

EL SEGURO DE DEPENDENCIA

PROBLEMÁTICA SOCIAL Y SOLUCIONES

GUERRERO CASAS, FLOR M^a

Departamento de Economía y Empresa
Universidad Pablo de Olavide de Sevilla

correo-e: fguecas@dee.upo.es

HERRANZ PEINADO, PATRICIA

Departamento de Economía y Empresa
Universidad Pablo de Olavide de Sevilla

correo-e: pherpei@dee.upo.es

RESUMEN

La evolución demográfica de la sociedad occidental lleva a que desde diferentes estamentos sociales se vea la necesidad del establecimiento de un seguro de dependencia en España. Entendiendo como persona dependiente, aquella “mayor de 65 años, que por razones físicas o psicológicas, se encuentra con dificultades para desarrollar alguna o varias de las actividades básicas o instrumentales de la vida diaria”. En el presente trabajo, expondremos la problemática social que provoca la relevancia de este seguro, cómo lo están solucionando otros países y los estudios, desde el punto de vista actuarial, a realizar para conseguir elaborar sus bases técnicas.

Palabras clave: Dependencia, seguro, discapacidad.

1. Introducción

Entre la población de cualquier sociedad existen personas, la mayor parte mayores, que necesitan ayuda para poder desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria. La dependencia no es algo nuevo, siendo la familia la que tradicionalmente se ha encargado de prestar la ayuda necesaria, que era recompensada por las herencias que sobrevenían una vez fallecidos. Pero la sociedad va cambiando, y el siglo XX ha supuesto un fuerte cambio de la estructura demográfica. Dentro de lo que se ha denominado en los países desarrollados “El estado del bienestar”, es razonable que la sociedad se proponga no solo dar solución a todos los problemas de nuestros mayores, que después de una etapa dura de contribución se encuentran con barreras de difícil solución, sino prever el futuro de la población que actualmente está en activo,

Como analizaremos posteriormente, la población ha ido envejeciendo y no parece probable que vaya a cambiar en este nuevo siglo; las razones por las que se ha producido este envejecimiento podemos avanzar que son la disminución de la mortalidad acompañada del aumento de la esperanza de vida, gracias a los avances científicos, y la disminución de la natalidad, que en la actualidad se encuentra por debajo de la tasa de renovación (2,5 hijos por mujer).

No sólo el cambio es demográfico sino también los estilos de vida de la nueva sociedad de los países desarrollados va cambiando, en algunos antes que en otros pero siguiendo el mismo esquema, además de disminuir el número de miembros de la unidad familiar, hemos de contar con un factor muy importante como es la incorporación de la mujer al mercado de trabajo. Todo esto ha llevado, y aumentará en el futuro, a que los mayores se encuentren solos.

En el presente trabajo¹ pretendemos justificar la necesidad de un planteamiento de soluciones ante lo que se ha denominado “*la dependencia de las personas mayores*”. Analizaremos datos demográficos y costes de la dependencia; expondremos las medidas que se están adoptando en otros países, que nos pueden dar luz a posibles soluciones para España, haremos especial mención a Alemania, Estados Unidos y al reciente plan de Japón; también describiremos cómo se cubren en España los servicios de asistencia a los mayores, con el fin de exponer el problema actual de cara a un futuro incierto en la capacidad de nuestro actual sistema. En nuestro país se lleva largo tiempo discutiendo sobre la necesidad de regular un sistema de cobertura a los mayores dependientes que no termina de fraguarse, aunque ha habido informes sobre el tema². Es evidente que el envejecimiento de la población hace que la fuerza política y económica del colectivo de los mayores sea cada vez mayor y por ello los partidos políticos han hecho referencia en sus programas electorales al respecto de la dependencia. Pretendemos establecer un escenario en el que se ponga de manifiesto la urgente necesidad de plantear una regulación del “*seguro de dependencia*”, bien sea como un seguro social, o como un seguro privado.

¹ Este trabajo forma parte de otro más amplio, aun por terminar, en el que se estudian las tablas de dependencia, así como métodos de cálculo de primas de seguro de dependencia.

² Puga González, M.D. (2001).

2. Concepto de dependencia

La dependencia debe considerarse como la imposibilidad funcional de realizar determinadas tareas consideradas como básicas, es decir, limitaciones severas de orden físico o mental que requieren de la ayuda de otras personas³. La Organización Mundial de la Salud, en la clasificación internacional de deficiencias, actividades y participación conocida como CIDDM-2 adoptada en Ginebra en 1997 y sometida a ensayo hasta 1999, incluye seis actividades de la vida diaria (AVD): Asearse; vestirse; comer y beber; el cuidado del propio bienestar; preparar la comida y cuidar de la vivienda; y la participación en la movilidad.

De manera generalizada los estudios sobre la dependencia se han limitado al análisis de un sector concreto de la población, la denominada tercera edad, siendo sin duda el más representativo, aunque no el único; dentro del grupo de dependientes se podría incluir a un minusválido de cualquier edad, físico o psíquico, un convaleciente de enfermedad o accidente, un toxicómano o un anciano que ya no puede valerse por sí mismo.

3. Cuantificación demográfica de la población dependiente

Si entendemos por envejecimiento el porcentaje de mayores de 65 años respecto de la población de un país resulta evidente, según muestran los datos, que el envejecimiento demográfico constituye un fenómeno que se observa en todos los países desarrollados. Como se puede ver en la Tabla 1, España ocupa el quinto lugar del ranking de países más viejos del mundo cuyo primer puesto ocupa Italia.

Nº	PAÍS	% de personas > 65 años	Nº	PAÍS	% de personas > 65 años
1	Italia	18,1	16	Letonia	15,0
2	Grecia	17,3	17	Finlandia	14,9
3	Suecia	17,3	18	Dinamarca	14,9
4	Japón	17,0	19	Serbia	14,8
5	España	16,9	20	Hungría	14,6
6	Bélgica	16,8	21	Estonia	14,5
7	Bulgaria	16,5	22	Slovenia	14,1
8	Alemania	16,2	23	Luxemburgo	14,0
9	Francia	16,0	24	Ucrania	13,9
10	Reino Unido	15,7	25	República Checa	13,9
11	Portugal	15,4	26	Uruguay	12,9
12	Austria	15,4	27	Canadá	12,7
13	Noruega	15,2	28	Rusia	12,6
14	Suiza	15,1	29	Estados Unidos	12,6
15	Croacia	15,0	30	Australia	12,4

Fuente: U.S. Census Bureau, *An Aging World: 2001*. Nov.2001 (P95/01-1)

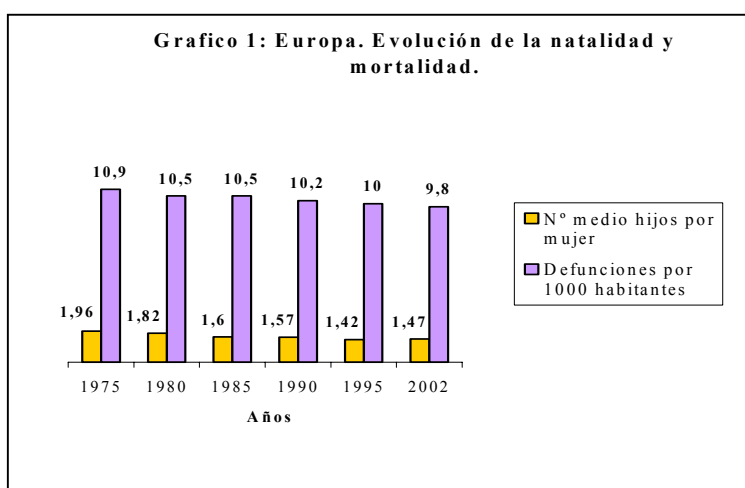
³ Ministerio de Economía. Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones: “Informe Seguro de Dependencia” (2000).

Observemos cual ha sido la evolución del envejecimiento en Europa entre los años 1985 al años 2000 considerando el número de personas mayores de 65 años respecto del total de población, y analicémoslo por sexo. Tabla 2.

Tabla 2: Europa. Evolución de mayores de 65 años respecto del total de población.				
	1985	1990	1995	2000
Total	12,49%	13,21%	13,78%	14,35%
Hombres	10,73%	10,82%	11,54%	12,39%
Mujeres	14,70%	15,48%	15,91%	16,23%

Fuente: EUROSTAT, base de datos Newcronos

Comprender cual ha sido la evolución de la población y poder hacer una previsión de lo que puede ocurrir en un futuro cuando se estudia una estructura demográfica hace que se tenga en cuenta tres aspectos: la natalidad, la mortalidad y la esperanza de vida de la población.



Fuente: Eurostat, Base de datos Newcrono. Elaboración propia

La evolución en el intervalo de tiempo que refleja el Gráfico 1 ha llevado aparejada una disminución de la tasa de mortalidad, en parte motivada por la disminución de la mortalidad infantil y en parte por los avances médicos que han provocado que enfermedades letales antaño se superen en la actualidad. Por otro lado la esperanza de vida al nacimiento se ha incrementado en unos tres años entre 1985 y el año 2000 (Tabla 3).

Tabla 3: Europa. Esperanza de vida al nacimiento (años)				
	1985	1990	1995	2000
Hombres	71,8	72,8	73,9	75,3
Mujeres	78,4	79,4	80,4	81,4

Fuente: Eurostat, Base de datos Newcronos

3.1.- Situación en España

En España ya se superan los siete millones de mayores de 65 años, que representa más de un 17% de la población (Tabla 4), esto nos sitúa por encima de la media europea.

	Población total	Mayores de 65 años	% >65 años respecto del total
Ambos sexos	42.717.064	7.276.620	17,03%
Hombres	21.034.326	3.070.273	14,60%
Mujeres	21.682.738	4.206.347	19,40%

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Revisión del padrón municipal 2003

La evolución del envejecimiento en España se ha incrementado de manera notable a lo largo del siglo XX, pasando de representar los mayores de 65 años un 5,20% de la población total en 1900 al 17,03% de la actualidad (Tabla 5).

