

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE TOXICOLOGÍA Y LEGISLACIÓN
SANITARIA



TESIS DOCTORAL

**Análisis de los sistemas de evaluación de la dependencia en los
seguros públicos y privados**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Abel Pedro Jesús Aldama Roy

DIRECTOR

Cesar Borobia Fernández

Madrid, 2017

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE TOXICOLOGÍA Y LEGISLACIÓN SANITARIA



**ANÁLISIS DE LOS SISTEMAS
DE EVALUACIÓN DE LA DEPENDENCIA
EN LOS SEGUROS PÚBLICOS Y PRIVADOS**

D. Abel Pedro Jesús Aldama Roy
Madrid, 2015

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE TOXICOLOGÍA Y LEGISLACIÓN SANITARIA



**ANÁLISIS DE LOS SISTEMAS
DE EVALUACIÓN DE LA DEPENDENCIA
EN LOS SEGUROS PÚBLICOS Y PRIVADOS**

D. Abel Pedro Jesús Aldama Roy

Director: Prof. Dr. D. Cesar Borobia Fernández

Madrid, 2015

Este trabajo está dedicado a, mi querida amiga y hermana la Profesora Ana María Aldama, quién nos dejó para siempre un tristísimo 2 de septiembre de 2009

«Es justamente la posibilidad de realizar un sueño lo que hace que la vida sea interesante»

Paulo Coelho. El alquimista (1988).

AGRADECIMIENTOS

Al Profesor Cesar Borobia por su saber y exigencia sin cuya dirección nunca hubiera llegado a buen término esta tesis.

A la Profesora Elena Blanch, mi compañera y esposa, por su comprensión y sentido estético que han permitido facilitar al lector su trabajo.

A mis hijos, Pablo, Julia y Jorge por contagiarme el entusiasmo y la frescura de su juventud.

ÍNDICE

1. ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS	10
2. RESUMEN / SUMMARY	12
2.1. Palabras clave	21
3. INTRODUCCIÓN	22
3.1. Discapacidad y dependencia	25
3.2. Causas y prevención de la dependencia	30
3.3. Impacto de la dependencia en el mundo	31
3.4. Cuidados formales a la dependencia	33
3.5. Sistemas de protección de los dependientes	35
3.6. Métodos utilizados en la valoración del nivel de dependencia	39
3.8. Factores relacionados con el impacto numérico y económico de la dependencia	42
3.9. La dependencia una consecuencia del envejecimiento aunque no la única	44
3.10. Necesidad de rediseño de las políticas socio-sanitaria	45
4. JUSTIFICACIÓN. HIPÓTESIS. OBJETIVOS	48
4.1. Justificación	49
4.2. Hipótesis	53
4.3. Objetivos	53
5. MATERIAL Y MÉTODOS	55
5.1. Fuentes de información	56
5.2. Material	58

5.3. Método	58
5.4. Metodología de investigación	74
6. RESULTADOS	77
6.1. Descripción de países o conglomerados	78
6.2. Factores de riesgo de la dependencia	123
6.3. Características de los sistemas de atención a la dependencia	136
6.4. Análisis de variables	138
7. DISCUSIÓN	144
8. CONCLUSIONES	154
BIBLIOGRAFÍA	157
ANEXOS	174

1. ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

A

AA.PP.: Administraciones Públicas

ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria

AGGIR: Autonomie Gèrontologie - Grupe - Iso - Resources

AIVD: Actividades Instrumentales de la Vida Diaria

B

BVD: Baremo de Valoración de los Grados y Niveles de Dependencia

C

CC.AA.: Comunidades Autónomas

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Versión

CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud

E

EE.FF.: Estados Federales

EE.UU.: Estados Unidos de América

I

IMSERSO: Instituto de Mayores y Servicios Sociales

IP: Impuesto sobre el Patrimonio

IRPF: Impuesto sobre el Rendimiento de las Personas Físicas: Impuesto sobre el Rendimiento de las Personas Físicas

L

LAPAD: Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia

LTC: Long-Term Care

O

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos

OECD: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización de las Naciones Unidas

P

PIB: Producto Interior Bruto

PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

S

SAAD: Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia

SAD: Servicio de Ayuda a Domicilio

U

UE: Unión Europea

2. RESUMEN / SUMMARY

Introducción

Los sistemas de protección social tienen la función de prestar a las personas que los precisen cuidados de calidad aceptable. El desarrollo de estos sistemas o servicios, tiene como fin general conseguir una reducción significativa del riesgo de pobreza, protegiendo frente a las consecuencias económicas de las contingencias, como principalmente pérdida de la salud, accidentes, jubilación o dependencia.

La viabilidad del sistema de protección social, como es el caso de la atención a la dependencia, se ha convertido en un problema de capital importancia, sin duda fruto de distintas causas, pero sobre todo por el envejecimiento que atraviesan los diferentes países.

La preocupación por la dependencia

Introduction

The systems of social protection have the function of providing people who require it care of acceptable quality. The development of these systems and services, has the overall aim of achieving a significant reduction in the risk of poverty, protecting against the economic consequences of contingencies, as loss of health, accidents, retirement or lack of personal autonomy.

The viability of the social protection system, as in the case of long-term care, has turned into an issue of great importance, no doubt as a result of different causes, but especially the aging of different countries.

Concerns about lack of personal autonomy are accelerating in recent years since the start of the crisis in

se está acelerando en los últimos años desde el inicio de la crisis en 2008, primero financiera y luego económica. El motivo ha sido que las recaudaciones, tanto vía impuestos como vía cotizaciones sociales está cayendo de forma alarmante por la disminución del empleo y sobre todo de los salarios. Es decir, se precisa cada día más gasto social y se puede recaudar cada día menos.

Ha sido al concluir la primera década de este siglo cuando Europa se ha visto no sólo obligada a congelar esas políticas, sino a recortar las políticas del bienestar. En Europa se había desarrollado de forma creciente un modelo social que confería identidad propia a la UE frente a terceros. Podría decirse que la actual crisis política del modelo europeo no es ajena a la pérdida del referente de bienestar que le identificaba y diferenciaba del resto

2008, first financial and after economic. The reason is that the collections, both through taxes and social contributions are falling dramatically for the decline in employment and especially in wages. That is, more social spending is required each day and less can be collected.

It was at the end of the first decade of this century when Europe has been obliged not only to freeze such policies, but to cut in welfare policies. Europe had developed increasingly a social model that conferred identity to the EU against third parties. Arguably, the current political crisis of the European model is not external to the loss of welfare reference that identified it and differentiated it.

The text describes the research done to know and “analyze the assessment methods of lack of personal auto-

del mundo.

El texto describe la investigación realizada para conocer y “analizar los métodos de evaluación de la dependencia en los seguros o sistemas de cobertura” de la misma. Es decir, se aborda la cuantificación de: a cuantas personas se dirigen los servicios para la corrección de la falta de autonomía personal.

También se aborda el estudio de las variables relacionadas con la condición de dependiente, entendidas estas variables en sentido amplio. Es decir, variables calificadas como factores de riesgo de las causas que condujeron a la dependencia y variables exógenas al individuo, como sistemas de cobertura y evaluación, que pudieron condicionar el paso a la situación de dependencia.

onomy reliance on insurance or coverage systems” of it. That is, the quantification of the following is discussed: to how many people are addressed the services to correct a lack of personal autonomy.

The study of variables related to dependent status is also addressed, these variables understood broadly. That is, described as risk factors for the causes that led to dependence and exogenous to the individual, such as coverage and evaluation systems, which could condition the way to the dependence variables.

The foreseeable future in the next decades will force the public and private administrators to redesign the existing socio-health systems as it seems hardly sustainable that in countries like Spain and others of its context, with high rates of aging and increase in

El futuro previsible en las próximas décadas obligará a los Administradores públicos y privados a rediseñar los actuales sistemas socio-sanitarios, ya que parece difícilmente sostenible que en países como España y otros de su contexto, con altas tasas de envejecimiento y de incremento de las cifras de dependencia económica pueda garantizarse la prestación de los servicios que hoy se demandan.

No será suficiente pues con la aplicación de políticas preventivas sobre los factores de riesgo de la dependencia, que también, ya que sus efectos se apreciarían a más largo plazo. Será necesario la aplicación de medidas de política social por las administraciones públicas que influyan en la bajada de la demanda potencial de servicios y de abaratamiento de los costes por parte de los proveedores de servicios socio-sanitarias.

numbers of economic dependence, the provision of the services that are in demand today can be guaranteed.

It will not be sufficient with the implementation of preventive policies on the risk factors of lack of personal autonomy because its effects would be appreciated in the long term. It will be necessary to implement social policy measures by the Government to influence in the lowering of the potential demand for services and in the lowering of costs by the providers of social and health services.

Justification. Hypothesis. Goals

This research aims to determine the systems of prevention and aid to lack of personal autonomy and, in particular, the elements related to its evaluation, in Spain and in the countries of our socio-economic environment.

Justificación. Hipótesis. Objetivos

El presente trabajo de investigación pretende conocer los sistemas de atención y ayuda a la dependencia y, en concreto, los elementos relacionados con su evaluación, en España y en los países de nuestro entorno socio-económico.

El conocimiento sobre la idoneidad del sistema de evaluación de la dependencia es de especial interés para el conjunto de los países más avanzados, pero lo es todavía más para el caso español. La implantación y los cambios recientes, lo hace afortunadamente susceptible de modificaciones frente a errores irreparables que condujeran a nuestro modelo de protección de dependientes a situaciones de inequidad o insostenibilidad.

Knowledge about the adequacy of the evaluation system of lack of personal autonomy is of special interest for all of the most advanced countries, but it is still more for the Spanish case. The recent implementation and changes, make it fortunately susceptible of changes against irreparable errors that would lead our model of protection of people with lack of personal autonomy to situations of inequity and unsustainability.

Material and methods

The search data is narrowed to the country members of the Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries is concentrated.

The selected methodology has been to conduct an ecological descriptive and analytical study.

Material y métodos

Se concentra la búsqueda de datos en los países integrados en la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).

La metodología seleccionada ha sido la realización de un estudio ecológico descriptivo y analítico.

Resultados:

Se han obtenido los resultados, para los 34 países estudiados, de las variables de carácter sociodemográfico, entre otras, la evolución de la población total, la esperanza de vida al nacer, el índice de envejecimiento y la tasa de dependencia económica.

Se presentan también los hallazgos para el conjunto de los países de los considerados factores de riesgo de la

Results

Results have been obtained, of the 34 countries studied, for the variables of sociodemographic character, such as evolution of the population, life expectancy at birth, the rate of aging and the economic dependency ratio.

Likewise the findings for the considered risk factors for lack of personal autonomy are presented.

Finally, the results of the characteristics of the systems of long-term care and the results of the combination of variables are presented.

Discussion

Most studies published until the date had worked, on the one hand, aspects specifically of health and, on the other, socio-demographic aspects to

dependencia.

Además, se presentan los resultados de las características de los sistemas de atención a la dependencia y, por último, los resultados obtenidos de los cruces de variables.

Discusión

La mayoría de los estudios publicados hasta ahora habían trabajado, por una parte, los aspectos específicamente de salud y ,por otra, aquellos de carácter sociodemográfico para calcular los riesgos relativos o atribuibles a los diferentes factores, en relación con la dependencia.

El estudio ha caracterizado los sistemas de atención a la dependencia en base a cinco variables. Como son: el tipo de financiación, la cobertura del sistema, la participación de los usuarios en el pago de los servicios de

calculate the relative and attributable risks to various factors relating to lack of personal autonomy.

The study has characterized the system of long-term care based on five variables. These are: the type of financing, the system coverage, the participation of users in the payment of care services, the network in charge of evaluating the lack of personal autonomy and the profession of preferred evaluators.

Conclusions

In the study of demographic variables, from 1975 to 2012, stand out: economic dependence in old people, GDP per capita and rate of aging.

Risk factors, neutralized in the study to know the relationship of the system variables with the number of people with lack of personal autonomy are: fe-

atención, la red encargada de evaluar la dependencia y la profesión de los evaluadores preferentes.

Conclusiones

En el estudio de las variables demográficas, desde 1975 a 2012, destacan: dependencia en mayores, PIB per cápita e índice de envejecimiento.

Los factores de riesgo, neutralizados en el estudio para poder conocer la relación de las variables del sistema con el número de dependientes son: índice de feminidad, dependencia económica en mayores, estudios universitarios o terciarios, salud percibida y consumo de alcohol.

En el cruce de variables de evaluación de dependencia con el número de dependientes han dado resultados significativos: tipo de cobertura (universal), copago (superior al 25%), red

mininity index, economic dependence in older people, tertiary studies, perceived health and alcohol consumption.

At the crossroads of variables of evaluation of people with lack of personal autonomy, they have yielded significant results: type of coverage (universal), copayment (over 25%), network evaluation (specific) and the evaluator's profession (medical).

In a system of long-term care, the evaluator's profession (medical) should be considered because it gives greater magnitude to the association, in the sense that presumably it would condition lower figures of people with lack of personal autonomy.

2.1. Key words

Disability and economic dependence.

Care insurance.

de evaluación (específico) y la profesión del evaluador (médica)

Evaluation of lack of personal autonomy.

En un sistema de dependencia se debería considerar la profesión del evaluador (médica) dado que es la de mayor magnitud a la asociación, en el sentido de que presumiblemente condicionaría cifras más bajas de dependientes.

Ageing Population.

2.1. Palabras clave

Discapacidad y dependencia.

Seguro de dependencia.

Evaluación de la dependencia.

Envejecimiento de la población.

3. INTRODUCCIÓN

En nuestro planeta «el 46 por ciento de las personas de 60 años o más tienen una discapacidad y graves dificultades para su plena participación en la en la sociedad¹».

Los sistemas de protección social tienen la función de prestar a las personas que los precisen cuidados de calidad aceptable. El desarrollo de estos sistemas o servicios, tiene como fin general conseguir una reducción significativa del riesgo de pobreza, protegiendo frente a las consecuencias económicas de las contingencias como principalmente la pérdida de la salud, accidentes, jubilación o dependencia.

Para el conjunto de los ciudadanos, la cobertura de las contingencias de la enfermedad, especialmente la asistencia sanitaria, es muy valorado, como también lo son, una vez cubierto el pilar de la sanidad, las pensiones por jubilación y, en los últimos tiempos, en los países más desarrollados, la necesidad de la cobertura o aseguramiento de las contingencias de discapacidad y dependencia.

En España, desde hace relativamente pocos años, especialmente a partir de la aprobación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia (2006)², el término dependencia y dependiente, se asocia con el de la pérdida de autonomía personal para la realización

1: Malik K. Informe sobre Desarrollo Humano 2014. Publicado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Washington DC: 2014. <http://docplayer.es/394354-Informe-sobre-desarrollo-humano-2014-sostener-el-progreso-humano-reducir-vulnerabilidades-y-construir-resiliencia.html>.

2: Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. L39/2006 (14 diciembre 2006).

de la actividad cotidiana. Esta afección de dependiente, exige de cuidados prestados por terceros, que cuando son prestados por estructuras formales profesionalizadas, se les denomina en terminología anglosajona como Long-Term Care (LTC). En nuestro país los servicios formales se les denomina más habitualmente como cuidados de atención y ayuda a la dependencia^{3,4}. Cuando esos cuidados se realizan en el entorno familiar por personas no profesionalizadas, normalmente mujeres, se les nombra como cuidados informales⁵ a la dependencia.

El tema de la viabilidad del sistema de protección social⁶, como es el caso de la atención a la dependencia, en pocos años, se ha convertido en un problema de capital importancia para todos los países, sin duda fruto de distintas causas pero sobre todo por el envejecimiento que atraviesan los diferentes países⁷.

La preocupación por la dependencia se ha acelerando en los últimos años desde el inicio de la crisis en 2008, primero financiera y luego económica. El motivo ha sido que las recaudaciones, tanto vía impuestos, como vía cotizaciones sociales esta cayendo de forma alarmante por la disminución del empleo y sobre

3: Correa M, Montero R, Jiménez J de D. La financiación del nivel acordado de la Ley de la Dependencia: el coste de una evolución hacia variables reales de dependencia. *Gac Sanit.* 2011;25 (Supl 2):78–84.

4: Van den Berg B, Brouwer WBF, Koopmanschap MA. Economic valuation of informal care. An overview of methods and applications. *Eur J Health Econ.* 2004;5:36–45.

5: Oliva J, Vilaplana C, Osuna R. El valor social de los cuidados informales provistos a personas mayores en situación de dependencia. *Gac Sanit.* 2011;25 (Supl 2):108–14.

6: López-Casasnovas G, Del Pozo R. La protección social de los problemas de dependencia en España. Madrid: Fundación CASER; 2010. Documento de Trabajo CRES N° 1.

7: Rodríguez-Cabrero G. Protección social de la dependencia en España. Madrid: Universidad de Alcalá de Henares; 2004. Documento de trabajo 44.

todo de los salarios⁸. Es decir, se precisa cada día más gasto social y se puede recaudar cada día menos.

Pero si en alguna parte del mundo se está viviendo con más desazón este tema es sin duda en los países de la Unión Europea (UE). La razón diferencial con el resto habría que encontrarla «en que en la segunda mitad del siglo XX, en Europa se impulsan una amplia gama de actuaciones de los poderes públicos orientadas a mejorar la calidad de vida de los ciudadanos⁹».

Ha sido al concluir la primera década de este siglo cuando Europa se ha visto, no sólo obligada a congelar esas políticas, sino a recortar las políticas del bienestar¹⁰. En Europa se había desarrollado de forma creciente, lo que podríamos denominar un modelo social que le confería identidad propia frente a terceros. Podría decirse que a la actual crisis política del modelo europeo no es ajena a la pérdida del referente de bienestar que le identificaba y diferencia del resto del mundo.

3.1. Discapacidad y dependencia

En el tema que nos ocupa entenderemos por “autonomía” aquella capacidad para controlar y tomar, por propia iniciativa, decisiones sobre como actuar y rea-

8: Barr N. Long-term care: a suitable case for social insurance. *Social Policy & Administration*. 2010;44:359-74

9: Millán A. La protección social en la Unión Europea, ¿Un modelo homogéneo? El modelo económico de la UE. *ICE*. 2005;820:195-219.

10: López-Casasnovas G. La sostenibilidad del bienestar intergeneracional. En: *Retos del estado del bienestar*. Confederación Cajas Vasco Navarras. 2011. 20 p.

lizar las actividades de la vida diaria¹¹.

La dependencia o falta de autonomía personal es consecuencia directa de la discapacidad¹² sufrida por un individuo por motivo de enfermedad, accidente o lesiones ligadas al nacimiento. Pero también la falta de autonomía personal¹³ es una consecuencia directa de la fragilidad y el declive a que paulatinamente conduce el envejecimiento de las personas.

Concretando más sobre el término de dependencia consideramos como tal el estado permanente en que se encuentran las personas que para su 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. Las razones de esta dependencia se derivan de la edad senil, la enfermedad o la discapacidad¹⁴.

Diferentes organismos políticos internacionales ya centraban su atención en el problema de las personas dependientes. Así, el Consejo de Europa definió la dependencia como «un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos

11: Díaz de San Martínez-Martín P, Fernández-Mayoralas G, Frades-Payo B et al. Validación de la Escala de Independencia Funcional. *Gac Sanit.* 2009;23(1):49-54.

12: Puga D. La dependencia de las personas con discapacidad: entre lo sanitario y lo social, entre lo privado y lo público. *Rev Esp Salud Pública.* 2005;79:327-330.

13: Rodríguez-Cabrero G et Al. Libro blanco. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Madrid: Ed. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2004. 820 p.

14: Sarabia A, Egea C. Epidemiología de la discapacidad en Gran Bretaña. *Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad.* 2002; 53: p. 5-24.

corrientes de la vida diaria¹⁵».

Algunos autores marcan grandes diferencias entre discapacidad y dependencia. Sin ser ambos términos aparentemente equivalentes, la dependencia «siempre es consecuencia de un grado severo de discapacidad¹⁶»

La globalización económica ha acelerado la interconexión de las redes de acceso a la información, lo que obliga a adoptar nomenclaturas que permitan la comparación de datos entre los diversos países y áreas disciplinarias. La Clasificación internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud^{17,18} (CIF), vino a atacar el problema. La CIF entiende la discapacidad como la consecuencia del conflicto entre las funciones y estructuras alteradas del cuerpo¹⁹, con las actividades realmente que se pueden realizar tras la participación de factores externos, que actuarán como barreras o como ayudas.

En las tres últimas décadas, tanto en España como en la gran mayoría de los países, se han producido importantes cambios demográficos, destacando la ace-

15: Recomendación del Comité de Ministros a los Estados miembros relativa a la Dependencia. REC. N° (98) 9 (18 septiembre 1998).

16: Querejeta M. Discapacidad/ dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad IMSEERSO; 2004. 162 p.

17: Resolución WHA 54/21 de la OMS, por la que adopto como propia la «Clasificación internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud» exhorta a los países a su utilización. (2001).

18: Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF). Madrid: Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño. 2001. 320 p.

19: Ministerio de Asuntos Sociales. Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Ginebra; OMS: 1997. 219 p.

lización del envejecimiento de la población²⁰, entendido este como incremento de la proporción de personas de 65 o más años sobre la población total. El envejecimiento poblacional se ha generalizado en los países de nuestro entorno, probablemente con carácter irreversible.

Desde un punto de vista operativo de la dependencia, las dificultades para poder realizar actividades, habituales para el conjunto de la población, distribuye estas actividades en las actividades básicas de la vida diaria y las instrumentales. Son actividades básicas de la vida diaria (ABVD) aquellas que permiten mantener una mínima autonomía personal y un nivel básico de calidad de vida, como cuidado personal (ducharse o bañarse, lavarse, vestirse y desvestirse, peinarse y afeitarse), actividades domésticas básicas (comer, y quedarse solo de noche), la movilidad esencial (andar, levantarse y acostarse), reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas. Se consideran actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) las que requieren decisiones o interacciones con el medio (usar el teléfono, comprar, preparar la comida, hacer tareas domésticas, lavar la ropa, utilizar medios de transporte, acordarse de tomar la medicación, administrar su dinero, y subir escalones).

Así pues consideramos la dependencia como el resultado de un proceso iniciado con la aparición de un déficit de funcionamiento corporal consecuencia de enfermedad, accidente o declive, que comporta una limitación en la actividad. Si no puede compensarse esa limitación por adaptación del entorno, produce

20: Otero A, Zunzunegui M, Rodríguez-Lasso A et al. Volumen y tendencias de la dependencia asociada al envejecimiento de la población española. Rev Esp Salud Pública. 2004; 78: 201-13.

restricción en la participación que se concreta en la dependencia de ayuda de otras personas para realizar las actividades cotidianas. La dificultad por tanto en alguna de las actividades de la vida diaria es una condición necesaria pero debe de existir además ayuda o asistencia significativa para realizar las esas actividades²¹.

La demanda de servicios formales de asistencia y atención a los dependientes está creciendo aceleradamente en nuestro país y en los países de nuestro entorno socio-político, entre sus causas destaca el envejecimiento de la población y la falta de efectivos familiares para hacerse cargo del cuidado de las personas dependientes, por la disminución del tamaño de las familias y la incorporación laboral de la mujer.

El texto describe la investigación realizada para conocer y analizar los métodos de evaluación²² de la dependencia en los seguros o sistemas de cobertura de la misma. Es decir, se aborda la cuantificación de cuantas personas son destinatarios de los servicios para la corrección de la falta de autonomía personal.

También aborda el estudio de las variables relacionadas con la condición de dependiente, entendidas estas variables en sentido amplio. Es decir, variables calificadas como factores de riesgo de las causas que condujeron a la dependencia y variables exógenas al individuo, como sistemas de cobertura y evaluación, que pudieron condicionar el paso a la situación de dependencia, o más concre-

21: Borobia C. Valoración de daños personales causados en los accidentes de circulación. Madrid: La Ley- Actualidad; 1996. 741 p.

22: Borobia C. Métodos de valoración del daño corporal. Madrid: Forum universidad-empresa; 1989. 244 p.

tamente la utilización de servicios formales de atención a la dependencia.

Conviene resaltar que no existe una definición única entre los diferentes países para la dependencia, limitándonos a comparar las definiciones de persona dependiente tan sólo en países como Alemania, Francia y España, el concepto y sus métodos de evaluación ya cuentan con diferencias notables.

No existen trabajos detallados y amplios que estudien los condicionantes que determinan la condición de dependiente en una persona²³, más allá de los conocidos factores de riesgo o predisponentes, sin que se identifiquen otros que puedan dar lugar al incremento del número institucional de dependientes y, por tanto, acceso al uso de las coberturas y servicios para la recuperación parcial de su autonomía perdida.

El fin de la investigación realizada no persigue tener una visión estática del problema, sino que además de conocer la situación actual, quiere avanzar en la configuración de modelos que permitan hacer simulaciones de la evolución de las cifras de dependientes, según sean las características de los diferentes métodos de evaluación y sistemas de cobertura de tal condición de dependiente.

3.2. Causas y prevención de la dependencia

Dos de los determinantes claves de calidad de vida, son la enfermedad y la de-

23: Alegre A, Ayuso M, Guillén M, et al. Tasa de dependencia de la población española no institucionalizada y criterios de valoración de la severidad. Rev Esp Salud Pública. 2005;79:351-63.

pendencia. Ésta última supone la necesidad de ayuda de terceras personas para la realización de las actividades básicas de la vida diaria, entendidas estas como aquellas «que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas²⁴».

En las personas mayores la probabilidad de enfermedad es mayor que en las etapas anteriores de la vida. Así mismo, aun cuando la aparición de la dependencia no es exclusiva de la vejez, si aumenta progresivamente su probabilidad de ocurrencia con la edad, muy especialmente, después de cumplir los ochenta años.

Para poder afrontar la prevención de la dependencia se ha trabajado en los últimos años de forma importante en la identificación de sus factores de riesgo. Hoy se acepta en la comunidad científica toda una serie de factores con influencia en la probabilidad de sufrir dependencia como: el sexo, la edad, el estado civil, el nivel educativo, el nivel socio-económico, la salud percibida, la obesidad y los hábitos saludables de vida.

3.3. Impacto de la dependencia en el mundo

El envejecimiento poblacional y la caída de la tasa global de fecundidad, en el

24: Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. L. 39/2006 (14/12/2006).

conjunto de las economías más desarrolladas, está provocando un aumento de la proporción de mayores de 65 años con respecto a la población total, con el correspondiente incremento en la proporción de dependientes.

España es uno de los países que resultará más afectado por el proceso de envejecimiento en las próximas décadas²⁵. El importante desequilibrio que se prevé entre la población de 15 a 65 años (potencialmente activa) y el resto de la población (inactiva económicamente en su gran mayoría) está generando gran incertidumbre sobre la sostenibilidad de pilares de nuestro sistema de bienestar social como: pensiones, sistema sanitario y de atención a la dependencia, con el grave impacto que sobre la salud y la calidad de vida de la población española tendría

Para nuestro país, el éxito que ha supuesto pasar de ser la segunda esperanza de vida más baja de Europa a comienzos del siglo XX, a ser «a partir de 2012 una de las tres más altas del mundo para las mujeres²⁶», se ha transformado en una preocupación importante por la senda del envejecimiento en que avanzamos y con un futuro cargado de incertidumbres derivado, tanto de los incrementos en las cifras de dependencia, gasto sanitario²⁷, gasto social como por los riesgos de sostenibilidad de los sistemas de protección social²⁸.

25: Alemany R, Ayuso M, Guillén M. Nuevos factores exógenos en la modelización de la dependencia: la inversión en prevención de la dependencia en la población de edad avanzada. *Anales del Instituto de Actuarios Españoles*. 2012; 18: 1-18.

26: *Estadísticas sanitarias mundiales 2014*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014. 178 p.

27: Oliva J, Tur A. Salud y atención a la dependencia. Una perspectiva económica en los albores del SAAD. *Humanitas*. 2009;40:10-30.

28: Jiménez S, Vilaplana C. Los pilares del estado del bienestar: los hay que nacen con estrella y los hay que nacen estrellados. FEDEA. 2012. <http://nadaesgratis.es/sergijimenez/los-pilares-del-estado-del-bien-estar-los-hay-que-nacen-con-estrelay-los-hay-que-nacen-estrellados>.

3.4. Cuidados formales a la dependencia

Desde la perspectiva de la dependencia, entendemos por cuidar la actividad de proveer asistencia o ayuda a una persona que lo precisa para poder mantener un nivel aceptable de independencia. Los dependientes pueden buscar la ayuda de algún miembro de su familia, pero también lo pueden hacer en la oferta de servicios de cuidados y en algunas tecnologías asistenciales, como por ejemplo la teleasistencia.

Las familias, en las primeras fases o más leves de la evolución del dependiente, se suelen hacer cargo del servicio a costa de sacrificar su propio tiempo libre cuando, en muchos casos el propio tiempo de trabajo²⁹. Pero cuando la gravedad de la situación implica gran intensidad y duración de los cuidados, se ha de acudir a concertar servicios externos o formales. Estos servicios supondrán una importante carga económica tanto para el dependiente o su familia como para la Administración que costeará los mismos, lo que supone que tendrán servicios formales controlados estos por los servicios públicos y privados³⁰.

No debemos olvidar que en países como el nuestro, y en una gran parte de los estudiados, los servicios al dependiente no los prestan instituciones o empresas tuteladas por los servicios sociales públicos, ni tampoco las organizaciones no

29: Albarrán I, Alonso P. Clasificación de las personas dependientes a partir de la encuesta de discapacidades, deficiencias y estado de salud de 1999. *Rev Esp Salud Pública*. 2006; 80: 349-60.

30: Finkelstein A, McGarry K, Sufi A. Dynamic Inefficiencies in Insurance Markets: Evidence from Long-Term Care Insurance. Washington OC: NBER; 2005. Working paper nº 11039.

lucrativas o instituciones altruistas de servicios asistenciales. La mayor parte de los dependientes atendidos por personas ajenas a la familia, están a cargo de empleados del hogar. Aunque el cuidado implica una complejidad profesional notable parece existir una cierta inercia hacia la invisibilidad de estas prácticas, como si surgiesen de la espontaneidad de quién la provee, no ofreciesen dificultades y además no requiriesen de un conocimiento especializado.

Los servicios formales dirigidos a la población dependiente y ofrecidos por administración y organizaciones lucrativas o no, se concretan en servicios de ayuda a domicilio, de teleasistencia o telealarma, centros de día, estancias temporales, servicios de respiro, programas de adaptación de la vivienda, sistemas alternativos de alojamiento y servicios institucionales como las residencias de mayores o las residencias asistidas.

El Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) se define como un programa individualizado, de carácter preventivo y rehabilitador. En él se articulan un conjunto de servicios que van desde la atención personal y doméstica, hasta el apoyo psicosocial y familiar, y las tareas relacionadas con el entorno, todo ello prestado en el domicilio de una persona dependiente.

El servicio de teleasistencia aporta seguridad y tranquilidad, sobre todo para personas dependientes que viven solas. Es un servicio de vigilancia que pretende retrasar la institucionalización de los usuarios.

Las viviendas tuteladas son sistemas alternativos de alojamiento para personas que por su falta de autonomía se ven obligadas a abandonar su domicilio, no adaptado a sus limitaciones.

Residencias asistidas son instituciones en régimen de internamiento que ofrece a los dependientes, además de los cuidados completos de alojamiento, el uso de tecnologías específicas para movilidad, aseo, etc. Estas instituciones cuentan con las plantillas profesionales multidisciplinares para una atención integral al dependiente³¹.

Por otra parte se denomina ayuda informal a la asistencia prestada por personas próximas al dependiente, como miembros de la familia, amigos etc., sin remuneración compensatoria.

3.5. Sistemas de protección de los dependientes

En España, la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (LAPAD) en adelante, Ley Española de Dependencia), aprobada a finales del año 2006 marcó, a partir del 1 de enero de 2007 en que entró en vigor, el comienzo del derecho a la protección por el Estado de las personas dependientes.

También los seguros privados de dependencia se regularon en España, a partir

31: PricewaterhouseCoopers. Situación del Servicio de Atención Residencial en España. Servicios de Atención a la Dependencia. Project Government Offices of Sweden. 2010. 40 p.

del mes de diciembre del año 2007, con la aprobación de la Ley de modernización del mercado hipotecario^{32,33}.

Sin duda, la crisis económica actual ha puesto en entredicho muchas de las iniciativas de construcción del denominado «Estado del Bienestar». En el caso español, se han puesto en marcha iniciativas, especialmente en el año 2012, tendentes a disminuir las coberturas y las prestaciones. Pero estas iniciativas no han sido únicas ya que se han generalizado en el panorama mundial, lo que hace cobrar más interés a proyectos de investigación, como el presente, para arrojar luz sobre elementos con incidencia en la viabilidad de los sistemas de protección social.

En la revisión de publicaciones sobre la materia encontramos trabajos que estudian los sistemas de atención de la dependencia desde la perspectiva de los costes globales que supone la atención a la dependencia. La información en general para estimar los costes a los costes agregados que figuran en las partidas presupuestarias de las correspondientes administraciones³⁴, incluyendo en este caso tanto los costes de los servicios realmente recibidos por las personas dependientes como los gastos administrativos y otros derivados de su gestión. Así mismo, en el caso de entidades aseguradoras privadas concertadas por el

32: Ley de Regulación del Mercado Hipotecario y otras Normas del Sistema Hipotecario y Financiero, de regulación de las Hipotecas Inversas y el Seguro de Dependencia y por la que se establece determinada Norma Tributaria. L. N° 41/2007 (7 diciembre 2007).

33: Frostin P. Sources of Health Insurance and Characteristics of the Uninsured: Analysis of the March 2002 Current Population Survey Employee Benefit Research Institute; 2002. Issue Brief n° 252.

34: Gómez M, Hernández J, Martín E. La atención a la dependencia: estimaciones del gasto presupuestario y de sus efectos macroeconómicos. Presupuesto y gasto público. 2012;66:127-48.

dependiente o por el propio sector público los gastos se corresponde con el coste que ha supuesto, es decir con el precio que impone ese mercado y no con lo gastado en los servicios prestados.

Se hace necesario conocer el número de personas que reciben atención de los servicios a la dependencia, ya que éste si es un indicador real de la cifra de dependientes y no estará sesgado por las decisiones administrativas, interesadas, en muchos casos, en maximizar o minimizar las cifras teóricas de dependencia.

Son muchos los países que han adoptado políticas de atención a la población dependiente, sin embargo, se limita a los países más desarrollados los que trataban este problema con sistemas profesionales específicos de Long-Term Care.

En Estados Unidos las prestaciones son básicamente indemnizatorias pero también tienen la posibilidad de asistencia. Tanto Medicare, como Medicaid³⁵ cubren la dependencia. En este país existe también una gran oferta de seguros de dependencia y cuentan con beneficio fiscales para personas que paguen primas Long-Term Care.

