.

En general la edad mínima de contratación se sitúa alrededor de los 70 años. No obstante, algunas entidades permiten la contratación de la hipoteca inversa a personas que se sitúen entre los 65 y los 69 años, aunque les advierten de que la renta que recibirán será menor, dada su mayor esperanza de vida. El sexo del individuo es otro factor importante a la hora de decidir el importe de la renta, ya que la esperanza de vida de las mujeres es mayor que la de los hombres.

² Al cierre del presente trabajo de investigación, la Ley del Mercado Hipotecario está en fase de aprobación.

El hecho de que los propietarios del inmueble no pierdan la propiedad del mismo, puede incentivar la contratación de este tipo de productos. De la misma forma, es importante tener en cuenta que la renta que se percibe está exenta de tributación en el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.

El mayor problema de la hipoteca inversas son los costes iniciales del producto. En concreto, las comisiones, los gastos de notaría, los impuestos o el seguro diferido de rentas vitalicias, son factores que representan una importante barrera de entrada al producto. En el caso de que los titulares no dispongan de liquidez en el momento de hacer frente a estos gastos, las entidades permiten que éstos se carguen a la hipoteca inversa. Sin embargo, al cargar los gastos en la hipoteca, la renta mensual que recibirá el individuo será menor.

En las entidades analizadas, se observan diferencias en el porcentaje concedido sobre el valor del inmueble y en los costes iniciales de la operación. Esto conlleva diferencias tanto en términos de renta temporal como en términos de renta vitalicia.

En el resto del mundo, existen diversos tipos de hipotecas inversas que permiten ser optimistas sobre el futuro desarrollo de este tipo de productos en el mercado español. Estados Unidos y el Reino Unido son los dos países con más tradición en hipotecas inversas. En Estados Unidos la mayoría de operaciones se contratan a través del programa federal HECM, que ofrece mayores garantías porque en él interviene la administración pública, promoviendo productos estandarizados y con límites en los costes. Por otro lado, en el Reino Unido dos entidades privadas (*Norwich Union* y *Northern Rock*) cubren el 90% del mercado.

El establecimiento de alternativas a la hipoteca inversa, como la hipoteca pensión o la cesión para alquiler, permite ofrecer al cliente distintas opciones a la hora de liquidar su patrimonio inmobiliario.

CAPÍTULO 5 CONCLUSIONES

El envejecimiento de la población y los cambios socioculturales que se han producido en la sociedad española en las últimas décadas están motivando una mayor preocupación de los ciudadanos por el fenómeno de la dependencia.

Este hecho no es ajeno a las preocupaciones del Gobierno. El primer paso fue la elaboración del Libro Blanco de la Dependencia (MTAS, 2005), en el cuál se analiza la situación de las personas mayores y de las personas dependientes en España. En dicho estudio se considera que una persona es dependiente cuando presenta al menos una discapacidad severa o total en alguna de las 9 actividades básicas de la vida diaria consideradas. Estas actividades se encuentran entre las definidas en la Encuesta sobre Discapacidades Deficiencias y Estado de Salud (EDDES, INE 1999). En base a dicha Encuesta, se estima que el número de personas dependientes ascendería a 859.890 en el año 1999 (más 100.000 personas que estarían alojadas en residencias).

Por otro lado, el Libro Blanco de la Dependencia (MTAS, 2005) establece un nuevo criterio para determinar los grados de severidad de la dependencia. En concreto, elabora un indicador sintético de la necesidad de ayuda, que tiene en cuenta el número de actividades básicas de la vida diaria y el grado de discapacidad para cada una de ellas. Los resultados de dicha estimación muestran que, en España y para el año 1999, había un total de 859.890 personas dependientes, de las cuales 121.109 (14,1%) se encuentran en situación de gran dependencia, 262.485 (30,5%) son considerados dependientes severos, y 476.296 (55,4%) serían dependientes moderados.

La elaboración del Libro Blanco de la Dependencia (MTAS, 2005) ha permitido conocer la situación actual en España y ha conducido a la aprobación de la Ley de Dependencia (Ley 39/2006 de 14 de Diciembre de 2006), que garantiza unos derechos básicos que se fundamentan en los principios de universalidad, igualdad y equidad, así como en la participación e integración de todas aquellas personas que se encuentran o que se encontrarán en situación de dependencia en España. Con esta Ley se crea el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), que completará el cuarto pilar del Estado de Bienestar, y que pretende proporcionar unos niveles de cobertura similares a los existentes en otros países de nuestro entorno.

Este Sistema sentará las bases para que las personas dependientes tengan los cuidados básicos que les garanticen una calidad de vida digna. El Sistema se ha puesto en marcha progresivamente desde el pasado 1 de Enero de 2007, y su total implantación se prevé para el año 2015. De esta forma se pretende acompañar el desarrollo de todas las prestaciones con la creación de la infraestructura necesaria para ello.

Con la Ley de Dependencia, el Gobierno pretende proteger a todas aquellas personas que, debido a deficiencias, enfermedades o trastornos, precisen del apoyo de terceras personas para realizar actividades tan básicas de la vida cotidiana como levantarse, asearse, salir a la calle, y otras.