	1900	1930	1960	1991	2003
Total	18.618.086	23.677.794	30.528.539	38.872.268	42.717.064
> 65 años	967.774	1.440.744	2.505.165	5.370.252	7.276.620
% > 65 años	5,20%	6,08%	8,21%	13,82%	17,03%

Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

Este proceso es una consecuencia, al igual que en el resto de los países, de la longevidad y de las tasas de natalidad. España se sitúa por encima de la media europea en cuanto a longevidad con una esperanza de vida al nacimiento en 1998 de 75,25 años para los hombres y de 82,16 años para las mujeres, mientras que en 1975 las cifras se situaban en 70,4 años para los hombres y 76,19 años para las mujeres⁴.

La proyección de estas cifras hacia el futuro ha abierto un debate sobre temas sensibles en la práctica social, económica y política de nuestro país. Hay que considerar que entre 1957-1977, como período aproximado, se produce el llamado *baby-boom* español, esas generaciones representan actualmente un tercio de toda la población de España y tendrán una presión importante sobre muchos servicios especializados hacia la tercera década de este siglo, con su llegada a la jubilación y la demanda de cuidados de larga duración, como en el pasado lo tuvieron en educación o el mercado laboral.

4. La asistencia a la población dependiente

La problemática del envejecimiento de la población surge cuando las personas bien por edad o enfermedad necesitan de ayuda para poder realizar las tareas de la vida cotidiana, en lo que al principio hemos denominado “dependencia”. A los cuidados que precisan los mayores dependientes se les denomina “*cuidados de larga duración*”. Es tradicional clasificar la asistencia que perciben las personas dependientes en: **Informal**, asistencia percibida de personas del entorno más próximo (familiares, vecinos o

⁴ Datos Instituto Nacional de Estadística: Indicadores Demográficos Básicos.

amigos...) y **Formal**: siendo o no institucional, resulta ofrecida desde una perspectiva más profesional y no vinculada a lazos personales.

Ayuda informal: En España, debido a su carácter mediterráneo y a la tradición familiar, el cuidado de nuestros mayores se realiza fundamentalmente por el llamado **cuidado informal**. En la Tabla 6 encontramos desglosado el cuidador de un mayor dependiente según sexo; así, el 44,6% de los varones dependientes es cuidado por su esposa, mientras que si se trata de una mujer dependiente, en un 36,7 % de los casos el cuidado recae sobre su hija.

Cuidador principal	Total %	% Varones Dependiente	% Mujeres Dependiente
Cónyuge	23,36%	44,55%	14,91%
Hija	32,28%	21,29%	36,66%
Hijo	5,87%	4,71%	6,33%
Hermana	2,40%	2,12%	2,52%
Hermano	0,32%	0,20%	0,37%
Otro pariente	14,78%	9,75%	16,79%
Empleado	8,70%	5,48%	9,98%
Amigos y vecinos	1,93%	1,14%	2,24%
Huésped	0,04%	0,00%	0,06%
Servicios sociales	3,22%	2,08%	3,68%
Otra relación	1,19%	0,79%	1,35%
no consta	5,90%	7,89%	5,11%

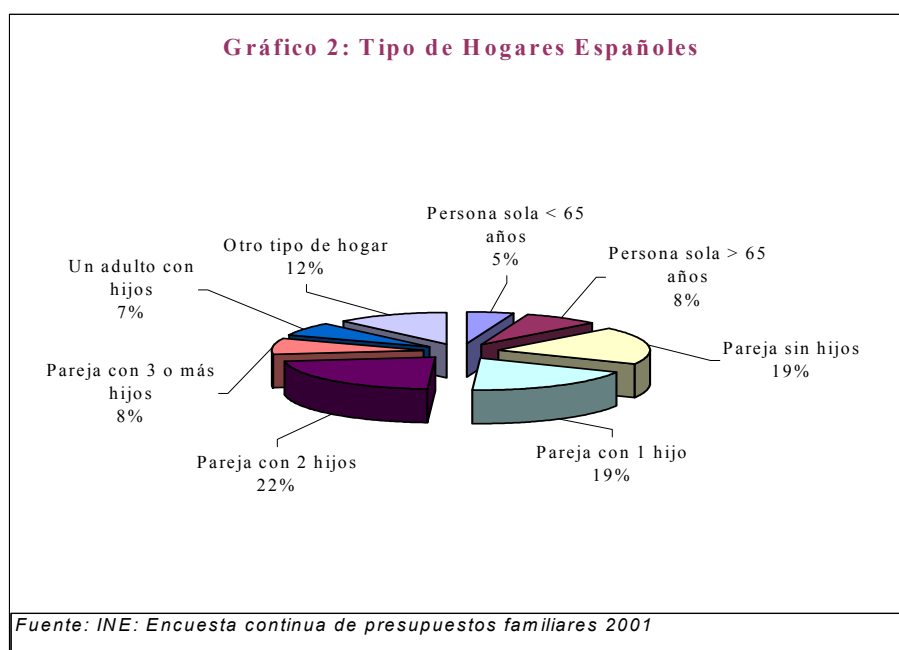
Fuente: INE: Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud, 1999.

La parte fundamental del cuidado corre a cargo de mujeres de edad intermedia (40-55 años), con padres ya mayores y con elevado riesgo de enfermedad y discapacidad. Es preocupante comprobar que casi un 12% de los cuidadores (fundamentalmente mujeres) tienen más de 70 años, con sus implicaciones. Tomando esta última reflexión, es importante destacar que el estilo de familia tradicional en España está cambiando, la incorporación de la mujer al mercado de trabajo ha evolucionado considerablemente en los últimos años (Tabla 7)

	1987	1992	1997	2001
De 35 a 39	40,01	54,61	62,32	62,86
De 40 a 44	35,72	46,83	58,2	61,52
De 45 a 49	33,5	37,36	49,3	54,8
De 50 a 54	27,68	32,02	37,49	42,33

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Población Activa.

Dentro de este cambio familiar es importante mencionar también el descenso del número de personas por hogar; la tradicional familia de pareja con hijos va disminuyendo y dando paso a otro tipo de unidades familiares (Gráfico 2).



Ayuda formal: es el conjunto de servicios provistos por entidades y organizaciones, de naturaleza pública o privada, con o sin ánimo de lucro, y personas que trabajan por su cuenta de forma remunerada, para cubrir las necesidades de los mayores dependientes, en su hogar, en la comunidad o en una institución. Los cuidadores formales atienden aproximadamente a un 10% de las personas mayores con necesidades en España⁵.

Pero la mayor parte de la ayuda formal recibida no es efectuada por los servicios sociales públicos, ni tampoco por organizaciones no lucrativas o empresas de servicios asistenciales sino por empleados del hogar. Mientras que los servicios sociales públicos sólo cubren el 3% de los dependientes y el voluntariado el 1%, el resto corre a cargo del servicio doméstico, parte del cual está nutrido por flujos inmigratorios, con grandes necesidades formativas en cuanto al cuidado de estas personas.

Los servicios formales dirigidos a la población dependiente ofrecidos por la administración y organizaciones lucrativas o no, se concretan en:

- a) *Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD)*: servicios que van desde la atención personal y doméstica, hasta el apoyo psicosocial, familiar y tareas relacionadas con el entorno y todo ello prestado en el domicilio del dependiente. Se presta fundamentalmente por iniciativa de las administraciones locales y su administración y gestión suele correr a cargo de organizaciones no lucrativas, empresas mercantiles o cooperativas de servicios. La prestación directa suele ser realizada por auxiliares de atención domiciliaria, profesión que recibe una formación muy diversificada y con desigual calidad desde la misma institución que presta el servicio. Casi nunca superan las 10 horas semanales de servicio, siendo el promedio de 4 horas. En 1998 la cobertura de

⁵ Puga González, M. D. (2001): “*Dependencia y Necesidades Asistenciales de los Mayores en España, una Previsión a 2010*”. Fundación Pfizer.

los mayores de 65 años era del 1,82%. El coste aproximado es de 900-1.000 € y en algunas comunidades el usuario participa en el copago.

- b) Servicio de *Teleasistencia* o *Telealarma*: se trata de un servicio que aporta seguridad y tranquilidad sobre todo a personas mayores que viven solas, es un servicio de vigilancia que pretende retrasar la institucionalización. Del 12,5% de las personas mayores que viven solas, el porcentaje de usuarios de este servicio es del 0,78% sobre el total de mayores.
- c) *Centros de día*: se definen como un recurso socio-sanitario y de apoyo familiar que ofrece durante el día atención a las necesidades personales básicas, terapéuticas y socioculturales de las personas mayores afectadas por algún grado de dependencia. Su implantación es reciente, se recomienda disponer de dos plazas por cada cien personas mayores de 75 años. En 1998 existían 329 centros de día para personas dependientes con 7.103 plazas y con un elevado coste (entre 750.000 y un millón de pesetas al año) y con el copago como fórmula habitual.
- d) *Estancias temporales en centros residenciales*: durante un periodo no superior a 60 días, sirve de apoyo familiar al cumplir una función de alivio para los cuidadores, se conoce también como “servicios de respiro”.
- e) *Programa de adaptaciones de la vivienda*: tiene como objetivo dotar a la vivienda ocupada por una persona mayor de las adecuadas condiciones de habitabilidad y accesibilidad. Hasta ahora este tipo de servicio se realiza mediante la ayuda económica y su impacto ha sido muy limitado.
- f) *Sistemas alternativos de alojamiento*: agrupan una gama de alojamientos para personas mayores que por problemas de vivienda, soledad o pérdida de autonomía se ven obligadas a abandonar su domicilio.
- g) *Servicios institucionales*: básicamente constituidos por residencias y distingue entre plazas residenciales para “válidos” y “asistidos”, siendo mayoritarias las primeras. En 1998 cubrían el 3,2% de la población mayor, siendo el 32,5% de ellas pertenecientes al sector público.

5. Coste de los cuidados de larga duración

En 1999, España gastó el 8,2% del PIB en prestaciones de protección social a la vejez, frente al 10,8% de la Unión Europea⁶. Dentro de la Unión Europea, Luxemburgo, Finlandia y Noruega gastan aproximadamente lo mismo que España; Portugal (7,3%) y, sobre todo Irlanda (2,7%), bastante menos. El valor máximo se registra en Italia (12,9%), seguido de Suecia (12,1%) (Tabla 9).

⁶ Informe IMSERSO 2002. Ministerio de Trabajos y Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Asuntos Sociales.