Alemania ha sido el país pionero en Dependencia en Europa³⁶. Tiene experiencias privadas desde los años ochenta, del pasado siglo y cuenta con un Seguro Obligatorio de Dependencia, en vigor desde 1995.

35: Foster I, Brown R, Phillips B, Lepidus B. Improving the quality of Medicaid personal assistance through consumerdirection. *Health Affairs*. 2003;3:162-75.

36: Scheil-Adlung X. Seguridad social para las personas dependientes en Alemania y otros países: entre la tradición y la innovación. *Revista Internacional de Seguridad Social*. 1995;48:21-39.

En Alemania el seguro de dependencia público es una extensión del de enfermedad³⁷. Para los trabajadores por cuenta ajena, está financiado por empresarios y trabajadores, a cambio de un día de vacaciones, y con un tope máximo mensual de un 1,7 % del salario.

Francia tiene una Ley de cuidados de dependencia desde 1996, con financiación mixta^{38,39} de Seguridad Social, Estado y corporaciones locales. El Seguro Obligatorio de Dependencia dirige sus prestaciones a la asistencia e incentiva la prestada en el propio domicilio. Destaca en el sistema francés la utilización de un sistema propio y muy sofisticado de evaluación de la dependencia: el sistema AGGIR (Autonomie Gèrontologie - Groupe - Iso - Resources).

En Reino Unido las prestaciones públicas pueden ser Community Care Act. Que son evaluadas y financiadas por autoridades locales dependiendo de la situación económica del afectado y dando prioridad a la asistencia domiciliaria o bien mediante convenio entre sector público y privado⁴⁰. El mercado privado disfruta de beneficios fiscales.

37: Schneider U. El seguro social de asistencia de larga duración de Alemania: diseño, implementación y evaluación. *Revista Internacional de Seguridad Social* 1999;52(2):37-90.

38: Robert-Bobeé I. Projections de population 2005-2050, pour la France métropolitaine à l'horizon 2050. La population continue de croître et le vieillissement se poursuit. INSEE Première n° 1089. 2006.

39: Frossard M, Genin N, Guisset M et al. Providing integrated health and social care for older persons in France. An old idea with a great future: The 5th framework programme quality of life and, the European Commission. PROCARE: National Report France. 2003.

40: Comas-Herrera A, Pickard L et al. The Long-term care system for the elderly in England. Londres: Enep; 2010. Research report 74.

3.6. Métodos utilizados en la valoración del nivel de dependencia

Hemos de estudiar con profundidad las causas y factores que intervienen en el proceso de envejecimiento de la sociedad y en el de desarrollo de enfermedades invalidantes⁴¹, pero también el cómo se llega a la formulación específica de las definiciones de dependencia y de la metodología de evaluación⁴² de los potenciales dependientes. Porque, a la postre, serán estas decisiones administrativas y comprobaciones, las que determinen la condición de autónomo a dependiente y, consecuentemente, el paso de contribuyente neto a receptor de cuidados y recursos de los sistemas de atención socio-sanitaria⁴³, cuando se acude a servicios formales de atención a la dependencia.

En España aunque, desde la aprobación de la Ley de Dependencia y su desarrollo normativo, adoptamos, como sistema de valoración, el denominado Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD)⁴⁴, «no existe acuerdo en las actividades que deben incluirse como generadoras de dependencia⁴⁵».

41: Charpentier P, Aboiron H. Clasificación Internacional de las deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Enciclopedia Médico Quirúrgica. Kinesiterapia y Medicina Física. E. 26-006-B10.

42: Jiménez M, González P, Martín J. Clasificación de las personas dependientes a partir de la encuesta de discapacidades, deficiencias y estado de salud de 1999. Rev Esp Salud Pública. 2006; 80: 349-360.

43: Zunzunegui Pastor MV, Lázaro y de Mercado P. Integración y fronteras entre la atención sanitaria y social. Informe SESPAS 2008. Gac Sanit 2008; 22(Supl 1): 156-62.

44: Real Decreto por el que se aprueba el Baremo de Valoración de la Situación de Dependencia establecido por la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. RD 504/2007. (21 abril 2007).

45: Blay D. Sistemas de cofinanciación de la dependencia: seguro privado frente a hipoteca inversa. Madrid: Fundación MAPFRE; 2007. 118 p.

Para abordar la evaluación de discapacidad y dependencia habrán de tenerse en cuenta de alguna forma elementos clave como: «las enfermedades y problemas de las condiciones de salud (Clasificación de enfermedades y problemas de salud relacionados - CIE-10), los problemas referentes a las deficiencias corporales (CIF), los problemas referentes a las limitaciones para realizar actividades, los problemas referentes a los factores contextuales externos que están interactuando con la persona y en su caso de las ayudas técnicas o personales que pueda precisar (CIF), la graduación de todos estos problemas mediante la escala en cinco niveles de gravedad de los problemas (CIF) y las actividades de la vida diaria⁴⁶».

En las publicaciones científicas sobre dependencia o incapacidad⁴⁷ habitualmente se relacionan dos grupos de actividades que integran los actos de la vida diaria⁴⁸:

- Actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Autocuidado: lavarse, vestirse, comer, beber, higiene personal relacionada con procesos de excreción, cuidado de la propia salud. Movilidad y cambio y mantenimiento de las posiciones del cuerpo.
- Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) tareas del hogar,

46: Querejeta M. Discapacidad/ dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad IMSEERSO; 2004. 162 p.

47: Borobia C. Valoración de incapacidades laborales (VII). Métodos de valoración. Estudio de baremos de accidentes y enfermedades profesionales; Medicina del Trabajo; Vol 2, nº 4 y 5; 266-274, 330-8.

48: Dizy D, Ruiz O. Las personas mayores en situación de dependencia. Propuesta de un modelo protector mixto y estimación del coste de la dependencia en España. Madrid: Ed. Edad y Vida; 2006. 312 p.

cuidados de los objetos del hogar y ayudar a los demás.

Los estudios sobre los sistemas de dependencia y su evaluación, se concentran en general de aspectos como la financiación, la carencia para beneficiarse de las prestaciones, la cobertura entendida esta desde una perspectiva de contabilizar los beneficiarios que se derivan de una norma administrativa y el tipo de proveedores del servicio.

Una de las mayores dificultades que están teniendo los sistemas públicos de protección a las personas dependientes es su financiación. Esa dificultad se deriva del incremento del gasto consecuencia del aumento acelerado del número de dependientes.

Se ha estimado que en el caso de España para atención a los dependientes, «dicho gasto ascendió gradualmente desde los 3.809 millones de euros en 2007 hasta los 8.004 millones de euros en 2011, alcanzándose el 0,74 del Producto Interior Bruto⁴⁹».

Si se quiere analizar rigurosamente los sistemas de protección social, como sería el caso de la protección de la dependencia, no debemos aceptar sin someterlo a estudio que el incremento del número de dependientes «reconocidos» y, por consecuencia el gasto ocasionado en su atención, por servicios formales de atención a la dependencia, se deba en exclusiva a una relación directa con

49: Gómez M, Hernández J, Martín E. La atención a la dependencia: estimaciones del gasto presupuestario y de sus efectos macroeconómicos. Presupuesto y gasto público. 2012;66:127-48.

el envejecimiento de la población. «De hecho, los datos muestran que países con un nivel de envejecimiento muy similar de su población presentan niveles de gasto en dependencia muy diferentes⁵⁰».

3.8. Factores relacionados con el impacto numérico y económico de la dependencia

A lo largo de las últimas décadas la investigación epidemiológica ha avanzado notablemente, en el conocimiento de los factores de riesgo de la dependencia. La correspondiente revisión de la bibliografía, nos permite identificar aquellos factores que modifican «significativamente», la probabilidad de sufrir la dependencia.

Se han publicado estudios que prueban la mayor prevalencia de la dependencia en el sexo femenino. Algunos autores atribuyen esa mayor prevalencia «a que las mujeres viven más tiempo con discapacidad, no a que la incidencia sea mayor⁵¹».

La edad «es un factor explicativo de la dependencia⁵²». El efecto de la edad es el predictor de la dependencia que se intensifica al eliminar el efecto de otros

50: Dizy D, Ruiz O. Las personas mayores en situación de dependencia. Propuesta de un modelo protector mixto y estimación del coste de la dependencia en España. Madrid: Ed. Edad y Vida; 2006. 312 p.

51: Grundy E, Glaser K. Socio-demographic differences in the onset and progression of disability in early old age: a longitudinal study. *Age Ageing*. 2000;29(2): 149-57.

52: Waidmann TA, Liu K. Disability Trends Among Elderly Persons and Implications for the Future. *Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences and Social Sciences*. 2000;55(5):298-307.

factores de riesgo⁵³. La edad avanzada es uno de los factores más fuertemente asociado a la dependencia. Los mas mayores, de más de 75 años, «tienen un riesgo de dependencia 2,6 veces mayor que los menores de 75 años⁵⁴».

El nivel educativo y especialmente los estudios universitarios ha sido un factor a quien se atribuye relación directa con la dependencia: a mayor nivel educativo menor prevalencia de dependencia. En el caso del analfabetismo, éste aislada-mente supone uno de los mayores riesgos para entrar en situación de depen-dencia.

En los casos de dependencia en la vejez, en múltiples publicaciones, se identifi-ca el haber desarrollado una vida sedentaria como un determinante.

Otra característica relacionada con el envejecimiento es el nivel de ingresos y el estatus social⁵⁵. Resulta paradójico el hallazgo recogido en algunas publicacio-nes sobre el diferente efecto para ambos sexos supone el estatus social. Entre las mujeres que gozan de una mejor posición social se da menor incidencia de dependencia, sin embargo en los hombres son los de mayor estatus social los que presentan tasas de dependencia más elevadas.

Era conocido que la autopercepción del «estado de salud es un efectivo indica-

53: Eurostat. Eurostat Population Projections 2010-based 'EUROPOP2010': Methodology and results of a long-term scenario of demographic convergence (forthcoming). 2011.

54: Puga D. Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España, una previsión a 2010. Madrid: Edita Fundación Pfizer; 2002. 209 p.

55: Puga D. Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España, una previsión a 2010. Madrid: Edita Fundación Pfizer; 2002. 209 p.

dor del estado de salud global⁵⁶». En cuanto a la prevalencia de la dependencia destaca la salud percibida por el propio individuo, aquellos que declaran niveles de salud peores, son más demandantes de cuidados independientemente de los diagnósticos médicos, o de sus limitaciones físicas objetivadas.

Es conocido que la obesidad está relacionada con algunas de las causas de muerte, como los accidentes cardiovasculares, algunos tipos de cáncer y diabetes. También el exceso de peso produce aumento del riesgo de discapacidad y dependencia. Se ha constatado que las mujeres con exceso de peso tienen un mayor riesgo de fracturas relacionadas con la osteoporosis a edades avanzadas. En cualquier caso, el sobrepeso tiene una clara influencia en aquellas actividades que implican movilidad.

3.9. La dependencia una consecuencia del envejecimiento aunque no la única

«La dependencia es el mayor efecto desfavorable asociado al envejecimiento⁵⁷». Las personas mayores son un colectivo especialmente vulnerable para dolencias crónicas que acaban incorporando importantes limitaciones de desplazamiento geográfico y también de las movilizaciones corporales. Estos hándicaps, sumados con las consecuencias de la merma de capacidades sensoriales propias de la edad y de la mayor dificultad para adquirir destreza en la utilización de herramientas tecnológicas de ayuda, aumentan de forma muy importante la

56: Myers G, Légaré J. The behaviour and status of older persons in: United Nation. Generations and gender programme: exploring future research and data collections options. New York: 2000. 166 p.

57: Rodríguez G, Montserrat J. Modelos de atención socio-sanitaria. Una aproximación a los costes de la dependencia. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2004. 176 p.

falta de autonomía personal en los mayores⁵⁸.

Pero los problemas del envejecimiento en una sociedad no solo están en el incremento en la potencial demanda de servicios socio-sanitarios, otro grave problema que coexiste con el anterior, es el de la disminución de población independiente económicamente (laboralmente en edad de trabajar) y por lo tanto contribuyente neto a la financiación vía impuestos de los servicios socio-sanitarios.

3.10. Necesidad de rediseño de las políticas socio-sanitaria

El futuro previsible en las próximas décadas obligará a los Administradores públicos y privados a rediseñar los actuales sistemas socio-sanitarios ya que parece difícilmente sostenible que en países como España⁵⁹ y otros de su contexto, con altas tasas de envejecimiento y de incremento de las tasas de dependencia económica de su población, pueda asegurarse la prestación de los servicios que se demandarán.

No será suficiente con la aplicación de políticas preventivas sobre los factores de riesgo de la dependencia, ya que sus efectos se apreciarían a más largo plazo. Será necesario la aplicación de medidas de política social por las administra-

58: Alemany R, Ayuso M, Guillén M. Nuevos factores exógenos en la modelización de la dependencia: la inversión en prevención de la dependencia en la población de edad avanzada. Anales del Instituto de Actuarios Españoles. 2012; 18: 1-18.

59: Tribunal de Cuentas. Informe de Fiscalización de la Gestión Económico Financiera y de Aplicación de la ley 39/2006 de 14 de Diciembre de Promoción de la Autónoma Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. 2012.

ciones que influyan en la bajada de la demanda potencial de servicios y de abaratamiento los costes por parte de los proveedores de servicios socio-sanitarias para poder disminuir así la factura de la dependencia⁶⁰.

Pero las medidas referidas unas y otras han de ser de respuesta inmediata sobre las magnitudes del sistema de atención a la dependencia ya que el problema está ya aquí. Se trataría de actuar sobre los ejes tres posibles: «el eje de cobertura de poblaciones, el eje de la oferta y el eje de la elegibilidad⁶¹».

La cobertura de las poblaciones que haría referencia a la universalidad de la asistencia versus limitaciones derivadas de la suficiencia de medios económicos. Es obvia la dificultad de aplicar estas medidas en unas sociedades que soportan sistemas de Impuesto sobre el Rendimiento de las Personas Físicas (IRPF) o Impuestos sobre el Patrimonio (IP), ambos de carácter progresivo. Sin embargo, existen sistemas alternativos como sería, por ejemplo, afrontar el pago de parte de la factura de los servicios no esenciales como los hoteleros y otros, por parte de algunos usuarios⁶².

La actuación sobre la oferta como sería limitando la cartera de servicios a aquellos servicios cuyo efectividad se hayan probado con criterios de análisis de la evidencia.

60: Montserrat J. El coste de la dependencia. *Rev Mult Gerontol.* 2003;13(3):194-200.

61: López-Casasnovas G. Repensar el Estado de bienestar: la sostenibilidad del bienestar intergeneracional en España y en la OCDE. *Ekomiza.* 2012;81: 16-37.

62: Montserrat J. La tercera vía de financiación: la contribución económica del usuario. *Presupuesto y Gasto Público.* 2009;56:127-43.

La actuación sobre la elegibilidad de los dependientes⁶³, actuando sobre los sistemas de evaluación que condicionaran su calificación, condicionaría no sólo el derecho de la prestación sino también las consecuencias asociadas de exceso de consumo de los servicios.

63: Rivero T. Escenarios territoriales de la ley de apoyo a las personas con dependencia en España. Horizonte 2007-2009. Barcelona: Instituto del Envejecimiento de la Universidad Autónoma de Barcelona FI-CE-UAB; 2006. 148 p.

4. JUSTIFICACIÓN. HIPÓTESIS. OBJETIVOS

4.1. Justificación

El presente trabajo de investigación pretende conocer los sistemas de atención y ayuda a la dependencia y, en concreto, los elementos relacionados con su evaluación, en España y en los países de su entorno socio-económico.

Se parte del criterio general de que los métodos y herramientas, utilizados para conocer a los beneficiarios de las prestaciones, permitirán realizar proyecciones futuras del número de dependientes adecuado, es decir el ajustado a los que precisan atención formal, sin contaminación por objetivos concurrentes como los de percepción de ayudas económicas^{64,65,66,67} de difícil control finalista.

El conocimiento de los elementos relacionados con la evaluación de los dependientes, en los correspondientes sistemas de cobertura, permitirá aproximarse al conocimiento de la evolución futura del número de dependientes y, por tanto potenciales consumidores de Long-Term Care.

El conocimiento sobre la idoneidad del sistema de evaluación de la dependencia

64: Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. (31 Diciembre 2013).

65: Real Decreto por el que se aprueba el Baremo de Valoración de la Situación de Dependencia establecido por la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. RD 504/2007. (21 abril 2007).

66: Real Decreto sobre Nivel Mínimo de Protección del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia garantizado por la Administración General del Estado. RD 614/2007 (11 mayo 2007).

67: Real Decreto sobre las Prestaciones Económicas de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia para el ejercicio 2009. RD 73/2009 (30 enero 2009).

es de especial interés, para el conjunto de los países más avanzados, pero lo es todavía más para el caso español ya que la implantación no lejana y los cambios recientes, lo hace afortunadamente susceptible de modificaciones que eviten errores irreparables que condujeran nuestro modelo de protección de dependientes a situaciones de inequidad o insostenibilidad.

Aun cuando el estudio, como se ha indicado, se dirige a diferentes países no es menos cierto que el objetivo principal es su aplicabilidad a España.

La investigación desarrollada permitirá aportar conocimiento a las variables que intervendrán, a la postre, en la mayor o menor demanda futura de cuidados de atención y ayuda a la dependencia y consiguientemente a la posible modificación de los costes de la dependencia, para los países del estudio.

Se han abordado, a lo largo de la última década especialmente, destacados proyectos de investigación que han permitido publicar datos y conocimiento sobre los diferentes factores de riesgo que condicionan la pérdida de autonomía personal. Llegándose incluso a ponderar el peso de diferentes factores o marcadores de riesgo en la probabilidad de desarrollar dependencia.

También se han desarrollado estudios que han cristalizado en publicaciones sobre el impacto que la aplicación de un baremo⁶⁸ utilizado en un país tendría en las

68: Girela E, Hernández C. Informe médico de los daños a las personas. En: Hernández C, editor. Valoración médica del daño corporal. Guía para la exploración y la evaluación de lesionados. Masson: Barcelona; 1997. p. 367-84.

cifras de elegibilidad de los dependientes⁶⁹. Sin embargo, no se han abordado estudios que avancen en identificar las variables y mucho menos el peso atribuible, de variables que condicionan el sistema de cobertura y la evaluación de los dependientes.

En este estudio se pretende cuantificar, los factores de riesgo de los eventos⁷⁰ (enfermedades, accidentes, senilidad, etc.) que condiciona la incapacidad desencadenante primaria de la dependencia y también se estiman los cambios demográficos que modularían la magnitud del problema⁷¹. Pero también y principalmente se pretende estudiar variables vinculadas al sistema de atención y al método de evaluación de la dependencia.

El conocimiento de las variables vinculadas al sistema y a la evaluación son, sin ninguna duda, más fácilmente modificables por decisiones de los administradores públicos y privados que sus factores de riesgo y su impacto en la demanda potencial y real de servicios es casi inmediata pudiendo conseguirse efectos rápidos sobre los costes y por tanto viabilidad de los modelos del sistemas de atención y ayuda a la dependencia. Este conocimiento es necesario para predecir las necesidades de cambios en los sistemas de atención y evaluación de la dependencia y también poder avanzar en el reconocimiento de recomenda-

69: Albarrán I, Alonso P, Bolancé C. Comparación de los baremos español, francés y alemán para medir la dependencia de las personas con discapacidad y sus prestaciones. *Rev Esp Salud Pública*. 2009;83:379-92.

70: López-Bastida J, Serrano-Aguilar P, Perestelo-Pérez et al. Social-economic costs and quality of life of Alzheimer disease in the Canary Islands, Spain. *Neurology*. 2006;67:2186-91.

71: Aso J, Cobo JA. Valoración de las lesiones causadas a las personas en accidentes de circulación. Barcelona: Masson; 1998. 560 p.

ciones futuras.

El presente estudio permitirá avanzar en la disminución del déficit de publicaciones sobre estudios globalizados de países más desarrollados económica y socialmente, sobre el análisis conjunto de los sistemas de valoración de la dependencia. Facilitando además la realización de aportaciones al necesario proceso de homogenización Europea de los sistemas de valoración de la dependencia como, felizmente ha ocurrido ya en otras parcelas de la evaluación del menoscabo, con el Baremo Europeo de Valoración de Daño Corporal, «pensado, sobre todo, para accidentes de circulación y las pólizas de accidentes⁷²»

Asimismo, aun cuando existen diferentes estudios que realizan estimaciones, sobre el número de dependientes, los cambios sufridos en el tiempo por los modelos de evaluación del menoscabo, restan valor predictivo real a dichas estimaciones. Esta falta de información, sobre la cifra de dependientes, o las importantes «diferencias entre resultados, hace imprescindible profundizar en el estudio del impacto financiero de la ley de dependencia⁷³, al objeto de planificar con mayor exactitud las medidas de política económica necesarias para implementar de modo adecuado el sistema⁷⁴», lo que justifica el desarrollo del presente trabajo.

72: Borobia C. Valoración del daño corporal: legislación, metodología y prueba pericial médica. Madrid: Editorial Masson; 2006. 544 p.

73: López-Casasnovas G. La Ley de Autonomía y Dependencia. Reflexiones y recomendaciones para su mejor desarrollo. Gac Sanit. 2011;25(Supl):125-130.

74: Camacho JA, Rodríguez M, Hernández M. El sistema de atención a la dependencia en España: Evaluación y comparación con otros países europeos. Cuadernos Geográficos. 2008;42:37-52.

4.2. Hipótesis

Las cifras socio-demográficas vinculadas al número de personas que precisan servicios formales de atención a la dependencia son dependientes de los sistemas de evaluación utilizados.

4.3. Objetivos

El objetivo principal de la investigación es conocer las características de los sistemas y métodos de evaluación del grado de dependencia de las personas, en este conjunto de países desarrollados, al ser éstos los que están asumiendo, casi en exclusiva, la cobertura de esta contingencia ya sea de forma pública, privada o mixta, así mismo, se pretende conocer el futuro de los próximos años.

Desde una perspectiva más concreta, esta investigación tiene los siguientes objetivos específicos:

Objetivo 1. Caracterizar los treinta y cuatro países de la OCDE en base a sus características demográficas, factores de riesgo de la dependencia y de los métodos de evaluación de la misma.

Objetivo 2. Conocer la evolución mantenida por las variables demográficas desde 1975 hasta el año 2012 relacionadas con el número de personas dependientes para cada uno de los países de la OCDE (población

total, índice de envejecimiento, tasa de dependencia económica, índice de recambio de población activa, saldo activos/jubilados, tasa de natalidad, tasa de mortalidad, tasa de fecundidad, esperanza de vida al nacer, índice de feminidad e índice de dependencia económica en mayores).

Objetivo 3. Conocer y caracterizar las variables de sistema relacionadas con el número de dependientes que reciben cuidados formales a la dependencia en los países de la OCDE.

Objetivo 4. Conocer qué factores de riesgo de la dependencia pueden confundir la relación entre el número de dependientes y las variables de los sistemas de atención a la dependencia.

Objetivo 5. Conocer cuales son las variables de los sistemas de atención a la dependencia más relacionados con el número de dependientes.

Objetivo 6. Conocer cuales son las variables del sistema de cobertura y evaluación de la dependencia que mantienen relación significativa con el número de dependientes.

Objetivo 7. Identificar aquellas variables del sistema de atención y evaluación de la dependencia con mayor magnitud de asociación con el número de dependientes que reciben cuidados formales.

5. MATERIAL Y MÉTODOS

Las características del estudio hacen necesario utilizar un volumen de datos socio-demográficos apreciable y relativamente homogéneo en cuanto a la periodicidad de recogida y las variables estudiadas. Así mismo, el objeto de estudio «os sistemas de atención y evaluación de la dependencia» obliga a realizarla sobre los países más desarrollados económica y socialmente. Esta necesidad viene marcada porque, en el panorama mundial, sólo los países más desarrollados cuentan en su caso con sistemas de servicios sociales que se ocupen de la cobertura de la dependencia.

5.1. Fuentes de información

Siendo necesaria una tipología de país desarrollado, para que el estudio fuera realizable en un tiempo razonable se precisaba utilizar yacimientos de datos accesibles y que se publicaran con una periodicidad suficiente, además de con un nivel de fiabilidad aceptable.

Las razones señaladas condujeron concentrar la búsqueda de datos en los países integrados en la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). La OCDE cuenta con un dilatado catálogo de publicaciones y bases de datos sobre el conjunto de países del mundo, pero de forma más exhaustiva sobre los países miembros, en este caso sobre los treinta y cuatro países más desarrollados económica y socialmente.

La OCDE es una organización intergubernamental que promueve políticas

para mejorar el bienestar económico y social de las personas. Todos los países miembros cuentan con gobiernos democráticos y economía de mercado, por lo tanto estos países miembros cumplían los requisitos necesarios para el estudio, al concentrar los sistemas de atención y aseguramiento de la dependencia públicos y privados.

Treinta y cuatro son el grupo de países miembros: Alemania, Australia, Austria, Bélgica, Canadá, Chile, Corea, Dinamarca, Eslovenia, España, Estados Unidos, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Islandia, Israel, Italia, Japón, Luxemburgo, México, Noruega, Nueva Zelanda, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido, República Checa, República Eslovaca, Suecia, Suiza y Turquía.

La OCDE cuenta con una de las mayores fuentes de datos estadísticos comparables en aspectos demográficos, sociales, económicas y sociosanitarios. Además colabora con otros países como por ejemplo: Brasil, China, India, Indonesia y Sudáfrica. Las bases de datos estadísticos de la OCDE, a las que se ha accedido en el estudio preferentemente, se encuentran disponibles en www.oecd.org/statistics, específicamente en el portal OECD.Stat, accesible ésta desde la WEB de la Universidad Complutense de Madrid.

No todos los datos que se precisaban para el estudio estaban disponibles en los yacimientos de OCDE, para cubrir estos déficits se ha acudido a otras fuentes: las bases de datos de Unión Europea (UE) gestionadas por Eurostat y a las bases de datos y publicaciones de los organismos técnicos de cada país, que

realizan cometidos equiparables al Instituto Nacional de Estadística (INE) en el caso español.

5.2. Material

Para el volcado de los datos y su posterior procesamiento y análisis se ha diseñado en formato excel 14.0 (parte de Office 2011) un libro por país, denominado “Maestro”, que está integrado por las diferentes hojas de cálculo: ficha de cálculos, ficha conglomerado, ficha factores de riesgo y ficha de asociación.

Las hojas de cálculo integrantes de cada libro excel (Maestro Alemania, Maestro España, etc.) de cada país, contienen formulas y macros que facilitan el cálculo de los parámetros necesarios, una vez que se carga la información obtenida de las bases de datos externas.

5.3. Método

5.3.1. Diseño de las fichas

El primer volcado de datos de datos sin tratamiento se realiza tras la extracción de las siguientes bases de datos del portal OCDE.Stat, de OECD Statistics 2014.

- OECD Health Data: Demographic references
- OECD Health Data: Economic references
- OECD Health Data: Health care resources

- OECD Health Data: Health status
- Dataset: Historical population data and projections (1950-2050)
- OECD Health Data: Long-term care resources and utilisation
- OECD Health Data: Non-medical determinants of health
- Dataset: OECD Factbook
- Dataset: Detailed data
- Dataset: Population and Vital Statistics

Tan sólo se acude a las otras fuentes diferentes antes señaladas cuando se carece de un dato específico en su año correspondiente.

Ficha de cálculos

Esta ficha que extrae los datos precisos de la ficha de volcado, contiene las fórmulas precisas para calcular las tasas e índices necesarios y opera los datos para obtener las variables sobre los que se realiza posteriormente el tratamiento estadístico y gráfico de la información.

VARIABLE	UNIDAD	VARIABLE	VARIABLE
Población total	Miles de personas	Índice de feminidad	% de mujeres sobre hombres
Superficie	Km2	Índice de dependencia de mayores	% >64 sobre 15 a 64
Tasa de natalidad	Nac por 1000 hab	Estudios universitarios o equivalentes	% de 15 a 64
Tasa de mortalidad	Def/1000 hab	Estado de salud percibida	% de > de 15 años salud buena o muy buena
Tasa de fecundidad	Nac/100 muj 15-45	Tasa de obesidad	% de > de 15 años con obesidad
Índice de envejecimiento	% >64 sobre <20	Tabaquismo	% de > 15 fumadores diarios
Tasa de dependencia	% <15 + >64 sobre 15 a 64	Consumo alcohol	Litros año per capita en > 15 años
Índice de recambio de población en edad activa	% 15 a 19 /60 a 64	Pib per capita	En miles dolares usa por habitante
Saldo activos /jubilados	15 a 64 sobre > 64	Sistema público de dependencia	Si/no
Esperanza de vida al nacer	Años	Objeto de la protección	Dep total/dep grave
Gasto público social	% pib	Universalización	% de cobertura
Trabajadores de dependencia	Fte por 1000 hab	Aportación	% copago
Nº de camas en residencias para dependientes	Camas por mil habitantes	Gestion (preferente)	Aa pp/ss/privada/mixta
Dependientes atendidos en instituciones o a domicilio	Nº total	Carencia	Años
Moneda	Denominación	Evaluación	Sistema sanitario/externo
Sistema político	Tipo	Evaluadores preferentes	Médico clí/med per/enfermería/otros

Tabla 1: Ficha de cálculos.

Se configuran las variables disponibles correspondientes a los años 1950 a 2050. (Ver tabla 1).

Esta ficha además se ha utilizado como soporte para la realización de técnicas de extrapolación y poder completar la información de algún año que no estaba presente, para alguno de los países y era necesaria para los análisis posteriores.

Ficha conglomerado

Esta ficha se alimenta con los datos de la ficha cálculos. Limita sus variables a aquellas que caracterizan el país y son usadas en el estudio.

La denominación de conglomerado para cada país se deriva de que esa es la adecuada para nombrar cada país en el método de análisis escogido en el estudio.

VARIABLE	UNIDAD
Población total	Miles de personas
Superficie	Km ²
Densidad de población	Habitantes por km ²
Tasa de natalidad	Nac por 1000 hab
Tasa de mortalidad	Def/1000 hab
Tasa de fecundidad	Nac/100 muj 15-45
Índice de envejecimiento	% >64 sobre <20
Tasa de dependencia	% <15 + >64 sobre 15 a 64
Índice de recambio de población en edad activa	% 15 a 19 /60 a 64
Saldo activos /jubilados.	15 a 64 sobre > 64
Esperanza de vida al nacer	Años
Trabajadores de dependencia	Fte por 1000 hab
Nº de camas en residencias para dependientes	Camas por mil habitantes
Dependientes atendidos en instituciones o a domicilio	Nº total
Moneda	Denominación
Sistema político	Tipo

Tabla 2: Ficha conglomerado

En esta ficha contiene las variables reales o estimadas, disponibles o calculadas, correspondientes a los años 1975 a 2050 y, en el caso de no contar con estimaciones de OCDE, se recogen las disponibles o calculadas para los años 1975 a 2012. (Ver tabla 2).

Ficha factores de riesgo

Esta ficha que extrae los datos precisos de la ficha cálculos, limitando sus variables exclusivamente a aquellas que son conocidas como factores de riesgo de la dependencia y se analizan en el estudio.

Se recogen las variables disponibles correspondientes a los años 1975 a 2050. (Ver tabla 3).

VARIABLE	UNIDAD
Índice de feminidad	% de mujeres sobre hombres
Índice de dependencia de mayores	% >64 sobre 15 a 64
Estudios universitarios	% de 15 a 64
Estado de salud percibida	% de > de 15 años salud buena o muy buena
Tasa de obesidad	% de > de 15 años con obesidad
Tabaquismo	% de > 15 fumadores diarios
Consumo alcohol	Litros año per cápita en > 15 años
PIB per cápita	En dólares usa por habitante

Tabla 3: Ficha factores de riesgo

Ficha asociación

Se recogen las variables disponibles, calculadas o estimadas correspondientes al año 2012. (Ver tabla 4). Esta ficha por tanto contiene tan sólo la información sobre variables utilizadas en el análisis estadístico y es, así mismo, la que sirve de soporte de la matriz de trabajo en la aplicación SPSS.

VARIABLE	UNIDAD
Número de dependientes	Nº por mil habitantes
Índice de feminidad	% de mujeres sobre hombres
Índice de dependencia de mayores	% >64 sobre 15 a 64
Estudios universitarios	% de 15 a 64
Estado de salud percibida	% de > de 15 años salud buena o muy buena
Tasa de obesidad	% de > de 15 años con obesidad
Tabaquismo	% de > 15 fumadores diarios
Consumo alcohol	Litros año per cápita en > 15 años
PIB per cápita	En dólares usa por habitante
Universalización superior 90%	% de cobertura
Copago > 25%	Si/No
Financiación	Impuestos/Cotizaciones/Privada
Evaluación	Específica/sanitaria
Evaluadores preferentes	Medico/Social
Dependientes	Por mil habitantes

Tabla 4; Ficha asociación

Aplicaciones informáticas

Para la gestión, procesamiento de los datos y su presentación en tablas y gráficos se ha utilizado la aplicación Excel 14.0, tal y como se ha detallado en un apartado anterior, integrado en el paquete informático Microsoft Office 2011.

El análisis estadístico de las variables, se ha realizado con la aplicación IBM SPSS 22 Statistics para Windows.

5.3.2. Caracterización de los conglomerados a estudio

Se han caracterizado los conglomerados, es decir los colectivos de personas de cada uno de los países que están cubiertas por un Sistema Social de protección ante la dependencia.