Según la Ley, todos los españoles que se encuentren en una situación de dependencia en alguno de los grados establecidos (dependencia moderada, dependencia severa y gran dependencia) tendrán derecho a recibir prestación del Sistema. En cada uno de los grados de dependencia se establecerán dos niveles, en función de la autonomía de la persona y de la intensidad del cuidado que precise. Los grados y niveles de dependencia se determinarán mediante la aplicación del baremo que se acuerde en el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, y que apruebe reglamentariamente el Gobierno. Los menores de tres años que presenten graves discapacidades tendrán una escala de valoración específica y el

sistema atenderá sus necesidades de ayuda a domicilio y, en su caso, prestaciones económicas vinculadas o de cuidados en el entorno familiar.

En cuanto a los niveles de protección del Sistema, la Ley de Dependencia contempla un nivel mínimo de protección y cobertura para las personas dependientes, que será igual en todo el territorio y estará sufragado por la Administración General del Estado. Además, existirá un segundo nivel de protección que podrá acordar el Gobierno con cada Comunidad Autónoma mediante convenios. En este caso se tratará de un régimen de cooperación y la financiación se realizará al 50% entre ambas Administraciones. Por último, el tercer nivel de protección adicional podrían desarrollarlo las propias autonomías para sus ciudadanos.

Los beneficiarios del Sistema participarán en la financiación del mismo en función de su renta y patrimonio de forma equilibrada y justa, teniendo en cuenta que ningún beneficiario dejará de recibir atención por falta de recursos.

Además de los beneficios sociales, la creación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) supondrá una inversión eficiente, por su impacto social, económico y laboral. De hecho, según el Libro Blanco de la Dependencia (MTAS, 2005) y el informe FEDEA, en 2015 se habrán creado cerca de 300.000 empleos y los efectos sobre el PIB podrían llegar a ser de un 1,56% más en 2010. Igualmente, el retorno fiscal global, por impuestos generales y cotizaciones, llegaría a cubrir hasta dos terceras partes del gasto asociado al despliegue del Sistema.

Para dar respuesta al progresivo envejecimiento de la población, la mayoría de países desarrollados han establecido sistemas públicos de cobertura dirigidos a atender las necesidades de la población dependiente. Dichos sistemas tienen diferentes características, dependiendo de si tienen un carácter universal o no, o del tipo de financiación (cotizaciones sociales o impuestos). Los pioneros fueron los Países Escandinavos y Holanda y, a lo largo de la década de los noventa, se han producido iniciativas en Austria, Alemania, Francia y

Luxemburgo. También cabe destacar los sistemas de cobertura establecidos en Japón y Estados Unidos.

Por ello, el primer objetivo de la investigación ha consistido en analizar las características más importantes de los sistemas de cobertura de cuidados de larga duración que actualmente existen en estos países.

En los países analizados, se constata la existencia de un importante fundamento público para la protección de este tipo de riesgos, aunque últimamente, se introducen y desarrollan con mayor fuerza los sistemas privados complementarios al modelo público de gestión y financiación. Las diferencias entre los modelos adoptados por los distintos países, se centran esencialmente en cuestiones como los métodos de financiación, la propia definición de la situación a cubrir o los sistemas desarrollados para gestionar dichas situaciones.

Por ejemplo, en Suecia e Italia, los cuidados de larga duración se financian básicamente vía impuestos generales. Por otro lado, en Francia y Alemania, se establece una financiación basada principalmente en las contribuciones sociales. Estados Unidos presenta una situación peculiar al recaer en las aportaciones privadas gran parte del soporte financiero. Adicionalmente, aparecen modelos mixtos como el caso de Japón.

Un segundo objetivo de nuestra investigación ha consistido en comparar la situación actual en España con la situación que establecerá la Ley de Dependencia (Ley 39/2006, de 14 de Diciembre de 2006). En concreto, se han analizado las principales diferencias entre las prestaciones de dependencia que existen actualmente y las que establecerá la Ley de Dependencia.

En la actualidad existen cuatro tipos de recursos dirigidos a la protección de las personas dependientes: prestaciones monetarias, servicios sociales, ayudas fiscales y ayudas al cuidador. La atención a la población dependiente se realiza en el ámbito familiar y recae especialmente en las mujeres (representan el 83%

de los cuidadores informales) que, en la mayoría de los casos, se ven imposibilitadas de llevar actividad laboral alguna.

Además, actualmente el presupuesto para atención residencial representa el 68,6 % de los presupuestos destinados a la dependencia (más del 73% de ese presupuesto se destina a mayores de 65 años). Si a ello añadimos el presupuesto para centros de día, podemos concluir que los recursos institucionalizados (residencias y centros de día) superan el 80% del total de los presupuestos destinados a la dependencia.

La ayuda a domicilio supone sólo el 10,1% del presupuesto para mayores y el 2,0% en el caso de las personas dependientes (Libro Blanco de la Dependencia, 2005). En cambio, en el resto de países de nuestro entorno, los servicios domiciliarios tienen más peso que los servicios residenciales y, además, los índices de cobertura son más elevados que en España.