Tabla 9: Prestaciones de protección social por funciones en porcentajes del PIB en la Unión Europea y cinco países más (1999)

	Salud	Discapacidad	Vejez	Otros	Total
Alemania	8,0	2,2	11,6	6,8	28,6
Austria	7,4	2,4	10,4	7,6	27,8
Bélgica	6,4	2,4	8,6	8,9	26,3
España	5,7	1,5	8,2	4,0	19,4
Finlandia	6	3,7	8,1	8,1	25,9
Francia	8,1	1,7	11,0	7,9	28,7
Irlanda	5,7	0,7	2,7	5,0	14,1
Italia	5,8	1,5	12,9	4,1	24,3
Luxemburgo	5,3	3,0	8,1	4,8	21,2
Países Bajos	7,6	3,1	9,6	6,0	26,3
Portugal	6,7	2,4	7,3	3,4	19,8
Grecia	6,1	1,6	10,3	6,9	24,9
Dinamarca	5,6	3,5	10,9	8,6	28,6
Reino Unido	6,4	2,6	10,9	5,9	25,8
Suecia	8,2	3,8	12,1	8,3	32,4
Islandia	7,5	2,3	5,3	3,7	18,8
Noruega	8,9	4,6	8,2	5,6	27,3
Eslovaquia	6,6	1,5	6,9	4,9	19,9
Eslovenia	8	2,3	11,3	4,4	26
Suiza	6,2	3,2	11,5	6,0	26,9

Fuente: EUROSTAT (2001), *Social Protection Expenditures and Receipts, 1980-1999*, Luxemburgo.

Desde 1980, la importancia de los gastos de protección social a la vejez con respecto al PIB ha aumentado en dos puntos en la zona euro, en España ha aumentado en la misma proporción. La evolución del gasto en términos reales, muestra una trayectoria distinta. España es uno de los países de la Unión Europea en los que el gasto en protección social ha crecido de forma más acentuada durante la década de los 90 (más del cuarenta por ciento), por encima Reino Unido, Luxemburgo, Islandia y, sobre todo, Portugal. Pero, además, la trayectoria del gasto es continuamente creciente, incluso en los últimos años de la serie.

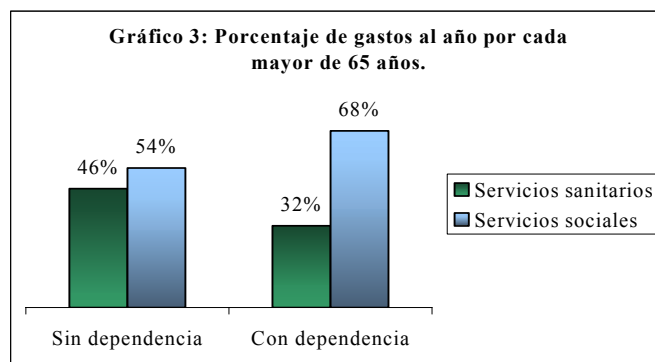
Los recursos que utilizan las personas se componen de los servicios sanitarios (hospitales, atención primaria...), de los servicios sociales (residencias, centros de día, ayuda a domicilio...) además de otros recursos, como son los productos farmacéuticos y ayudas técnicas. El gasto en vejez por año de personas mayores de 65 años de en España se encuentra por debajo de la media europea, tan sólo supera a Portugal, Irlanda, y Grecia (Tabla 10) siendo su evolución en la década de los noventa no superior a otros países europeos.

Tabla 10: Gasto en vejez por persona mayor de 65 años, en euros corrientes, en países europeos (1990-1999)

	1990	1993	1995	1996	1997	1998	1999
Alemania	10.654	14.926	16.992	16.947	16.576	16.951	17.466
Austria	10.896	13.859	15.825	15.987	15.619	15.879	16.490
Bélgica	7.967	10.247	11.301	11.236	11.208	11.395	11.812
España	5.681	6.285	6.374	6.810	6.789	6.826	7.038
Finlandia	11.681	10.063	12.270	12.582	12.378	12.322	12.846
Francia	11.663	13.812	14.812	15.236	15.193	15.486	15.965
Irlanda	3.878	4.403	4.567	4.640	5.223	5.342	5.705
Italia	11.643	12.004	11.184	12.486	13.511	13.687	14.002
Luxemburgo	14.976	20.113	23.035	22.765	23.005	23.258	23.971
Países Bajos	11.575	13.657	14.756	15.071	15.404	15.862	16.792
Portugal	1.968	3.118	3.772	4.070	4.107	4.397	4.841
Grecia	4.381	4.707	5.076	5.606	6.092	6.403	6.754
Dinamarca	13.426	15.761	20.317	21.524	21.870	21.907	22.744
Reino Unido	7.820	9.667	9.973	10.918	13.927	14.599	15.849
Suecia	:	13.926	14.301	16.574	16.779	16.831	17.753
Islandia	8.235	9.058	9.084	9.541	10.733	12.065	13.413
Noruega	10.220	11.392	12.596	13.439	14.623	15.504	17.110
Suiza	15.187	19.810	24.100	24.214	23.905	24.590	25.671

Fuente: EUROSTAT (2001), *Social Protection Expenditures and Receipts, 1980-1999*, Luxemburgo.

Este gasto se distribuye en diferente medida cuando se trata de mayores con o sin dependencia. En un estudio realizado al respecto⁷ se estima que su distribución es la que se refleja en el gráfico 3:



6. Comparativa internacional

A continuación se hace un recorrido por distintos países que han desarrollado en alguna medida el seguro de dependencia, exponiendo brevemente cómo se introdujo, su naturaleza pública o privada, los parámetros que son considerados en el grado de dependencia, los tipos de pólizas, las prestaciones, etc.

⁷ Rodríguez Cabrero, G.; Montserrat Codorniu, J. (2002): “*Modelos de Atención Sociosanitaria: Una aproximación a los costes de la dependencia*”. Observatorio de Personas Mayores. IMSERSO.

6.1. Situación en Alemania

A comienzos de los años 80 las aseguradoras privadas habían desarrollado un producto, sobre una base voluntaria, que permitía a cada persona asegurarse contra el riesgo de dependencia. Este modelo se mantenía fiel al principio de la economía social de mercado según el cual la previsión es responsabilidad exclusiva del interesado, no incrementando las cargas fiscales ni los gastos sociales. Se fundamentaba en el sistema denominado "cobertura por capitalización", es decir, cada asegurado paga una prima según su riesgo individual y prestaciones deseadas previstas. Sin embargo, se demostró pronto que una parte importante de la población no estaba preparada para asegurarse sobre una base voluntaria contra el riesgo de dependencia, ya que la conciencia de ese riesgo solamente se desarrolla con la edad. Por ello, los políticos estimaron que la propuesta de los aseguradores no era suficiente.⁸

Desde el 1 de enero de 1995, existe un seguro obligatorio destinado a financiar los cuidados a personas dependientes. El principal elemento impulsor del seguro de dependencia en Alemania ha sido el factor económico con el incremento en gastos del sistema sanitario y escasez de recursos. Entre las principales causas cabe citar, por un lado el incremento notable del gasto en asistencia social, que es financiada conjuntamente por los gobiernos locales y los Landers (estados); por otro la no cobertura de los cuidados de larga duración, que suponía pago privado; y por último, la dependencia del gobierno de las personas necesitadas para costear los cuidados de larga duración.

El seguro de dependencia se configura como el quinto elemento de la Seguridad Social en Alemania: Seguro de Enfermedad e Incapacidad Temporal, Seguro de Accidentes de Trabajo, Seguro de Pensiones, Seguro de Desempleo y Seguro de Dependencia.

El modelo del seguro de dependencia en Alemania: El seguro de dependencia alemán está organizado según el mismo principio que el seguro de Enfermedad; los empleados cuyos ingresos son inferiores al límite de la Seguridad Social dependen obligatoriamente del seguro público, los demás pueden elegir entre la adhesión a una caja pública o a un seguro privado (el 10% de la población alemana depende de un seguro privado). Una vez tomada la decisión de abandonar el seguro público, el asegurado ya no puede revocar su decisión.

- *El seguro de dependencia social*⁹: Programa nacional del seguro de dependencia, que provee servicios a las personas que necesitan cuidados de larga duración independientemente de su edad o situación económica. Cubre el 85% de la población. Todas las personas que tengan un empleo retribuido o que perciban otras rentas deben asegurarse contra la posibilidad de necesitar asistencia a largo plazo.
 - a) Se financia a través de la Seguridad Social mediante el pago del 1,7% de los ingresos brutos, siendo la aportación de 50/50 entre empresarios y empleados. Para que este nuevo seguro no significase carga para las empresas, se suprimió

⁸ Delacoux, E. Directora de Estudios Documentales del CAPA Francés (2002): "*Seguro de Dependencia: Situación en Alemania*".

⁹ UNESPA (2000): "*El Seguro de Dependencia. Estudio comparativo de las experiencias en Europa y Estados Unidos*".

un día festivo legal (siempre caerá entre semana), el denominado “Buss und Bettag”.

- b) Los colectivos especiales son:
 - Pensionistas: siendo las aportaciones del 100% del pensionista desde la entrada en vigor en 2004 de la reforma del sistema de pensiones¹⁰, anteriormente se financiaba el 50% el pensionista y el 50% el fondo de pensiones.
 - Funcionarios públicos: aportan el 50% de la cuota y reciben el 50% de los beneficios. Los costes adicionales los cubre el organismo para el que trabajan.
 - Personas que nunca hayan trabajado o que tengan derecho a seguro social: el 100% de asistencia social
 - Fondo de desempleo e incapacidad: financia el 100% a aquellas personas que reciben sus beneficios.
- *El seguro de dependencia privado*: Aquellas personas con ingresos superiores a 5.850 DM/mes (1995) tienen la opción de asegurarse privadamente, renunciando al seguro de dependencia social, al que no podrán recurrir en el futuro. Cubre el 15% de la población. Las condiciones son:
 - a) Como individuo: Para renunciar al seguro público tienen que demostrar que han firmado un contrato privado.
 - b) Como Compañía: Se prohíbe la exclusión de prestaciones y suplementos por riesgo. Los períodos de espera deben ser como en el seguro social. Está prohibido clasificar las primas por sexo o estado de salud. Las primas están limitadas según la cuota más alta del seguro social. Existe un coaseguro libre de cuotas para los niños con los mismos requisitos que el seguro social. Los empleados que poseen un seguro privado reciben del empresario un suplemento para las primas, cuyo valor máximo será la aportación que realiza el empresario en el seguro social.