Bloque de estudio	País	Continente	Integración económica	Capital	Idiomas	Moneda
Mediterráneo y Sur de Europa	Eslovenia	Europa	UE (2004)	Ljubliana	Esloveno, italiano y húngaro	Euro
	España	Europa	UE (1986)	Madrid	Castellano	Euro
	Franca	Europa	UE (1957)	París	Francés	Euro
	Grecia	Europa	UE (1981)	Atenas	Griego	Euro
	Israel*	Europa		Jerusalén	Hebreo y árabe	Nuevo shequel
	Italia	Europa	UE (1957)	Roma	Italiano	Euro
	Portugal	Europa	UE (1986)	Lisboa	Portugués	Euro
Turquía	Europa		Ankara	Turco	Lira turca	
Nórdicos y Anglosajones Europeos	Estonia	Europa	UE (2004)	Tallín	Estonio	Euro
	Finlandia	Europa	UE (1995)	Helsinki	Fines y sueco	Euro
	Irlanda	Europa	UE (1973)	Dublín	Irlandés e Inglés	Euro
	Islandia	Europa		Reikiavik	Islandés	Corona islandesa
	Noruega	Europa		Oslo	Noruego	Corona noruega
	Reino Unido	Europa	UE (1973) y Commonwealth (1931)	Londrés	Inglés	Libra esterlina
	Suecia	Europa	UE (1995)	Estocolmo	Sueco	Corona sueca
Países del Centro de Europa	Alemania	Europa	UE (1957)	Berlín	Alemán	Euro
	Austria	Europa	UE (1995)	Viena	Alemán	Euro
	Bélgica	Europa	UE (1957)	Bruselas	Alemán, francés y neerlandés	Euro
	Dinamarca**	Europa	UE (1973)	Copenhague	Danés	Corona danesa
	Hungría	Europa	UE (2004)	Budapest	Húngaro	Forinto
	Luxemburgo	Europa	UE (1957)	Luxemburgo	Francés y alemán	Euro
	Países Bajos	Europa	UE (1957)	Ámsterdam	Neerlandés	Euro
	Polonia	Europa	UE (2004)	Varsovia	Polaco	Esłoti
	República Checa	Europa	UE (2004)	Praga	Checo	Corona checa
	Eslovaquia	Europa	UE (2004)	Bratislava	Eslovaco	Euro
Sulza	Europa		Berna	Alemán, francés, italiano y romanche	Franco sulzo	
Países del resto del mundo	Australia	Oceania	Commonwealth (1931)	Canberra	Inglés***	Dólar australiano
	Canadá	América	Commonwealth (1931)	Ottawa	Inglés y francés	Dólar canadiense
	Chile	América		Santiago	Español	Peso chileno
	Corea	Asia		Seúl	Coreano	Won
	Estados Unidos	América		Washington	Inglés***	Dólar
	Japón	Asia		Tokio	Inglés***	Yen
	México	América		México	Español	Peso
	Nueva Zelanda	Oceania	Commonwealth (1931)	Wellington	Inglés	Dólar neozelandés
* Israel país asiático Integrado en el grupo mediterráneo y sur de Europa						
** No incluida Terranova						
*** No tiene idioma oficial pero de hecho el Inglés funciona como tal						

Tabla 5: Ficha conglomerados

Para la caracterización de estos conglomerados se identificará, para cada país, los siguientes elementos: población total en miles, distribución por grandes grupos de edad, fecundidad, natalidad, mortalidad, envejecimiento, esperanza de vida al nacer⁷⁵, población activa entre otros.

Por economía de espacio y para una más fácil interpretación de los resultados se han agrupado los conglomerados en tres bloques que, a priori, presentan ciertas similitudes por su proximidad geográfica (Mediterráneo y Sur de Europa; Nórdicos y Anglosajones Europeos; Países del Centro de Europa) y un cuarto bloque del resto de países del mundo (Países no Europeos). En la tabla (Tabla 5) se agrupan los referidos países, incluyéndose algunas de sus características geopolíticas.

Población

Se ha estudiado la evolución del tamaño poblacional a través de su representación gráfica en ejes de dos coordenadas desde el año 1975 hasta la actualidad y las estimaciones hasta el año 2050.

Distribución por grandes grupos de edad

A la hora de determinar grandes grupos de edad con influencia en la prevalencia de la dependencia se ha optado por estudiar dos grandes grupos de edad los

75: European Union Task Force on Health Expectancies. Healthy life years in the European Union: facts and figures 2005. European Health Reports. 2008.

de 65 o más años y los menores de esta edad. En este estudio no se han desagregado para sexo las tablas de edad, pese a conocer que las mujeres «presentan mayor tasa de discapacidad, mayor proporción de discapacidades para realizar las actividades de la vida diaria, mayor longevidad y mayor número de años en situación de soledad⁷⁶».

El motivo de no desagregar por sexo es que los datos disponibles inicialmente no separan por sexo la prevalencia de dependencia o de su equivalente. Por ello el estudio se ha realizado analizando la evolución a través de su representación gráfica en ejes de dos coordenadas, de la tasa de envejecimiento (65 y más años, con relación a población total), desde el año 1975 hasta la actualidad y las estimaciones hasta el año 2050.

Natalidad, mortalidad y fecundidad

Se ha analizado la evolución de las tasas de natalidad, mortalidad y fecundidad, a través de su representación gráfica en ejes de dos coordenadas, desde el año 1995 y el año 2012.

De la tendencia de estas variables deriva directamente la previsible evolución futura de la población total. Consiguientemente variaciones significativas de sus actuales tendencias modificarían sustancialmente las previsiones futuras de la población total y lógicamente del número de dependientes esperado.

76: Guillén M. Longevidad y dependencia en España. Consecuencias sociales y económicas. Bilbao: Ed. Fundación BBVA; 2006. 184 p.

La tasa de natalidad es el total de nacimientos registrados durante el año de las madres pertenecientes, en este caso a un conglomerado (país o estado) específico, en el correspondiente año por cada 1.000 habitantes (población residente media en el año).

La tasa de mortalidad se corresponde con el total de defunciones a lo largo del año de personas pertenecientes al conglomerado por cada 1.000 habitantes del mismo (población residente media en el año).

La tasa de fecundidad se define por el total de nacimientos de madres de un determinado conglomerado ocurridos en el año, por cada 1.000 mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años de edad).

Esperanza de vida al nacer

La esperanza de vida al nacer condiciona el tamaño poblacional y muy especialmente la previsión futura del número de dependientes, muy relacionada esta cifra con la proporción de personas mayores en la población.

Se define como el número medio de años que viviría una generación de individuos de un conglomerado, si se cumplieran los patrones de mortalidad para cada edad, obtenidos en el año en cuestión (Ver método de cálculo en <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft20%2Fp319a&file=inebase&L=0>).

Envejecimiento

Para medir el envejecimiento de la población de un conglomerado se ha estudiado el índice de envejecimiento, ya que la mayoría de los casos de dependencia se concentran en las edades más longevas.

El índice de envejecimiento para cada conglomerado se calcula por el porcentaje que representa la población mayor de 64 años sobre la población menor de 16 años al 1 de enero de cada año.

Población activa y jubilación

El peso que representan para un país la población en edad de trabajar y su población pensionista por jubilación, así como su población dependiente económicamente, son esenciales para conocer la viabilidad de los sistemas de protección social, y por tanto también el de atención a las personas en situación de dependencia.

En el estudio se han obtenido los datos correspondientes a la tasa de dependencia (dependencia económica), el índice de recambio de población en edad activa y el saldo activos/jubilados.

La tasa de dependencia (dependencia económica) es el cociente entre la población de un conglomerado, a 1 de enero del año, menor de 16 años o mayor

de 64 entre la población de 16 a 64 años. Tiene un claro significado económico, al representar la medida relativa de la población potencialmente inactiva sobre la potencialmente activa.

El índice de recambio de la población en edad activa es la relación entre la población de 60 a 64 años y la población de 15 a 19 años de un mismo conglomerado, a 1 de enero del año .

El saldo activos/jubilados se expresa como la proporción de activos (población entre 15 y 64) y la población de 65 o más años, para un conglomerado y en un año concreto.

Atención a la dependencia

El objeto final del estudio no es tanto la calificación formal de dependiente sino el número real de dependientes administrativos para un país que serán aquellos que efectivamente precisen y reciban atención y cuidados formales.

Se ha comprobado para los diferentes países a estudio la existencia de un modelo público o, en su caso, privado que dé garantías de atención específica a las personas en situación de dependencia, a través de facilitar los servicios correspondientes, directa o indirectamente. Así se ha comprobado para cada caso la existencia de sistema específico, el año de entrada en vigor y el tipo de cobertura (universal o limitada)⁷⁷.

77: Montserrat J. El reto de un sistema universal de protección a la dependencia: una estimación del coste del modelo. *Presupuesto y Gasto Público*. 2005;39:309–27.

Como complemento a la caracterización del sistema de cobertura se ha analizado también el sistema de financiación del modelo (impuestos, cotizaciones sociales, privada) y la participación de los usuarios en la financiación^{78,79} (copago superior al 25%).

Las variables estudiadas en el sistema de evaluación⁸⁰ son la tipología de la red de valoración (red específica o red sanitaria asistencial) y la profesión del profesional en que preferentemente recae la evaluación (médico o social).

Proporción de dependientes

Para poder estimar el número de dependientes conviene formular primero que la determinación de la cifra de dependientes en un país es un tema clave de difícil solución por varios motivos:

- Por la existencia de países que aun ocupándose de esta contingencia lo hacen de forma integrada en otras coberturas o bien, como parte de la cobertura de la discapacidad.
- Por la dificultad de equiparar distintos tipos de gravedad y sistemas de evaluación de la dependencia de los distintos países

78: Pozo-Rubio R, Escribano-Sotos F, Moya-Martínez P et al. El copago en dependencia en el actual contexto socioeconómico: ¿carácter recaudador y eficiente o factor de riesgo de empobrecimiento de las familias? Comunicación en las XXXV Jornadas de AES; 18 junio 2015; Granada, España. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2015.

79: Montserrat J. El copago en la ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia: costes e impacto en las rentas de los usuarios. Papeles de Economía Española. 2011;129: 195–206.

80: Borobia C. Valoración del daño corporal: legislación, metodología y prueba pericial médica. Madrid: Editorial Masson; 2006. 544 p.

- Porque los sistemas indemnizatorios no garantizan el uso de los recursos en la atención al dependiente.

Se ha trabajado sobre las siguientes premisas:

- La atención que tiene relevancia con el objeto del estudio es la atención formal de la dependencia
- Se considera que esta atención formal recae sobre personas con un nivel importante cuando se presta en instituciones residenciales⁸¹ o a domicilio, excluyéndose elementos preventivos o complementarios, como dispositivos de teleasistencia, ayudas técnicas y otras modalidades.

De esta forma a efectos del estudio se considera como cifra de dependencia el número de personas que reciben atención formal en dependencia (Long Term Care en las estadísticas de OCDE)⁸², tanto por estar ingresados en una institución residencial, como atendidos a domicilio⁸³.

Sexo y edad

Tanto el sexo como la edad han sido invocados por la mayoría de los autores

81: Ayuso M, del Pozo R, Escribano F. Factores sociodemográficos y de salud asociados a la institucionalización de personas dependientes. *Revista Española de Salud Pública*. 2010;84:6,789-98.

82: Lafortune G, Balestat G. Trends in Severe Disability Among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and the Future Implications. *OECD Health Working Papers*, No. 26, OECD Publishing; 2007.

83: OECD/European Commission. *A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care*. *OCDE Health Policy Studies*, OECD Publishing. 2013. 263 p.

como dos marcadores claves para la entrada en situaciones de dependencia. La falta de autonomía personal se presenta sobre todo en mayores de 60 años y con mayor prevalencia en los mayores de 80 años. En el estudio se utiliza el índice de envejecimiento⁸⁴ que es el porcentaje que representa la población mayor de 64 años sobre la población menor de 16 años en el año correspondiente.

En cuanto al sexo, los autores coinciden en que las mujeres presentan tasas de mortalidad significativamente más bajas que los hombres y presentan tasas de dependencia significativamente superiores.

Para determinar en un conglomerado la diferencia de efectivos entre sexos utilizaremos el índice de feminidad. Éste se determina como el número de mujeres hombres por cada 100 hombres para un conglomerado y en un año determinado.

Nivel económico

Los autores coinciden que las personas con menores niveles de ingresos se produce una mayor prevalencia de dependientes. Para valorar esta situación hemos considerado el valor, en los distintos conglomerados, de la tasa de dependencia en mayores (más de 64 años) y el PIB per cápita⁸⁵.

84: López G, Comas A, Monteverde M. Envejecimiento y dependencia. Situación actual y retos de futuro. Barcelona: Caixa d'Estalvis de Catalunya. 2005. 92 p.

85: Nesti G, Campostrini S, Garbin S et al. Providing integrated health and social care for older persons in Italy: The 5th framework programme quality of life and, the European Commission. PROCARE: National Report Italy. 2003.

La tasa de dependencia en mayores (más de 64 años) se calcula por el cociente entre la población de mayor de 64 entre la población de 16 a 64 años, expresado en tanto por ciento.

El PIB per cápita, se calcula dividiendo el PIB de un país por su población. La utilizamos ya que existe evidencia de que la renta per cápita está relacionada con la calidad de vida de sus habitantes. Lo expresamos en dólares USA por habitante y año.

Salud

Algunos de los problemas de salud están asociados con el desarrollo de situaciones de falta de autonomía personal. En nuestro estudio hemos considerado por su accesibilidad dos variables diferentes, la tasa de obesidad y el estado de salud percibida.

La tasa de obesidad la medimos como el porcentaje de personas con obesidad entre el colectivo de personas mayores de 15 años.

El estado de salud percibida se ha recogido de los resultados de las encuestas en los conglomerados midiendo el porcentaje de personas que declaran tener buena o muy buena salud en el colectivo de mayores de 15 años.

Hábitos saludables

Muchos de los malos hábitos de salud han sido considerados por los autores como factores de riesgo de la dependencia en nuestro estudio de ellos nos centraremos en el tabaquismo y el abuso del alcohol.

En cuanto al tabaquismo valoramos en los conglomerados el porcentaje de fumadores diarios (manifiestan consumir al menos un cigarrillo todos los días), sobre la población general. Información para el colectivo de mayores de 15 años.

En lo referente al abuso del alcohol la variable a medir ha sido el consumo de litros año per cápita en el colectivo de mayores de 15 años.

Nivel educativo

Los autores encuentran una relación inversa entre los niveles educativos y el nivel de dependencia de las personas. Por la accesibilidad de los datos se ha estudiado el papel como factor de riesgo del nivel de estudios universitarios, medido este como el porcentaje de personas con estudios universitarios o terciarios entre las personas de 15 a 64 años.

5.3.3. Método para el estudio analítico

En una tercera fase se han realizado los contrastes de causalidad entre las variables independientes del sistema de evaluación (sistema público de depen-

dencia, objeto de la protección, universalización, aportación, gestión, carencia, evaluación, lugar de evaluación, evaluadores preferentes y ámbito temporal) con las variables dependientes.

5.4. Metodología de investigación

El objeto del estudio es valorar la adecuación de los métodos o sistemas para atender la dependencia y para evaluar al dependiente.

La metodología seleccionada es la realización de un estudio ecológico descriptivo y analítico. Se eligió el diseño de un estudio ecológico descriptivo y analítico porque «son diseños epidemiológicos de carácter predominantemente descriptivo que se centran en la comparación de grupos frente a la habitual sobre individuos⁸⁶».

En este estudio no son casos o individuos como ocurre en los estudios epidemiológicos habituales sino que en estos cada caso es un conglomerado, como un país por ejemplo. Así mismo, las mediciones no son variables o estadísticos simples sino tasas proporciones de la ocurrencia de suceso en cuestión en el conglomerado.

Los elementos se categorizan de la siguiente forma:

86: Bolumar F, Vioque J, Rebagliato M. Estudios descriptivos ecológicos. Estudios transversales. En: Medicina Preventiva y Salud Pública. 10ª ed. Madrid: Ed. Masson; 2001. 1264 p.

- Los conglomerados a estudiar, equivalentes a casos en los estudios epidemiológicos clásicos, serán el colectivo de personas que integra cada uno países seleccionados.
- La variable o variables dependientes serán la proporción de dependientes graves por cada país (o conglomerado).
- Las variables independientes, sobre las que fundamentar las hipótesis de causalidad, serán las proporciones de los valores que toma las variables correspondiente a las características del sistema de cobertura o evaluación de la dependencia de los países a estudio.
- Las variables de confusión a neutralizar serán las tasas o índices de los considerados factores de riesgo de los países o conglomerados.

5.4.1. Método estadístico de análisis

El mayor o menor número de personas dependientes de un país dependerá, además de la magnitud de los factores o marcadores de riesgo presente en la sociedad, de la existencia de sistemas de coberturas de la contingencia que den lugar a prestaciones económicas o en especies.

Debido a que «uno de los principales problemas que presentan los estudios ecológicos es la incapacidad para controlar adecuadamente el efecto de posibles factores de confusión⁸⁷», se han aplicado técnicas estadística de neutralización del confounding de las variables independientes identificadas como factores de

87: Vioque J, Fenollar J. Distribución de la mortalidad por cáncer de cérvix en España (1981-1986). Un estudio Ecológico. Med Cin. 1995;104:287-92.

riesgo: índice de feminidad, índice de dependencia de mayores, estudios universitarios, estado de salud percibida, tasa de obesidad, tabaquismo, consumo alcohol y PIB per cápita.

Para el análisis de los factores como variables independientes con influencia en la variable dependiente (población con dependencia) se ha empleado un análisis de correlación parcial⁸⁸. Este estudio se hace como una primera fase para descartar de un modelo de regresión aquellas variables con menor magnitud de asociación.

Para poder valorar la influencia sobre la variable dependiente (población con dependencia) sobre las 5 variables del sistema de atención y evaluación de la dependencia sobre un modelo que permita simulaciones futuras del número de dependientes se ha utilizado un Modelo Lineal General de tipo Univariante. Este caso además, se han neutralizado, como variables de confusión, factores de riesgo de mayor magnitud tratándolos como covariables. Este análisis nos permite utilizar simultáneamente un análisis de regresión y un análisis de varianza para la variable dependiente

Por último se ha realizado también un análisis de comparación de medias para determinar, de forma aislada, que variables del sistema de análisis y evaluación tienen una influencia directa en la proporción de personas dependientes de forma aislada.

88: Argimon Pallas JM, Jiménez Villa J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 3ª ed. Madrid: Elsevier España; 2007. 393 p.

6. RESULTADOS

6.1. Descripción de países o conglomerados

Los treinta y cuatro países estudiados (países miembros de la OCDE) se distribuyen en: 25 países europeos (21 de ellos miembros de la UE), 4 países americanos, 3 asiáticos y 2 de Oceanía (ver tabla 6).

Bloque de estudio	País	Superficie	Sistema político	Insularidad	Estructura administrativa
Mediterráneo y Sur de Europa	Eslovenia	20.253	República parlamentaria	Continental	
	España	504.782	Monarquía parlamentaria	Península e Islas	17 CCAA
	Franca	640.679	República parlamentaria	Continental e Islas	22 regiones
	Grecia	131.957	República parlamentaria	Península y 2.000 Islas	7 CCAA
	Israel*	22.145	República parlamentaria	Continental	6 CCAA
	Italia	301.263	República parlamentaria	Península e Islas	20 CCAA
	Portugal	92.072	República parlamentaria	Continental	20 CCAA
Nórdicos y Anglosajones Europeos	Turquía	780.580	República parlamentaria	Continental e Islas	81 CCAA
	Estonia	45.226	República parlamentaria	Continental	15 CCAA
	Finlandia	337.033	República parlamentaria	Continental	19 CCAA
	Irlanda	70.273	República parlamentaria	Continental	4 EEFF
	Islandia	123.125	República parlamentaria	Continental	8 CCAA
	Noruega	321.477	Monarquía parlamentaria	Continental	19 CCAA
	Reino Unido	243.610	Monarquía parlamentaria	Grandes Islas	4 EEFF
Países del Centro de Europa	Suecia	449.964	Monarquía parlamentaria	Continental	3 CCAA
	Alemania	356.854	República federal	Continental	16 EEFF
	Austria	83.870	República federal	Continental	9 EEFF
	Bélgica	30.528	Monarquía parlamentaria	Continental	3 EEFF
	Dinamarca**	43.094	Monarquía parlamentaria	Península e Islas	5 CCAA
	Hungría	90.030	República parlamentaria	Continental	19 CCAA
	Luxemburgo	2.586	Monarquía parlamentaria	Continental	
	Países Bajos	41.526	Monarquía parlamentaria	Continental	12 CCAA
	Polonia	312.679	República parlamentaria	Continental	16 CCAA
Países del resto del mundo	República Checa	78.866	República parlamentaria	Continental	13 CCAA
	Eslovaquia	48.845	República parlamentaria	Continental	8 CCAA
	Sulza	41.285	República federal	Continental	26 EEFF
	Australia	7.686.850	Monarquía parlamentaria	Grandes Islas	6 EEFF
	Canadá	9.970.610	Monarquía parlamentaria federal	Continental	13 CCAA
	Chile	756.102	República parlamentaria	Continental	15 CCAA
	Corea	100.032	República parlamentaria	Península e Islas	16 CCAA
	Estados Unidos	9.371.174	República parlamentaria	Continental	50 EEFF
	Japón	374.744	Monarquía parlamentaria	Continental	8 CCAA
	México	1.964.375	República parlamentaria	Continental	32 EEFF
	Nueva Zelanda	268.218	Monarquía parlamentaria	Grandes Islas	16 CCAA
	* Israel país asiático integrado en el grupo mediterráneo y sur de Europa				
** No incluida Terranova					

Tabla 6: Descripción de países

Su superficie oscila desde los más de 9.970. 610 km² de Canadá a los 2.586 de Luxemburgo.

Todos sus sistema políticos, son democracias formales. Se presentan simplificados en la tabla sus regímenes en dos modalidades la República Parlamentaria y la Monarquía Parlamentaria, en dependencia de si la Jefatura del Estado recae en figura dinástica o electa, tanto por votación cameral o directa, en este segundo caso.

Se han recogido en el cuadro los países que cuentan con claras características de insularidad, ya que en ulteriores estudios sobre la materia la dispersión territorial podría ser una variable tener en cuenta.

Se presenta también en una tabla la información sobre la estructura administrativa y organización territorial del país. Aquí se ha optado por clasificar los territorios en base a dos categorías, el máximo de autonomía ejecutiva de Estados Federales (EE.FF.) o de descentralización gestora para Comunidades Autónomas (CC.AA.), agrupando en esta última afección aquellas demarcaciones administrativas que cuentan con un nivel de autonomía sensiblemente menor que los Estados Federales.

6.1.1. Evolución de la población total

En los países incluidos en el grupo del Mediterráneo y Sur de Europa (ver tabla 7 y gráfico 1), comprobamos que la población total de Eslovenia, tras un crecimiento

relativamente uniforme entre los años 1975 y 1988, se mantuvo sin cambios entre los años 1989 y 2009. Después del 2010 se inicia un ligero crecimiento que acabará neutralizándose en las proyecciones hasta el 2050.

La población total española mantiene un ligero crecimiento desacelerado desde 1975 hasta el año 2000. Tras un paréntesis de crecimiento más pronunciado entre los años 2004 y 2008 inicia la senda del decrecimiento que mantendrá uniforme, según las proyecciones al año 2050.

	1980	1990	2000	2010	2020*	2030*	2040*	2050*
Eslovenia	1.778	1.998	1.989	2.049	2.142	2.155	2.141	2.115
España	35.531	38.850	40.263	46.071	45.249	43.992	42.926	41.768
Francia	52.699	56.709	59.062	62.918	66.098	68.653	70.825	72.341
Grecia	9.047	10.157	10.917	11.153	11.426	11.307	11.045	10.605
Israel	3.455	4.660	6.289	7.624	8.983	10.398	11.995	13.824
Italia	55.441	56.719	56.942	60.483	62.497	63.483	63.889	63.546
Portugal	9.093	9.983	10.290	10.573	10.832	10.894	10.865	10.674
Turquía	39.905	55.376	66.330	73.142	81.699	88.164	92.127	93.469
Fuente: OECD Health. Demographic references.								
Elaboración propia								
* Valores estimados								

Tabla 7: Población total Países del Mediterráneo y Sur de Europa Total real y estimaciones en miles de habitantes

La población francesa presenta un crecimiento moderado desde 1975 hasta 2013. Las proyecciones estiman la misma tendencia de crecimiento hasta el 2050, con una ligera desaceleración en los últimos años 10 años.

La población de Grecia ha tenido un crecimiento desacelerado entre los años 1975 y 2013. Las proyecciones indican que tras un periodo de meseta sin crecimiento, iniciaría un decrecimiento paulatinamente más acelerado, a partir éste del año 2020.

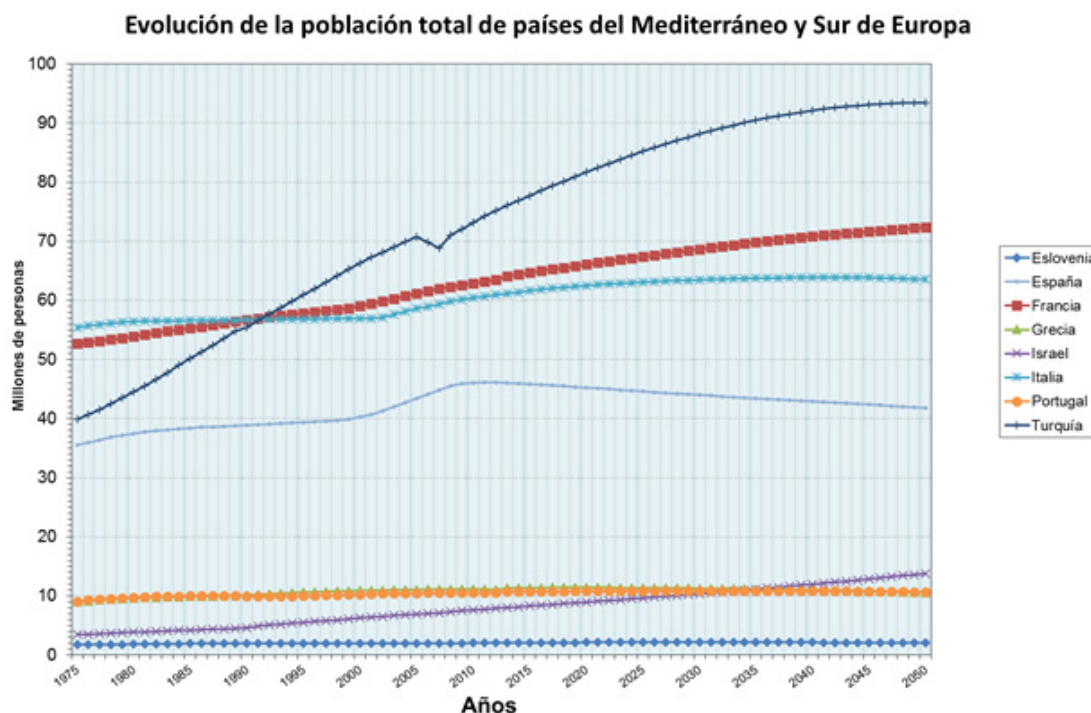


Gráfico 1: Evolución de la población total de países del Mediterráneo y Sur de Europa

La población de Israel⁸⁹ ha mantenido entre los años 1975 y 2013 una estable y pronunciada pendiente de crecimiento y todo parece indicar que mantendrá sin cambios, la misma tendencia hasta el año 2050.

La población de Italia que tuvo un crecimiento importante entre los años 1975 y 1980, ralentizó el mismo entre los años 1981 y 2002, a partir de ese año dispara su crecimiento que se desacelera paulatinamente hasta el año 2035, llegando incluso a descender después de ese año.

La población total de Portugal⁹⁰ que ha permanecido estable en el periodo ha

89: Asiskovitch S. The Long-Term Care Insurance Program in Israel: solidarity with the elderly in a changing society. Israel Journal of Health Policy Research. 2013; 2:3.

90: Samitca S, Joël ME, Dufour-Kippelen S. The Long-Term Care System for the Elderly in Portugal. Economics Papers from University Paris Dauphine, Paris Dauphine University. 2010.

comenzado a decrecer ligeramente a partir del 2011, tendencia que mantendrá hasta el 2050.

La población total de Turquía^{91, 92} mantiene todo el periodo una importante tendencia de crecimiento.

En el grupo de Países Nórdicos y Anglosajones Europeos (ver tabla 8 y gráfico 2) observamos que la población total de Estonia ha crecido desde el año 1975 iniciando, a partir de 1990, una senda de decrecimiento, más pronunciada hasta el año 1998 para después moderarse.

La población total de Finlandia con un crecimiento uniforme, desacelerará ese crecimiento a partir de 1930.

	1980	1990	2000	2010	2020*	2030*	2040*	2050*
Estonia	1.429	1.569	1.379	1.337	1.284	1.208	1.162	1.131
Finlandia	4.711	4.988	5.177	5.363	5.617	5.839	5.981	6.089
Irlanda	3.177	3.506	3.790	4.555	4.774	5.079	5.327	5.482
Islandia	218	255	281	318	345	375	400	420
Noruega	4.007	4.241	4.491	4.889	5.061	5.382	5.635	5.854
Reino Unido	78.674	79.433	82.212	81.777	79.915	77.353	73.831	69.414
Suecia	8.192	8.559	8.872	9.378	10.238	10.711	10.992	11.326
Fuente: OECD Health. Demographic references.								
Elaboración propia								
* Valores estimados								

Tabla 8: Población total Países Nórdicos y Anglosajones Europeos Total real y estimaciones en miles de habitantes

91: Karadeniz O. Pensions, Health Care and Long-term Care. Turkey. Annual National Report ASISP; 2012.

92: Tatar M, Mollahaliloglu S, et al. Turkey: Health system review. Health Systems in Transition, 2011;13(6):1-186.

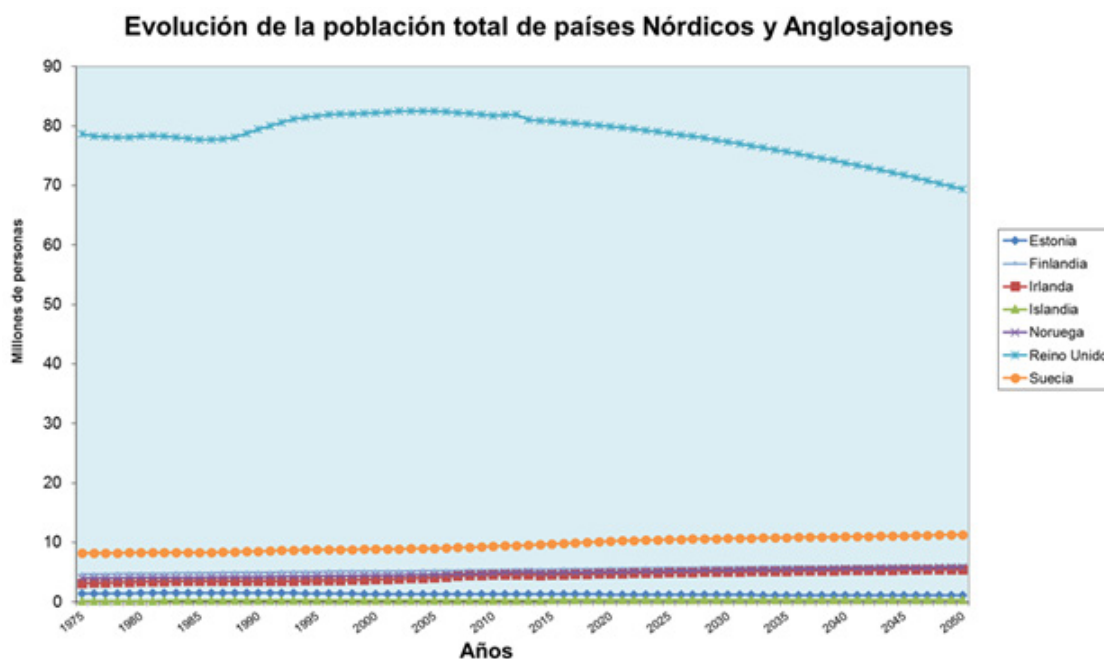


Gráfico 2: Evolución de la población total de países Nórdicos y Anglosajones

La población total de Irlanda⁹³ ha mantenido entre los años 1975 y 2013 una estable y no muy pronunciada pendiente de crecimiento. Las proyecciones indican que se mantendrá sin cambios esta tendencia hasta el año 2050.

La población total de Islandia ha mantenido entre los años 1975 y 2013 una estable y poco pronunciada pendiente de crecimiento que mantendrá sin cambios.

Similar comportamiento presentan los otros países del grupo, con la única excepción de Suecia que mantiene una suave pendiente de crecimiento todo el periodo.

En el grupo de países del Centro de Europa (ver tabla 9 y gráfico 3) Alemania

93: Mercer Ltd. Study to examine the future financing of long-term Care in Ireland. On behalf the department of social & family affairs. Government of Ireland. 2002. 164 p.

mantuvo el crecimiento hasta el año 2013, año a partir del que ha comenzado a decrecer.

La población total de Austria continuará creciendo, aunque de forma muy moderada, hasta el año 2050.

	1980	1990	2000	2010	2020*	2030*	2040*	2050*
Alemania	78.674	79.433	82.212	81.777	79.915	77.353	73.831	69.414
Austria	7.579	7.678	8.012	8.361	8.696	8.985	9.193	9.323
Bélgica	9.801	9.967	10.251	10.920	11.758	12.331	12.733	13.139
Dinamarca	5.060	5.141	5.340	5.548	5.688	5.854	5.964	6.047
Hungría	10.541	10.374	10.211	10.000	9.591	9.188	8.748	8.316
Luxemburgo	359	382	436	507	523	569	610	644
Países Bajos	13.666	14.952	15.926	16.615	17.240	17.589	17.611	17.343
Polonia	34.022	38.034	38.256	38.517	37.830	36.796	36.112	34.543
República Checa	10.062	10.363	10.273	10.517	10.530	10.385	10.112	9.795
República Eslovaca	4.739	5.299	5.389	5.391	5.417	5.340	5.139	4.880
Suiza	6.339	6.712	7.184	7.828	8.379	8.726	8.901	8.981

Fuente: OECD Health. Demographic references.
Elaboración propia
* Valores estimados

Tabla 9: Población total países del Centro de Europa Total real y estimaciones en miles de habitantes

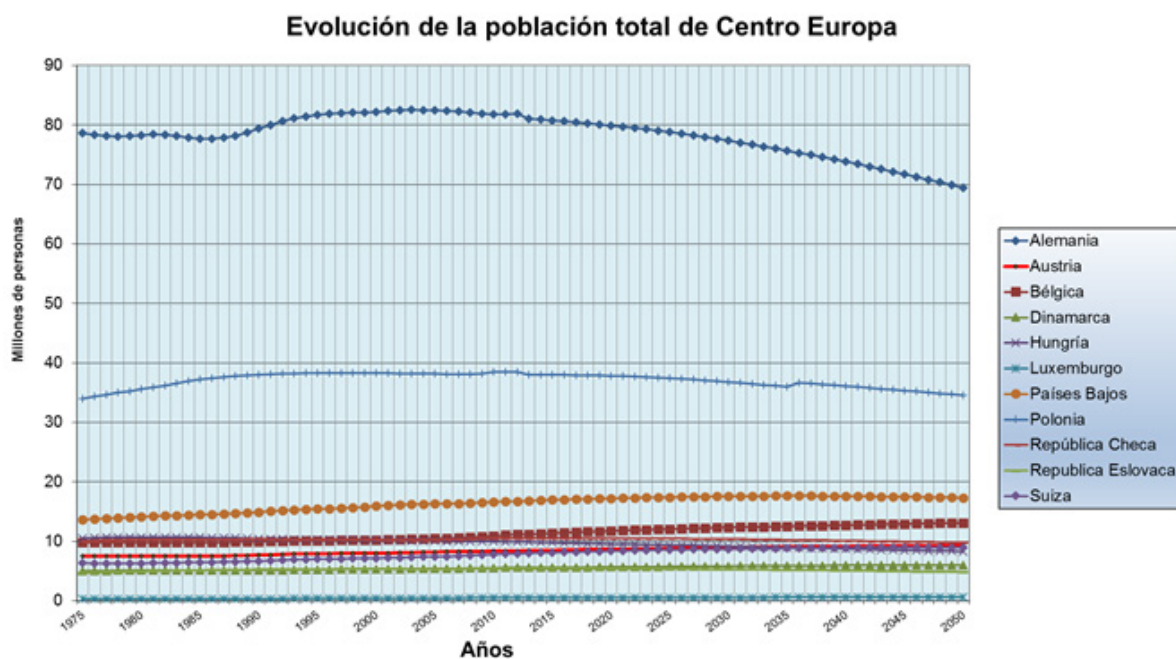


Gráfico 3: Evolución de la población total de Centro Europa

Similar comportamiento tiene la población en Bélgica, pero en este caso se prevé un decrecimiento ligero a partir del 2040.