Por otro lado, la Ley de Dependencia prioriza la prestación de servicios (ayuda a domicilio, teleasistencia, residencias,...) frente a las medidas sustitutorias (prestación económica o cuidado familiar). Se establece un Catálogo de Servicios con una serie de servicios hasta ahora inexistentes, como pueden ser los servicios de prevención de las situaciones de dependencia o los servicios de centros de noche.

El resto de servicios incluidos en el Catálogo son muy similares a los existentes actualmente (servicio de ayuda a domicilio, teleasistencia, centros de día y servicios residenciales), aunque los servicios que se incluirán en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) pretenden dar una mejor cobertura a la población dependiente. Por ejemplo, se incluirán residencias para personas dependientes con discapacidad física, se establecerá un servicio de ayuda a domicilio centrado en los cuidados personales de las personas dependientes, etc.

Aunque se pretende que el Sistema sea universal, una parte de la financiación correrá a cargo de los beneficiarios del mismo (es el llamado “copago”). La Ley

de Dependencia establece que los usuarios participarán en función de su renta y patrimonio, aunque desde algunas organizaciones como el CERMI (Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad) se considera necesario establecer una regulación más detallada.

El tercer objetivo de la investigación ha consistido en presentar una estimación del coste de atención a la dependencia en España en el año 2005, utilizando las prestaciones de dependencia que determinan los modelos francés y alemán. Sin embargo, la reciente creación del modelo francés (Enero, 2002) y la falta de sostenibilidad económica observada en los primeros años de implantación del modelo alemán, aconsejan actuar con cautela a la hora de decidir las cuantías que deben financiarse públicamente.

Para evaluar los grados de pérdida de autonomía, en Francia se aplica una escala que contempla cuatro grados que dan derecho a protección (GIR1, GIR2, GIR3 y GIR4). Por su parte, el modelo alemán determina la cuantía de las prestaciones según el grado de dependencia y el tipo de prestación recibida, aunque actualmente se pretende unificar la cuantía por grado de dependencia independientemente del tipo de prestación recibida (servicio de ayuda a domicilio o residencia).

Los resultados obtenidos se muestran por niveles de severidad y para el año 2005, teniendo en cuenta el número de estimado de personas dependientes (según proyecciones del Libro Blanco de la Dependencia), y las prestaciones de dependencia que establecen los sistemas francés y alemán (se asume que las prestaciones de dependencia que determinan Francia y Alemania se mantienen constantes en el periodo 2004-2005).

En cualquiera de las tres alternativas planteadas (Sistema Francés 1, Sistema Francés 2 y Sistema Alemán), el esfuerzo económico que supone implantar un Sistema de Atención a la Dependencia se sitúa por encima de los 8 mil millones de euros, lo que representa cerca del 1% del PIB de España en el año 2005. Ello obliga a plantear sistemas privados de financiación que permitan reforzar y dar visos de sostenibilidad económica futura al sistema, ya que,

relacionado con el envejecimiento, también concurren riesgos con los sistemas públicos de pensiones y salud.

El cuarto objetivo de la investigación se ha centrado en el análisis de las diferentes metodologías existentes para la estimación de la prima de un seguro privado de dependencia. Concretamente, se analiza en detalle el modelo de Incidencia-Renta, ya que permite estimar la prima del seguro conociendo la probabilidad de fallecimiento (tanto la de los activos como la de los dependientes) y la tasa de prevalencia de la dependencia. Debido a la falta de datos en España, ha sido necesario establecer dos hipótesis adicionales:

- Se asume que la probabilidad de reactivación es nula, es decir, se asume que un individuo dependiente no puede volver al estado de activo.
- Se asume que la probabilidad de fallecimiento de la población dependiente es la misma que la de la población general.

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

Aunque existen otros modelos de múltiples estados (como los modelos basados en procesos de *Markov*), la falta de datos en España no permite realizar un análisis detallado de los mismos.

El principal objetivo de un seguro de dependencia consiste en cubrir al asegurado en caso de que éste entre en situación de dependencia, garantizando el pago de una renta o la prestación de un servicio para que pueda hacer frente a los costes generados por encontrarse en dicha situación.

La experiencia observada en otros países muestra la necesidad de establecer una serie de características específicas, distintas a las existentes en otros productos de riesgo.

En general, se observa que la prima del seguro se paga mensualmente y de forma vitalicia hasta que el individuo entra en situación de dependencia. De la misma forma, la renta que cobraría un individuo dependiente también sería vitalicia. El seguro de dependencia no debería contemplar la posibilidad de rescate, ya que ello comportaría romper con la filosofía de los productos de riesgo. A pesar de ello, existen algunas compañías en Francia que establecen un contraseguro en caso de fallecimiento durante los primeros años de vigencia del contrato.

Las primas que paga el individuo se revisan cada un cierto plazo (5 ó 10 años en general), debido a la falta de datos fiables sobre la evolución del fenómeno de la dependencia. También es necesaria una correcta selección médica, así como el establecimiento de un plazo de carencia y una franquicia, para hacer frente a un posible riesgo de antiselección.