La evaluación del grado de dependencia está basada en veintidós actos de la vida cotidiana, repartidos bajo cuatro grandes rúbricas.

Las personas dependientes son aquellas que tienen una enfermedad física, psíquica o mental o una discapacidad por la que no pueden realizar por sí mismas los quehaceres cotidianos por un período prolongado de tiempo (al menos seis meses) y necesitan ayuda en gran medida para alguno de los quehaceres¹¹ descritos en el segundo apartado.

En el seguro público la dependencia es determinada por el Medizinischer Dienst, consejero médico de las cajas de enfermedad mientras que para el seguro privado lo realiza la compañía MedicProof que trabaja en colaboración con la asociación de aseguradoras de enfermedad privadas. Las personas que quieran recibir prestaciones deberán someterse a un examen médico realizado por un servicio especial del seguro de dependencia y serán clasificados en uno de los siguientes niveles¹²:

¹⁰ Noticia recogida por el Instituto de Actuarios Españoles el 11/03/2004 y 01/04/2004.

¹¹ Dederichs, W. Director General Técnico DKV Previa (2000): “*Los seguros de Dependencia en Alemania: Bases Técnicas*”.

¹² UNESPA (2000): “*El Seguro de Dependencia. Estudio comparativo de las experiencias en Europa y Estados Unidos*”.

Nivel I: Casos de dependencia media: Son personas que necesitan ayuda para realizar como mínimo dos tareas en el ámbito de la higiene corporal, la alimentación y la movilidad una vez al día, y varias veces a la semana requieren ayuda para llevar a cabo las tareas domésticas.

Nivel II: Casos graves: Necesitan ayuda como mínimo tres veces al día a distintas horas para realizar tareas en el ámbito de la higiene corporal, la alimentación y la movilidad, y varias veces a la semana requieren ayuda para llevar a cabo las tareas domésticas.

Nivel III: Casos muy graves: Necesitan ayuda todo el día y también de noche para realizar tareas en el ámbito de la higiene corporal, la alimentación y la movilidad, y varias veces a la semana requieren ayuda para llevar a cabo las tareas domésticas. Casos extremos: La asistencia en las necesidades básicas debe llevarse a cabo por varios cuidadores a la vez, tanto de día como de noche. Requieren ayuda para la higiene, alimentación y movilidad como mínimo durante siete horas al día y como mínimo dos horas de éstas deben ser de noche.

También prevé una cobertura social para los parientes próximos que dispensan ayuda a su pariente dependiente.

Las prestaciones para la asistencia se clasifican según el grado de dependencia:

a) Prestaciones del seguro público:

Las prestaciones del seguro público de dependencia pueden ser prestaciones en especie (servicios), o bien, prestaciones en metálico (cobro de cierta cantidad de dinero) que el beneficiario podrá utilizar libremente para remunerar a un ayudante informal; también es posible una combinación de las dos. El importe en metálico o el uso de los servicios no dependen del nivel de ingresos del dependiente, únicamente dependen de la necesidad de ayuda. Un 75% de los beneficiarios por dependencia optan por las prestaciones en metálico a pesar de que las prestaciones en especie ascienden a casi el doble del valor de las prestaciones en metálico.

Para garantizar la homogeneidad de los cuidados a domicilio o de hospitalización, las cajas de seguro de dependencia (cajas públicas que son de hecho las cajas de seguros de enfermedad) realizan contratos de prestación de servicios y acuerdos de remuneración con los empresarios de los centros de asistencia y las estructuras de asistencia a domicilio.

En lo que se refiere a los “ayudantes” se les asigna una prestación en metálico denominada “asignación de asistencia” de 400 marcos mensuales para un pariente próximo y 2.800 marcos para otra persona, sin tener en cuenta el grado de incapacidad de la persona dependiente.

Asistencia domiciliaria:

- Profesional, en especie (máximo mensual): desde unos 385 € para el nivel I hasta 1.920 € para el nivel III de casos extremos.
- No profesional, en metálico (mensual): desde los 200 € hasta los 665 € del nivel III.
- Combinación de las dos anteriores.
- Sustitución del asistente no profesional, por ejemplo por vacaciones, máximo acumulable al año de 4 semanas.

- Internamientos puntuales en una clínica o en un centro de día, noche en casa.
- Internamiento a corto plazo por motivos puntuales, máximo acumulable al año de 4 semanas.
- Gastos de formación para familiares.
- Recursos para medios de ayuda y adaptaciones de la vivienda.
- Cotización a la Seguridad Social del personal asistente no profesional.

Asistencia no domiciliaria: Sólo se indemnizan los gastos de dependencia, no los hosteleros (máximo mensual): desde 1.020 € hasta 1.700 € dependiendo del nivel. Los resultados de la demanda han sido: 10% prestaciones en especie, 80% prestaciones en metálico, 10% combinación de ambas. Solamente un 27% de la población dependiente (590.000 personas) reciben cuidados en una institución, el resto recibe la prestación de asistencia a domicilio.

b) Prestaciones del seguro privado:

El seguro de dependencia privado no procura ninguna prestación en especie, solo indemnizaciones en metálico. La prima está limitada al nivel máximo de cotización de las cajas públicas. Los gastos justificados son reembolsados según la tarifa, dentro del límite correspondiente y en función del grado de dependencia. El derecho de reembolso también obliga a recurrir a estructuras de asistencia concertadas con el fin de que se garantice la calidad. Esta modalidad presenta ventajas al proponer a la persona dependiente que cubra sus necesidades o deseos estrictamente personales y que elija el régimen de asistencia o el centro sanitario que prefiera.

6.2. Estados Unidos

La creación y desarrollo de los seguros de dependencia en EEUU se debe principalmente al intento de controlar el incremento del gasto en atención sanitaria. El coste de la asistencia sanitaria medido en porcentaje del PIB ha sido tradicionalmente uno de los mayores dentro de los países de la OCDE.

Las dos instituciones públicas más importantes son¹³:

- Medicare: cubre fundamentalmente a los jubilados, otorgando atención sanitaria (con límites) y un cierto nivel de rentas de jubilación.
- Medicaid: cubre los gastos médicos de aquellas personas de extrema pobreza, que no disponen de rentas ni patrimonio. Esta ayuda se complementa con otras de primera necesidad, como alimenticias y eventualmente residencias de la tercera edad (nursing homes).

Los cuidados para los mayores a través del sistema público de asistencia sanitaria suponen un gran coste para el Medicare y el Medicaid.

Además, el progresivo envejecimiento de la población, como en el resto de los países de la OCDE, y las características de la estructura social (nivel de cohesión de la familia menor e hijos que abandonan el hogar más prematuramente) han acrecentado la necesidad de estos seguros.

¹³ ICEA (1995): "Seguros de Salud y Long Term Care".

Los primeros seguros de dependencia aparecen en 1974 cuando Medicare experimentaba un progresivo aumento de la demanda de sus servicios, por lo que estableció una regulación donde se permitió la figura de un seguro privado que contribuyera a los cuidados de larga duración; estos seguros cubrían solamente los cuidados en residencias y comenzaban a recibirse los beneficios en término de servicio después de estar hospitalizado durante tres días. Medicare utilizaba el sistema de reembolso retrospectivo para cubrir los gastos ocasionados por las personas atendidas, es decir pagaba posteriormente los gastos incurridos en el tratamiento de la asistencia sanitaria de las personas mayores.

En 1983 el cambio del sistema de pago de los servicios sanitarios provocó un incremento de la demanda de servicios, Medicare comenzó a utilizar el sistema de pago prospectivo, es decir, se le pagaba al hospital una suma total destinada a cubrir todos los gastos ocasionados por los pacientes, se estableció una franja única para cada tipo de patología lo que suponía una transferencia del riesgo hacia el proveedor de servicios que debía optimizar el nivel de asistencia prestada. Como consecuencia, los proveedores, para optimizar la asistencia, reducían la estancia con el fin de mejorar el uso apropiado de los servicios sanitarios. Las residencias de ancianos y centros de convalecientes se convirtieron en centros de recuperación de las personas dependientes que habían sido dadas de alta de los hospitales y seguían requiriendo cuidados especializados. La admisión en estos centros se incrementó en un 40%.

En los años 90 Medicare y los seguros de dependencia promovieron el aumento de la utilización de los servicios a domicilio, dado que, tras 15 años de estudios sobre los hábitos y preferencias de los consumidores, se llegó a la conclusión de que las personas prefieren estar en sus hogares y en su entorno. Se decidió que debían buscarse otras alternativas a las residencias, resultando así menor el gasto ya que los cuidados en el hogar son más económicos que en las residencias. En consecuencia, las aseguradoras reconocieron la necesidad de aportar cuidados en el hogar e integraron en sus pólizas además de la asistencia en residencias, una mayor variedad de servicios como los cuidados en el hogar y en centros de día para ancianos.

En 1996 se introdujo la ley “Health Insurance Portability and Accountability Act” que ofrecía ventajas fiscales a las personas que adquiriera estos seguros: Esta ley establece que el asegurado tiene la opción de elegir entre pólizas con ventajas fiscales, Tax-Qualified (TQ), y pólizas sin ventajas fiscales, Non-Tax_Qualified (NTQ). En las pólizas con ventajas fiscales se puede deducir aquellas cantidades que sean mayores del 7,5% de los ingresos brutos anuales del asegurado y las cantidades a deducir dependen de la edad¹⁴.

Respecto al nivel de cobertura conseguido se sabe que de los 12 millones de estadounidenses que necesitan cuidados de larga duración¹⁵ los niños (0 a 17 años) representan un 3%, las personas activas (18-64 años) un 40% y las personas mayores (>65 años) un 57%. El pago de los cuidados de Long-Term Care es cubierto por: Medicaid en un 47%, Medicare en un 8%, el ahorro privado en un 39%, los seguros en un 4% y otros con un 2%.