La población de Dinamarca mantuvo un crecimiento ligero desde 1975. A partir de 1993 se da un crecimiento de mayor intensidad que mantiene también en las proyecciones hasta 2050.

Poco más a comentar en este grupo donde, la población de Hungría, que se mantuvo casi estable entre los años 1975 y 1988 comenzó una senda de decrecimiento que se ira paulatinamente incrementando hasta el año 2050.

Luxemburgo ha mantenido un crecimiento moderado en el periodo.

La población de los Países Bajos continuará creciendo hasta después del año 2050.

La población de la República Checa permanece estable desde 1980 y así continuará hasta el año 2018 en que empezará a decrecer de forma acelerada.

Similar comportamiento presenta la población eslovaca que continuará creciendo hasta el año 2018, para decrecer después lentamente.

Suiza continuará creciendo hasta el año 2038 en que iniciará su decrecimiento.

En el grupo de países no Europeos (ver tabla10 y gráfico 4), la población total de Australia continuará creciendo de forma importante hasta más allá del año 2050.

	1980	1990	2000	2010	2020*	2030*	2040*	2050*
Australia	13.893	17.065	19.027	22.032	26.036	30.106	33.926	37.595
Canadá	23.145	27.691	30.687	34.127	38.025	41.740	45.180	48.606
Chile	10.413	13.179	15.398	17.094	18.549	19.587	20.110	20.205
Corea	35.281	42.869	47.008	49.410	51.435	52.160	51.091	48.121
EE.UU.	215.973	249.623	282.162	309.326	333.896	358.471	380.016	399.803
Japón	111.940	123.611	126.923	128.057	124.100	116.618	107.276	97.076
México	58.717	87.065	100.896	114.256	127.092	137.481	145.416	150.838
Nueva Zelanda	3.118	3.390	3.858	4.366	4.566	4.825	4.991	5.046

Fuente: OECD Health. Demographic references.
Elaboración propia
* Valores estimados

Tabla 10: Población total países no Europeos. Total real y estimaciones en miles de habitantes

También la población de Canadá continuará creciendo de forma importante hasta el año 2050.

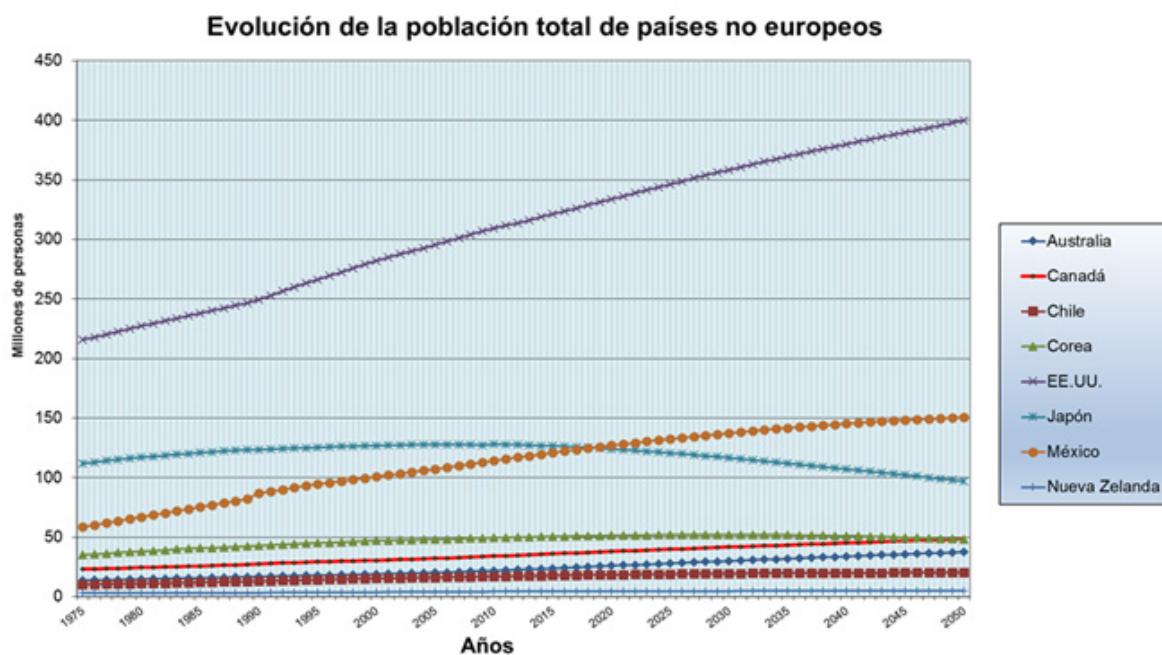


Gráfico 4: Evolución de la población total de Países no Europeos

La población de Chile ha tenido un crecimiento paulatinamente desacelerado desde 1975 hasta el 2013. Las proyecciones contemplan el mismo comportamiento alcanzándose el crecimiento cero en el año 2035.

La población total de Corea⁹⁴ ha tenido un crecimiento paulatinamente desacelerado desde 1975 hasta el 2013. Las proyecciones marcan una inversión en la tendencia a partir del 2030.

La población total de los Estados Unidos mantiene desde 1975 una marcada tendencia de crecimiento, que continúa en las proyecciones al 2050.

La población total de Japón mantuvo un ligero crecimiento desacelerado desde 1975 hasta el año 2000. A partir del año 2000 y hasta el 2015 se mantiene sin crecimiento. Las proyecciones hasta el año 2050 prevén una caída acelerada de su población.

La población total mexicana continuará creciendo hasta el año 2042, año a partir del cual comenzará a decrecer.

La población total de Nueva Zelanda continuará creciendo hasta el año 2050.

94: Kwon S. Future of long-term care financing for the elderly in Korea. *J Aging Soc Policy*. 2008;20(1):119-36.

6.1.2. Evolución de la Tasa de Natalidad

En el grupo de países del Mediterráneo y del Sur de Europa (ver tabla 11 y gráfico 5) destaca el comportamiento de la natalidad de Turquía y de Israel.

En el caso de Turquía se ha producido una gran disminución de su natalidad de forma constante, partiendo de una tasa de natalidad del 33,8 por mil baja hasta 17 en el 2012.

	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010
Eslovenia	16,6	15,7	13,4	11,2	9,5	9,1	9,1	10,9
España	18,8	15,3	11,9	10,3	9,2	9,9	10,7	10,5
Franca	14,1	14,9	13,9	13,4	12,6	13,1	12,7	12,8
Grecia	15,7	15,3	11,8	10,1	9,5	9,5	9,7	10,3
Israel	27,6	24,3	23,5	22,2	21,1	21,7	20,8	21,8
Italia	15,2	11,7	10,4	10,2	9,3	9,5	9,5	9,3
Portugal	19,8	16,2	13,0	11,6	10,7	11,7	10,4	9,6
Turquía	33,8	31,7	30,0	24,0	21,7	19,7	17,9	17,5

Fuente: OECD Population and Vital Statistics
Elaboración propia

Tabla 11: Evolución de la tasa de natalidad grupo de Países del Mediterráneo y Sur de Europa. Nacidos vivos por mil habitantes

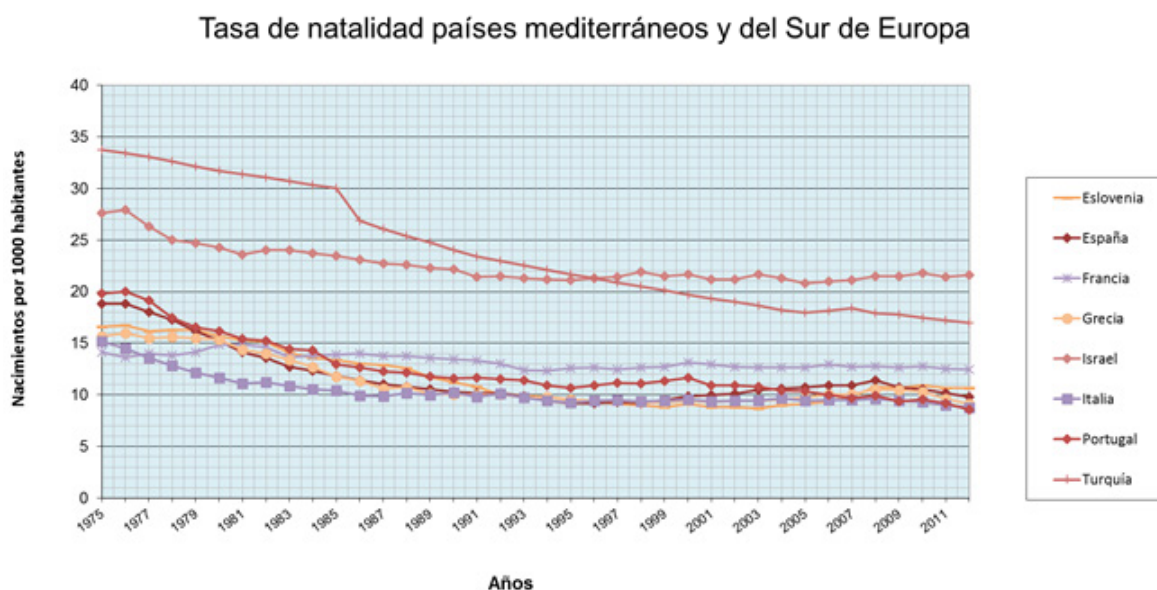


Gráfico 5: Tasa de natalidad países mediterráneos y del Sur de Europa

En el caso de Israel el descenso, mucho más moderado, en 1975 (27,6 por mil) hasta el de 1991 (21,40) manteniéndose desde entonces prácticamente estable.

El resto de los países del grupo que se encontraban en una franja de poco más de 5,5 puntos (entre 19,8 y 14,1) en 1975, han descendido en el periodo concentrando sus valores en menos de 4,5 puntos en 2012 (8,6 y 12,4). En este descenso han tenido la mayor caída España y Portugal que han pasado de las natalidades más altas (19,8 Portugal y 18,8 España) a las más bajas del grupo en 2012 (8,6 Portugal y 9,8 España)⁹⁵. En cualquier caso, las cifras de estos 6 países se han estabilizado a partir de 1990.

En el grupo de países Nórdicos y Anglosajones Europeos (ver tabla 12 y gráfico 6) se mantuvo, en el periodo de 1975 a 2011, una estabilidad en la tasa de natalidad con la única excepción de Irlanda que paso de 21,09 nacimientos por mil habitantes a 15,75 en 2011, la caída fue realmente importante hasta el año 1997.

	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010
Estonia	15,0	15,0	15,5	14,2	9,4	9,5	10,6	11,8
Finlandia	14,0	13,2	12,9	13,2	12,3	11,0	11,1	11,4
Irlanda	21,1	21,8	17,5	15,1	13,6	14,5	14,8	16,5
Islandia	20,2	19,7	16,2	18,8	17,2	15,4	14,5	15,5
Noruega	14,0	12,5	12,3	14,4	13,8	13,1	12,3	12,5
Reino Unido	7,6	7,9	7,5	9,2	9,4	9,3	8,3	8,3
Suecia	12,7	11,7	11,7	14,5	11,7	10,1	11,2	12,4
Fuente: OECD Population and Vital Statistics								
Elaboración propia								

Tabla 12: Evolución de la tasa de natalidad de Países Nórdicos y Anglosajones Europeos. Nacidos vivos por mil habitantes

95: Ayuso M, Holzmann R. Natalidad, pirámide poblacional y movimientos migratorios en España: su efecto en el sistema de pensiones. Informes Instituto BBVA de Pensiones. 2014;8:1-18.

Tasa de natalidad de países Países Nórdicos y Anglosajones Europeos

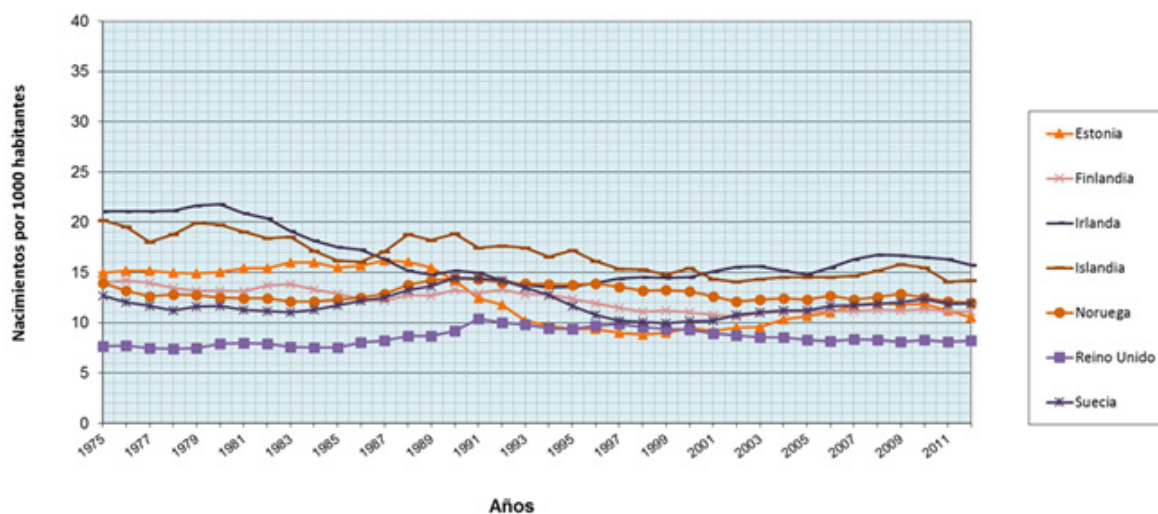


Gráfico 6: Tasa de natalidad de Países Nórdicos y Anglosajones Europeos

En el grupo de países del Centro de Europa (ver tabla 13 y gráfico 7), la tasa de natalidad de Alemania mantuvo, desde 1975 hasta 1991, una suave tendencia creciente. Pasando de 7,64 a 10,37. Inicia a partir de 1991 un descenso más ligero hasta alcanzar los 8,23 nacimientos cada mil habitantes en 2012.

	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010
Alemania	7,64	7,93	7,54	9,15	9,37	9,33	8,32	8,29
Austria	12,40	12,05	11,56	11,78	11,16	9,77	9,51	9,42
Bélgica	12,17	12,62	11,57	12,40	11,27	11,21	11,26	11,81
Dinamarca	14,23	11,13	10,56	12,25	13,38	12,55	11,85	11,43
Hungría	18,41	13,91	12,21	12,15	10,84	9,60	9,62	9,00
Luxemburgo	11,14	11,53	11,18	12,83	13,22	13,06	11,61	11,64
Países Bajos	13,02	12,79	12,28	13,24	12,32	12,97	11,51	11,10
Polonia	18,99	19,56	18,28	14,41	11,31	9,88	9,54	10,72
República Checa	19,06	14,89	13,15	12,60	9,30	8,85	9,99	11,14
República Eslovaca	20,60	19,10	17,47	15,09	11,46	10,23	10,13	11,20
Suiza	12,38	11,66	11,54	12,51	11,68	10,92	9,80	10,26

Fuente: OECD Population and Vital Statistics
Elaboración propia

Tabla 13: Evolución de la tasa de natalidad Países Centro de Europa. Nacidos vivos por mil habitantes

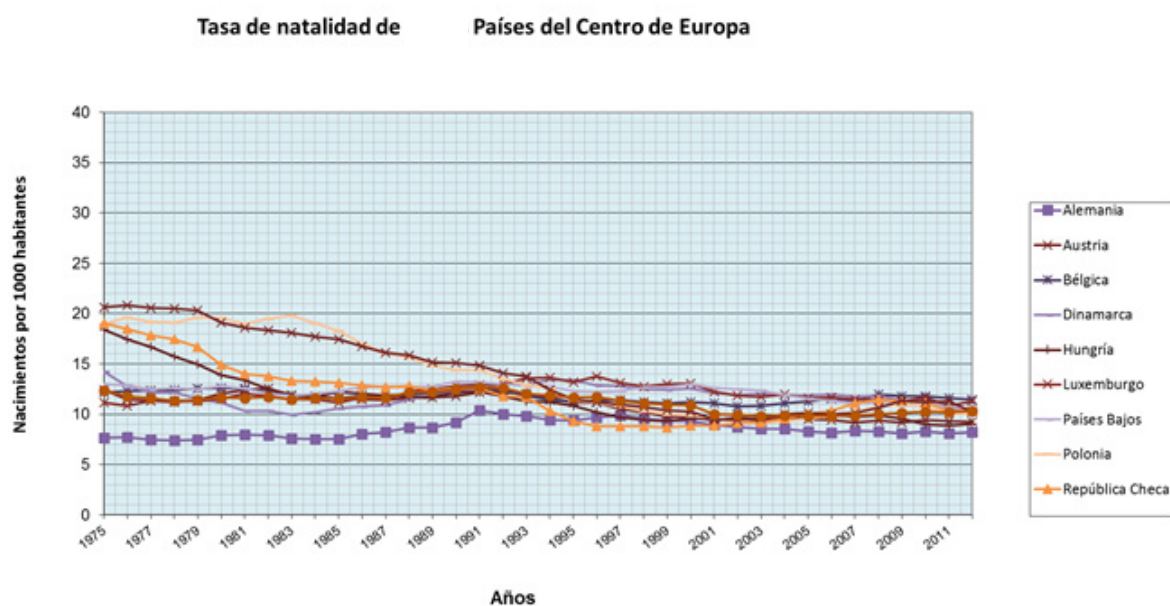


Gráfico 7: Tasa de natalidad de Países del Centro de Europa

El comportamiento de Alemania ha sido similar al resto de los países del grupo excepción hecha de los cuatro que procedían del antiguo bloque de Europa del Este, es decir Hungría, Polonia, República Checa y República Eslovaca. Estos cuatro países experimentaron en el periodo una caída desde cifras de los 20 nacimientos por mil hasta, del año 1975, hasta alrededor de los 9 por mil en el año 2011.

El grupo de países no Europeos (ver tabla 14 y gráfico 8), presentan un comportamiento lógicamente muy desigual. Destacaríamos el comportamiento bastante estable de EE.UU. y Australia que de 1975 a 2012 han tenido una caída del entorno de tres puntos, que en el caso de Nueva Zelanda llega a los cuatro.

Destacan las muy importantes caídas de natalidad del resto de los países debiéndose destacar los casos de México, que ha bajado a la mitad (38 a 19 por mil) y el caso de Japón que partiendo de una natalidad moderada de menos de 17 ha pasado también a la mitad.

	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010
Australia	16,77	15,38	15,39	15,41	14,16	13,19	13,18	13,66
Austria	12,40	12,05	11,56	11,78	11,16	9,77	9,51	9,42
Canada	15,51	15,13	14,55	14,63	12,90	10,69	10,61	11,05
Chile	24,94	23,18	22,42	24,18	19,98	16,75	14,89	14,51
Corea	24,77	22,63	16,06	15,16	15,86	13,50	9,04	9,52
EE.UU.	14,56	12,07	15,81	16,62	14,64	14,23	14,00	13,50
Japón	16,98	13,47	11,83	9,89	9,45	9,38	8,54	8,38
México	38,60	34,20	31,69	27,91	25,87	23,42	21,48	19,71
Nueva Zelanda	18,28	15,93	15,68	17,73	15,71	14,67	14,03	14,66

Fuente: OECD Population and Vital Statistics
Elaboración propia

Tabla 14: Evolución de la tasa de natalidad de países no Europeos. Nacidos vivos por mil habitantes

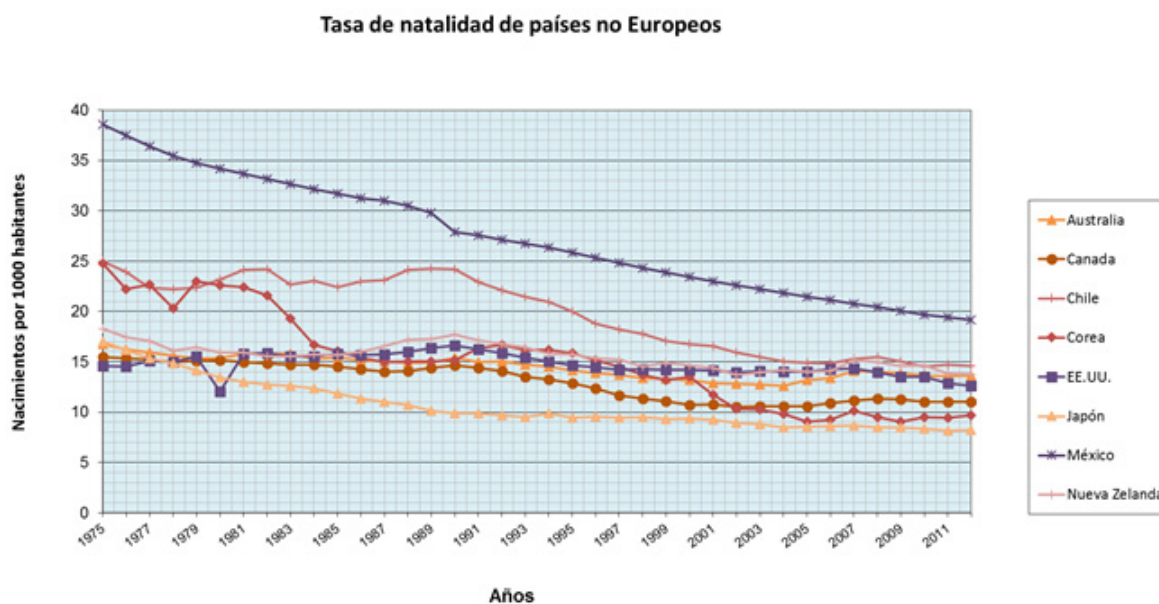


Gráfico 8: Tasa de natalidad de países no Europeos

6.1.3. Evolución de la tasa de mortalidad

El grupo de países Mediterráneos y del Sur de Europa (ver tabla 15 y gráfico 9) ha evolucionado con pocos cambios en la tasa de mortalidad en el periodo 1975 a 2012. Únicamente se apartan del patrón Turquía e Israel. El primero ha pasado de una mortalidad de 11 por mil a menos de la mitad e Israel partiendo de una mortalidad de 7,12 ha pasado a 5,30 por mil.

	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010
Eslovenia	9,4	9,2	9,4	9,5	9,7	10,0	10,3	9,6
España	8,4	7,7	8,1	8,6	8,8	9,0	8,9	8,3
Franca	10,6	10,2	10,0	9,3	9,2	9,0	8,6	8,6
Grecia	8,8	9,0	9,4	9,3	9,4	9,6	9,5	10,6
Israel	7,1	6,8	6,6	6,2	6,4	6,0	5,6	5,2
Italia	10,0	9,9	9,7	9,6	9,8	9,8	9,7	9,7
Portugal	10,8	9,7	9,7	10,3	10,3	10,2	10,2	10,0
Turquía	11,0	9,6	8,4	7,1	6,6	6,4	6,2	6,3

Fuente: OECD Population and Vital Statistics
Elaboración propia

Tabla 15: Evolución de la tasa de mortalidad de países Mediterráneos y Sur de Europa. Fallecidos por cada mil habitantes

Tasa de mortalidad de países Mediterráneos y del Sur de Europa

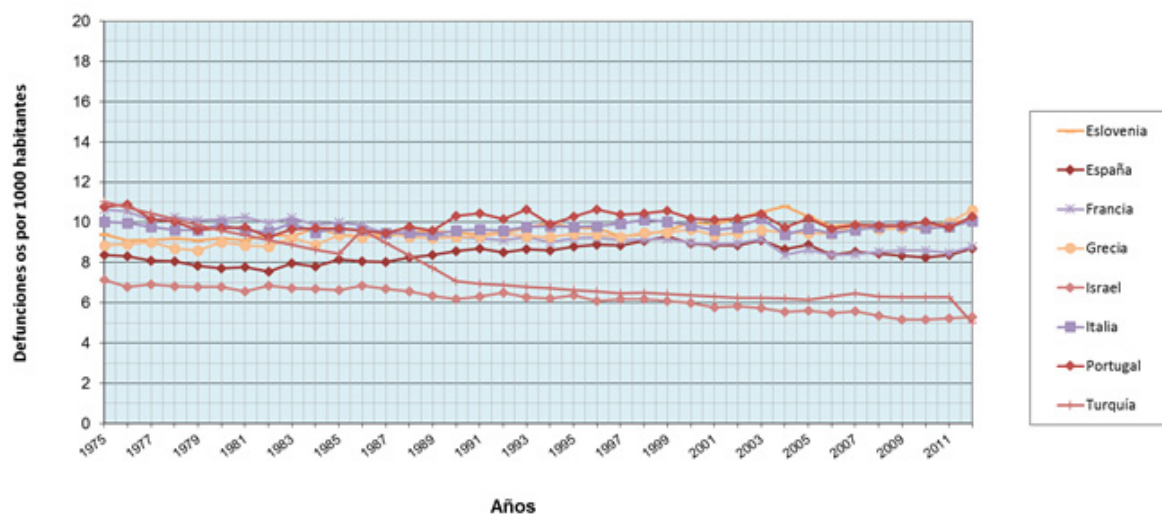


Gráfico 9: Tasa de mortalidad de países Mediterráneos y del Sur de Europa

En el grupo de países Nórdicos y Anglosajones Europeos (ver tabla 16 y gráfico 10) el comportamiento de sus tasa de mortalidad presenta dentro de la estabilidad⁹⁶ los siguientes elementos a destacar dos picos de mortalidad sin aparente explicación en los años 1991 y 1994 en Reino Unido y Estonia respectivamente.

También destacar la importante caída de la mortalidad de Irlanda que pasó de 10,4 a 6,3 en el periodo.

	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010
Estonia	11,6	12,3	12,7	12,4	14,5	13,3	12,8	11,8
Finlandia	9,3	9,2	9,8	10,0	9,6	9,5	9,2	9,5
Irlanda	10,4	9,7	9,3	8,9	8,9	8,0	6,5	6,1
Islandia	6,4	6,6	7,0	6,7	6,0	6,5	6,2	6,3
Noruega	10,0	10,3	10,6	10,8	10,3	9,8	8,9	8,4
Reino Unido	9,5	9,1	9,1	9,0	10,8	10,2	10,1	10,5
Suecia	10,7	11,1	11,3	11,1	10,6	10,5	10,2	9,6

Fuente: OECD Population and Vital Statistics
Elaboración propia

Tabla 16: Evolución de la tasa de mortalidad en países Nórdicos y Anglosajones. Fallecidos por cada mil habitantes

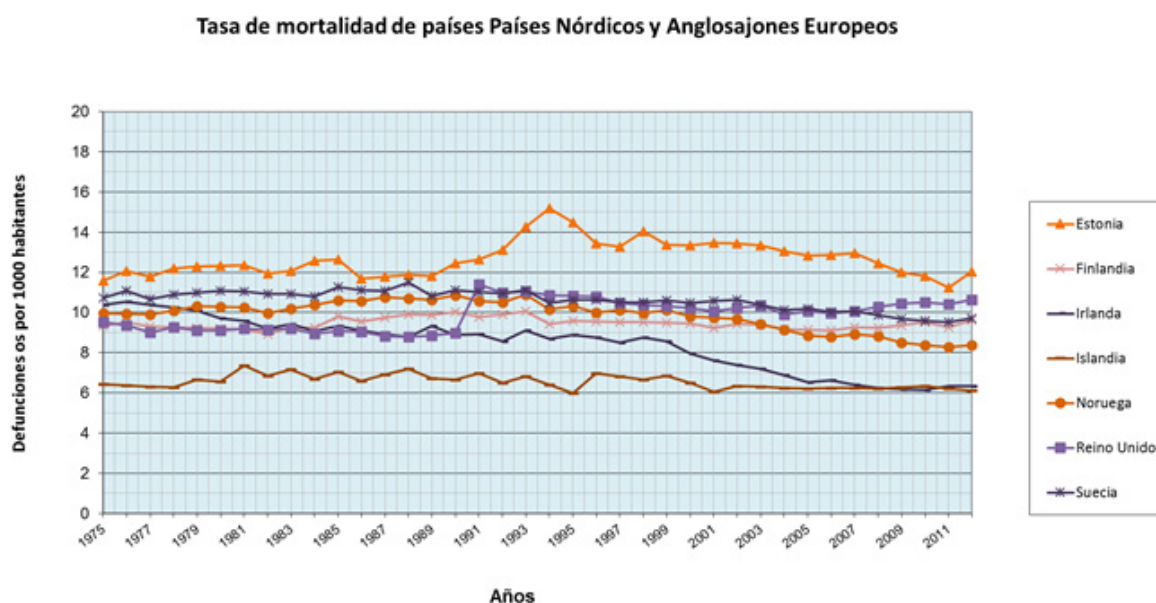


Gráfico 10: Tasa de mortalidad de países Nórdicos y Anglosajones Europeos

96: Fries JF. Aging, Natural Death and the Compression of Morbidity. Bulletin of the World Health Organization. 1980;80: 245-50.

En el grupo de países del Centro de Europa (ver tabla 17 y gráfico 11) tan sólo destaca la caída de la mortalidad de Luxemburgo que cae 5 puntos y el incremento en Alemania cuando se hace efectiva la unificación política.

	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010
Alemania	9,5	9,1	9,1	9,0	10,8	10,2	10,1	10,5
Austria	12,7	12,2	11,8	10,8	10,2	9,6	9,1	9,2
Bélgica	12,2	11,5	11,3	10,5	10,3	10,2	9,9	9,6
Dinamarca	14,2	11,1	10,6	12,3	13,4	12,5	11,9	11,4
Hungría	12,4	13,5	13,9	14,1	14,0	13,3	13,5	13,0
Luxemburgo	12,3	11,3	10,9	10,0	9,3	8,7	7,7	7,5
Países Bajos	8,3	8,1	8,5	8,6	8,8	8,8	8,4	8,2
Polonia	8,8	9,9	10,3	10,3	10,1	9,6	9,6	9,8
República Checa	12,4	13,1	12,7	12,5	11,4	10,6	10,5	10,2
República Eslovaca	9,5	10,2	10,2	10,3	9,8	9,8	10,0	9,9
Suiza	8,8	9,4	9,2	9,5	9,0	8,7	8,2	8,0

Fuente: OECD Population and Vital Statistics
Elaboración propia

Tabla 17: Evolución de la tasa de mortalidad del Centro de Europa. Fallecidos por cada mil habitantes

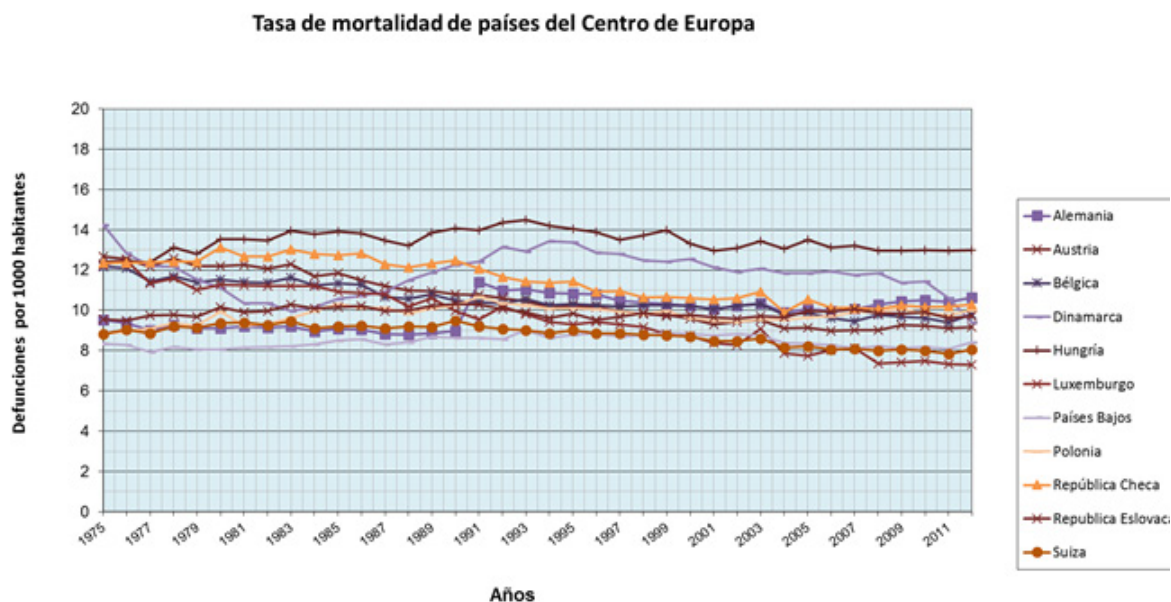


Gráfico 11: Tasa de mortalidad de países del Centro de Europa

En el grupo de países no Europeos (ver tabla 18 y gráfico 12) destaca tan sólo el constante aumento de la tasa de mortalidad de Japón que le traslada de del 6,3 al 10 por mil en el periodo.