La edad de contratación óptima suele situarse entre los 40 y los 65 años, ya que para edades inferiores, no suele existir la sensación de que la dependencia sea un riesgo ante el que cubrirse y, además, la probabilidad de ser dependiente es muy reducida. Para edades superiores a la indicada, el riesgo de ser dependiente aumenta exponencialmente y, además, se considera que es más adecuado contratar otro tipo de productos, como la hipoteca inversa.

Los resultados obtenidos indican que la probabilidad de caer en situación de dependencia es más alta para las mujeres que para los hombres. Esto se debe principalmente, a la mayor longevidad de las mujeres, no solo en estado de activo, sino también en el estado de dependencia. Por ejemplo, la prima pura mensual para una mujer de 40 años alcanza los 108,87 euros, mientras que en el caso de los hombres se sitúa en 51,92 euros.

Las diferencias entre hombres y mujeres son mayores conforme aumenta la edad. De esta forma, a los 65 años, una mujer debería pagar en concepto de prima pura 153,96 euros al mes y, un hombre, se situaría entorno a los 66,37 euros mensuales.

El quinto objetivo de la investigación se ha centrado en el análisis de otros instrumentos financiero-aseguradores, como la hipoteca inversa. El actual envejecimiento de la población en España (según la ONU, en 2050 España será el segundo país más envejecido del mundo) y las altas cifras de propietarios de vivienda en nuestro país (Sancho, 2005), permiten pensar que la hipoteca inversa será un producto altamente demandado en los próximos años.

La hipoteca inversa es un crédito con garantía inmobiliaria, mediante el cual se recibe una renta mensual durante un plazo de tiempo concreto (entre 10 y 20 años) y, si el individuo vive más tiempo del estimado, seguirá recibiendo la misma renta mensual de forma vitalicia, siempre que haya contratado el seguro diferido de rentas vitalicias.

En general la edad mínima de contratación de este tipo de productos se sitúa entorno a los 70 años, aunque algunas entidades permiten contratarlo a partir de los 65 años. El mayor problema de la hipoteca inversa son los costes iniciales del producto: comisiones, gastos de notaría, el seguro diferido de rentas vitalicias,... En caso de falta de liquidez en el momento de contratar la hipoteca inversa, pueden cargarse los gastos a la misma, si bien ello conllevará una disminución en la renta que reciba el individuo.

Se aconseja que la decisión de contratar este tipo de productos sea compartida entre los propietarios y sus herederos, ya que, aunque los herederos no pierden en ningún momento la propiedad del inmueble, deberán devolver la deuda contraída con la entidad financiera en el momento en que fallezca el propietario de la vivienda.

Si tras el fallecimiento del propietario los herederos deciden quedarse con la vivienda, deberán devolver la cantidad dispuesta por el propietario con sus propios fondos, o bien realizar una nueva financiación de la cantidad dispuesta. Los herederos pueden optar por otra solución: devolver la cantidad adeudada a través de la venta del inmueble.

Se han analizado las hipotecas inversas de distintas entidades españolas (Caixa Terrassa, Ibercaja y “la Caixa”). Por un lado, se observan diferencias en cuánto al porcentaje concedido sobre el valor del inmueble y, por otro lado, en los costes iniciales de la operación.

Además, en términos de seguros, también se observan diferencias apreciables. Por ejemplo, en Ibercaja es obligatorio contratar el seguro diferido de rentas vitalicias y el seguro de intereses, mientras que en Caixa Terrassa y “la Caixa”, sólo existe el seguro diferido de rentas vitalicias y no es obligatorio contratarlo.

Fiscalmente, la hipoteca inversa es un producto atractivo durante la primera etapa (etapa de disposición del crédito hipotecario), ya que el cliente no tiene que incluir en su declaración de la renta las cuotas mensuales percibidas. Sin embargo, durante la segunda etapa del producto (etapa de disposición del seguro diferido de rentas vitalicias), a la renta percibida, deberá aplicarse la correspondiente retención fiscal, que variará según la edad de los beneficiarios en el momento de constitución de la renta.

Una reducción de los costes iniciales y un mejor tratamiento fiscal, incentivarían en gran medida la contratación de este tipo de productos en España.

En el resto del mundo, existen diversos tipos de hipotecas inversas. Estados Unidos y el Reino Unido son los dos países con mayor tradición en la comercialización de este tipo de productos. En Estados Unidos la mayoría de operaciones se contratan a través del programa federal HECM, mientras que en el Reino Unido, dos entidades privadas (*Norwich Union* y *Northern Rock*) cubren el 90% del mercado.

Finalmente, el establecimiento de alternativas a la hipoteca inversa, como la vivienda pensión, la hipoteca pensión o la cesión para alquiler, permite ofrecer una mayor abanico de posibilidades al cliente que necesita liquidar su patrimonio inmobiliario.

RESUMEN

Este trabajo analiza las principales consecuencias tras la aprobación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (Ley 39/2006, de 14 de Diciembre de 2006). En este sentido, el desarrollo de esta Ley supone un gran reto para la sociedad española, ya que supone la creación del cuarto pilar del Estado del Bienestar, tras los Sistemas de Salud, Educación y Sanidad.