¹⁴ UNESPA (2000): *“El Seguro de Dependencia. Estudio comparativo de las experiencias en Europa y Estados Unidos”*.

¹⁵ Castelló Fortet, J. (Aegon Insurance Group) (2000): *“El Seguro de Dependencia: El Modelo Americano”*.

MEDICARE cubre *Residencias* para mayores, siempre que la residencia esté concertada con Medicare, en los días de 1-20 cubre el 100% del importe aprobado y de los días de 21-100 una franquicia del 95\$/día. La media de días es de 27. *Asistencia en domicilio*: debe ser proporcionada en el domicilio, no puede ser 24 horas al día, debe de ser intermitente (no diaria) y el proveedor debe estar concertado con Medicare.

MEDICAID (personas sin recursos) está destinado a personas que, como norma general, tienen entre ingresos y patrimonio una cuantía inferior a 2.000\$. Cubre: *Residencias*: no todas aceptan pacientes de Medicaid. *Asistencia a domicilio*: sólo si es aprobado por asistentes sociales.

Determinación de la dependencia:

a) Actividades de la vida diaria (ADL, Activity of Daily Living): Se contemplan 6 actividades¹⁶: lavarse (bathing), vestirse (dressing), trasladarse (ir a la cama, al salón...) (transferring), ir al lavabo y utilizarlo (toileting), comer (eating) y mantener el control de los esfínteres (continence).

b) Daños cognitivos: los beneficios comienzan cuando el asegurado es incapaz de realizar un test. Tiene gran importancia debido a la incidencia del Alzheimer y la sensibilidad social respecto a este tema, supone además uno de los motivos de suscripción de este tipo de pólizas. La mayoría de los Estados prohíben la exclusión de pacientes con Alzheimer, pero si es capaz de realizar las AVD puede no ser susceptible de beneficios.

c) Certificación médica: En algunas pólizas el asegurado puede recibir los beneficios si su médico certifica que necesita ayuda médica.

d) Antes de hospitalización: Este tipo de póliza está en la actualidad prohibida por el National Association of Insurance Commissioners (NAIC), aunque algunos Estados permiten que se use.

Se tiene derecho a la prestación por:

1. Dependencia Física (TQ): No ser capaz de desarrollar 2 ó 3 de las 6 actividades de la vida diaria, por un periodo superior a 90 días sin recibir ayuda importante de otra persona. Debe ser certificado por un médico.

2. Dependencia psíquica (deterioro cognitivo) (TQ): cuando necesite la supervisión continua para proteger a la persona de las amenazas a su la salud y su seguridad, debido a la pérdida o deterioro de su capacidad mental. Debe ser certificado por un médico.

3. Necesidad médica (NTQ): se podrá percibir la prestación si médicamente se considera necesario e imprescindible (como por ejemplo un postoperatorio). Normalmente se limita un número de días. Las pólizas TQ no incluyen esta garantía.

Se pueden contratar independientemente las siguientes prestaciones, no habiendo límite de edad (18-99 años, la edad media suele ser de 65 años): Importe máximo diario, periodo de franquicia, prestaciones cubiertas, duración de las prestaciones. El pago de

¹⁶ Taleyson, Lucie (2004): "*El Seguro Privado de Dependencia: Dos tipos de productos*".

primas es normalmente vitalicio y la prima es nivelada. Las garantías cubiertas en la mayoría de productos garantizan una indemnización diaria, contratada independientemente de los gastos incurridos. Reembolso de gastos hasta el máximo diario. Reembolso de gastos o subsidio en caso de: residencia para mayores (obligatoria). Asistencia a domicilio (servicios profesionales como enfermería, servicios básicos como labores domésticas, compañía...) Otras instituciones para mayores (vivienda tuteladas, centros de día...) Descanso del cuidador principal. Cuidados terminales. Cuidados alternativos. Teleasistencia. Reserva de cama. Transporte en ambulancia. Modificación del domicilio. Aparatos terapéuticos (sillas de ruedas...) Abogado del asegurado y otras garantías: Devolución de primas en caso de fallecimiento. Exoneración permanente del pago de primas en caso de ser dependiente (excepto asistencia a domicilio). Exoneración de primas en caso de fallecimiento del cónyuge. Reducción de las prestaciones. Restauración de la prestación (180 días) Descuento para matrimonios. Opción de crecimiento de las prestaciones. Opción de compra futura del crecimiento de las prestaciones sin proceso de suscripción.

Para abaratar el precio, ya que sería muy caro si incluyese todas las prestaciones, se puede aumentar los periodos de franquicia o disminuir la duración de las prestaciones. Es un producto sin valor de rescate y sin participación en beneficios.

Tipos de pólizas: Pólizas individuales: Se ofrecen a personas individuales. Pólizas de empresa: La empresa ofrece la oportunidad de entrar en Planes de Grupo para el seguro de dependencia. Pólizas para asociados: puede mantener la póliza aunque ya no pertenezca a la asociación. Grupo de beneficiarios: El asegurado puede escoger una póliza que cubre a más de una persona (matrimonios, socios, familiares...). Pólizas de alianzas: Se pretende estimular la compra de pólizas garantizando la cobertura de Medicaid y la protección de los ahorros una vez que los asegurados han agotado sus ahorros privados. Pólizas patrocinadas por “Asociaciones de cuidados continuos a jubilados”. Pólizas de seguros de vida: Algunas compañías de seguros ofrecen el acceso a los cuidados de larga duración dentro de la póliza de seguro de vida. Pólizas contra la inflación: Si no se incrementan los beneficios diarios puede que cuando se vayan a utilizar los servicios el monto de los beneficios no sea suficiente.

6.3. Japón

Los japoneses se han preocupado mucho por el envejecimiento desde la posguerra, manifestándose en una acusada ansiedad de los trabajadores por saber si tendrán suficiente dinero cuando lleguen a viejos¹⁷.

La población japonesa se situará en el 2005 en 127,7 millones de personas, en cambio para 2050 se prevé que disminuya a 105 millones de personas¹⁸. La proporción de mayores de 65 años que en 2000 era de 17,1% pasará en 2025 a 26,7%, uno de los países más viejos del mundo. En 2000 había 3,9 trabajadores activos soportando un mayor de 65 años, en 2025 se prevé 2 trabajadores activos por cada mayor de 65 años.

¹⁷ Capbell, J.C. (2003). (Hewitt, P.; Capmbell, J.C. y Chikako, U. (2003): “The Demographic Dilemma: Japan’s Aging Society”).

¹⁸ Hewitt, P (2003): Asia Program Special Report

La fertilidad se sitúa en 1,3 hijos por mujer, por debajo de la tasa de reemplazo y con la mayor esperanza de vida, 77,8 años para hombres y de 85 para mujeres.¹⁹

También se ha producido una disminución de las fuentes tradicionales de cuidados: la mujer, con edades de entre 20 y 59 años, se ha incorporado progresivamente al mercado de trabajo, pasando del 58% en 1980 al 67% en 1999. Por otro lado, los esfuerzos en otros programas sociales hicieron crecer el déficit en los seguros médicos sociales, donde cerca del 50% de los pacientes eran mayores de 65 años y al menos un tercio de ellos estaban hospitalizados más de un año.

En 1989 se ideó el “Gold Plan” con el objetivo de dar mayor expansión a los programas del gobierno para los ancianos dependientes. El coste del “Gold Plan” no se mencionaba en aquellos momentos, a finales de los 80 Japón se encontraba en condiciones de afrontar cualquier problema y el plan se aprobó apresuradamente como promesa electoral estando en campaña. El “Gold Plan” planificó una gran expansión de los servicios de cuidados de larga duración mediante las concesiones a los gobiernos locales durante 10 años. Sin embargo, este sistema se convirtió en un sistema caro y de estructuras administrativas ingobernables configuradas por un pequeño número de programas independientes para los pobres. A mediados de los 90 se vio que era necesario realizar algunos cambios.

Para su solución se estableció en 1997 un nuevo sistema de seguro social de cuidados de larga duración, aprobado en abril de 2000. En el seguro obligatorio de dependencia²⁰, la elección de la forma básica y el tamaño del sistema eran de suma importancia a la hora de su planificación.

El seguro de dependencia japonés (LTCI = long-term care insurance) es un sistema de seguro social en el cuál todo aquel mayor de 40 años paga primas y todo aquel mayor de 65 años puede ser beneficiario según su dependencia psíquica o física que se establece mediante un test. Las prestaciones son siempre en forma de servicios (no metálicos) comunitarios o institucionales. El valor de dichas prestaciones oscila entre los 500\$ y los 3.300 \$ por mes repartidos en seis niveles.

Las cuotas están determinadas para toda la nación, con algunas pequeñas variaciones regionales, por un comité experto. Los clientes realizan un copago del 10% por cada servicio recibido, lo que conlleva que la mayoría de beneficiarios vivan en sus hogares y usen solamente la mitad de los servicios que tendrían asignados.

El nuevo plan debía seguir los términos básicos en cuanto a su gran tamaño, ser universal y comportarse como un seguro social.

En cuanto al nivel de coberturas, alcanza a los mayores de 40 años que hayan sufrido una discapacidad por apoplejía, Parkinson, Alzheimer; y a los mayores de 60 años por cualquier causa de discapacidad.

¹⁹ Chikako, U. (2003). (Hewitt, P.; Campbell, J.C. y Chikako, U. (2003): “The Demographic Dilemma: Japan’s Aging Society”.

²⁰ Campbell, J.C.; Ikegami, N. (2003): “Japan’s Radical Reform of Long-term Care”. Social Policy & Administration.

Para determinar el grado de dependencia, se pretende que la determinación de los cuidados necesarios no se haga de manera subjetiva, como se venía haciendo por agentes del gobierno en muchos casos sin cualificación para establecerlos. Se ha desarrollado un cuestionario de 85 preguntas que describen las actividades de la vida diaria y un algoritmo basado en el análisis estadístico que, en función de las respuestas, se califica dentro de siete categorías: “no elegible”, “necesita asistencia” y cinco niveles de “necesita cuidados”, dependiendo de los cuidados que cada categoría necesita..