	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010
Australia	7,8	6,8	6,7	6,5	6,2	6,0	6,2	6,5
Canadá	7,2	7,0	7,0	6,9	7,2	7,1	7,1	7,1
Chile	7,7	7,0	6,2	6,0	5,5	5,1	5,2	5,6
Corea	7,7	7,3	5,9	5,6	5,4	5,2	5,1	5,2
EE.UU.	8,8	6,4	8,8	8,6	8,7	8,5	8,3	8,3
Japón	6,3	6,2	6,2	6,6	7,3	7,6	8,5	9,8
México	8,2	6,9	6,0	5,6	5,2	5,1	5,2	5,6
Nueva Zelanda	8,0	8,5	8,2	8,0	7,6	6,9	6,5	6,4

Fuente: OECD Population and Vital Statistics
Elaboración propia

Tabla 18: Evolución de la tasa de mortalidad de países no Europeos. Fallecidos por cada mil habitantes

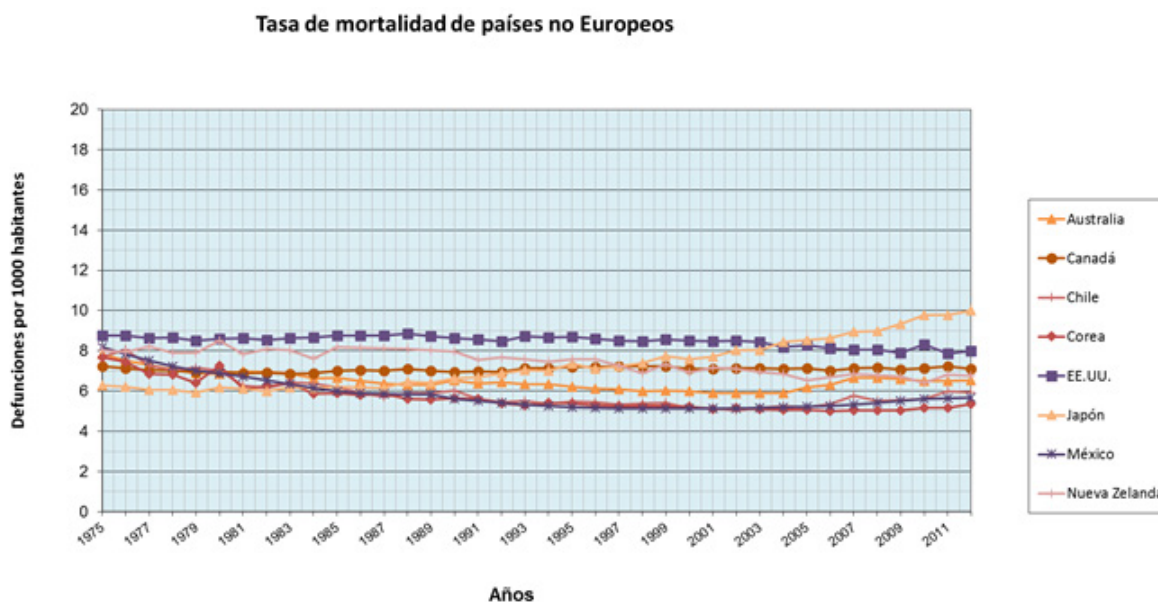


Gráfico 12: tasa de mortalidad de países no Europeos

6.1.4. Evolución de la tasa de fecundidad

En el grupo de países Mediterráneos y del Sur de Europa (ver tabla 19 y gráfico 13) hay que destacar el comportamiento de la tasa de fecundidad de Turquía que partiendo de cifras muy elevadas tiene una radical caída durante todo el periodo, estabilizándose en la primer década del 2000 pero manteniéndose todavía superior al conjunto del grupo.

	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010
Eslovenia	7,6	7,4	6,0	5,0	4,2	4,2	4,3	5,5
España	9,1	7,4	5,6	4,7	4,1	4,3	4,8	5,0
Franca	6,9	7,0	6,4	6,0	5,8	6,3	6,3	6,6
Grecia	7,5	7,5	5,8	4,8	4,5	4,4	4,6	5,1
Israel	12,1	11,3	10,9	9,6	9,1	9,5	9,7	10,3
Italia	7,4	5,6	4,9	4,7	4,3	4,5	4,7	4,8
Portugal	9,2	7,7	6,0	5,3	4,8	5,3	4,9	4,7
Turquía	16,2	14,8	13,6	10,3	8,9	7,9	7,3	7,4

Fuentes: OECD Population and Vital Statistics e Historical population data and projections (1950-2050)
Elaboración propia

Tabla 19: Evolución de la tasa de fecundidad de países Mediterráneos y del Sur de Europa. Nacimientos por cada 100 mujeres en edad fértil (15-64 años)

Tasa de fecundidad países Mediterráneos y del Sur de Europa

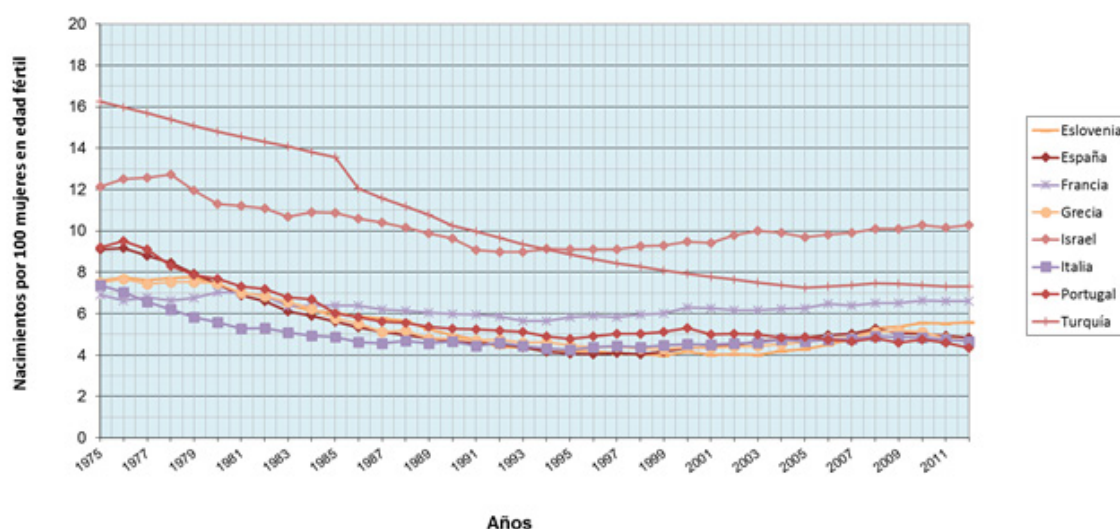


Gráfico 13: Tasa de fecundidad países Mediterráneos y del Sur de Europa

Israel que mantuvo una caída sensible hasta mitad de la década del 90, inició después una senda de crecimiento ligero que ha mantenido.

En el grupo de países Nórdicos y Anglosajones Europeos (ver tabla 20 y gráfico 14) se mantiene desde la década del 90 una tendencia al agrupamiento de sus tasas de fecundidad.

	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010
Estonia	6,8	6,9	7,3	6,7	4,4	4,5	5,0	5,9
Finlandia	6,3	5,8	5,7	6,0	6,0	5,6	5,9	6,2
Irlanda	11,0	10,7	8,2	6,9	6,0	6,3	6,4	7,3
Islandia	9,6	9,0	7,1	8,2	7,6	6,9	6,8	7,4
Noruega	7,3	6,2	5,7	6,5	6,5	6,4	6,2	6,3
Reino Unido	3,7	3,7	3,5	4,3	4,5	4,6	4,2	4,5
Suecia	6,5	5,8	5,6	7,1	6,0	5,3	5,8	6,4

Fuentes: OECD Population and Vital Statistics e Historical population data and projections (1950-2050)
Elaboración propia

Tabla 20: Evolución de la tasa de fecundidad de países Nórdicos y Anglosajones. Nacimientos por cada 100 mujeres en edad fértil (15-64 años)

Tasa de fecundidad países Nórdicos y Anlosajones de Europa

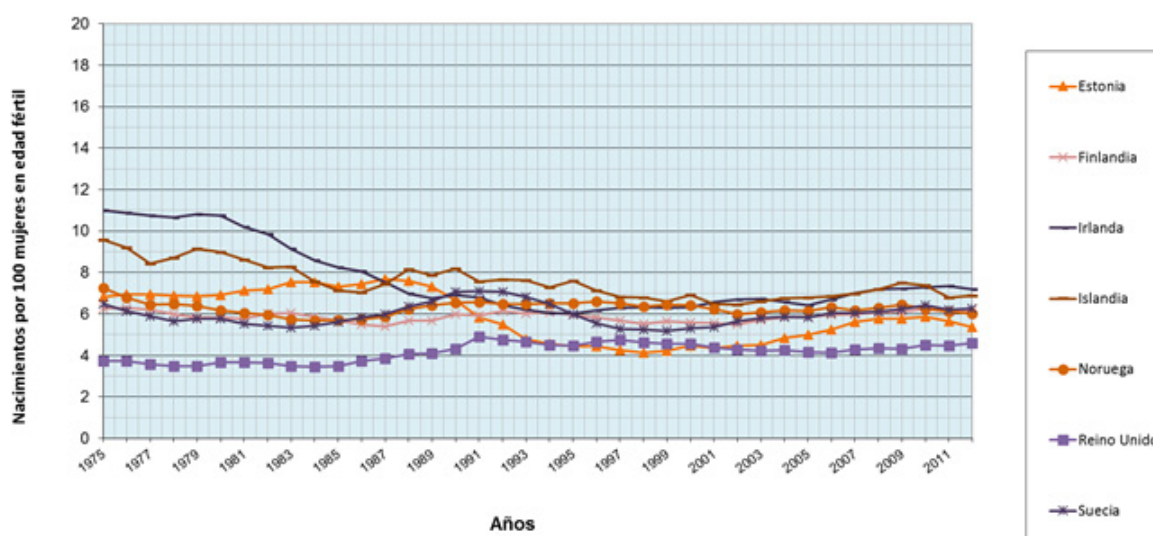


Gráfico 14: Tasa de fecundidad de países Nórdicos y Anglosajones de Europa

El grupo de países del Centro de Europa (ver tabla 21 y gráfico 15) mantiene desde la década del 90 una tendencia a la concentración de sus tasa de fecundidad en torno a los 5,5 nacimientos por cada 100 mujeres en edad fértil.

	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010
Alemania	3,7	3,7	3,5	4,3	4,5	4,6	4,2	4,5
Austria	6,3	5,6	5,2	5,3	5,1	4,5	4,5	4,7
Bélgica	6,0	6,0	5,4	5,7	5,3	5,4	5,6	6,1
Dinamarca	7,0	5,2	4,8	5,6	6,4	6,2	6,1	6,0
Hungría	8,5	6,7	5,9	5,7	5,0	4,6	4,7	4,3
Luxemburgo	5,3	5,3	5,0	5,8	6,0	6,1	5,5	5,5
Países Bajos	6,1	5,7	5,2	5,6	5,5	6,1	5,7	5,7
Polonia	8,2	8,7	8,4	6,5	5,1	4,4	4,4	5,0
República Checa	9,1	7,2	6,2	5,8	4,3	4,1	4,7	5,3
República Eslovaca	9,4	8,7	8,0	6,8	5,0	4,5	4,4	5,1
Suiza	5,7	5,3	5,1	5,6	5,4	5,2	4,7	5,1

Fuentes: OECD Population and Vital Statistics e Historical population data and projections (1950-2050)
Elaboración propia

Tabla 21: Evolución de la tasa de fecundidad de países del Centro de Europa. Nacimientos por cada 100 mujeres en edad fértil (15-64 años)

Tasa de fecundidad países del Centro de Europa

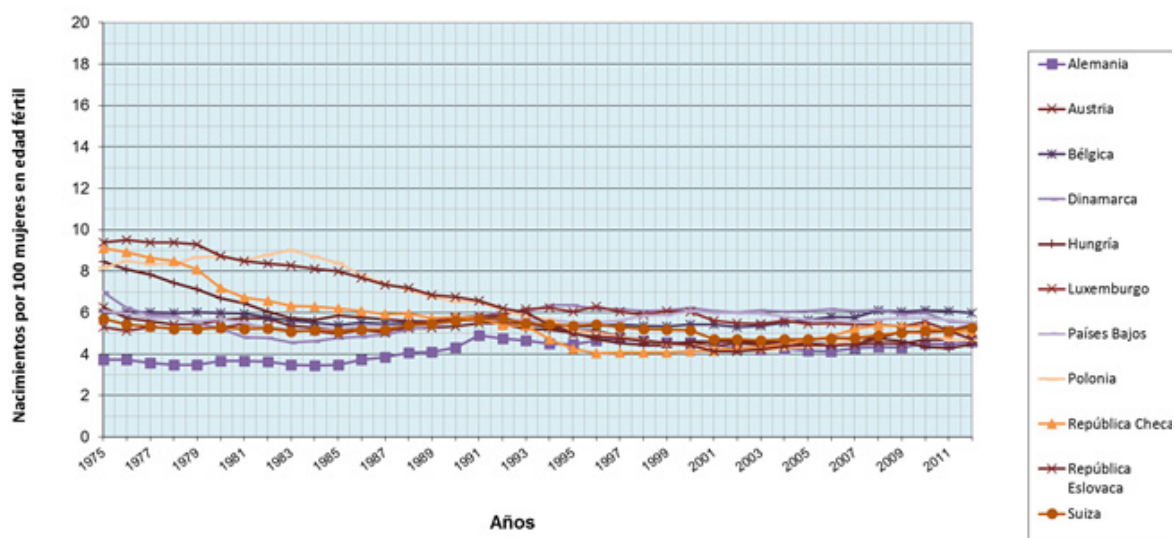


Gráfico 15: Tasa de fecundidad países del Centro de Europa

En el grupo de países no Europeos (ver tabla 22 y gráfico 16) destaca la caída de la tasa de fecundidad de México desde casi 20 hasta los menos de 8 nacimientos por cada 100 mujeres en edad fértil.

También Corea y Chile han tenido caídas importantes aunque sensiblemente menores. Se han estrechado las diferencias del grupo de forma importante.

	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010
Australia	7,8	6,8	6,7	6,5	6,2	6,0	6,2	6,5
Canadá	6,8	6,3	6,0	6,1	5,6	4,8	5,0	5,5
Chile	11,2	9,7	9,1	9,9	8,3	7,0	6,3	6,3
Corea	11,0	9,5	6,5	5,9	6,1	5,3	3,8	4,3
EE.UU.	6,6	5,2	6,6	7,1	6,5	6,5	6,7	6,7
Japón	7,1	5,9	5,4	4,5	4,6	4,8	4,5	4,6
México	19,4	16,4	14,3	12,0	10,7	9,5	8,7	7,9
Nueva Zelanda	8,7	7,2	6,7	7,5	6,8	6,6	6,4	7,0

Fuentes: OECD Population and Vital Statistics e Historical population data and projections (1950-2050)
Elaboración propia

Tabla 22: Evolución de la tasa de fecundidad en países no Europeos. Nacimientos por cada 100 mujeres en edad fértil (15-64 años)

Tasa de fecundidad países no Europeos

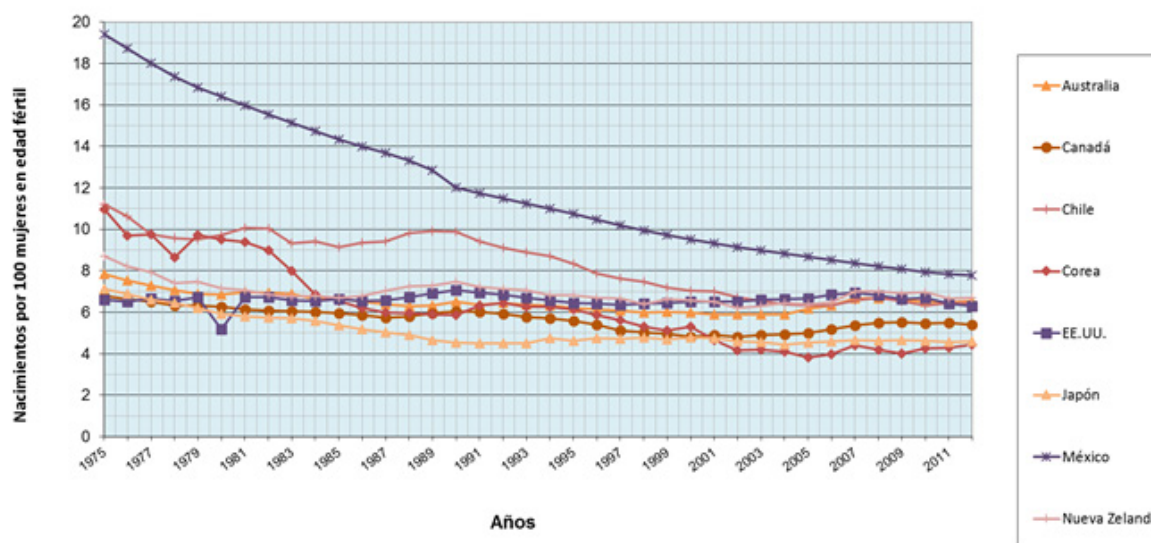


Gráfico 16: Tasa de fecundidad en países no Europeos

6.1.5. Esperanza de vida al nacer

En los países Mediterráneos y del Sur de Europa (ver tabla 23 y gráfico 17) todos los países han visto mejoradas sus expectativas en el periodo destacando la mejoría de Turquía pero que todavía es casi diez años inferior a la española.

	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010
Eslovenia	70,4	71,1	71,9	73,8	74,7	76,1	77,4	79,8
España	73,3	75,4	76,4	77,0	78,1	79,4	80,3	82,4
Francia	73,0	74,3	75,4	76,9	77,9	79,2	80,3	81,8
Grecia	74,5	75,3	76,0	77,1	77,5	78,2	79,5	80,7
Israel	72,1	73,9	75,3	76,7	77,5	78,8	80,2	81,7
Italia	72,7	74,0	75,6	77,1	78,3	79,9	80,9	82,1
Portugal	68,4	71,4	73,0	74,1	75,4	76,9	78,2	80,0
Turquía	56,1	58,1	62,1	67,5	69,3	71,1	73,1	74,3

Fuentes: OECD OECD Health. Health status.
Elaboración propia

Tabla 23: Evolución de la esperanza de vida al nacer en los países Mediterráneos y del Sur de Europa (años)

Esperanza de vida al nacer en países Mediterráneos y del Sur de Europa

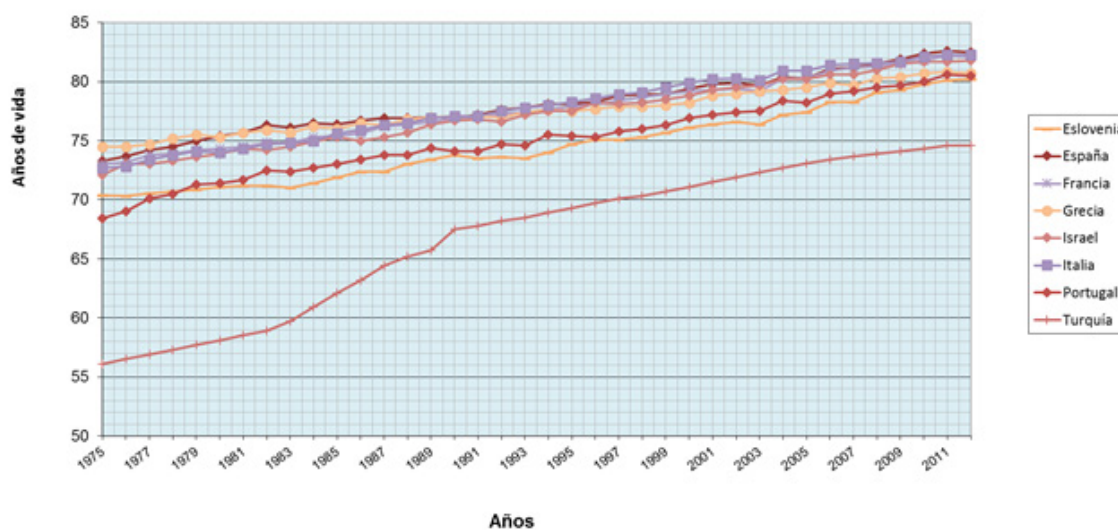


Gráfico 17: Esperanza de vida al nacer en países Mediterráneos y del Sur de Europa

Los países Nórdicos y Anglosajones Europeos (ver tabla 24 y gráfico 18) han aumentado y estrechado sus diferencias para estar en el entorno de los 81,5 años.

La única excepción es la de Estonia que, aun mejorando, se sitúa todavía más de 5 años por debajo de los 81,8 años de Suecia.

	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010
Estonia	69,9	69,3	69,6	69,8	67,9	71,0	72,9	75,9
Finlandia	71,7	73,6	74,5	75,0	76,6	77,7	79,1	80,2
Irlanda	71,6	72,9	73,4	74,9	75,6	76,6	79,0	80,8
Islandia	75,7	77,0	77,7	78,1	78,1	79,7	81,6	82,0
Noruega	75,1	75,9	76,1	76,7	77,9	78,8	80,3	81,2
Reino Unido	71,4	72,9	74,4	75,3	76,6	78,2	79,4	80,5
Suecia	75,2	75,9	76,8	77,7	79,0	79,7	80,7	81,6

Fuentes: OECD OECD Health. Health status.
Elaboración propia

Tabla 24: Evolución de la esperanza de vida al nacer en países Nórdicos y Anglosajones Europeos (años)

Esperanza de vida al nacer en países Nórdicos y Anglosajones Europeos

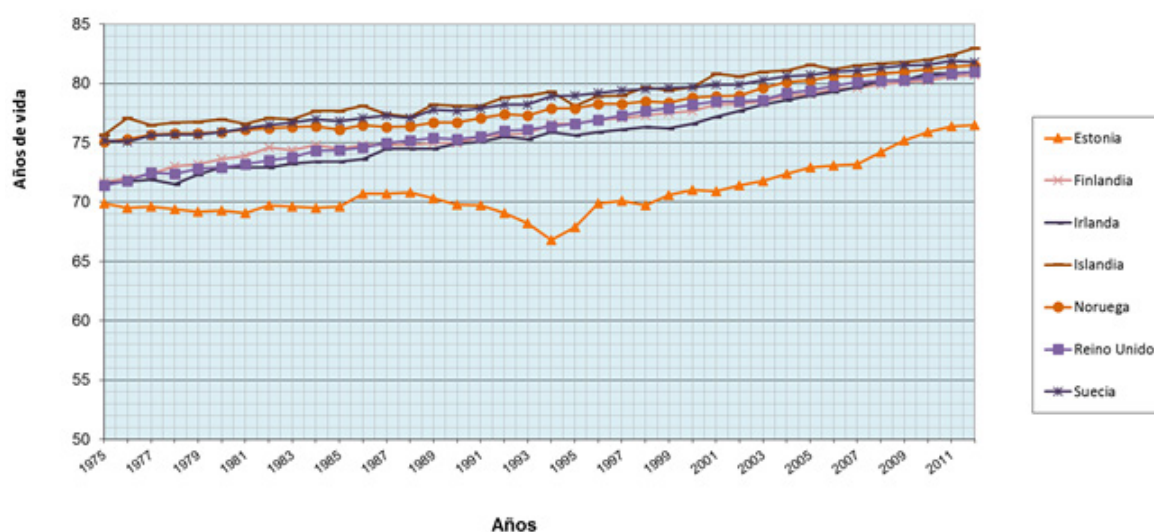


Gráfico 18: Esperanza de vida al nacer en países Nórdicos y Anglosajones Europeos

En los países del Centro de Europa (ver tabla 25 y gráfico 19) todos han mejorado su expectativa de vida pero se mantiene un escalado en este grupo de países entre los 82,8 años de Suiza y los 75,2 de Hungría.

	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010
Alemania	71,4	72,9	74,4	75,3	76,6	78,2	79,4	80,5
Austria	71,2	72,6	73,9	75,7	76,8	78,2	79,4	80,7
Bélgica	72,1	73,3	74,6	76,1	77,0	77,8	79,1	80,3
Dinamarca	74,2	74,3	74,6	74,9	75,3	76,9	78,3	79,3
Hungría	69,4	69,2	69,2	69,5	70,1	71,9	73,0	74,7
Luxemburgo	70,8	72,8	73,8	75,6	76,8	78,0	79,5	80,7
Países Bajos	74,6	75,9	76,5	77,0	77,6	78,2	79,5	81,0
Polonia	70,6	70,2	71,1	70,8	72,1	73,8	75,1	76,4
República Checa	70,6	70,5	71,2	71,6	73,3	75,1	76,1	77,7
República Eslovaca	70,5	70,6	71,0	71,2	72,5	73,4	74,2	75,6
Suiza	74,8	75,7	77,0	77,5	78,7	79,9	81,4	82,6

Fuentes: OECD OECD Health. Health status.
Elaboración propia

Tabla 25: Evolución de la esperanza de vida al nacer en los países del Centro de Europa (años)

Esperanza de vida al nacer en países del Centro de Europa

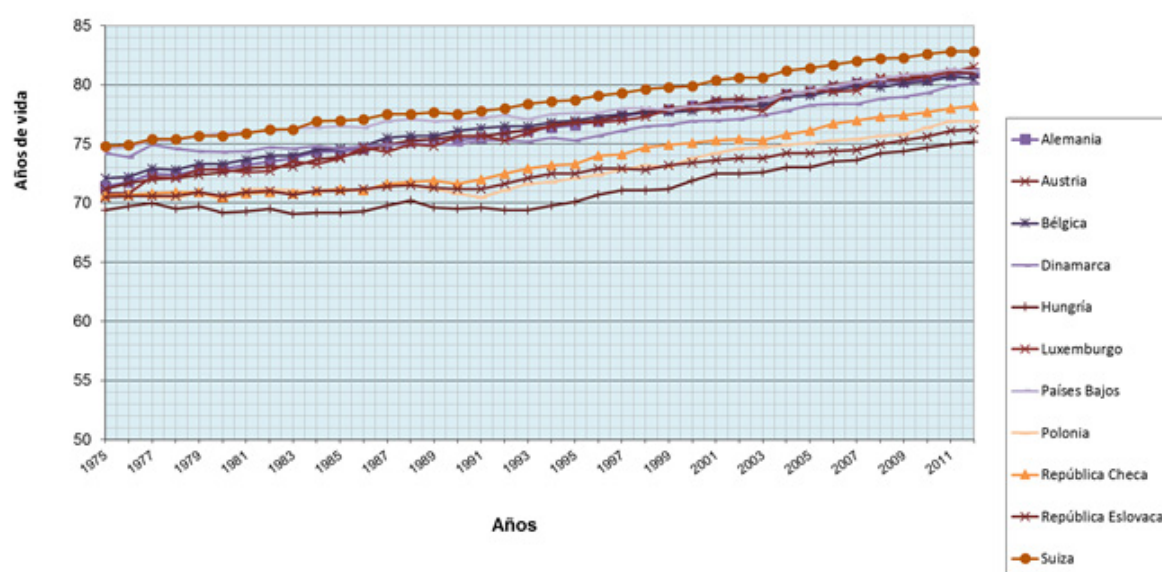


Gráfico 19: Esperanza de vida al nacer en países del Centro de Europa

En los países no Europeos (ver tabla 26 y gráfico 20) todos los países del grupo han mejorado sensiblemente y han acercado sus expectativas de vida, pero destaca todavía la distancia que México mantiene con sus 9 años de diferencia con los 83,2 de Japón.

	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010
Australia	72,7	74,6	75,6	77,0	77,9	79,3	80,9	81,8
Canadá	73,5	75,3	76,5	77,6	78,0	79,0	80,1	81,2
Chile	65,3	69,1	71,8	72,9	74,8	76,8	77,9	79,0
Corea	64,1	65,9	68,6	71,4	73,5	75,9	78,5	80,6
EE.UU.	72,7	73,7	74,7	75,3	75,7	76,7	77,4	78,6
Japón	74,3	76,1	77,6	78,9	79,6	81,2	82,0	82,9
México	64,7	67,2	69,5	70,5	72,3	73,3	74,0	74,1
Nueva Zelanda	72,0	72,9	73,8	75,2	76,6	78,0	79,5	80,8

Fuentes: OECD OECD Health. Health status.
Elaboración propia

Tabla 26: Evolución de la esperanza de vida al nacer en los países no Europeos (años)

Esperanza de vida al nacer en países no Europeos

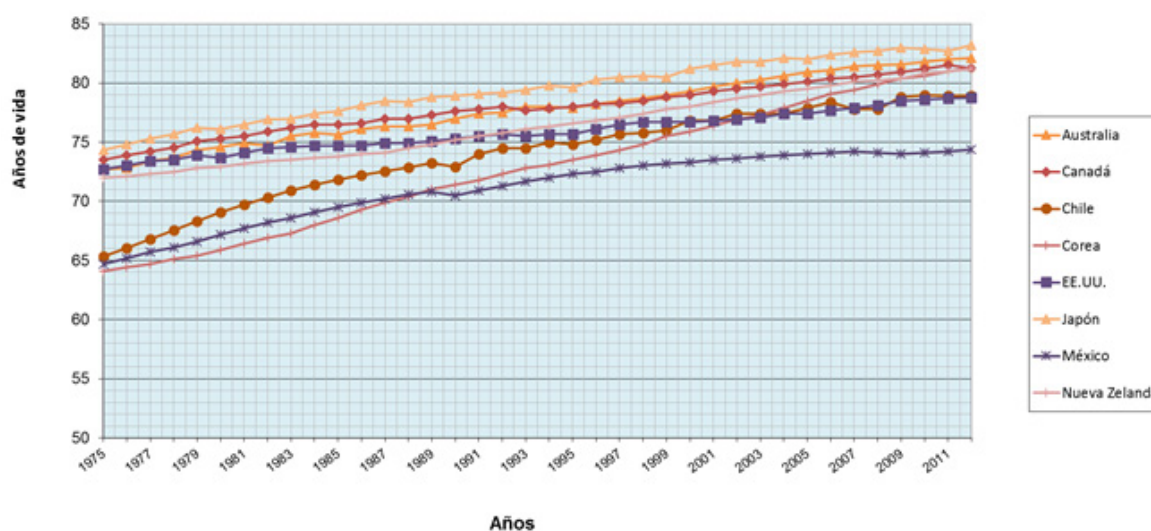


Gráfico 20: Esperanza de vida al nacer en países no Europeos

6.1.6. Índice de envejecimiento

Las tasas de envejecimiento presentan diferencias muy acusadas entre los diferentes países. Diferencias que se mantienen e incrementan en los próximos años.

Destaca la negativa evolución del envejecimiento de Japón, España e Italia.

En los países Mediterráneos y del Sur de Europa (ver tabla 27 y gráfico 21), la población mayor española de 65 años, ha mantenido el crecimiento hasta superar el 17% actual, con la excepción del periodo de 1999 a 2007 que se ha mantenido en torno al 16,6%. La previsión es que en los próximos años se mantendrá el crecimiento llegando a alcanzar el 35,7% de la población total.

La población francesa mayor de 65 años ha mantenido un crecimiento relativamente homogéneo hasta alcanzar el 17 %, se prevé una aceleración del crecimiento para llegar al 26,2% en el año 2050.

En Italia, la población mayor de 65 años, ha mantenido un crecimiento relativamente homogéneo hasta los 20,4% de hoy día y continuará en tasas similares de crecimiento alcanzando para 2050 el 33,7%.

Aunque todos los países del grupo incrementarán su índice de envejecimiento para el 2050, se presentará un escalado con apreciables diferencias, donde Es-

paña ocupará la cabecera, con más de 218, seguido por Italia, Grecia y Portugal en los 195, Eslovenia 167, Francia 117 y Turquía 96.

Caso aparte es el de Israel que envejece muy lentamente y llegará a menos de 50 al final del periodo.

	1980	1990	2000	2010	2020*	2030*	2040*	2050*
Eslovenia	36,7	38,2	61,1	86,1	101,0	127,0	156,4	167,2
España	32,0	47,9	79,0	85,4	101,8	145,3	196,5	218,5
Francia	45,8	50,8	63,1	68,7	86,1	102,7	114,9	117,5
Grecia	43,3	51,2	75,4	96,3	113,2	141,5	178,0	194,8
Israel	20,6	22,3	26,2	27,5	34,5	40,1	45,9	49,4
Italia	43,3	61,5	93,1	107,1	122,6	151,0	184,9	195,2
Portugal	32,8	46,4	69,9	89,7	109,1	142,1	173,4	195,3
Turquía	9,3	6,8	9,5	20,7	31,3	48,3	68,7	95,8

OCDE Historical population data and projections (1950-2050)

Elaboración propia

* Valores estimados

Tabla 27: Índice de envejecimiento en los países Mediterráneos y del Sur de Europa. Mayores de 65 años por cada 100 menores de 20 años

Índice de envejecimiento en países Mediterráneos y del Sur de Europa

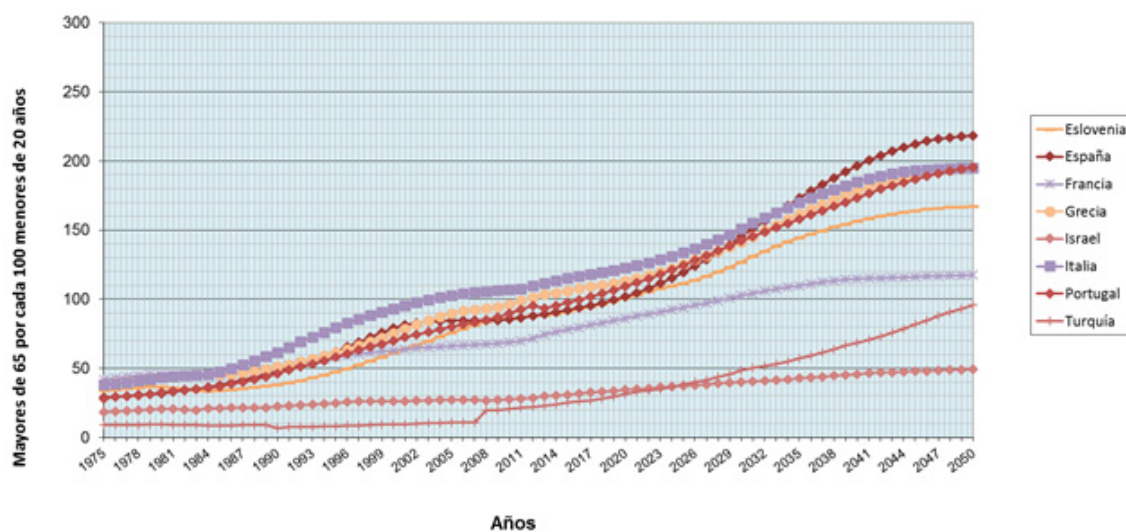


Gráfico 21: Índice de envejecimiento en países Mediterráneos y del Sur de Europa

En los países Nórdicos y Anglosajones Europeos (ver tabla 28 y gráfico 22), el Reino Unido ha mantenido la población mayor de 65 años con un crecimiento constante hasta superar el 16% en la actualidad y permanecerá creciendo llegando en 2050 al 24,1%. Reino Unido tendrá un índice de envejecimiento en el 2050 próximo a 215.

El resto de los países de este grupo sufrirán unas cifras de envejecimiento aunque creciente, de mucho menor relevancia, escalonándose desde los 140 de Estonia a los 100 de Islandia.