La puesta en marcha del Catálogo de Servicios definido por parte del Sistema para la Autonomía y Atención de la Dependencia (SAAD), mejorará la cobertura al colectivo de personas dependientes, y permitirá que tengan los cuidados básicos que les garanticen una calidad de vida digna.

El hecho de que el propio individuo tenga que hacer frente a una parte de los costes que reciba del Sistema, deja una puerta abierta al sector privado. De esta forma, se prevé el desarrollo de una serie de productos bancarios y aseguradores, con el objetivo de mejorar la cobertura que ofrezca el Sistema Público. Entre ellos, cabe destacar la hipoteca inversa y el seguro privado de dependencia.

El seguro de dependencia es un seguro que garantiza una prestación, económica o en forma de servicios en caso de que el individuo entre en situación de dependencia. Como contrapartida, el individuo paga una prima periódica mientras se encuentre en estado activo.

En este sentido, se han presentado las principales características de un seguro privado de dependencia, así como las bases técnicas y el desarrollo del modelo de Incidencia-Renta. Como resultado se ha obtenido la prima pura que debería

pagar un individuo mientras sea activo, para quedar cubierto en caso de entrar en situación de dependencia.

Por otro lado, la hipoteca inversa es un producto muy reciente en España. Se trata de un crédito con garantía inmobiliaria que permite al individuo obtener una renta durante un tiempo limitado (entre 10 y 20 años). Si se ha contratado el seguro diferido de rentas vitalicias, la renta percibida es vitalicia. Este producto va dirigido a personas mayores de 65 años y a personas dependientes que precisan un complemento a la pensión que reciben. En este sentido, se ha realizado una comparativa entre distintas entidades de España que comercializan este tipo de producto.

Por último, se ha analizado el desarrollo de este tipo de productos en Estados Unidos y el Reino Unido. En Estados Unidos, la hipoteca inversa se caracteriza por la intervención de la administración pública, mientras que, en el Reino Unido, la iniciativa privada es la que ofrece este tipo de productos.

BIBLIOGRAFÍA

Albarran, I., Ayuso, M., Guillen, M. y Monteverde, M. (2005): "A multiple state model for disability using the decomposition of death probabilities and cross-sectional data", *Communications in Statistics: Theory and Methods*, 34, 9-10, págs. 2063-2075.

Alegre, A. y otros (2004): "Medición de la tasa de prevalencia de la dependencia en España y criterios de valoración de la severidad", *Revista Española de Salud Pública*, 79, 3, págs. 351-364.

American Association of Retired Persons (2003): "Eligibility & Repayment", Washington: American Association of Retired Persons (AARP). [Fecha de consulta: 28/08/2006].

http://www.aarp.org/money/revmort/revmort_federal/a2003-03-21-elig.html

Artís, M., Ayuso, M., Guillén, M. y Monteverde, M. (2007): "Una estimación actuarial del coste individual de la dependencia en la población de mayor edad en España", *Estadística Española*. En prensa.

Ayuso, M., Guillén, M. y Monteverde, M. (2005): "El envejecimiento de la Población y los costes de cuidados de larga duración en España", XXV Conferencia Internacional de Población IUSSP, 18-23 de Julio, Tours (Francia). [Fecha de consulta: 28/04/2006].

<http://iussp2005.princeton.edu/download.aspx?submissionId=51182>.

Blay, D. y Guillén, M. (2006): "Coste de atención a la dependencia en España y comparación con los sistemas francés y alemán", *Revista española de seguros*, 125, págs. 145-160.

Braña, F.J. (2004): "Una estimación de los costes de un seguro público de dependencia de los mayores en España", *Estudios de Economía Aplicada*, 22, 3, págs. 1-33.

Bundesministerium für Gesundheit (2001): *Versicherung. Pflegegesetz*. Text Ausgabe, Bonn.

Casado, D. y López, G. (2001): "Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro", *Colección de Estudios Sociales* núm. 6, Barcelona: Fundación "la Caixa", Barcelona.

Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y la salud, 1980. [Fecha de consulta: 29/04/2006].

<http://www.salud.gob.mx/unidades/dgied/cemce/indexCIFhtml>

CERMI (2006): "Posición del sector social de la discapacidad articulado entorno al CERMI Estatal". [Fecha de consulta: 29/04/2006].

http://www.feapsandalucia.org/opencms/opencms/Feaps/descarga/categorias/asesoramiento/archivos/cermi/IDEAS_FUERZA_POSICION_CERMI_LEY_DE_AUTONOMIA_PERSONAL_Y_DEX.pdf

Comas-Herrera, A. y Wittenberg, R. (eds) (2003): "European Study of Long-Term Care Expenditure: Investigating the Sensitivity of Future Long-Term Care Expenditure in Germany, Spain, Italy and United Kingdom to Changes in Assumptions about Demography, Dependency, Informal Care, Formal Care and Unit Costs", PSSRU discussion paper 1840, Report to the European Commission, Employment and Social Affairs DG.

Consejo de Europa (1998): Recomendación nº 98 (9) relativa a la dependencia, adoptada el 18 de septiembre de 1998.