Los beneficios se realizan siempre en forma de servicios. Los servicios están especificados en la legislación y se dividen en: a) Cuidados Institucionales: residencias. b) Servicios de visita: ayuda en el hogar, visita de enfermeras, ayuda para el baño, etc. c) Servicios institucionales para aquellos que viven en sus hogares: cuidados de día, “alivio” por un corto tiempo...d) Bienes físicos: renovación de vivienda, provisión y equipamiento como silla de ruedas, etc. e) Y otros, como viviendas de uso en grupo para enfermos por demencia, etc.

6.4. Otros Países

Francia:

Junto al mercado Estadounidense, Francia cuenta con más de 15 años de experiencia en el seguro de dependencia privado.

La suscripción de un seguro obligatorio de dependencia dentro de la empresa sigue siendo una especificidad francesa.

En la determinación de la dependencia²¹ se considera que la pérdida de las capacidades significa que el asegurado no puede realizar determinada actividad incluso con material adecuado, y necesita siempre la ayuda de una tercera persona. Existen dos métodos para determinar el derecho como beneficiario:

a) Las 4 actividades de la vida diaria (AVD) francesas: Lavarse. Vestirse. Desplazarse. Alimentarse. Se reconoce en estado de dependencia total al asegurado cuyo estado de salud está consolidado y se encuentra en la imposibilidad permanente de realizar, sin asistencia de una tercera persona, al menos tres de las cuatro AVD.

b) Tabla AGGIR: Es el sistema nacional francés de referencia en el que se basa la concesión de ayuda personalizada para la autonomía (Allocation Personnalisée à l’Autonomie – APA). Se compone de diez criterios discriminatorios. Dos de estos criterios evalúan las funciones mentales (coherencia y orientación). Ocho se refieren a la incapacidad y son muy próximos a las AVD.

En cuanto a las prestaciones, propone “garantías”²² globales en forma de rentas mensuales. Cuando se reconoce al asegurado como persona dependiente éste recibe el importe de la renta vitalicia fijada en el momento de la suscripción. Las prestaciones van acompañadas de una amplia oferta de asistencia y servicios destinada a la persona dependiente y a su familia.

²¹ Taleyson, Lucie (2004): *“El Seguro Privado de Dependencia: Dos tipos de productos”*.

²² Taleyson, Lucie (2003): *“El Seguro Privado de Dependencia: Comparaciones Internacionales”*.

El producto más común es del tipo de renta a tanto alzado (fórmula global), en el que el asegurado elige en el momento de la suscripción el importe de la renta vitalicia que desea recibir cuando se encuentre en un estado de dependencia permanente. El asegurado o su familia son libres en el uso de las prestaciones abonadas, pudiéndolo emplear, por ejemplo, en una ayuda informal de la familia.

Reino Unido:

El debate surge al igual que en otros países por diversos factores de tipo social, demográfico y de financiación de servicios.

Los cuidados de larga duración provienen de varias fuentes:

- a) The National Health Service: Financiado mediante impuestos. Provee cuidados continuos para aquellas personas que requieran cuidados de larga duración, cuidados agudos y primarios, medicinas con receta para aquellas personas de la población mayores de 65 años.
- b) Desde 1993 los Departamentos de Servicios Sociales de las autoridades locales son responsables de los cuidados sociales. Financiado por impuestos locales y subvenciones del gobierno central. Estos servicios están sujetos a cargos extras, dependiendo de los recursos económicos de la persona.
- c) Para aquellas personas que tienen ingresos y recursos por debajo del umbral estipulado, los beneficios de la seguridad social son asignados al pago de los cuidados que reciben.

Pero, las autoridades locales pueden caer en la tentación de elegir la manera de proveer servicios, basándose en temas presupuestarios, por lo que la “Royal Commission” se encargó de buscar una solución: Descartó que se tratase de un seguro voluntario o que se tratase de un seguro privado obligatorio, concluyendo que la manera más eficiente sería mediante el “risk pooling”, un sistema parecido al del Servicio Nacional de Salud (mediante impuestos). En este sistema existe diferenciación de los costes por cuidados y los costes relacionados con la vida diaria; los costes de la vida diaria (coste por no cuidados) que incluye gastos como comida y alojamiento, deberían ser asumidos de forma privada; los costes por cuidados comprenderían una mezcla de servicios sociales y de enfermedad y serían cubiertos por el seguro de dependencia. Debería ser representado por un nuevo órgano, el cual tendría que controlar el gasto, representar al consumidor y actuar como administrador del sistema.

Países Escandinavos²³:

Los países escandinavos optaron por un enfoque universalista de la provisión de los cuidados de larga duración. La coordinación sociosanitaria se ha visto facilitada por algunas reformas emprendidas en los últimos años tendentes a situar en el mismo nivel de gobierno gran parte de los servicios sanitarios y sociales.

En Finlandia, los municipios son los encargados de gestionar tanto los servicios sanitarios como los servicios destinados a proporcionar cuidados de larga duración. En

²³ Casado Marín, D. y López i Casanovas, G. (2001): “*Vejez, dependencia y cuidados de larga duración: Situación actual y perspectivas de futuro*”.

Noruega y Suecia, todos los servicios de cuidados de larga duración (residencias y servicios comunitarios) y la atención primaria son competencia municipal, reservándose a un nivel de gobierno superior, los condados, la gestión de la atención hospitalaria. En Finlandia, las prestaciones en metálico no van dirigidas a la persona cuidada, sino al cuidador, y no son de libre disposición. Los beneficiarios potenciales de las ayudas son todas aquellas personas que se ocupan de proporcionar cuidados de larga duración a un familiar dependiente y el único requisito que se exige es que la persona cuidada supere cierto nivel mínimo de dependencia.

Los recursos para financiar el sistema público de cuidados de larga duración tiene su origen en tres fuentes: El gobierno central cede a los gobiernos subcentrales (condados, municipios...) una parte de los ingresos obtenidos mediante los impuestos de ámbito estatal. No existe ningún impuesto específico. La segunda fuente de financiación tiene su origen en los gobiernos subcentrales. Éstos para complementar la cuantía de las transferencias que reciben del gobierno central, suelen destinar una parte de sus ingresos propios, impuestos locales, a financiar los servicios que, recordemos, ellos mismos se encargan de proveer. La tercera fuente de financiación está en los copagos, esto es, los usuarios pagan de su propio bolsillo una parte del coste del servicio que en cada caso utilicen, siendo el modo de cálculo de dichos copagos diferente en función del tipo de servicio utilizado:

- a) En el caso de las residencias la aportación que realiza el usuario viene determinada por la cuantía de su pensión. En todos los países escandinavos menos en Dinamarca, la residencia ingresa directamente la totalidad de la pensión del anciano, dejando a éste una pequeña cantidad en concepto de “dinero de bolsillo” (que es idéntica para todos los ancianos). En el caso de Dinamarca el caso es distinto, el usuario retiene completamente su pensión, pero debe aportar el 15% de toda su renta (pensión más otros ingresos) a la residencia, además de pagar una serie de tasas de cuantía fija por diversos conceptos (alojamiento, electricidad...).
- b) En el caso de atención domiciliaria y de otros servicios no residenciales los usuarios están obligados a pagar un determinado porcentaje del coste de los mismos, siendo Dinamarca la excepción a este respecto (no exigen copagos de ningún tipo). La cuantía de los copagos varía con el nivel de renta de los beneficiarios.

De cualquier manera, el modo en que la Administración en los países escandinavos financia el coste de los servicios públicos nos obliga a reconsiderar el alcance del “universalismo” que era el elemento diferenciador de estos países. Si bien el acceso a los servicios es universal (todo el mundo puede beneficiarse de ellos), la Administración actúa de diferente manera dependiendo del nivel de ingresos de los individuos, reconociendo implícitamente que su grado de implicación depende de los recursos económicos del beneficiario.

7. Propuestas para España

Veamos a continuación algunos elementos importantes que se están considerando para las propuestas del seguro de dependencia en España, en concreto las de la Dirección General de Seguros y las de los distintos partidos políticos.

7.1. Ministerio de Economía: Dirección General de Seguros²⁴ (2000): Propone un Seguro Privado.

En su Informe explica que, cualquier posible regulación e incentivación pública del **seguro privado de dependencia** debe partir de la situación existente que, en el caso español, no es otra que la regulación pública sobre la materia. En la medida en que los dependientes actuales, no serían objeto de cobertura por el seguro privado de dependencia, el segmento de población al que en principio parece dirigirse el seguro privado de dependencia y además los posibles beneficios públicos que se concederían, serían la personas en edad laboral actualmente para prevenir situaciones de dependencia una vez producida la jubilación, por tanto, sin duda alguna, la primera característica fundamental que debería tener el seguro privado de dependencia es su carácter de largo plazo. No obstante, también puede considerarse como una cobertura dirigida a personas que no trabajan o no perciben una remuneración por ello, o bien hayan superado la edad laboral, siempre que en todas las situaciones contempladas no se haya producido ya la situación de dependencia. Como consecuencia de esta circunstancia se convierte en un seguro finalista –cobertura de la dependencia- y de ahorro y ello con independencia de que se plasme en una prestación económica o de servicio.

Al tratarse de un seguro privado deberá regirse por las leyes del mercado y de la utilidad y por aquellas que regulan el consumo privado. Esto dificulta aunque no imposibilita su extensión para determinados segmentos de la población, como los que en la actualidad son dependientes o aquellos que presentan una especial predisposición para sufrir la dependencia (sida, toxicómanos...). Las justificaciones sobre el particular pueden ser tanto de carácter económico (necesidad de pagar primas elevadas) o legal (siniestros ya producidos), pero la más importante es el carácter de canalizador del ahorro que se pretende dar al seguro de dependencia.

La propuesta de bonificación pública al seguro de dependencia debe partir y tener muy en cuenta, en cualquier caso, la regulación pública, tanto la configuración pública actual como la futura sobre la materia. Parece aconsejable reservar un tratamiento uniforme cualquiera que sea el instrumento utilizado para canalizar el sistema privado de dependencia: contrato de seguro, plan de pensiones o mutualidad de previsión social. El seguro de dependencia privado debe partir de unos fundamentos y premisas similares.