	1980	1990	2000	2010	2020*	2030*	2040*	2050*
Estonia	43,5	39,8	59,9	82,5	95,3	118,0	137,9	140,3
Finlandia	42,5	52,7	60,9	75,8	102,7	118,2	125,6	130,3
Irlanda	26,9	31,2	36,7	41,3	56,9	80,3	104,5	123,8
Islandia	26,4	32,0	37,5	42,8	57,0	75,2	90,0	100,7
Noruega	49,4	61,9	58,5	58,9	76,4	89,1	100,4	105,0
Reino Unido	57,9	68,6	77,4	110,9	136,9	172,3	201,1	214,8
Suecia	61,6	72,5	71,5	78,4	87,2	94,4	106,2	109,1
OCDE Historical population data and projections (1950-2050)								
Elaboración propia								
* Valores estimados								

Tabla 28: Índice de envejecimiento en países Nórdicos y Anglosajones Europeos. Mayores de 65 años por cada 100 menores de 20 años

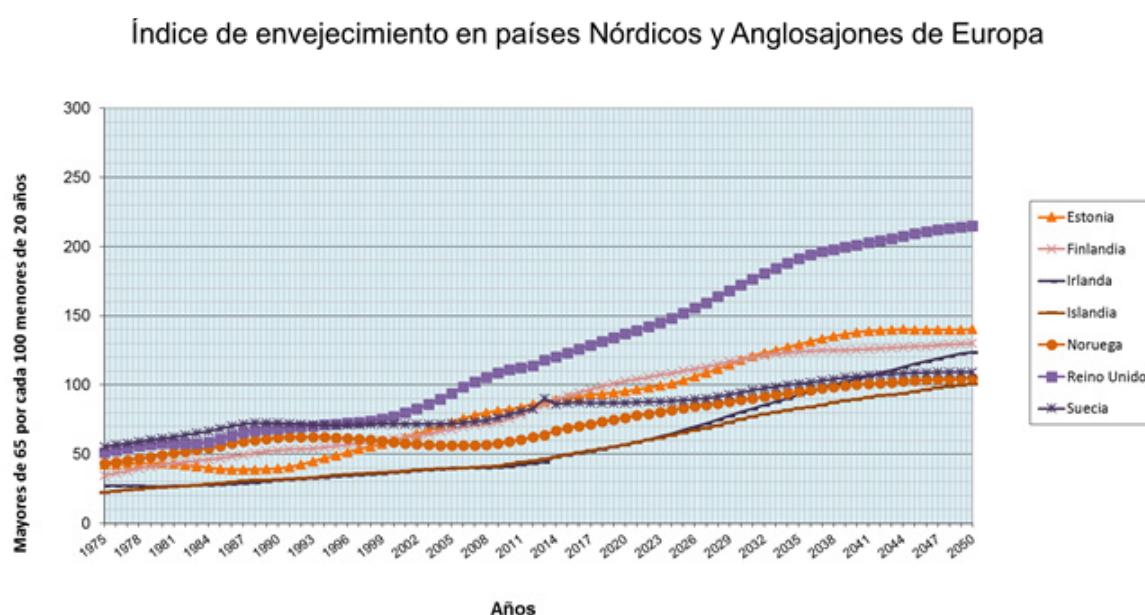


Gráfico 22: Índice de envejecimiento en países Nórdicos y Anglosajones de Europa

En los países de Europa Central (ver tabla 29 y gráfico 23) observamos que la población mayor de 65 años en Alemania ha incrementado su proporción, sobre la población total, hasta superar el 20%, y continuará creciendo de forma sensible hasta el año 2034 en que alcanzará el 30%, para después moderar su crecimiento, alcanzando en 2050 el 31,5%.

	1980	1990	2000	2010	2020*	2030*	2040*	2050*
Alemania	57,9	68,6	77,4	110,9	136,9	172,3	201,1	214,8
Austria	52,9	61,7	66,8	85,1	102,3	125,2	144,7	152,9
Bélgica	50,6	60,3	71,3	74,9	83,5	96,8	107,7	109,9
Dinamarca	50,4	64,4	62,4	67,9	87,8	99,7	105,8	105,4
Hungría	48,0	48,0	64,5	80,8	103,7	113,2	131,9	155,7
Luxemburgo	51,6	57,9	57,5	59,0	73,2	87,8	98,6	99,5
Países Bajos	36,9	50,5	55,6	65,5	90,4	113,5	127,4	129,1
Polonia	31,5	31,5	43,4	62,0	90,7	115,9	149,4	182,5
República Checa	44,9	42,3	59,8	76,8	103,9	132,1	169,2	189,4
República Eslovaca	30,5	30,9	41,1	56,6	89,5	117,1	145,1	171,3
Suiza	49,9	62,1	66,2	85,6	106,1	129,5	150,8	159,3

OCDE Historical population data and projections (1950-2050)
Elaboración propia
* Valores estimados

Tabla 29: Índice de envejecimiento en países del Centro de Europa. Mayores de 65 años por cada 100 menores de 20 años

Índice de envejecimiento en países del Centro de Europa

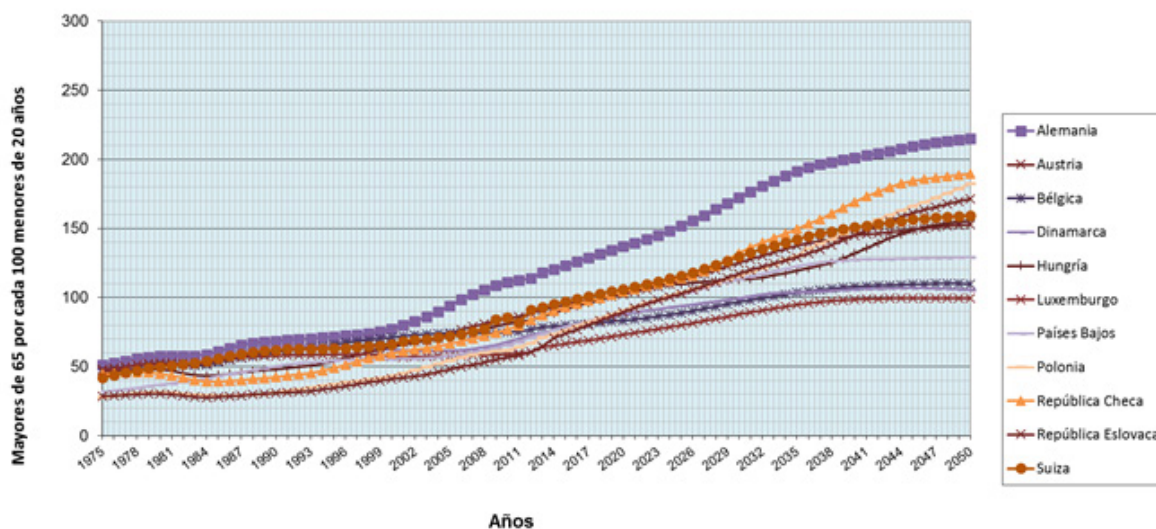


Gráfico 23: Índice de envejecimiento en países del Centro de Europa

En el grupo todos verán incrementado su envejecimiento pero en el 2050 sus diferencias serán muy destacadas, escalonándose desde los casi 214 de Alemania, los antiguos países del Este de Europa junto con Suiza se situarán entre los 188,5 de la República Checa y los 156 de Hungría, Holanda con 129 y el resto en una franja de 5 puntos alrededor de lo 105.

En los países no Europeos (ver tabla 30 y gráfico 24) podemos comprobar que la población mayor de 65 años de Canadá comenzó a crecer de forma sensible a partir del año 1970, superando el 10% en 1985 y alcanzando el 14% en la actualidad, las previsiones son continuar la tendencia de crecimiento hasta el 26,3% el año 2005.

En los Estados Unidos, la población mayor de 65 años, ha mantenido un crecimiento homogéneo hasta superar el 13% actual, con la excepción del periodo 1990 a 2007 en que es mantenido entorno al 12,6%. La previsión es que en los próximos años mantendrá el crecimiento llegando a alcanzar para 2050 el 20,7% de la población total.

	1980	1990	2000	2010	2020*	2030*	2040*	2050*
Australia	28,2	36,7	45,0	52,8	64,5	76,2	85,9	91,7
Canadá	28,8	40,7	48,3	61,5	81,6	102,1	113,6	117,6
Chile	12,4	15,5	19,7	29,1	44,2	57,3	73,1	83,4
Corea	8,3	14,2	24,7	47,7	87,5	144,0	209,3	270,5
EE.UU.	35,5	43,4	43,5	48,7	66,2	81,8	86,7	87,8
Japón	29,8	45,8	84,7	128,6	179,3	217,0	263,7	290,5
México	7,7	8,7	11,8	15,7	22,3	32,6	46,1	58,6
Nueva Zelanda	26,4	35,5	39,3	46,6	68,7	95,2	113,6	122,3
OCDE Historical population data and projections (1950-2050)								
Elaboración propia								
* Valores estimados								

Tabla 30: Índice de envejecimiento en países no Europeos. Mayores de 65 años por cada 100 menores de 20 años

La población mayor de 65 años de Japón ha mantenido el crecimiento hasta el 23% actual y permanecerá creciendo para alcanzar, en 2050 el 39,6%.

Japón y Corea alcanzarán en 2050 el índice de envejecimiento de 290 y 270 respectivamente. El resto se situará en un escalado mucho más bajo, entre los 122 de Nueva Zelanda y los 59 de México.

Índice de envejecimiento en países no Europeos

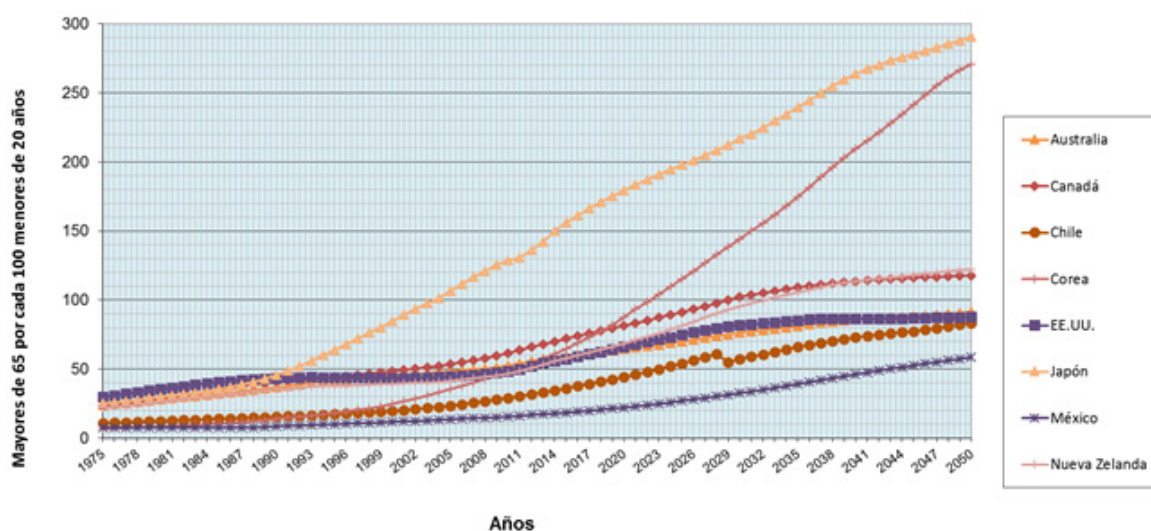


Gráfico 24: Índice de envejecimiento en países no Europeos

6.1.7. Tasa de dependencia económica

En los países Mediterráneos y del Sur de Europa (ver tabla 31 y gráfico 25) se produce una caída suave y generalizada en todos los países del grupo desde el 1975 hasta la actualidad, iniciado a partir de aquí una senda de incremento de la tasa de dependencia económica hasta el año 2050. En ese año se concen-

trarán los países en torno a un porcentaje de dependencia del 80 %, con dos excepciones importantes: España que se situará en el 96% y Turquía en el 57 %.

	1980	1990	2000	2010	2020*	2030*	2040*	2050*
Eslovenia	53,2	45,9	42,7	44,2	53,7	60,8	67,8	80,0
España	58,5	50,3	46,2	47,0	54,7	63,1	80,5	95,7
Franca	57,0	51,8	53,7	54,4	62,4	68,5	73,9	75,1
Grecia	56,1	49,5	47,0	50,9	54,4	59,6	71,1	81,2
Israel	72,0	67,7	62,3	60,9	67,2	68,1	71,1	75,1
Italia	54,8	45,9	48,3	52,2	56,4	63,2	77,1	84,0
Portugal	59,0	51,1	48,3	50,8	52,6	58,3	68,9	78,8
Turquía	77,5	62,5	52,2	49,1	46,3	47,9	51,4	57,4

OCDE Historical population data and projections (1950-2050)
Elaboración propia
* Valores estimados

Tabla 31: Tasa de dependencia económica en los países Mediterráneos y del Sur de Europa. % de mayores de 65 y menores de 15 sobre población entre 15 y 65

Tasa de dependencia económica en países Mediterráneos y del Sur de Europa

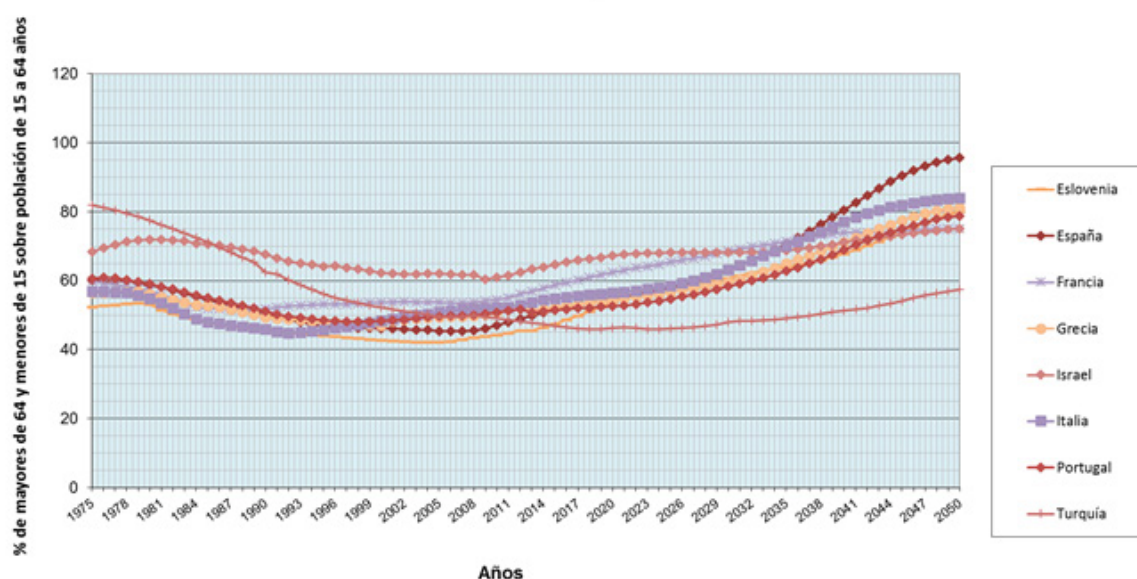


Gráfico 25: Tasa de dependencia económica en países Mediterráneos y del Sur de Europa

En los países Nórdicos y Anglosajones Europeos (ver tabla 32 y gráfico 26) se produce una caída suave generalizada en todos los países del grupo desde el

año 1975 hasta la actualidad, iniciado una senda de aumento de la dependencia económica hasta de año 2050. Los países quedarán agrupados alrededor del 73 % con un rango de 7 arriba y abajo.

	1980	1990	2000	2010	2020*	2030*	2040*	2050*
Estonia	51,8	51,3	48,6	48,5	58,7	63,7	69,2	79,3
Finlandia	47,7	48,5	49,5	51,2	63,8	70,9	71,2	73,2
Irlanda	70,0	63,0	49,4	47,8	52,8	54,5	62,6	73,2
Islandia	59,7	55,3	53,5	49,4	55,4	61,8	64,8	69,0
Noruega	58,5	54,4	54,3	51,0	54,9	61,5	66,0	65,8
Reino Unido	51,7	45,0	47,2	51,7	55,9	69,9	77,4	79,8
Suecia	56,0	55,6	55,5	53,6	62,0	66,3	67,6	69,2

OCDE Historical population data and projections (1950-2050)
 Elaboración propia
 * Valores estimados

Tabla 32: Tasa de dependencia en países Nórdicos y Anglosajones Europeos. % de mayores de 65 y menores de 15 sobre población entre 15 y 65

Tasa de dependencia económica en países Nórdicos y Anglosajones Europeos

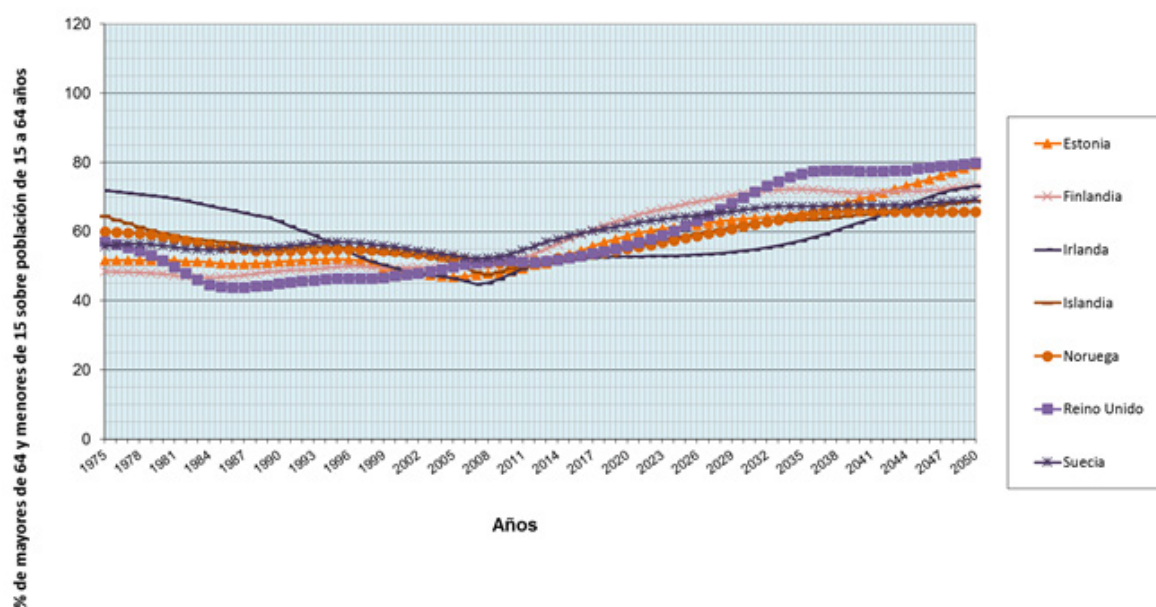


Gráfico 26: Tasa de dependencia económica en países Nórdicos y Anglosajones Europeos

En los países del Centro de Europa (ver tabla 33 y gráfico 27) se produce una caída suave generalizada en todos los países del grupo desde el 1975 hasta la actualidad, iniciado una senda de aumento de la dependencia económica hasta de año 2050. Los países quedarán agrupados alrededor del 70 % con un rango de 10 puntos arriba y abajo.

	1980	1990	2000	2010	2020*	2030*	2040*	2050*
Alemania	51,7	45,0	47,2	51,7	55,9	69,9	77,4	79,8
Austria	55,8	48,1	48,1	48,1	51,5	62,0	69,4	71,8
Bélgica	52,4	49,4	52,5	51,7	58,2	65,4	68,6	70,4
Dinamarca	54,5	48,5	50,0	52,8	58,4	65,9	71,8	68,5
Hungría	54,7	50,6	46,7	45,7	53,0	56,6	62,2	70,9
Luxemburgo	48,0	44,5	49,3	46,2	50,5	59,6	64,6	63,2
Países Bajos	51,1	45,1	47,5	49,2	56,5	67,7	74,9	73,1
Polonia	52,4	53,4	46,4	40,2	51,5	56,2	59,1	74,9
República Checa	58,3	51,4	43,4	42,2	56,4	58,8	67,6	82,6
República Eslovaca	57,6	55,2	44,8	38,8	46,8	53,8	60,2	76,1
Suiza	50,6	46,3	48,6	47,1	53,7	63,0	68,1	70,5

OCDE Historical population data and projections (1950-2050)
 Elaboración propia
 * Valores estimados

Tabla 33: Tasa de dependencia económica en países del Centro de Europa. % de mayores de 65 y menores de 15 sobre población entre 15 y 65

Tasa de dependencia económica en países del Centro de Europa

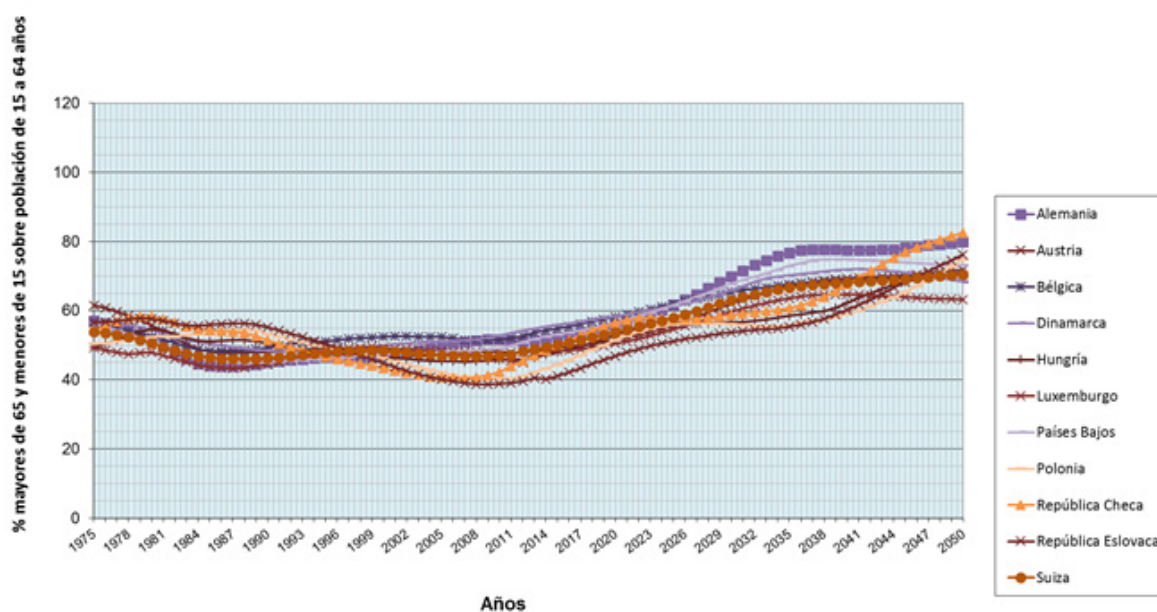


Gráfico 27: Tasa de dependencia económica en países del Centro de Europa

En los países no Europeos (ver tabla 34 y gráfico 28) se produce una caída suave generalizada en todos los países del grupo desde el 1975 hasta la actualidad, iniciado después una senda de aumento de la dependencia económica hasta de año 2050. Los países quedarán agrupados alrededor del 64 % con un rango de 7 puntos arriba y abajo. Pero hay dos excepciones en el grupo Japón y Corea que alcanzarán en 2050 una cifra del 94 y 90 % respectivamente.

	1980	1990	2000	2010	2020*	2030*	2040*	2050*
Australia	53,5	49,5	49,6	48,4	54,1	58,3	59,5	61,4
Canada	47,4	47,0	46,5	44,1	53,3	63,7	65,2	67,3
Chile	62,8	56,2	53,8	45,6	47,3	51,9	55,4	57,6
Corea	60,7	44,3	39,5	37,3	40,7	58,6	77,0	89,8
EE.UU.	51,3	52,0	51,0	49,0	55,9	64,0	64,1	63,7
Japón	48,4	43,5	46,9	56,7	69,1	72,2	85,4	94,1
México	95,7	72,9	63,6	55,8	51,0	51,3	54,6	58,4
Nueva Zelanda	58,0	52,0	52,7	50,4	54,2	63,5	71,1	71,9

OCDE Historical population data and projections (1950-2050)

Elaboración propia

* Valores estimados

Tabla 34: Tasa de dependencia económica en países no Europeos. % de mayores de 65 y menores de 15 sobre población entre 15 y 65

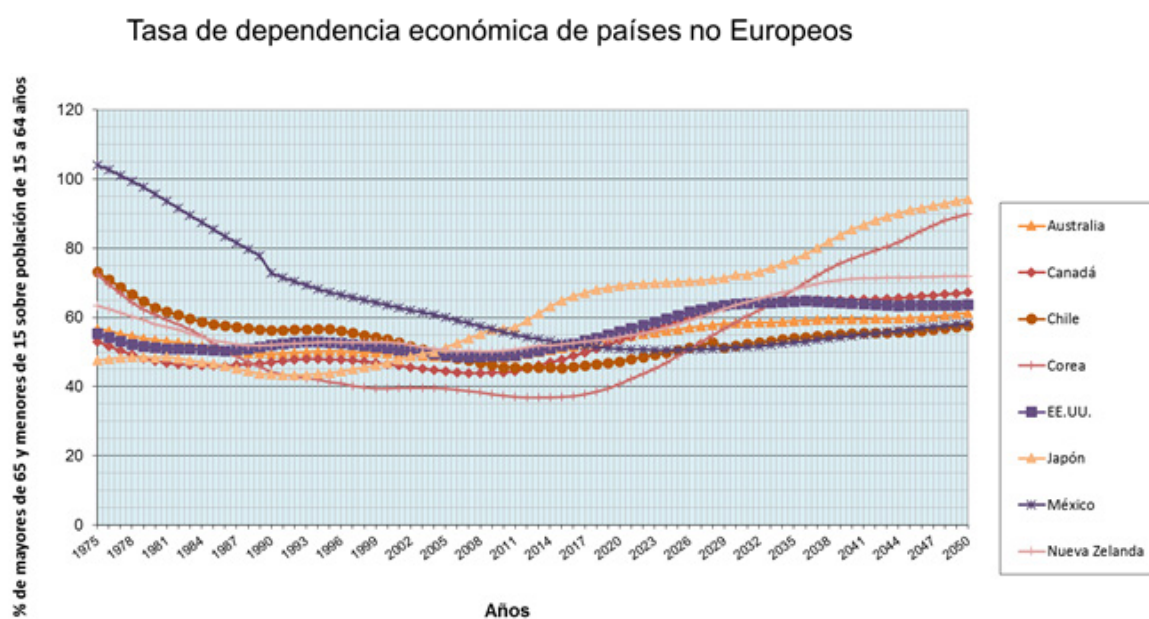


Gráfico 28: Tasa de dependencia económica de países no Europeos

6.1.8. Índice de recambio de población activa

En los países Mediterráneos y del Sur de Europa (ver tabla 35 y gráfico 29) tras un ascenso de las cifras entre 1975 y 1980, se inicia una caída generalizada en la tasa de dependencia económica en todos los países del grupo hasta el año 2050. Los países quedarán agrupados alrededor del 68 %, con la excepción de Israel que se situará en 2050 en el 168 %.

	1980	1990	2000	2010	2020*	2030*	2040*	2050*
Eslovenia	263	143	134	89	64	78	64	64
España	203	160	136	92	80	69	56	74
Francia	248	147	145	98	99	99	107	100
Grecia	174	122	114	91	72	64	56	69
Israel	283	288	259	182	192	200	175	186
Italia	211	133	89	79	76	60	63	72
Portugal	202	159	126	93	83	68	56	68
Turquía	610	410	352	258	177	140	103	92

OCDE Historical population data and projections (1950-2050)
 Elaboración propia
 * Valores estimados

Tabla 35: Índice de recambio de población activa en países Mediterráneos y del Sur de Europa. % de 15 a 19 años sobre 60 a 64 años

Índice de recambio de población activa en países Mediterráneos y del Sur de Europa

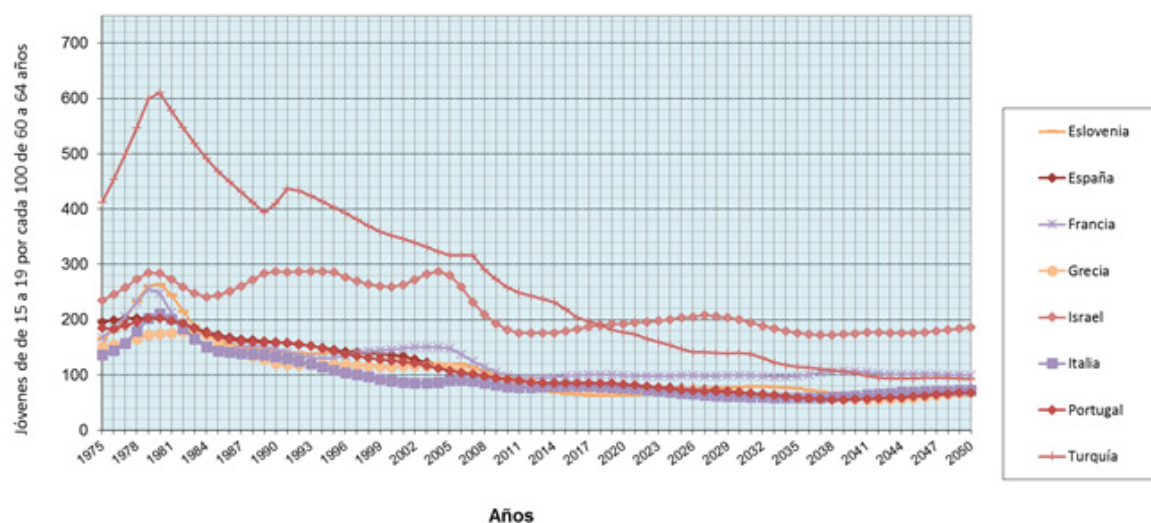


Gráfico 29: Índice de recambio de población activa en países Mediterráneos y del Sur de Europa

En los países Nórdicos y Anglosajones Europeos (ver tabla 36 y gráfico 30) se da una caída generalizada en todos los países del grupo hasta el año 2050. Los países quedarán agrupados alrededor del 65 %.

	1980	1990	2000	2010	2020	2030	2040	2050
Estonia	200	125	121	99	74	93	77	67
Finlandia	183	119	129	83	83	94	95	88
Irlanda	232	244	220	135	120	105	75	88
Islandia	272	209	220	153	107	117	111	100
Noruega	140	160	143	111	104	91	109	100
Reino Unido	230	104	82	94	61	54	72	58
Suecia	121	132	116	101	97	97	111	90
OCDE Historical population data and projections (1950-2050)								
Elaboración propia								
* Valores estimados								

Tabla 36: Índice de recambio de población activa en países Nórdicos y Anglosajones Europeos. % de 15 a 19 años sobre 60 a 64 años

Índice de recambio de población activa en países Nórdicos y Anglosajones Europeos

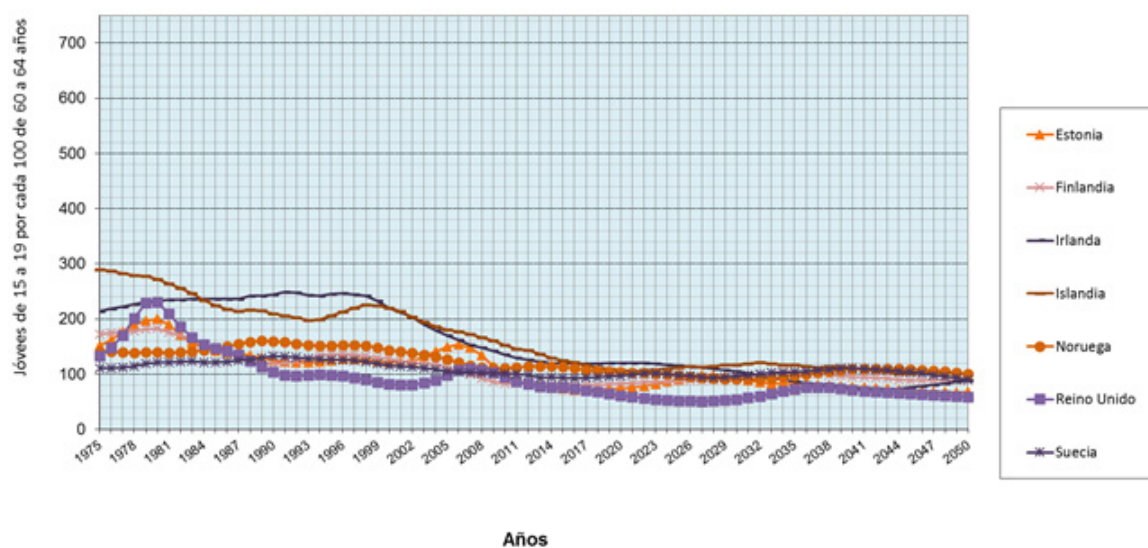


Gráfico 30: Índice de recambio de población activa en países Nórdicos y Anglosajones Europeos

En los países del Centro de Europa (ver tabla 37 y gráfico 31) tras un ascenso de las cifras entre 1975 y 1980, se inicia una caída generalizada en todos los países del grupo hasta el año 2050. Los países quedarán agrupados alrededor del 75%.

	1980	1990	2000	2010	2020*	2030*	2040*	2050*
Alemania	230	104	82	94	61	54	72	58
Austria	233	129	117	108	76	68	86	78
Bélgica	206	118	117	101	87	96	103	98
Dinamarca	152	150	106	96	98	83	104	112
Hungría	161	135	127	99	76	75	63	70
Luxemburgo	185	104	117	119	94	84	110	102
Países Bajos	211	160	127	93	89	77	102	94
Polonia	253	156	195	110	67	97	63	52
República Checa	195	158	149	82	75	85	55	62
República Eslovaca	286	182	205	122	71	83	56	56
Suiza	181	130	119	97	76	75	84	76

OCDE Historical population data and projections (1950-2050)

Elaboración propia

* Valores estimados

Tabla 37: Índice de recambio de población activa en países del Centro de Europa. % de 15 a 19 años sobre 60 a 64 años

Índice de recambio de población activa en países del Centro de Europa

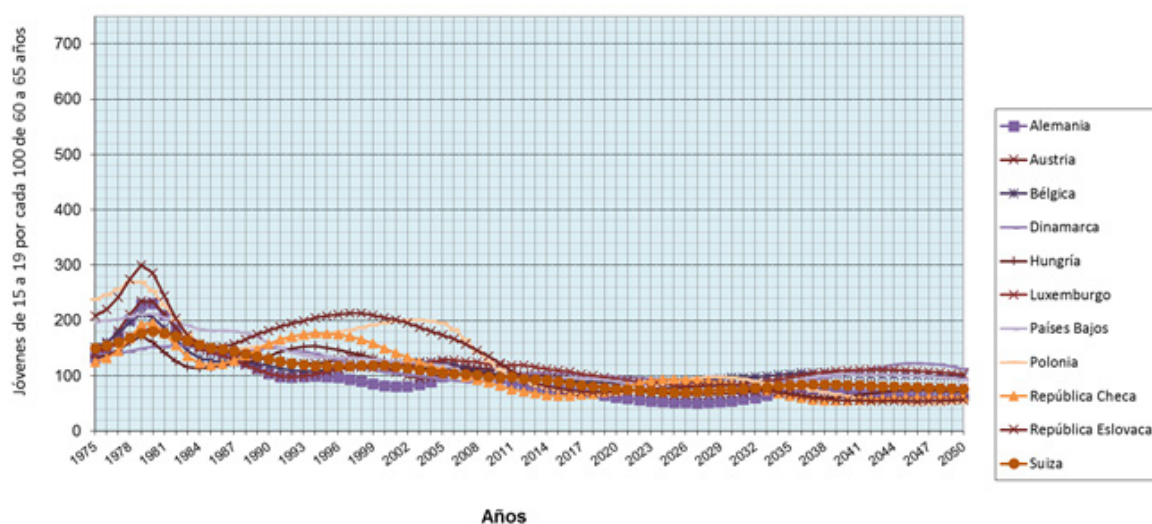


Gráfico 31: Índice de recambio de población activa en países del Centro de Europa

En los países no Europeos (ver tabla 38 y gráfico 32) se da una caída generalizada en todos los países del grupo hasta el año 2050. Los países quedarán agrupados alrededor del 95 %.