Costa, J. y Rovira, J. (2000): “El seguro de dependencia en España: Una estimación de la disponibilidad a pagar”, Ed. FUSEE.

Edad&Vida (2005): “Conversión de activos inmobiliarios en renta”, Edad&Vida, Madrid.

Edad&Vida (2005): “Posicionamiento de Edad&Vida para un marco regulador en la provisión de servicios y financiación de la dependencia”, Edad&Vida, Madrid.

Egea, C. y Sarabia, A. (2001): “Experiencias de Aplicación en España de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías”, Madrid: Documentos 58/2001, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Financial Services Authority (2005): “Raising money from your home”, FSA, Reino Unido. [Fecha de consulta 29/08/2006].

http://www.fsa.gov.uk/consumer/pdfs/raise_home.pdf

Guillén, M. (dir) (2006): “Longevidad y Dependencia en España. Consecuencias sociales y económicas”, Fundación BBVA, Madrid.

Haberman, S. y Pitacco, E. (1999): “Actuarial Models for Disability Insurance”, Ed. Chapman and Hall, Londres.

Herce, J.A., Labeaga, J.M., Sosvilla, S. y Ortega, C. (2006): “El Sistema Nacional de Dependencia. Evaluación de sus efectos sobre el empleo”, Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 60, págs. 168-196.

Herranz, R. (2006): “Hipoteca Inversa y figuras afines”, Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 49. [Fecha de publicación: 21/03/2006].

<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/herranz-hipoteca-01.pdf>

Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras (2005): “El seguro de dependencia: Guía para el desarrollo de productos de larga dependencia en España”, ICEA, Madrid.

Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras (2006): “El seguro de dependencia: Del desarrollo del producto a su comercialización”, ICEA, Madrid (10 de Mayo).

IMSERSO (2001): “Las personas mayores en España. Informe 2000. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas”, Madrid: Observatorio de Personas mayores, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

IMSERSO (2004): “Servicios sociales para personas mayores en España: Enero 2003”, Madrid: Observatorio de Personas mayores, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. [Fecha de consulta: 23/03/2006].

<http://www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/indicadores/indicadoressociales/indsociales2003html>.

IMSERSO (2005): “Cuidados a las Personas Mayores en los Hogares Españoles”, Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Instituto Nacional de Estadística (1999): “Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud”, Madrid: Instituto Nacional de Estadística (INE).

Karlsson, M., Mayhew, L., Plumb, R. y Rickayzen, B. (2004): “An International Comparison of Long-Term Care Arrangements: An Investigation into the Equity, Efficiency and sustainability of the Long-Term Care Systems in Germany, Japan, Sweden, the United Kingdom and the United States”, Actuarial Research Paper No. 156, Faculty of Actuarial Science and Statistics, London.

López, G. y otros (2005): “Envejecimiento y dependencia. Situación actual y retos de futuro”, Barcelona: Estudios Caixa Catalunya.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2005): "Libro Blanco de la Dependencia", Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (MTAS).

Monteverde, M. (2004): "Discapacidades de las personas mayores en España: prevalencia, duraciones e impacto sobre los costes de cuidados de larga duración", Tesis Doctoral, Universidad de Barcelona.

Monteverde, M. (2005): "Medición de la esperanza de vida residual según niveles de dependencia en España y costes de cuidados de larga duración", Cuaderno N° 92, Fundación Mapfre Estudios.

Moragas, R., Cristòfol, R. y GIE (2003): "El coste de la Dependencia al Envejecer", Barcelona: Editorial Herder SL.

National Center for Home Equity Conversion (1998): "Consumer Information on Reverse Mortgages from the only independent nonprofit national organization specializing exclusively in reverse mortgage education & analysis", National Center for Home Equity Conversion, Estados Unidos. [Fecha de consulta: 28/08/2006] <http://www.reverse.org/faqs.htm>

Otero, A. y otros (2004): "Volumen y tendencia de la dependencia asociada al envejecimiento de la población española", Revista Española de Salud Pública, 78, págs. 210-213.

Pacolet, J., Bouten, R., Lanoye, H. y Versieck, K. (1999): "La protección social des personnes âgées dépendantes dans les 15 pays de l'UE et en Norvège", Rapport de synthèse commandé par la Commission européenne et le Ministre belge des affaires sociales Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes.

Palloni, A., Guillén, M., Monteverde, M., Ayuso, M. y White, R. (2005): "The returns of longitudinal information on the elderly: a microsimulation model to estimate errors in cross-sectional estimates of disability-adjusted life

expectancy”, *XXV International Population Conference of the IUSSP*, Tours, Francia.

Puga, M.D. (2002): “Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España. Una previsión al año 2010”, Madrid: Fundación Pfizer.

Puga, M.D. y Abellán, A. (2004): “El proceso de discapacidad. Un análisis de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud”, Madrid: Fundación Pfizer.

Revista Consumer Eroski (2006): “La vivienda, un capital al que recurrir en la vejez”, *Revista Consumer Eroski*, 100, págs. 52-56. [Fecha de consulta 31/08/2006].