Elementos y rasgos caracterizadores comunes:

a) *Definición de la dependencia*: La dependencia se concreta en el estudio de determinados colectivos en los que está presente alguno o varios de los siguientes factores: la edad, la enfermedad o la discapacidad; con el denominador común de una relevante falta de autonomía para el desarrollo de las labores domésticas más habituales, así como la necesidad de contar con apoyo de terceras personas para la realización funcional de actividades cotidianas. Además no sería precisa una gran transformación de la legislación existente en lo relativo a situaciones de dependencia, como son las de carácter económico (pensiones por gran invalidez y prestaciones complementarias, accidentes de circulación, personas afectadas por el síndrome tóxico, víctimas del

²⁴ Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Ministerio de Economía del Gobierno de España (2000): “*Proyecto: Informe Seguro de Dependencia*” Octubre 2000.

terrorismo...) o en prestaciones de servicio (servicio de ayuda a domicilio, internamiento en centros residenciales, teleasistencia...) o la dependencia sin ninguna categoría concreta bajo el concepto genérico de asistencia social por las administraciones territoriales del Estado.

b) Contingencias concretas: Podría acercarse a la propuesta de la Organización Mundial de la salud, en la clasificación internacional de deficiencias, actividades y participación conocida como CIDDM-2 adoptada en Ginebra en 1997 y que incluye seis rúbricas bajo el título de actividades de la vida diaria (AVD): Asearse, vestirse, comer y beber, el cuidado del propio bienestar, preparar la comida y cuidar de la vivienda, participación en la movilidad.

La dependencia tiene un coste establecido basándose en lo que cuesta esta clase de asistencia. Aunque no es posible conocer a priori el grado ni la clase de dependencia, sí es posible realizar una aproximación sobre la base de las causas más habituales de la dependencia –prevalencia- y su duración. Un elemento clave en la configuración del seguro de dependencia, junto a la normalización ya propuesta sería el relativo a la declaración de dependencia y su seguimiento. Se debería estimular fiscalmente tanto las aportaciones o primas materializadas como la recepción por el dependiente de la prestación.

Los instrumentos actualmente reconocidos legalmente son el contrato de seguro, las mutualidades de Previsión Social y los Planes de Pensiones.

Si se considera un contrato de seguro podría concretarse este en un seguro de vida, en un seguro complementario del mismo o en uno de enfermedad. Los seguros pecuniarios presentan la ventaja de la simplicidad. Debería tratarse de un seguro finalista bien creación como nuevo o por reconversión de los existentes. En los seguros de prestación material de servicios el problema que se presenta es el conocer y en consecuencia reservar el montante económico suficiente para atender una “dependencia media” habida cuenta del largo tiempo que pudiera transcurrir entre aportación y prestaciones. Esta característica de diferimiento de la prestación es la causa de que el seguro de dependencia en su formulación técnica deba parecerse a un seguro de vida generando provisiones técnicas para sufragar la prestación.

El seguro de vida en forma de renta o capital, permite disponer de una cierta cantidad de dinero en caso de que se produzca el evento asegurado. En este caso, parte del riesgo será asumido por el propio asegurado ya que la cantidad resultante no tiene porqué coincidir con el coste del servicio.

Si el instrumento fuera la mutualidad de Previsión Social, un paso natural sería el fomento del principio mutuo. En este sentido, no sólo deben ser considerados como afectados las personas dependientes, sino todas aquellas personas que de una manera u otra, en mayor o menor medida, ayudan a paliar y se ven afectados por la dependencia.

Si, finalmente, el instrumento elegido fuera el Plan de Pensiones, podría considerarse la cobertura de la dependencia como una contingencia diferente de jubilación e invalidez.

7.2. Informe aprobado por la Subcomisión sobre el estudio de la situación actual de la discapacidad y perspectivas de futuro (154/000011).

Avanzando en el seguro de dependencia en nuestro país, la Comisión de Política Social y Empleo del Congreso de los Diputados realiza determinadas propuestas aprobadas el 9 de diciembre de 2003²⁵, de las que recogemos algunos aspectos.

Apartado E) Dependencia: “ ...resulta por tanto necesario configurar un sistema integrado que aborde, desde la perspectiva de la globalidad, el fenómeno de la dependencia. Ello debe hacerse con la participación activa de toda la sociedad y con la implicación de la Administración Pública a todos sus niveles, todo ello a través de la elaboración de una política integral de atención a la dependencia en la que quede claramente definido el papel que ha de jugar el sistema de protección social en su conjunto.

La Comisión considera necesaria una pronta regulación en la que se recoja la definición de dependencia, la situación actual de su cobertura, los retos previstos y las posibles alternativas para su protección, teniendo en cuenta la distribución de competencias entre las distintas Administraciones Públicas, garantizando los recursos necesarios para su financiación y la igualdad de acceso.

En determinados supuestos, podrá preverse la contribución de los usuarios para la financiación de estos servicios”.

7.3. Partidos políticos en sus programas electorales. Marzo 2004.

Para las elecciones generales del 14 de marzo de 2004 los partidos políticos presentan propuestas de diversa índole relativas al seguro de dependencia, las cuales recogemos a grandes rasgos.

Partido Socialista Obrero Español (PSOE)

1. Propone regular la atención a las situaciones de dependencia mediante la creación de un Sistema Nacional de Atención a las Personas Dependientes que se completará a lo largo de dos legislaturas, al final de las cuales la Red de Atención a Personas Dependientes incluirá una cartera de servicios según el nivel de dependencia por la que:

- 1.1. Se garantizará un servicio de ayuda a domicilio a todas las personas con dependencia grave. Así mismo, se proporcionará este servicio al 60%, al menos, de las personas dependientes de los niveles moderado y leve, en la primera fase.
- 1.2. Todos los mayores que vivan solos o tengan más de 70 años podrán disponer de un servicio de teleasistencia. Asimismo, dispondrán de este servicio todos los mayores que, no viviendo solos, estén en situación de riesgo, discapacidad o enfermedad. Estas medidas supondrán la atención a más de un millón de ciudadanos.
- 1.3. A quienes no puedan ser atendidos mediante servicios a domicilio porque requieran una prestación de carácter residencial, se les prestarán servicios

²⁵ Publicado en el BOE de 16 de diciembre de 2003.

de residencia, teniendo en cuenta la cuantía de la pensión de jubilación, invalidez o en su caso viudedad reconocida. Para ello, se crearán, directamente o por concierto, las plazas necesarias en residencias asistidas que nos permitan alcanzar la media de la UE.

- 1.4. En coordinación con las Comunidades Autónomas y Ayuntamientos y con sus servicios de ayuda a domicilio y centros residenciales, se incrementarán los Centros de Día y las plazas residenciales de carácter temporal.
 - 1.5. En coordinación con los servicios sanitarios, se crearán Unidades de Enfermería y de Hospitalización a Domicilio, con funciones de asistencia y rehabilitación.
 - 1.6. Se facilitarán recursos para conseguir que el domicilio habitual de las personas mayores reúna las condiciones necesarias de acceso y habitabilidad, así como las ayudas técnicas precisas para garantizar el mayor nivel posible de autonomía y desenvolvimiento
 - 1.7. A los familiares encargados del cuidado de las personas dependientes se les reconocerán los derechos a ser informados y a recibir formación por profesionales cualificados, a la suspensión del contrato de trabajo con garantía de reingreso y a la reducción o flexibilidad de la jornada.
 - 1.8. Se mejorará la cualificación profesional de los trabajadores del sector para garantizar la calidad en la prestación de los servicios que reciban las personas mayores.
 - 1.9. Se garantizará la participación activa de las personas mayores en la toma de decisiones de las políticas que les afecten.
 - 1.10. La Red integrará servicios prestados por entidades privadas en régimen de concertación con el sistema público.
2. El Gobierno Socialista propondrá a las Comunidades Autónomas y a la FEMP un Plan Nacional de la Dependencia para el desarrollo y la ejecución de este programa, que será respetuoso con las competencias de la Comunidades Autónomas y Entidades Locales, y que será financiado con aportaciones de las tres Administraciones (General del Estado, Autonómico y Local)
 3. A este Plan, el Gobierno aportará inicialmente mil millones de euros.
 4. La implantación de esta Red de servicios habrá de realizarse de forma progresiva y acompañada a la generación de nuevos recursos públicos y privados con los que cubrir su financiación.
 5. El gasto real de esta inversión deberá contabilizar los importantes ahorros y retornos fiscales que se producirán y que se calculan en: Una generación de empleo nuevo superior a las 300.000 personas que, en muchos casos, producirán un ahorro en prestaciones de desempleo. Un ahorro importante de gasto sanitario (300€/día de cama hospitalaria frente a 50€/día de residencia asistida). Retornos fiscales de IVA y de cotizaciones a la Seguridad Social. Igualmente, se estima que los servicios de

atención a las familias pueden incorporar a la población activa a más de 500.000 personas que actualmente no contemplan su incorporación al mercado de trabajo.

Partido Popular (PP)

1. Regularemos el seguro privado de dependencia en el ámbito de la previsión social complementaria incorporando los incentivos fiscales correspondientes.
2. Incentivaremos fiscalmente que las personas mayores puedan obtener rentas vitalicias mediante contratos de seguro realizados sobre su vivienda.
3. Fomentaremos la contratación de seguros de ahorro-dependencia con un tratamiento análogo al que reciben los planes de pensiones.
4. Estableceremos bonificaciones en las cotizaciones para cuidadores de personas dependientes, en servicios como la teleasistencia, ayuda a domicilio, centros de día o residencias, a fin de incrementar su número, profesionalización y especialización.

Izquierda Unida (IU)

1. Introducir el derecho universal a la atención de las personas dependientes, mejorando los Servicios Sociales y ampliando la cobertura de prestaciones de la Seguridad Social al seguro de dependencia.
2. Salario para personas al cuidado de mayores en casa: previo acuerdo con la Comunidades Autónomas, creación de 150.000 puestos de trabajo con salario directo a cargo del Estado para el cuidado en casa de los mayores que lo precisen.
3. Extensión de la teleasistencia como derecho generalizado a todas las personas mayores de 80 años, el 30% de los mayores de 75 años y el 10% de los mayores de 65 años.
4. Incremento de las ayudas y desgravaciones fiscales a la tercera persona cuidadora de grandes inválidos.