	1980	1990	2000	2010	2020*	2030*	2040*	2050*
Australia	221	190	166	122	106	116	118	99
Canadá	254	164	167	113	79	99	101	89
Chile	450	326	285	222	123	111	115	86
Corea	541	384	211	157	65	54	57	58
EE.UU.	208	167	187	129	99	113	120	106
Japón	185	148	97	60	76	60	51	59
México	691	559	447	351	239	171	143	128
Nueva Zelanda	251	201	179	140	110	95	106	97

OCDE Historical population data and projections (1950-2050)

Elaboración propia

* Valores estimados

Tabla 38: Índice de recambio de población activa en países no Europeos. % de 15 a 19 años sobre 60 a 64 años

Índice de recambio de población activa en países no Europeos

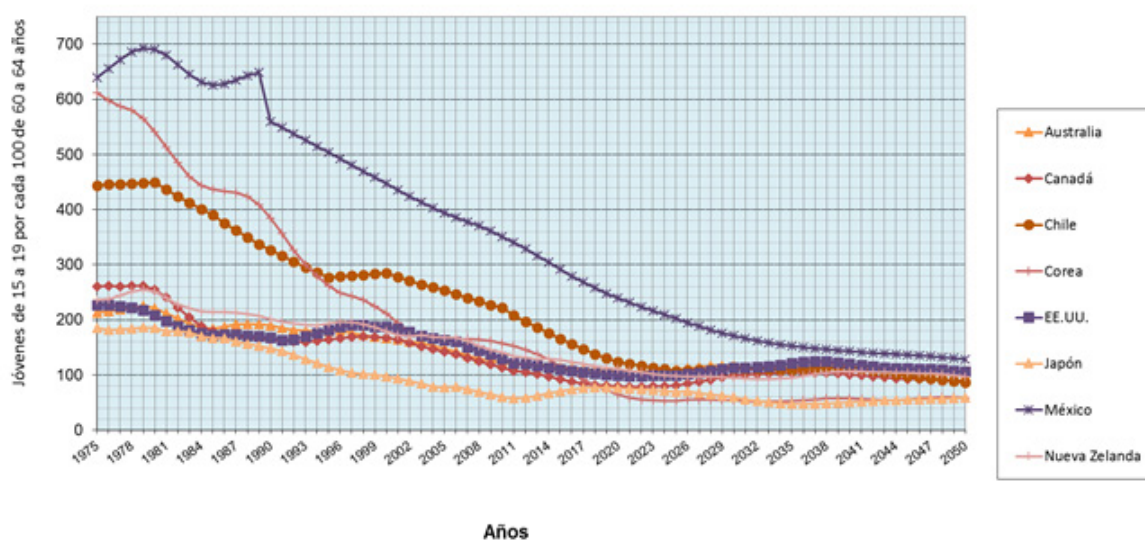


Gráfico 32: Índice de recambio de población activa en países no Europeos

6.1.9. Saldo activos/jubilados

En los países Mediterráneos y del Sur de Europa (ver tabla 39 y gráfico 33) se da una caída generalizada en todos los países del grupo hasta el año 2050. Los países quedarán agrupados alrededor del 1,8 de saldo, con dos excepciones Turquía e Israel que se sitúan por encima del 3.

	1980	1990	2000	2010	2020*	2030*	2040*	2050*
Eslovenia	5,74	6,40	5,01	4,20	3,29	2,57	2,17	1,82
España	5,72	4,89	4,07	4,01	3,17	2,36	1,71	1,40
Francia	4,57	4,70	4,05	3,84	3,00	2,51	2,23	2,18
Grecia	4,87	4,87	4,09	3,47	3,05	2,53	1,98	1,70
Israel	6,75	6,56	6,30	6,30	4,84	4,28	3,78	3,43
Italia	4,91	4,60	3,69	3,24	2,84	2,35	1,82	1,64
Portugal	5,56	4,93	4,17	3,59	3,16	2,59	2,07	1,75
Turquía	12,05	19,43	17,01	9,43	7,32	5,29	4,04	3,08

OCDE Historical population data and projections (1950-2050)
 Elaboración propia
 * Valores estimados

Tabla 39: Saldo activos/jubilados en países Mediterráneos y del Sur de Europa. Población de 15 a 64 sobre mayores de 64 años

Saldo activos/jubilados en países Mediterráneos y del Sur de Europa

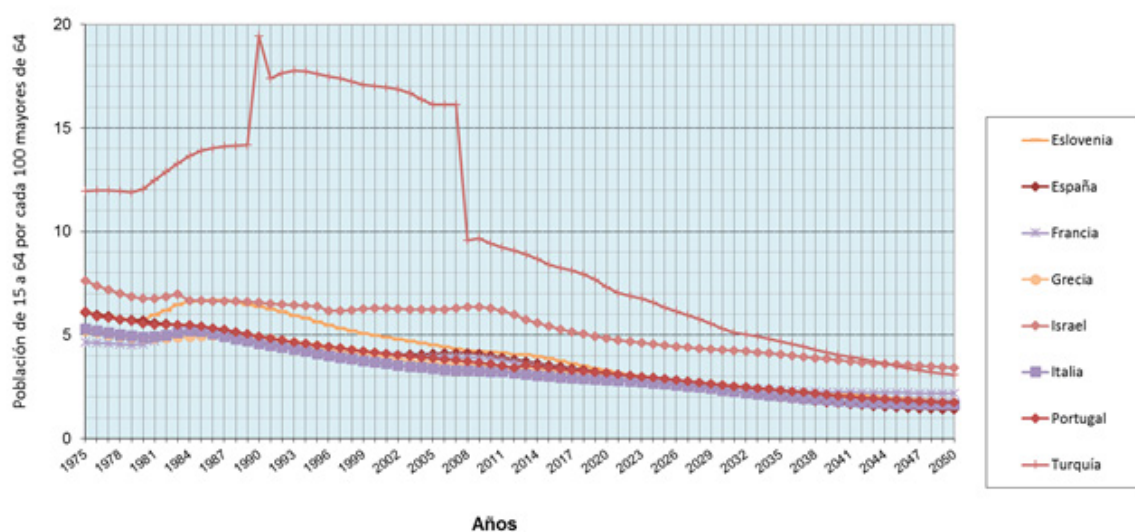


Gráfico 33: Saldo activos/jubilados en países Mediterráneos y del Sur de Europa.

En los países Nórdicos y Anglosajones Europeos (ver tabla 40 y gráfico 34) se da una caída generalizada hasta el año 2050. Los países quedarán agrupados alrededor del 2,4.

	1980	1990	2000	2010	2020*	2030*	2040*	2050*
Estonia	5,28	5,68	4,49	3,88	3,08	2,52	2,21	1,95
Finlandia	5,64	5,03	4,48	3,83	2,72	2,30	2,23	2,15
Irlanda	5,49	5,38	5,97	5,98	4,40	3,50	2,75	2,19
Islandia	6,35	6,05	5,63	5,51	4,23	3,23	2,82	2,53
Noruega	4,27	3,97	4,28	4,42	3,59	3,01	2,63	2,60
Reino Unido	4,22	4,62	4,13	3,20	2,75	2,04	1,75	1,68
Suecia	3,94	3,62	3,72	3,56	3,03	2,71	2,50	2,45
OCDE Historical population data and projections (1950-2050)								
Elaboración propia								
* Valores estimados								

Tabla 40: Saldo activos/jubilados en países Nórdicos y Anglosajones de Europa. Población de 15 a 64 sobre mayores de 64 años

Saldo activos/jubilados en países Nórdicos y Anglosajones de Europa

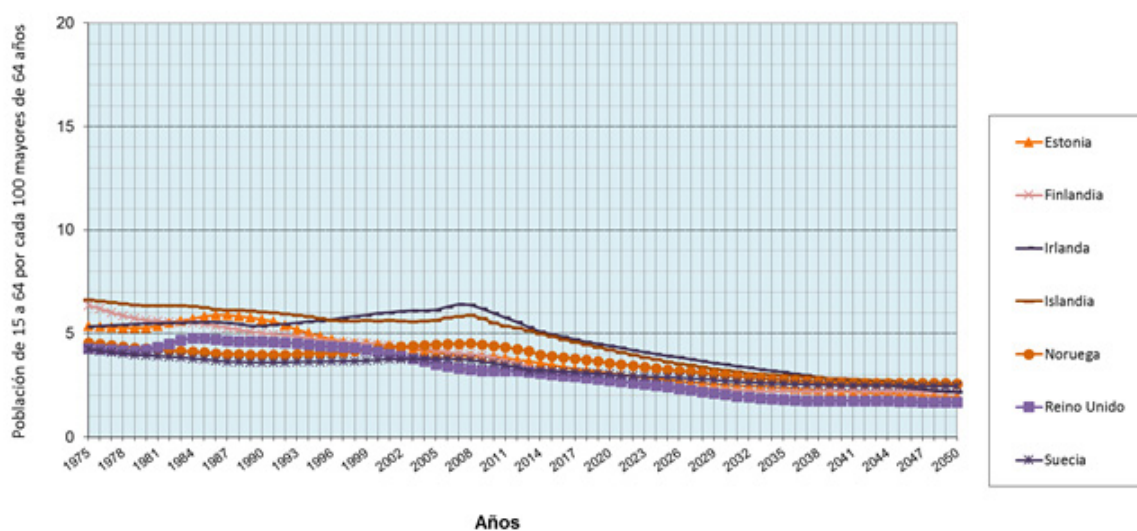


Gráfico 34: Saldo activos/jubilados en países Nórdicos y Anglosajones de Europa

En los países del Centro de Europa (ver tabla 41 y gráfico 35) se da una caída generalizada hasta el año 2050. Los países quedarán agrupados alrededor del 2.

	1980	1990	2000	2010	2020	2030	2040	2050
Alemania	4,22	4,62	4,13	3,20	2,75	2,04	1,75	1,68
Austria	4,17	4,52	4,38	3,82	3,35	2,57	2,18	2,07
Bélgica	4,60	4,49	3,90	3,85	3,29	2,71	2,46	2,40
Dinamarca	4,49	4,32	4,50	3,95	3,16	2,67	2,38	2,49
Hungría	4,81	4,98	4,53	4,12	3,24	2,93	2,49	2,08
Luxemburgo	4,95	5,16	4,76	4,91	4,00	3,13	2,72	2,77
Países Bajos	5,75	5,37	4,99	4,34	3,21	2,45	2,12	2,15
Polonia	6,49	6,45	5,59	5,30	3,59	2,87	2,51	1,89
República Checa	4,69	5,28	5,04	4,57	3,09	2,62	2,12	1,69
República Eslovaca	6,06	6,24	6,05	5,76	3,94	3,01	2,49	1,89
Suiza	4,80	4,69	4,39	3,91	3,17	2,49	2,17	2,07

OCDE Historical population data and projections (1950-2050)

Elaboración propia

♦ Valores estimados

Tabla 41: Saldo activos/jubilados en países del Centro de Europa. Población de 15 a 64 sobre mayores de 64 años

Saldo activos/jubilados en países del Centro de Europa

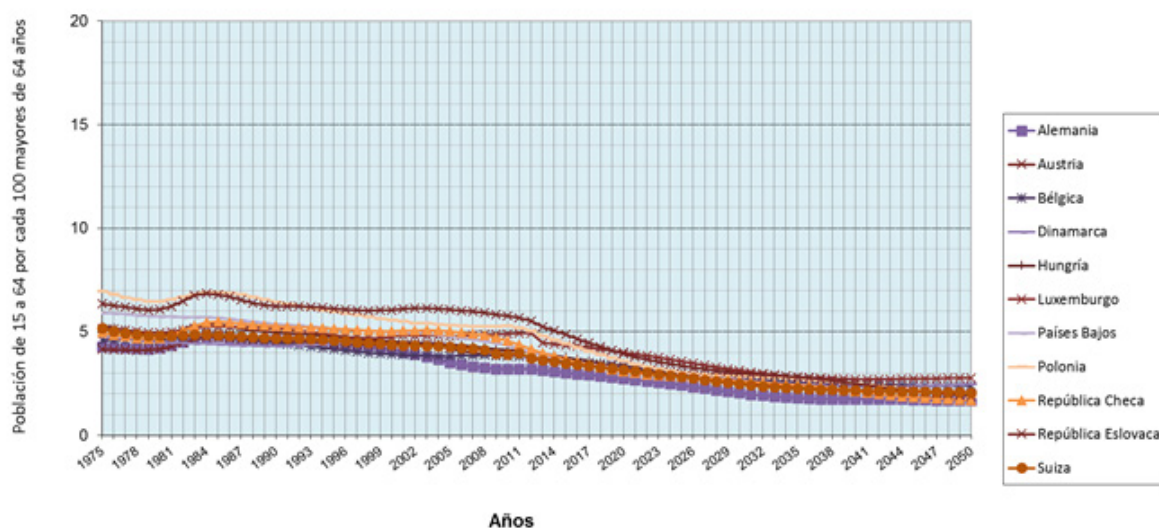


Gráfico 35: Saldo activos/jubilados en países del Centro de Europa

En los países no Europeos (ver tabla 42 y gráfico 36) se da una caída generalizada hasta el año 2050. Los países quedarán agrupados alrededor del 2,9 con las excepciones de Corea y Japón en 1,35 por abajo y México por arriba en 3,91.

	1980	1990	2000	2010	2020*	2030*	2040*	2050*
Australia	6,77	6,03	5,38	4,97	4,04	3,40	3,14	2,96
Canadá	7,22	6,03	5,44	4,90	3,62	2,71	2,53	2,43
Chile	11,07	10,53	9,07	7,61	5,72	3,92	3,18	2,86
Corea	16,29	13,53	9,93	6,60	4,52	2,59	1,75	1,41
EE.UU.	5,84	5,26	5,33	5,13	3,83	3,00	2,90	2,92
Japón	7,41	5,77	3,92	2,77	2,03	1,84	1,50	1,33
México	11,98	13,47	11,81	10,39	8,57	6,45	4,81	3,91
Nueva Zelanda	6,50	5,88	5,57	5,11	3,80	2,80	2,32	2,22

OCDE Historical population data and projections (1950-2050)
 Elaboración propia
 * Valores estimados

Tabla 42: Saldo activos/jubilados en países no Europeos. Población de 15 a 64 sobre mayores de 64 años

Saldo activos/jubilados en países no Europeos

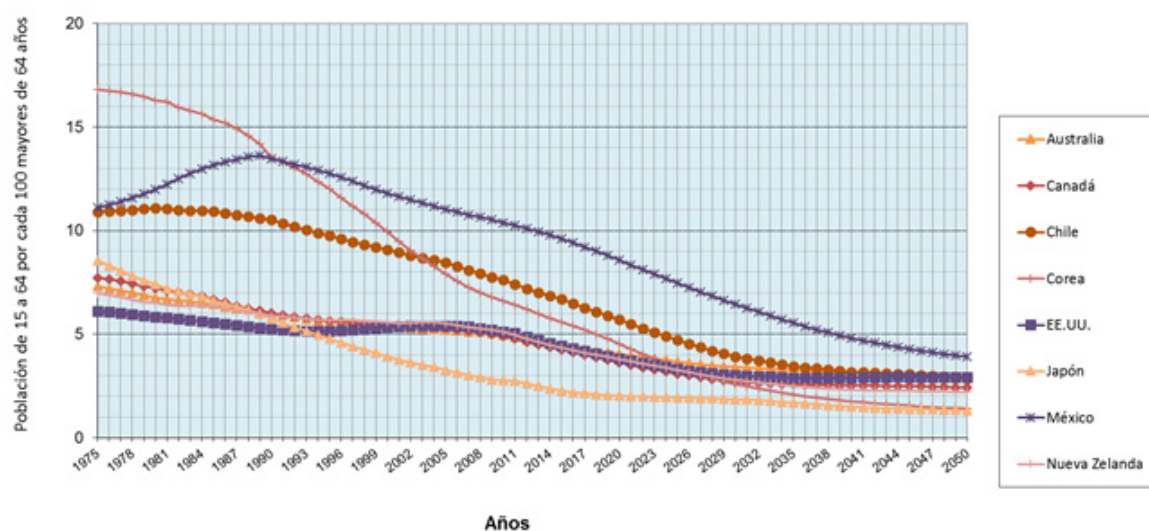


Gráfico 36: Saldo activos/jubilados en países no Europeos.

6.2. Factores de riesgo de la dependencia

6.2.1. Índice de feminidad

En los países Mediterráneos y del Sur de Europa (ver tabla 43) tenderá ajustarse para el 2050 en todos los países alrededor de 105, con un rango entre España con 112 por arriba y Turquía y 101 por abajo.

	1980	1990	2000	2010	2020*	2030*	2040*	2050*
Eslovenia	106	106	105	102	101	101	102	102
España	104	104	104	103	106	109	111	112
Francia	105	105	106	94	106	105	105	104
Grecia	104	103	102	104	102	102	102	102
Israel	100	101	103	102	101	100	100	100
Italia	105	106	107	106	106	106	107	107
Portugal	108	107	107	109	107	107	107	107
Turquía	97	97	97	99	100	100	101	101
OCDE Historical population data and projections (1950-2050)								
Elaboración propia								
* Valores estimados								

Tabla 43: Índice de feminidad en los países Mediterráneos y del Sur de Europa. Mujeres cada 100 hombres

En los países Nórdicos y Anglosajones Europeos (ver tabla 44) el índice de feminidad tenderá a ajustarse para el 2050 en todos los países alrededor de 105, con un rango entre los 108 de Estonia por arriba y los 99 de Suecia 99 por abajo.

	1980	1990	2000	2010	2020*	2030*	2040*	2050*
Estonia	116	114	116	115	114	112	110	108
Finlandia	107	106	105	104	103	102	102	100
Irlanda	99	101	101	101	101	101	101	101
Islandia	98	99	100	99	100	99	99	99
Noruega	102	102	102	100	101	101	102	103
Reino Unido	110	107	105	104	104	104	104	105
Suecia	102	102	102	101	100	99	99	98
OCDE Historical population data and projections (1950-2050)								
Elaboración propia								
* Valores estimados								

Tabla 44: Índice de feminidad en los países Nórdicos y Anglosajones Europeos. Mujeres cada 100 hombres

En los países del Centro de Europa (ver tabla 45) tenderá ajustarse para el 2050 en todos los países alrededor de 105 con un rango entre Hungría con 107 por arriba y Dinamarca 101 por abajo.

	1980	1990	2000	2010	2020*	2030*	2040*	2050*
Alemania	110	107	105	104	104	104	104	105
Austria	112	109	107	105	104	104	104	104
Bélgica	105	105	105	104	103	103	103	103
Dinamarca	103	103	102	102	102	102	101	101
Hungría	106	108	110	111	110	109	108	107
Luxemburgo	104	104	103	101	102	102	102	102
Países Bajos	102	102	102	102	101	101	102	101
Polonia	105	105	106	107	107	107	108	107
República Checa	106	106	105	104	103	104	103	103
República Eslovaca	103	105	106	105	106	107	107	107
Suiza	106	105	105	103	103	103	103	103
OCDE Historical population data and projections (1950-2050)								
Elaboración propia								
* Valores estimados								

Tabla 45: Índice de feminidad en los países del Centro de Europa. Mujeres cada 100 hombres

En los países no Europeos (ver tabla 46) tenderá ajustarse para el 2050 en todos los países alrededor de 105 con un rango entre Japón con 108 por arriba y Australia 101 por abajo.

	1980	1990	2000	2010	2020*	2030*	2040*	2050*
Australia	100	101	102	101	101	101	101	101
Canadá	101	102	102	102	102	102	102	102
Chile	103	102	102	102	102	103	103	104
Corea	98	99	99	100	101	101	102	103
EE.UU.	106	105	104	103	103	102	102	101
Japón	103	104	104	105	106	107	108	108
México	101	100	103	105	105	106	107	107
Nueva Zelanda	101	103	104	104	103	103	103	102
OCDE Historical population data and projections (1950-2050)								
Elaboración propia								
* Valores estimados								

Tabla 46: Índice de feminidad en los países no Europeos. Mujeres cada 100 hombres

6.2.2. Índice de dependencia económica en mayores

En los países Mediterráneos y del Sur de Europa (ver tabla 47) las cifras tenderán a mantener la senda del crecimiento hasta el año 2050. Sin embargo, las diferencias serán muy diferentes con un escalado por la parte más alta de España con un 71%, más de 10 puntos por encima de todos los países. Francia se situará en 25 puntos menos que España para no citar países como Turquía e Israel en el entorno de los 30 puntos.

	1980	1990	2000	2010	2020*	2030*	2040*	2050*
Eslovenia	17,41	15,62	19,98	23,83	30,41	38,84	46,14	55,05
España	17,48	20,46	24,59	24,93	31,54	42,37	58,51	71,32
Franca	21,86	21,29	24,71	26,03	33,37	39,77	44,77	45,92
Grecia	20,52	20,54	24,44	28,81	32,84	39,55	50,39	58,93
Israel	14,81	15,23	15,87	15,88	20,64	23,38	26,47	29,14
Italia	20,36	21,73	27,09	30,84	35,20	42,63	55,02	60,81
Portugal	17,99	20,27	24,00	27,85	31,66	38,62	48,27	57,26
Turquía	8,30	5,15	5,88	10,61	13,66	18,89	24,77	32,52
OCDE Historical population data and projections (1950-2050)								
Elaboración propia								
* Valores estimados								

Tabla 47: Porcentaje de mayores de 64 en los países Mediterráneos y del Sur de Europa sobre población de 15 a 64 años

En los países Nórdicos y Anglosajones Europeos (ver tabla 48) las cifras tenderán a mantener la senda del crecimiento hasta el año 2050. Sin embargo, se presentarán diferencias de 20 puntos entre Reino Unido por arriba y Noruega por abajo.

	1980	1990	2000	2010	2020*	2030*	2040*	2050*
Estonia	18,94	17,60	22,26	25,78	32,43	39,62	45,16	51,35
Finlandia	17,73	19,86	22,34	26,10	36,72	43,50	44,80	46,47
Irlanda	18,22	18,59	16,75	16,71	22,75	28,58	36,35	45,57
Islandia	15,75	16,52	17,77	18,14	23,66	31,00	35,47	39,50
Noruega	23,40	25,20	23,39	22,63	27,89	33,28	37,95	38,49
Reino Unido	23,67	21,64	24,21	31,29	36,39	48,94	56,98	59,55
Suecia	25,41	27,66	26,85	28,07	32,96	36,91	40,01	40,87
OCDE Historical population data and projections (1950-2050)								
Elaboración propia								
* Valores estimados								

Tabla 48: Porcentaje de mayores de 64 en los países Nórdicos y Anglosajones Europeos sobre población de 15 a 64 años

En los países del Centro de Europa (tabla 49) las cifras tenderán a mantener la senda del crecimiento hasta el año 2050. Sin embargo, las diferencias presentarán diferencias de 23 puntos entre Alemania por arriba y Luxemburgo por abajo.

TABLA 45. Porcentaje de mayores de 64 sobre población de 15 a 64 años.								
	1980	1990	2000	2010	2020*	2030*	2040*	2050*
Alemania	23,67	21,64	24,21	31,29	36,39	48,94	56,98	59,55
Austria	24,00	22,11	22,84	26,18	29,86	38,85	45,97	48,39
Bélgica	21,73	22,29	25,62	26,00	30,41	36,89	40,62	41,75
Dinamarca	22,25	23,14	22,22	25,29	31,67	37,44	42,01	40,15
Hungría	20,78	20,10	22,09	24,28	30,89	34,11	40,20	48,17
Luxemburgo	20,19	19,39	21,01	20,35	24,98	31,93	36,75	36,09
Países Bajos	17,40	18,63	20,03	23,04	31,19	40,74	47,28	46,49
Polonia	15,41	15,50	17,90	18,85	27,84	34,78	39,89	53,00
República Checa	21,31	18,94	19,84	21,87	32,39	38,22	47,20	59,01
República Eslovaca	16,49	16,03	16,53	17,37	25,36	33,23	40,09	52,93
Suiza	20,85	21,32	22,77	25,60	31,51	40,21	46,00	48,24
OCDE Historical population data and projections (1950-2050)								
Elaboración propia								
* Valores estimados								

Tabla 49: Porcentaje de mayores de 64 en los países del Centro de Europa sobre población de 15 a 64 años

En los países no Europeos (ver tabla 50) las cifras tenderán a mantener la senda del crecimiento hasta el año 2050. Las diferencias se mantendrán en un escalado de 20 puntos entre Nueva Zelanda por arriba y México por abajo. Sin embargo hay dos excepciones muy importantes como Japón y Corea 75 y 80 respectivamente.

	1980	1990	2000	2010	2020*	2030*	2040*	2050*
Australia	14,77	16,58	18,59	20,12	24,76	29,38	31,89	33,73
Canadá	13,86	16,59	18,39	20,40	27,62	36,92	39,60	41,18
Chile	9,03	9,49	11,02	13,14	17,49	25,53	31,41	34,91
Corea	6,14	7,39	10,07	15,15	22,11	38,58	57,15	70,98
EE.UU.	17,11	19,03	18,77	19,49	26,13	33,29	34,43	34,28
Japón	13,50	17,33	25,51	36,07	49,21	54,41	66,84	75,33
México	8,35	7,43	8,47	9,63	11,67	15,50	20,78	25,58
Nueva Zelanda	15,40	17,00	17,95	19,57	26,32	35,76	43,19	45,04

OCDE Historical population data and projections (1950-2050)
 Elaboración propia
 * Valores estimados

Tabla 50: Porcentaje de mayores de 64 en los países no Europeos sobre población de 15 a 64 años

6.2.3. Estudios universitarios o equivalentes

Destaca en el conjunto de países del estudio (ver gráfico 37) como cifras más elevadas las de Canadá, Israel y Japón con tasas superiores al 45 %. Por la parte baja destacan las cifras de Chile, Italia y Turquía todas con menos del 18%.

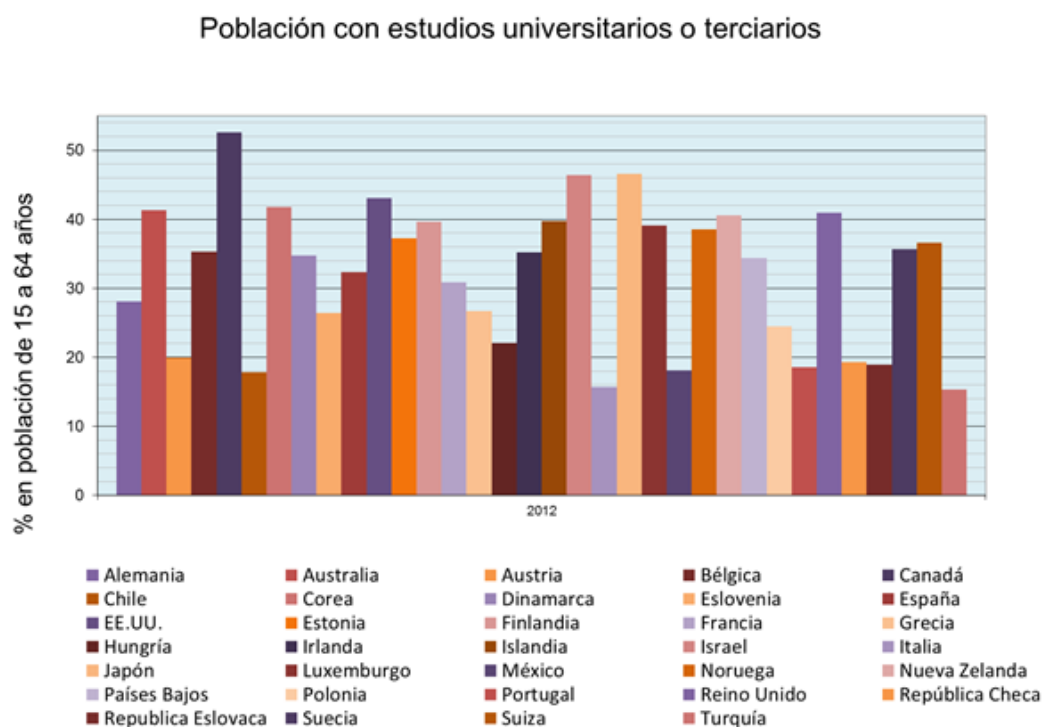


Gráfico 37: Población con estudios universitarios o terciarios

6.2.4. Estado de salud percibida

Destaca en el conjunto de países del estudio (ver gráfico 38), en cuanto a la percepción del estado de salud bueno o muy bueno, como cifras más elevadas las de Canadá, Estados Unidos, Nueva Zelanda y Australia por encima 85 %, por la parte baja destacan las cifras de Corea y Japón por bajo del 35 %.

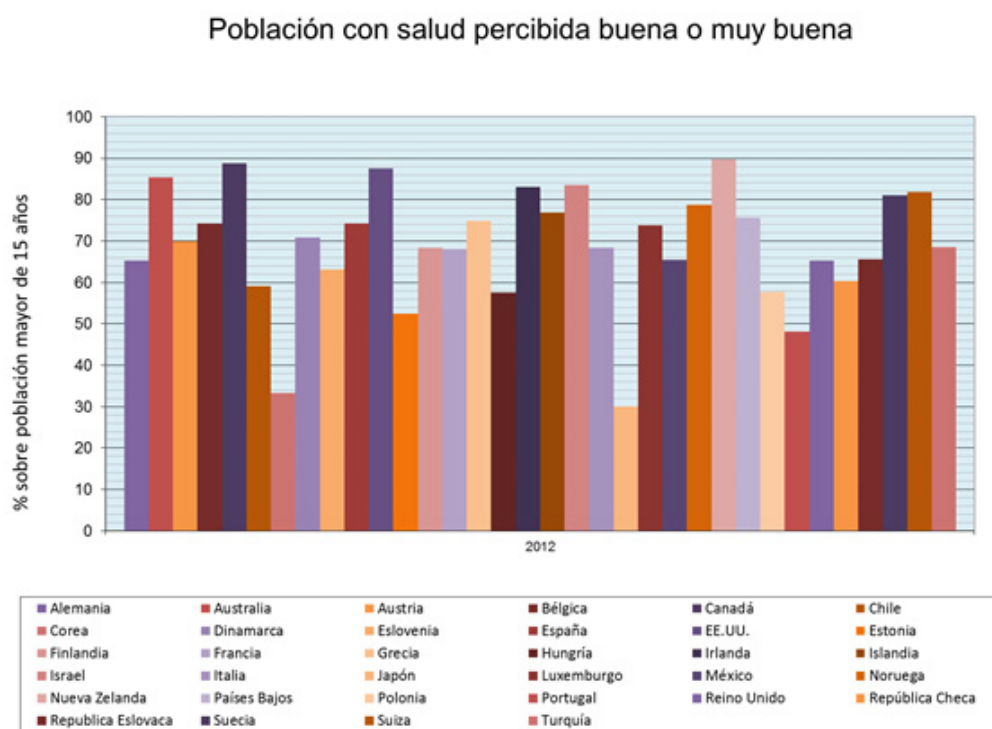


Gráfico 38: Población con salud percibida buena o muy buena

6.2.5. Obesidad

Destaca en el conjunto de países del estudio (ver gráfico 39) como cifra más elevada la de la República Eslovaca con más de un 50 % y por la parte baja los países asiáticos con menos del 4 %.

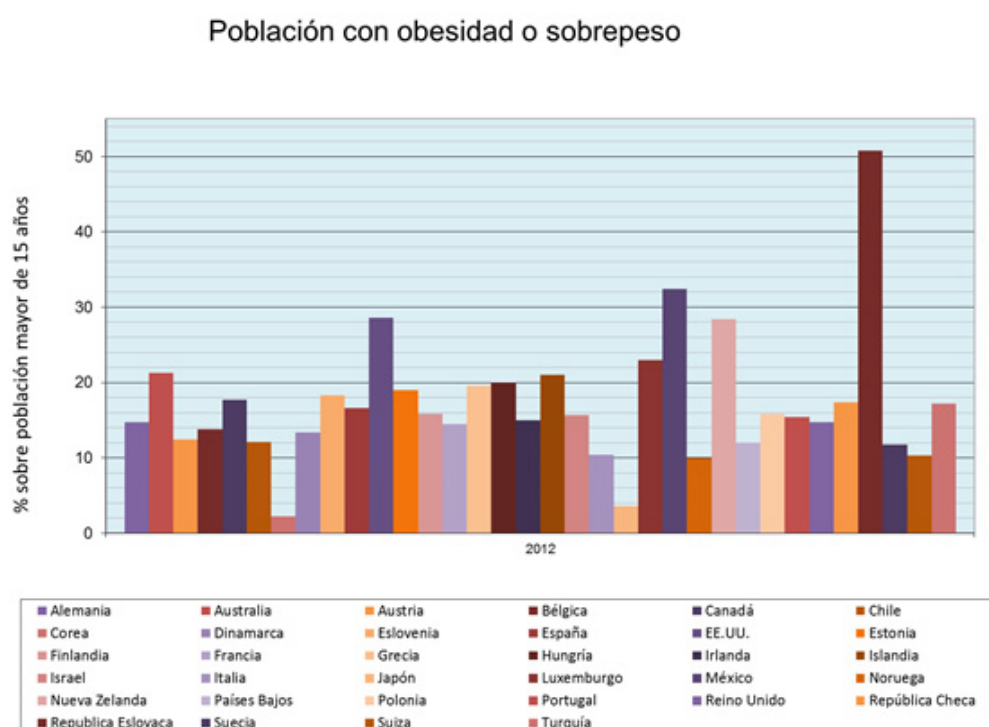


Gráfico 39: Población con obesidad o sobrepeso

6.2.6. Tabaquismo

Destaca en el conjunto de países del estudio (ver gráfico 40) como cifras más elevadas las de Chile y Grecia por encima 29 % y por la parte baja destacan Suecia, Islandia y México con inferiores al 14 %.