<http://revista.consumer.es/web/es/20060601/actualidad/informe1/70512.php>

Rodríguez, G. (coord.) (1999): “La protección social de la dependencia”, Madrid: Editorial IMSERSO, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Rodríguez, G. y Morán, E. (2001): “La población dependiente: primeros resultados de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999 del INE”, Madrid: INE, IMSERSO (Mimeo).

Sánchez, E. (2006): “Experiencia en el Desarrollo de un Producto de Dependencia”, ICEA, Madrid (10 de Mayo).

Sancho, M. (coord.) (2005): “Informe 2004: Las Personas Mayores en España”, Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Séculi, E., Fusté, J., Brugulat, P., Juncá, S., Rué, M. y Guillén, M. (2001): “Percepción del estado de salud en hombres y mujeres en las últimas etapas de la vida”, *Gaceta Sanitaria*, 15, págs. 217-223.

Sullivan, D. (1971), “A Single Index of Mortality and Morbidity”, *HSMHA Health Reports*, 86, 4, págs. 347-354.

Taffin, C. (2004): “La hipoteca Inversa o Vitalicia”, Asociación Hipotecaria Española. [Fecha de consulta 18/09/2006].

<http://www.ahe.es/bocms/images/bfilecontent/2006/04/25/34.pdf?version=1>

Otras páginas web consultadas:

- <http://www.caixaterrassa.es> [Fecha de consulta 23/10/2006]
- <http://www.lacaixa.es> [Fecha de consulta 23/10/2006]
- <http://www.ibercaja.es> [Fecha de consulta 23/10/2006]

**COLECCIÓN “CUADERNOS DE LA FUNDACIÓN”
Instituto de Ciencias del Seguro**

Para cualquier información o para adquirir nuestras publicaciones
puede encontrarnos en:

Instituto de Ciencias del Seguro
Publicaciones
Monte del Pilar, s/n – 28023 El Plantío, Madrid – (España)
Telf.: + 34 915 818 768
Fax: +34 913 076 641
publicaciones.ics@mapfre.com .
www.fundacionmapfre.com/cienciasdelseguro

115. Sistemas de cofinanciación de la dependencia: seguro privado frente a hipoteca inversa
114. El sector asegurador ante el cambio climático: riesgos y oportunidades
113. Responsabilidade social empresarial no mercado de seguros brasileiro: influências culturais e implicações relacionais
112. Contabilidad y análisis de cuentas anuales de entidades aseguradoras
111. Fundamentos actuariales de primas y reservas de fianzas
110. El *Fair Value* de las provisiones técnicas de los Seguros de Vida
109. El Seguro como instrumento de gestión de los M.E.R. (Materiales Especificados de Riesgo)
108. Mercados de absorción de riesgos
107. La exteriorización de los compromisos por pensiones en la negociación colectiva
106. La utilización de datos médicos y genéticos en el ámbito de las compañías aseguradoras
105. Los seguros contra incendios forestales y su aplicación en Galicia
104. Fiscalidad del seguro en América Latina
103. Las NIIF y su relación con el Plan Contable de Entidades Aseguradoras
102. Naturaleza jurídica del Seguro de Ssistencia en Viaje
101. El Seguro de Automóviles en Iberoamérica

100. El nuevo perfil productivo y los seguros agropecuarios en Argentina
99. Modelos alternativos de transferencia y financiación de riesgos "ART": situación actual y perspectivas futuras
98. Disciplina de mercado en la industria de seguros en América Latina
97. Aplicación de métodos de inteligencia artificial para el análisis de la solvencia en entidades aseguradoras
96. El Sistema ABC-ABM: su aplicación en las entidades aseguradoras
95. Papel del docente universitario: ¿enseñar o ayudar a aprender?
94. La renovación del Pacto de Toledo y la reforma del sistema de pensiones : ¿es suficiente el pacto político?
92. Medición de la esperanza de vida residual según niveles de dependencia en España y costes de cuidados de larga duración
91. Problemática de la reforma de la Ley de Contrato de Seguro
90. Centros de atención telefónica del sector asegurador
89. Mercados aseguradores en el área mediterránea y cooperación para su desarrollo
88. Análisis multivariante aplicado a la selección de factores de riesgo en la tarificación
87. Dependencia en el modelo individual, aplicación al riesgo de crédito
86. El margen de solvencia de las entidades aseguradoras en Iberoamérica
85. La matriz valor-fidelidad en el análisis de los asegurados en el ramo del automóvil
84. Estudio de la estructura de una cartera de pólizas y de la eficacia de un Bonus-Malus
83. La teoría del valor extremo: fundamentos y aplicación al seguro, ramo de responsabilidad civil autos
81. El Seguro de Dependencia: una visión general
80. Los planes y fondos de pensiones en el contexto europeo: la necesidad de una armonización
79. La actividad de las compañías aseguradoras de vida en el marco de la gestión integral de activos y pasivos