Convergencia I Unió (CIU)

1. Promulgaremos una Ley General de Atención a la Dependencia y su correspondiente financiación serán un compromiso central de CIU en la próxima legislatura.
2. Promoveremos, de acuerdo con la Comunidades Autónomas, un marco legal que establezca claramente el derecho universal a los derechos sociales asociados a situaciones de dependencia.
3. Crearemos un Catálogo de Ayudas Técnicas y Tecnologías Asistidas que establezcan como prestación universal y gratuita, por parte de las Administraciones Públicas Sociales, la concesión de dispositivos y elementos que favorezcan la autonomía y la vida independiente de las personas con discapacidad.

4. Haremos posible el derecho a envejecer en casa. En este sentido, priorizaremos los servicios alternativos al internamiento residencial como centros de día, la atención domiciliaria, el apoyo a las familias y la acogida familiar.
5. Universalizaremos la atención domiciliaria para todas aquellas personas que padezcan enfermedades graves y otras situaciones de dependencia.
6. Promoveremos fundaciones sin ánimo de lucro que puedan asumir la tutoría y la tutela de las personas mayores discapacitadas.
7. Flexibilizar los criterios que conllevan la exención del Impuesto de Matriculación para vehículos de uso exclusivo de personas con discapacidad.
8. Además de las pensiones, hace falta que se impongan otras medidas para reducir el coste de la vida de las personas mayores y mejorar la seguridad jurídica de su patrimonio; reduciremos la fiscalidad de los rendimientos de capital de los productos financieros más utilizados o más favorables para las personas mayores y nos proponemos mejorar la seguridad jurídica de su patrimonio. Se suprimirán las retenciones aplicables a los intereses cobrados por personas jubiladas hasta un máximo de 1.200 €.
9. Promoveremos que los gastos que las familias destinen a atender a las personas mayores necesitadas de atención y custodia puedan beneficiarse de deducciones fiscales en el IRPF.
10. Crearemos servicios de protección jurídica subsidiaria para personas mayores que se encuentren en situación de riesgo con respecto a sus derechos y patrimonio.

Partido Nacionalista Vasco (PNV)

1. Política de asistencia social a las personas mayores y en general a todas las personas que, por un motivo u otro, estén en situación de dependencia desde el marco de responsabilidad y solidaridad más básico y firme que es, y debe ser, el de la familia.
2. En la búsqueda de una política de protección social que permita entre todos y todas la construcción entre todos y todas, y en igualdad de todos y todas, de una sociedad integrada y solidaria, EAJ-PNV defenderá, consecuentemente con todo lo anterior, la transferencia a Euskadi del conjunto de las políticas de Seguridad y Asistencia Social, con especial incidencias en las políticas activas y pasivas de empleo, de modo que el País Vasco pueda contar con un nuevo marco económico y social con el que pueda ir construyendo su presente y su futuro en el siglo XXI.

8. Conclusiones

Con el presente trabajo pretendíamos plantear un problema social, político y económico que afecta a los países desarrollados en la actualidad y que según las tendencias se agravará a lo largo de este siglo XXI. España no escapa a este problema, si bien es cierto que en nuestra opinión va con retraso respecto a otros países, y sabiendo que por las características demográficas y cambios sociales que en las últimas

décadas se han producido en nuestro país, como aparece descrito en el apartado tercero de este documento, el problema es grande, se hará más grande y es urgente.

Los modelos internacionales del seguro de dependencia que hemos podido estudiar nos dan una visión de las diferentes medidas que sus gobiernos han puesto en práctica para solucionar la dependencia de sus poblaciones. Con ello, nuestra intención ha sido dar una perspectiva de soluciones que pudieran darnos cierta luz sobre las ventajas e inconvenientes de cada tipo de modelo a aplicar en España, teniendo como ventaja principal su ensayo en esos países. Hemos podido observar que en aquellos países en que el seguro de dependencia se concebía con cobertura universalista han modificado sus propuestas iniciales, pasando a sistemas mixtos o totalmente privados, debido a la cuantía excesiva de los costes que requiere la atención a las personas dependientes. Por otra parte, algunos países han controlado dichos costes elevando las exigencias de clasificación de la dependencia o rebajando el nivel de las prestaciones o regulando el uso voluntario de estas mediante el establecimiento del copago.

Desde principios de la década de los 90 en España se viene hablando y realizando estudios previos para el establecimiento de un seguro de dependencia, casi todos encaminados a un seguro de dependencia privado, que naturalmente estaban a la espera de una regulación por parte del Estado para configurar de manera clara su viabilidad y las coberturas necesarias, dependiendo de si el Gobierno establecía un seguro social o fomentaba un seguro de carácter privado.

Desde el año 2000 el Estado estaba fraguando un seguro de dependencia privado, esgrimiendo la necesidad de realizar un seguro de ahorro a largo plazo. El 14 de Marzo de 2004 este planteamiento ha dado un vuelco al ganar las elecciones el PSOE cuya propuesta de seguro de dependencia es de carácter social y con cargo fundamentalmente a la Seguridad Social.

Nuestra opinión es que, tanto en este seguro como en todos aquellos que se configuran con aportaciones periódicas y prestaciones diferidas a largo plazo (25 o más años), los diferentes gobiernos deben ser cautelosos al realizar sus propuestas, que deberían ser consensuadas por todas las fuerzas políticas, con objeto de no provocar grandes cambios en la legislación ante cambios políticos, que puedan dar al traste con el ahorro de toda una vida. El seguro de dependencia social debe garantizarse a muy largo plazo, las generaciones que en la actualidad, o en breves años, puedan caer en dependencia es de prever que la solvencia de la Seguridad Social las cubra, pero nos preguntamos cuántos años la Seguridad Social va a poder mantener esa situación, sobre todo cuando las generaciones masivas del “baby-boom” alcancen las edades propias de jubilación y dependencia²⁶.

9. Bibliografía

Abellán García, A. (2002): *“Longevidad y Estado de Salud”*. IMSERSO. Las personas mayores en España. Informe 2002.

²⁶ Exponer las posibilidades futuras de la Seguridad Social en el marco del seguro de dependencia será objeto de otro estudio diferente al presente.

Blackman, T. (2000): "*Defining responsibility for care: aprochates to the care of older people in six European countries*". International Journal of Social Welfare No.9 pp 181-190, January 20, 2000.

Campbell, J.C.; Ikegami, N. (2003): "*Japan's Radical Reform of Long-term Care*". Social Policy & Administration. Vol. 37, No. 1, February 2003, pp-21-34.

Casado Marín, D. y López i Casasnovas, G. (2001): "*Vejez, dependencia y cuidados de larga duración: Situación actual y perspectivas de futuro*". Colección Estudios Sociales número 6. Fundación La Caixa.

Castelló Fortet, J. (2000): "*El Seguro de Dependencia: El Modelo Americano*". Jornada Seguro de Dependencia. Instituto de Actuarios Españoles el 5 de junio de 2000.

Dederichs, W.(2000): "*Los seguros de Dependencia en Alemania: Bases Técnicas*". Jornada Seguro de Dependencia. Instituto de Actuarios Españoles.

Delacoux, E. (2002): "*Seguro de Dependencia: Situación en Alemania*". Actualidad Aseguradora 6/05/2002 Documento INESE.

Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Ministerio de Economía del Gobierno de España (2000): "*Proyecto: Informe Seguro de Dependencia*".

Gibson, M.J.; Gregory, S.; Pandya, S.(2003) "*Long-Term Care in Developed Nations: A Brief Overview*". AARP public Policy Institute, Octubre de 2003.

Gobierno de Estados Unidos (2003): "*The Federal Long Term Care Insurance Program*". www.ltcfeds.com

Guerrero, J.I. (2002): "*Situación actual de los Seguros de Salud en España. Propuestas del seguro de dependencia*". Actualidad Aseguradora 6/05/2002.

Hennessy, P. (1995): "*Social Protection for Dependent Elderly People: Perspectives from a Review of OCDE Countries*". OCDE Labour Market and Policy – Occasional Pappers No.16.

Hewitt, P.; Capmbell, J.C. y Chikako, U. (2003): "*The Demographic Dilemma: Japan's Aging Society*". Asia Program Special Report. Woodrow Wilson International Centre. N° 107 January 2003.

ICEA (1995): "*Seguros de Salud y Long Term Care*". Informe nº 600. Viaje de Estudio a Estados Unidos.

Jacobzone, S. (1999): "*Ageing and Care for Frail Elderly Persons: An Overview of International Perspectives*". OCDE Labour Market and Policy – Occasional Pappers No.38 23 de abril de 1999.

Jacobzone, S., Cambois, E y Robine, J.M. (2000): "*Is the Health of Older Persons in OECD Countries Improving Fast Enough to Compensate for Population Ageing?*". OECD. Economic Studies nº 30.

Puga González, M.D. (2001): *“Dependencia y Necesidades Asistenciales de los Mayores en España, una Previsión a 2010”*. Fundación Pfizer.

Rivera Saganta, J. (2001): *“El Seguro de Dependencia. El Envejecimiento de la Población y su Repercusión en el Estado de Bienestar.”* Revista 5. Foro de Seguridad Social.

Rodríguez Cabrero, G. (2000): *“Boletín sobre el Envejecimiento: Perfiles y Tendencias.”* Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Observatorio de personas Mayores.

Rodríguez Cabrero, G.; Montserrat Codorníu, J. (2002): *“Modelos de Atención Sociosanitaria: Una aproximación a los costes de la dependencia”*. Observatorio de Personas Mayores.IMSERSO.

Swiss Re Life & Health (1998): *“Más Vale Prevenir que Lamentar. Longevidad y Seguros de Pensiones en Europa”*. Documento interno.

Taleyson, Lucie (Scor Vie) (2003): *“El Seguro Privado de Dependencia. Comparaciones Internacionales”*. Documento nº 9 Informaciones técnicas de SCOR Enero de 2003.

Taleyson, Lucie (2004): *“El Seguro Privado de Dependencia: Dos tipos de productos”*. Documento nº 16 Informaciones técnicas de SCOR Febrero de 2004.

UNESPA (2000): *“El Seguro de Dependencia. Estudio comparativo de las experiencias en Europa y Estados Unidos”*. Documento expuesto en Barcelona el 22 de Febrero de 2000.