78. Nuevas perspectivas de la educación universitaria a distancia
77. El coste de los riesgos en la empresa española: 2001
76. La incorporación de los sistemas privados de pensiones en las pequeñas y medianas empresas
75. Incidencia de la nueva Ley de Enjuiciamiento Civil en los procesos de responsabilidad civil derivada del uso de vehículos a motor
74. Estructuras de propiedad, organización y canales de distribución de las empresas aseguradoras en el mercado español
73. Financiación del capital-riesgo mediante el seguro
72. Análisis del proceso de exteriorización de los compromisos por pensiones
71. Gestión de activos y pasivos en la cartera de un fondo de pensiones
70. El cuadro de mando integral para las entidades aseguradoras
69. Provisiones para prestaciones a la luz del Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados; métodos estadísticos de cálculo
68. Los seguros de crédito y de caución en Iberoamérica
67. Gestión directiva en la internacionalización de la empresa
65. Ética empresarial y globalización
64. Fundamentos técnicos de la regulación del margen de solvencia
63. Análisis de la repercusión fiscal del seguro de vida y los planes de pensiones. Instrumentos de previsión social individual y empresarial
62. Seguridad Social: temas generales y régimen de clases pasivas del Estado
61. Sistemas Bonus-Malus generalizados con inclusión de los costes de los siniestros
60. Análisis técnico y económico del conjunto de las empresas aseguradoras de la Unión Europea
59. Estudio sobre el euro y el seguro
58. Problemática contable de las operaciones de reaseguro

- 56. Análisis económico y estadístico de los factores determinantes de la demanda de los seguros privados en España
- 54. El corredor de reaseguros y su legislación específica en América y Europa
- 53. Habilidades directivas: estudio de sesgo de género en instrumentos de evaluación
- 52. La estructura financiera de las entidades de seguros, S.A.
- 50. Mixturas de distribuciones: aplicación a las variables más relevantes que modelan la siniestralidad en la empresa aseguradora
- 49. Solvencia y estabilidad financiera en la empresa de seguros: metodología y evaluación empírica mediante análisis multivariante
- 48. Matemática Actuarial no vida con MapleV
- 47. El fraude en el Seguro de Automóvil: cómo detectarlo
- 46. Evolución y predicción de las tablas de mortalidad dinámicas para la población española
- 45. Los Impuestos en una economía global
- 42. La Responsabilidad Civil por contaminación del entorno y su aseguramiento

Nº Especial Informe sobre el Mercado Español de Seguros 1997
Fundación MAPFRE Estudios

- 41. De Maastricht a Amsterdam: un paso más en la integración europea
- 39. Perspectiva histórica de los documentos estadístico-contables del órgano de control: aspectos jurídicos, formalización y explotación
- 38. Legislación y estadísticas del mercado de seguros en la comunidad iberoamericana
- 37. La responsabilidad civil por accidente de circulación. Puntual comparación de los derechos francés y español

Nº Especial Informe sobre el Mercado Español de Seguros 1996
Fundación MAPFRE Estudios

- 36. Cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados y cláusulas delimitadoras del riesgo cubierto: las cláusulas de limitación temporal de la cobertura en el Seguro de Responsabilidad Civil

35. El control de riesgos en fraudes informáticos
34. El coste de los riesgos en la empresa española: 1995
33. La función del derecho en la economía
32. Decisiones racionales en reaseguro
31. Tipos estratégicos, orientación al mercado y resultados económicos: análisis empírico del sector asegurador español

Nº Especial Informe sobre el Mercado Español de Seguros 1995
Fundación MAPFRE Estudios

30. El tiempo del directivo
29. Ruina y Seguro de Responsabilidad Civil Decenal
28. La naturaleza jurídica del Seguro de Responsabilidad Civil
27. La calidad total como factor para elevar la cuota de mercado en empresas de seguros
26. El coste de los riesgos en la empresa española: 1993
25. El reaseguro financiero
24. El seguro: expresión de solidaridad desde la perspectiva del derecho
23. Análisis de la demanda del seguro sanitario privado
22. Rentabilidad y productividad de entidades aseguradoras
21. La nueva regulación de las provisiones técnicas en la Directiva de Cuentas de la C.E.E.

Nº Especial Informe sobre el Mercado Español de Seguros 1994
Fundación MAPFRE Estudios

20. El Reaseguro en los procesos de integración económica
19. Una teoría de la educación
18. El Seguro de Crédito a la exportación en los países de la OCDE (evaluación de los resultados de los aseguradores públicos)

Nº Especial Informe sobre el mercado español de seguros 1993
FUNDACION MAPFRE ESTUDIOS

16. La legislación española de seguros y su adaptación a la normativa comunitaria
15. El coste de los riesgos en la empresa española: 1991
14. El Reaseguro de exceso de pérdidas
12. Los seguros de salud y la sanidad privada
10. Desarrollo directivo: una inversión estratégica
9. Técnicas de trabajo intelectual
8. La implantación de un sistema de *controlling* estratégico en la empresa
7. Los seguros de responsabilidad civil y su obligatoriedad de aseguramiento
6. Elementos de dirección estratégica de la empresa
5. La distribución comercial del seguro: sus estrategias y riesgos
4. Los seguros en una Europa cambiante: 1990-95
2. Resultados de la encuesta sobre la formación superior para los profesionales de entidades aseguradoras (A.P.S.)
1. Filosofía empresarial: selección de artículos y eje