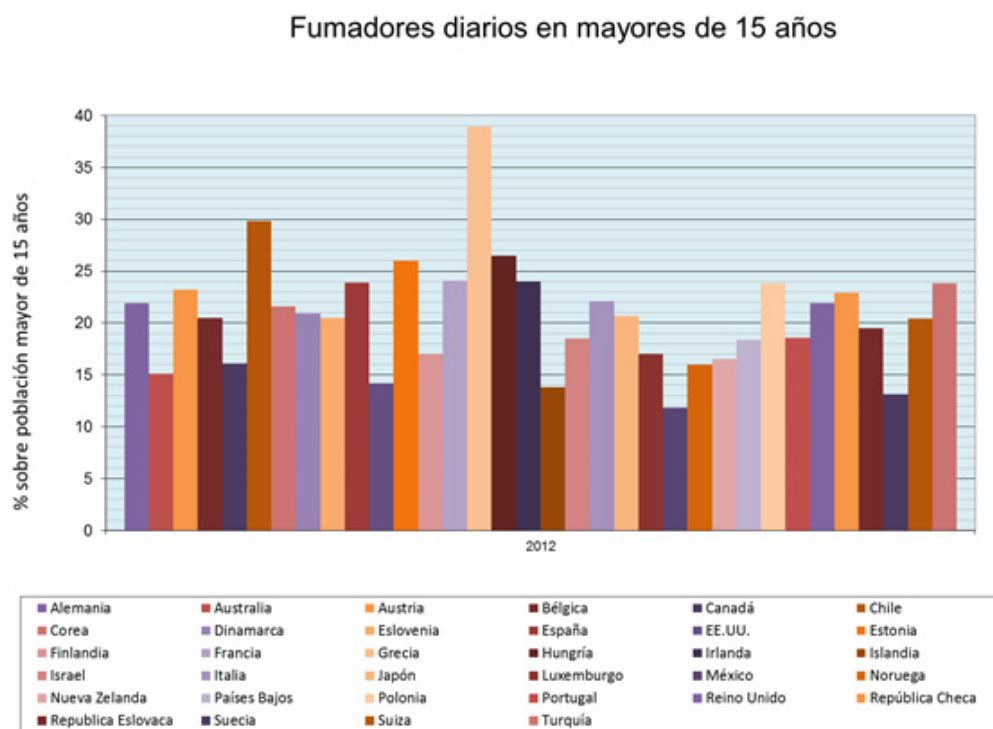


Gráfico 40: Fumadores diarios en mayores de 15 años

6.2.7. Consumo de alcohol

Destaca en el conjunto de países del estudio (ver gráfico 41) su distribución en un rango de 7 puntos entre los (5-12) con las excepciones de Turquía e Israel por bajo de 2,7 ambos.

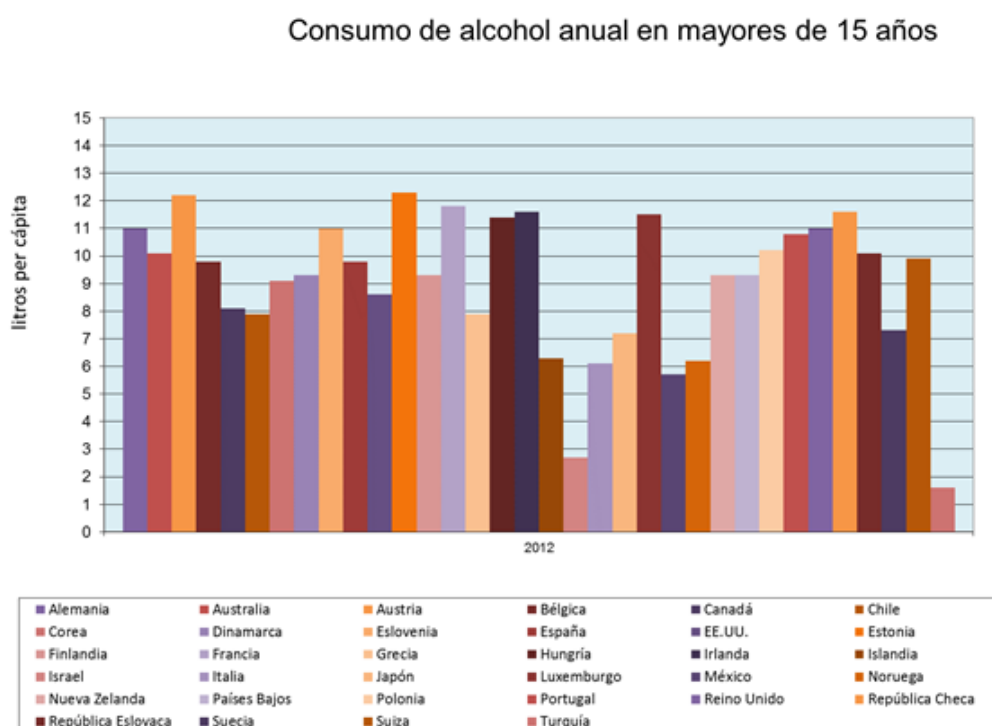


Gráfico 41: Consumo de alcohol anual en mayores de 15 años

6.2.8. PIB per cápita

En los países Mediterráneos y del Sur de Europa (ver tabla 51 y gráfico 42) todos los países han incrementado la cifra en del PIB per cápita desde 1975 pero sus diferencias se han visto incrementadas a lo largo del periodo desde diferencias de PIB per cápita del triple entre la más alta y la más baja en 1975, a cuatro veces entre el mayor y el menor en 2012.

	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010
Eslovenia	0,00	0,00	0,00	0,00	10,52	10,05	17,85	22,94
España	3,13	6,03	4,57	13,40	15,14	14,41	26,06	30,06
Francia	6,75	12,81	9,83	21,94	27,18	22,46	34,92	40,77
Grecia	3,01	5,62	4,59	9,19	12,27	11,54	21,64	26,38
Israel	4,34	6,19	6,38	12,45	18,04	20,53	20,07	30,39
Italia	3,96	8,15	7,70	20,07	19,91	19,39	30,48	33,98
Portugal	2,10	3,32	2,67	7,78	11,62	11,40	18,27	21,65
Turquía	1,57	2,08	1,80	3,66	3,74	4,02	6,83	10,00

Fuente: OECD Population and Vital Statistics y Health Data: Economic references
Elaboración propia

Tabla 51: Evolución del PIB per cápita anual en los países Mediterráneos y del Sur de Europa. Miles de dólares EE.UU.

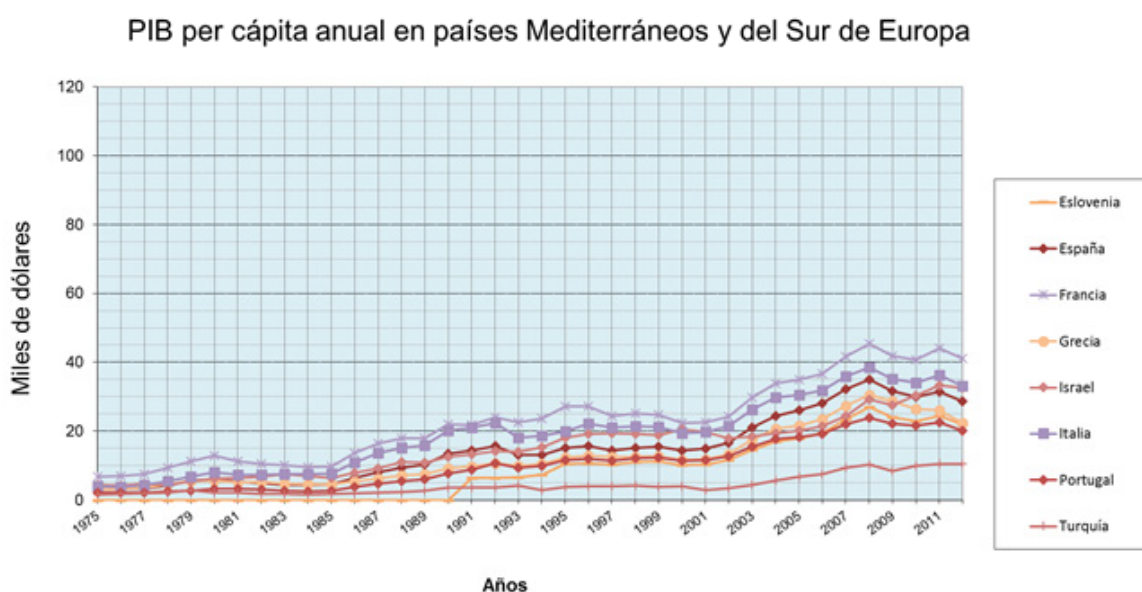


Gráfico 42: PIB per cápita anual en países Mediterráneos y del Sur de Europa

En los países Nórdicos y Anglosajones Europeos (ver tabla 52 y gráfico 43) todos los países han incrementando la cifra en del PIB per cápita desde 1975 pero sus diferencias se han visto incrementadas a lo largo de el periodo, alcanzando Noruega 5 veces la renta per cápita de Estonia en 2012.

	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010
Estonia	0,00	0,00	0,00	0,00	2,63	4,12	10,29	14,25
Finlandia	6,18	11,09	11,22	27,84	25,61	23,53	37,33	44,14
Irlanda	2,93	6,28	5,90	13,81	18,85	25,68	49,00	45,97
Islandia	6,36	14,60	12,18	25,01	26,25	30,93	55,05	39,51
Noruega	8,13	15,59	15,47	27,73	34,16	37,47	65,77	86,10
Reino Unido	5,57	10,84	8,42	19,91	30,89	22,95	33,54	40,41
Suecia	9,60	16,22	12,97	29,03	28,74	27,87	41,04	49,38

Fuente: OECD Population and Vital Statistics y Health Data: Economic references
Elaboración propia

Tabla 52: Evolución del PIB per cápita anual en los países Nórdicos y Anglosajones Europeos. Miles de dólares EE.UU..

PIB per cápita anual en países Nórdicos y Anglosajones de Europa

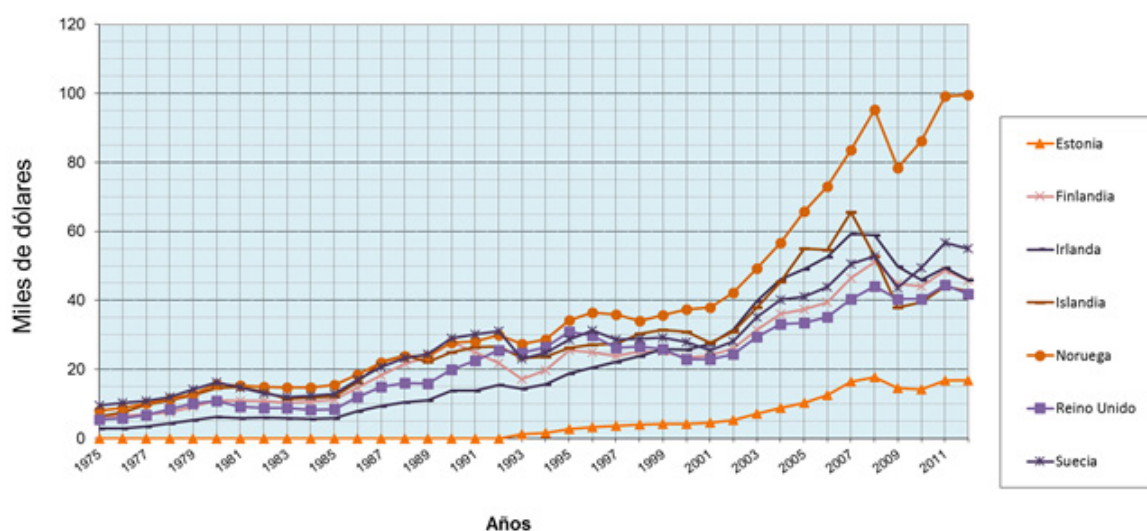


Gráfico 43: PIB per cápita anual en países Nórdicos y Anglosajones de Europa

En los países del Centro de Europa (ver tabla 53 y gráfico 44) todos han incrementado la cifra en del PIB per cápita desde 1975 pero sus diferencias se han visto incrementadas a lo largo de el periodo alcanzando Luxemburgo una renta per cápita 8 veces superior a la de Polonia en 2012 y Suiza 7 veces superior a la de Polonia⁹⁷.

	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010
Alemania	5,57	10,84	8,42	19,91	30,89	22,95	33,54	40,41
Austria	5,23	10,76	9,08	21,46	30,02	23,97	37,08	45,17
Bélgica	6,62	12,71	8,64	20,35	28,07	22,70	36,01	43,15
Dinamarca	7,82	13,61	11,97	26,42	34,77	29,98	47,55	56,41
Hungría	1,14	2,33	2,16	3,57	4,41	4,54	10,94	12,75
Luxemburgo	8,63	16,39	12,37	33,18	50,59	46,45	80,93	102,68
Países Bajos	6,82	12,78	9,19	19,72	27,10	24,18	39,12	46,77
Polonia	9,60	11,50	9,40	8,30	8,10	8,40	9,10	10,00
República Checa	0,00	0,00	0,00	3,21	5,59	5,72	12,71	18,87
Republica Eslovaca	0,00	0,00	0,00	0,00	3,65	3,79	8,91	16,19
Sulza	9,48	17,81	15,75	36,36	46,02	35,64	51,73	70,15

Fuente: OECD Population and Vital Statistics y Health Data: Economic references
Elaboración propia

Tabla 53: Evolución del PIB per cápita anual en los países del Centro de Europa. Miles de dólares EE.UU.,

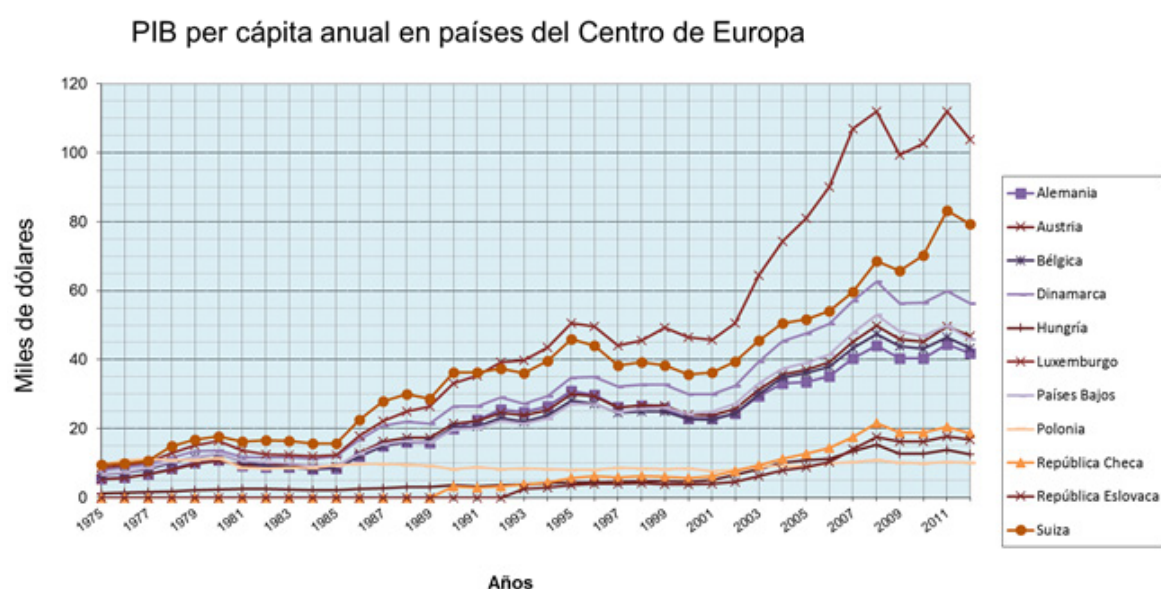


Gráfico 44: PIB per cápita anual en países del Centro de Europa

97: European Commission. Your social security rights in Poland. Employment, Social Affairs & Inclusion. Bruselas: EU; 2013. 33 p.

En los países no Europeos (ver tabla 54 y gráfico 45) todos los países han incrementado la cifra en del PIB per cápita desde 1975 pero sus diferencias se han visto incrementadas a lo largo de el periodo alcanzando Australia casi 7 veces la renta de México⁹⁸ en 2012.

	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010
Australia	7,85	11,80	11,54	18,98	21,79	21,50	37,78	58,57
Canadá	7,50	11,15	14,05	21,38	20,54	24,10	36,10	47,30
Chile	0,76	2,68	1,57	2,58	5,14	5,07	7,56	12,73
Corea	0,61	1,69	2,41	6,31	11,78	11,35	17,55	20,54
EE.UU.	7,82	12,60	18,27	23,95	28,78	36,47	44,31	48,36
Japón	4,58	9,29	11,44	25,11	42,48	37,28	35,78	42,91
México	1,87	3,46	2,91	3,37	3,38	6,43	8,07	9,19
Nueva Zelanda	4,36	7,33	7,16	13,27	17,06	13,95	27,53	32,87

Fuente: OECD Population and Vital Statistics y Health Data: Economic references
Elaboración propia

Tabla 54: Evolución del PIB per cápita anual en los países no Europeos. Miles de dólares EE.UU..

PIB per cápita anual en países no Europeos

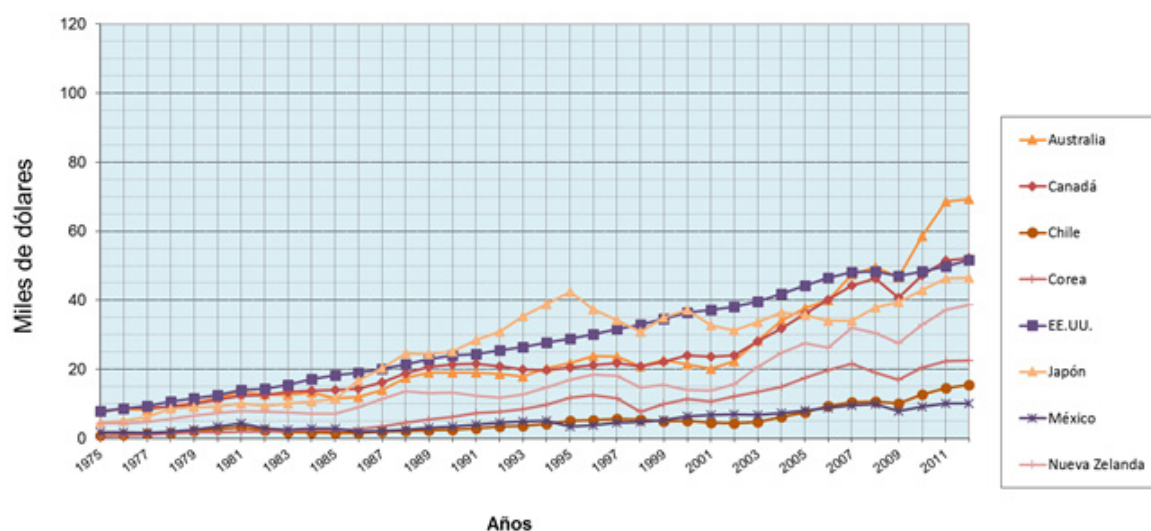


Gráfico 45: PIB per cápita anual en países no Europeos

98: Contreras de Lehr EC. Long-term services in Mexico: homes for the aged. Dan Med Bull. 1987; 5 (Supl):40-4.

6.3. Características de los sistemas de atención a la dependencia

España cuenta con el Sistema de Atención y Ayuda a la Dependencia desde enero de 2007, fecha en que entró en vigor la Ley de Dependencia. El despliegue de la ley se habrá producido en su totalidad en el año 2018⁹⁹.

Francia aprobó el subsidio personalizado de autonomía, en 1997, posteriormente reformado en 2001. En la financiación además del estado participa la Seguridad Social.

Italia no cuenta en la actualidad con un sistema específico de carácter público¹⁰⁰ para atención a la dependencia. Sino que la atención a los dependientes, está integrada en las prestaciones de los servicios sociales. Están financiados preferentemente por impuestos de carácter nacional, regional y locales.

Reino Unido cuenta con un sistema de atención a la dependencia desde el año 1990. Las prestaciones son de carácter limitado y muy vinculado al National Health Service (NHS) y a los municipios. Desde 1991 existe también un mercado de seguros privados de dependencia¹⁰¹.

99: Guillén M, Comas-Herrera A. How much risk is mitigated by LTC protection schemes? A methodological note and a case study of the public LTC system in Spain. *The Geneva Papers on Risk and Insurance-Issues and Practice*. 2012;37:712-724.

100: Scortegagna R. Nuevos servicios y nuevas aproximaciones en la política social para los ancianos, en Sarasa, Moreno (comp.): *El estado del bienestar en la Europa del sur*. Madrid: CSIC; 1995. p. 61-84.

101: Alaszewski A, Baldock J, Billings J, et al. Providing integrated health and social care for older persons in the United Kingdom: The 5th framework programme quality of life and, the European Commission PRO-CARE: National Report United Kingdom. 2003.

Alemania cuenta con un sistema de protección de la dependencia de carácter público. La provisión está garantizada mediante un seguro, de titularidad pública o privada, en dependencia de la renta de los ciudadanos. Los trabajadores o cualquier individuo con rentas han de estar asegurados. Los trabajadores y empresarios pagan el mismo porcentaje sobre salario (1,7%).

Canadá cuenta con Sistema Público de Atención a la dependencia desde 2010.

Estados Unidos, no cuenta con un Sistema específico de atención a la dependencia. La prestación pública se realiza a partir de los sistemas públicos Medicaid^{102,103} creado para cubrir la asistencia médica de las personas ingentes y el Medicaid para la atención sanitaria a personas mayores. Hay una oferta importante del mercado de seguros privados¹⁰⁴.

Japón tiene un sistema específico de atención a la dependencia, desde el año 2000. En esa echa entro en vigor un Seguro Universal de cuidados de larga duración¹⁰⁵. La financiación de este seguro se realiza a partes iguales de impuestos y pago de primas. El 50% de la financiación pública es estatal, un 25 % de financiación local y el resto financiación regional.

102: Gleckman H. Medicaid and Long-Term Care: How Will Rising Costs Affect Services far an Aging Population? Center for Retirement. Research. 2007;4:7-4.

103: Kasper J, Lyons B, O'Malley M. Long-term care services and supports: the future role and challenges for medicaid. The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured. Septiembre. Washington OC; 2007..

104: Freiman MP. A Look at Hybrid Insurance Products with Long-Term Care Insurance. American Association of Retired Persons (AARP). Washington OC; Public Policy Institute; 2007. 32 p.

105: Ikegami N, Yamauchi K, Yamada Y. The long term care insurance law in Japan: impact on institutional care facilities. Int J Geriatr Psychiatry. 2003;18(3):217-21.

El análisis de los sistemas atención a la dependencia y evaluación de los dependientes, para poder acceder a las prestaciones, se ha realizado sobre las cinco variables escogidas. El estudio se aplica sobre los datos del año 2012.

6.4. Análisis de variables

Los valores de las diferentes variables cuantitativas sometidas a los cruces correspondientes de análisis estadístico, contabilizados sobre el año elegido (2012) se transcriben en la tabla 55, para las tipo cualitativo y la tabla 56, para las cuantitativas. Se incluye en esta tabla, la cifra de personas consideradas dependientes a los efectos de este estudio.

	Tipo de financiación	Sistema universal	Copago mayor del 25%	Red de evaluación	Profes ion devaluador
Alemania	Cotizaciones	Si	Si	Sanitaria	Médica
Australia	Impuestos	No	Si	Sanitaria	Social
Austria	Cotizaciones	Si	Si	Específica	Médica
Bélgica	Impuestos	Si	No	Sanitaria	Médica
Canadá	Impuestos	Si	No	Sanitaria	Médica
Chile	Impuestos	Si	No	Sanitaria	Médica
Corea	Impuestos	Si	No	Sanitaria	Médica
Dinamarca	Impuestos	Si	No	Sanitaria	Social
Eslovenia	Impuestos	Si	No	Sanitaria	Médica
España	Impuestos	Si	No	Específica	Médica
EE.UU.	Privada	No	No	Específica	Médica
Estonia	Impuestos	Si	No	Sanitaria	Médica
Finlandia	Impuestos	Si	Si	Sanitaria	Social
Francia	Cotizaciones	Si	Si	Sanitaria	Social
Grecia	Impuestos	Si	No	Sanitaria	Médica
Hungría	Impuestos	Si	No	Sanitaria	Médica
Irlanda	Impuestos	Si	Si	Sanitaria	Médica
Islandia	Impuestos	Si	No	Sanitaria	Médica
Israel	Privada	Si	No	Sanitaria	Médica
Italia	Impuestos	Si	Si	Sanitaria	Médica
Japón	Cotizaciones	Si	No	Específica	Social
Luxemburgo	Cotizaciones	Si	Si	Sanitaria	Médica
México	Impuestos	Si	No	Sanitaria	Médica
Noruega	Impuestos	Si	No	Sanitaria	Médica
Nueva Zelanda	Impuestos	Si	No	Sanitaria	Médica
Países Bajos	Impuestos	Si	Si	Sanitaria	Social
Polonia	Impuestos	Si	No	Sanitaria	Médica
Portugal	Impuestos	Si	Si	Sanitaria	Médica
Reino Unido	Impuestos	No	Si	Sanitaria	Médica
República Checa	Impuestos	Si	No	Sanitaria	Médica
Republica Eslovaca	Impuestos	Si	No	Sanitaria	Médica
Suecia	Impuestos	Si	No	Sanitaria	Social
Suiza	Cotizaciones	No	No	Específica	Médica
Turquía	Privada	No	No	Sanitaria	Médica

Tabla 55: Características de los sistemas de atención y evaluación de la dependencia

	Nº de dependientes	Índice de feminidad	Dependencia mayores	Estudios universitarios	Salud percibida	Obesidad	Tabaquismo	Consumo de alcohol	PIB per cápita
Alemania	31,10	103,42	31,25	28,12	65,30	14,70	21,90	11,00	41,81
Australia	21,89	100,91	21,16	41,28	85,40	21,30	15,10	10,10	69,32
Austria	34,30	105,05	26,56	19,99	70,00	12,40	23,20	12,20	46,81
Bélgica	25,90	103,46	26,63	35,32	74,30	13,80	20,50	9,80	43,40
Canadá	34,84	101,51	21,58	52,59	88,80	17,70	16,10	8,10	52,22
Chile	0,00	102,06	13,88	17,81	59,10	12,10	29,80	7,90	15,42
Corea	7,90	99,70	16,11	41,73	33,30	2,20	21,60	9,10	22,59
Dinamarca	30,18	101,57	27,14	34,78	70,80	13,40	20,90	9,30	56,34
Eslovenia	29,62	102,10	24,68	26,44	63,10	18,30	20,50	11,00	22,06
España	12,54	103,65	26,13	32,31	74,30	16,60	23,90	9,80	28,66
EE.UU.	9,58	103,19	20,58	43,05	87,50	28,60	14,20	8,60	51,76
Estonia	15,21	114,18	26,74	37,28	52,40	19,00	26,00	12,30	16,83
Finlandia	11,17	103,61	28,32	39,66	68,40	15,80	17,00	9,30	45,67
Francia	25,15	94,02	27,37	30,86	68,10	14,50	24,10	11,80	41,11
Grecia	34,93	104,24	30,43	26,69	74,80	19,60	38,90	7,90	22,40
Hungría	30,61	110,16	24,85	22,05	57,60	20,00	26,50	11,40	12,56
Irlanda	4,37	102,03	18,06	35,20	83,10	15,00	24,00	11,60	45,94
Islandia	7,36	99,28	18,93	39,70	76,90	21,00	13,80	6,30	42,51
Israel	27,16	101,99	16,72	46,44	83,50	15,70	18,50	2,70	32,57
Italia	17,20	106,11	31,53	15,71	68,40	10,40	22,10	6,10	33,05
Japón	27,68	105,57	38,41	46,62	30,00	3,60	20,70	7,20	46,57
Luxemburgo	24,47	100,27	20,25	39,11	73,80	23,00	17,00	11,50	103,86
México	5,10	104,73	9,89	18,07	65,50	32,40	11,80	5,70	10,09
Noruega	39,25	99,40	23,50	38,56	78,80	10,00	16,00	6,20	99,63
Nueva Zelanda	30,30	103,40	20,86	40,58	89,70	28,40	16,50	9,30	38,69
Países Bajos	46,74	101,99	24,96	34,40	75,60	12,00	18,40	9,30	45,96
Polonia	2,31	106,60	19,78	24,51	57,70	15,80	23,80	10,20	10,20
Portugal	3,12	109,75	29,14	18,53	48,10	15,40	18,60	10,80	20,18
Reino Unido	31,10	103,42	31,25	40,98	65,30	14,70	21,90	11,00	41,81
República Checa	28,16	103,63	24,01	19,28	60,40	17,40	22,90	11,60	18,69
Republica Eslovaca	22,30	105,31	18,07	18,98	65,60	50,80	19,50	10,10	16,89
Suecia	42,47	100,56	29,54	35,70	81,10	11,80	13,10	7,30	55,04
Suiza	43,56	102,85	26,90	36,59	81,90	10,30	20,40	9,90	79,34
Turquía	0,00	99,17	11,01	15,29	68,60	17,20	23,80	1,60	10,49

Tabla 56: Factores de riesgo de la dependencia

6.4.1. Análisis de correlación

El análisis de correlación parcial aplicado, sobre las variables que identifican los factores de riesgo de este estudio y la variable personas dependientes, indica que existen valores de correlación claros entre la proporción de dependientes y la dependencia económica en mayores de 65 años, salud percibida y PIB per cápita. Además en los tres casos son significativos con una $p < 0,05$.

Se utilizaron como variables de control las variables de tabaquismo y consumo de alcohol, toda vez que en un primer análisis se estimaron bajas cifras de asociación estadística con la dependencia.

Variables de control			% de dependientes	Índice de feminidad	Dependencia mayores	Estudios universitarios	Salud percibida	Consumo de alcohol	PIB per cápita
Tabaquismo & Obesidad	% de dependientes	Correlación	1,000	-0,088	0,524	0,282	0,369	0,209	0,502
		Significación (2 colas)		0,632	0,002	0,117	0,038	0,250	0,003
	Índice de feminidad	Correlación	-0,088	1,000	0,338	-0,132	-0,400	0,229	-0,320
		Significación (2 colas)	0,632		0,058	0,470	0,023	0,207	0,075
	Dependencia mayores	Correlación	0,524	0,338	1,000	0,154	-0,061	0,406	0,249
		Significación (2 colas)	0,002	0,058		0,399	0,740	0,021	0,169
	Estudios universitarios	Correlación	0,282	-0,132	0,154	1,000	0,286	0,087	0,412
		Significación (2 colas)	0,117	0,470	0,399		0,113	0,638	0,019
	Salud percibida	Correlación	0,369	-0,400	-0,061	0,286	1,000	-0,137	0,505
		Significación (2 colas)	0,038	0,023	0,740	0,113		0,456	0,003
	Consumo de alcohol	Correlación	0,209	0,229	0,406	0,087	-0,137	1,000	0,223
		Significación (2 colas)	0,250	0,207	0,021	0,638	0,456		0,220
	PIB per cápita	Correlación	0,502	-0,320	0,249	0,412	0,505	0,223	1,000
		Significación (2 colas)	0,003	0,075	0,169	0,019	0,003	0,220	

Tabla 57: Análisis de correlación parcial

6.4.2. Análisis de medias

La prueba de comparación de medias para valorar la relación estadística entre las variables cuantitativas del sistema de evaluación de la dependencia y la variable proporción de dependientes indican que la profesión médica de los evaluadores condiciona cifras más bajas de dependientes que cuando la profesión es social, con una eta cuadrada muy fuerte de 0,074.

En este caso aún cuando la significación estadística no está en $p < 0,05$ debe aceptarse la diferencia entre las medias, ya que se trata de una prueba aplicada sobre un conglomerado (país) y no sobre datos simples.

Análisis de medias						
Variable dependiente	Variables independientes	Valores	Media	Varianza	Significación	Eta cuadrada
Porcentaje de población dependiente	Sistema Universal	No	21,22	295,74	0,876	0,001
		Si	22,29	178,59		
		Total	22,13	187,53		
	Financiación	Cotizaciones	31,04	51,31	0,120	0,128
		Impuestos	21,18	198,33		
		Privada	12,24	189,72		
		Total	22,13	187,53		
	Copago sup al 25%	No	21,82	201,62	0,852	0,001
		Si	22,78	174,60		
		Total	22,13	187,53		
	Red de evaluación	Específica	25,53	207,48	0,556	0,011
		Sanitaria	21,54	188,95		
		Total	22,13	187,53		
	Profesion evaluadores	Médica	20,27	186,55	0,120	0,074
		Social	29,33	146,99		
Total		22,13	187,53			

Tabla 58: Comparación de medias

6.4.3. Análisis de modelo lineal general univariante

Se ha realizado un análisis de la intervención de las cinco variables del sistema (independientes) sobre la variable dependiente: porcentaje de personas dependientes. El análisis se ha realizado con un Modelo Lineal General de tipo Univariante (MLGU).

El resultado del análisis conjunto de regresión y varianza para la variable dependiente (número de personas dependientes), la realiza neutralizando como covariables los factores de riesgo (ver tablas 59 y 60), indica que para la determinación del número de dependientes es plausible un modelo que contemple como independientes 4 de las 5 variables propuestas sistema universal, copago superior al 25%, profesión de los evaluadores red de evaluación. El modelo presenta un coeficiente de regresión alto de 0,684 y una significación del modelo corregido con $p < 0,05$.

Factores inter-sujetos		
		N
Sistema universal	No	5
	Si	29
Copago superior al 25 %	No	23
	Si	11
Profesión de evaluadores	Médica	27
	Social	7
Red de evaluación	Específica	5
	Sanitaria	29

Tabla 59: Factores inter-sujetos

Variable dependiente:	% de de dependientes		
Origen	Suma de cuadrados	F global	Sig.
Modelo corregido	4265,735	2,357	0,044
Índice de feminidad	13,594	0,120	0,733
Dependencia en mayores	1065,457	9,421	0,007
Estudios universitarios	41,892	0,370	0,551
Salud percibida	273,143	2,415	0,139
Consumo de alcohol	34,082	0,301	0,590
PIB per cápita	322,470	2,851	0,110
Sistema universal	5,468	0,048	0,829
Copago superior al 25 %	6,782	0,060	0,809
Red de evaluación	11,030	0,098	0,759
Profesion de evaluadores	1,579	0,014	0,907
Copagosup 25 + EvalSist	470,118	4,157	0,057
R al cuadrado = ,689 (R al cuadrado ajustada = ,397)			

Tabla 60. Modelo lineal general univariante de regresión

7. DISCUSIÓN

El estudio se ha realizado sobre los países desarrollados, para poder asegurar la existencia de datos en el marco de la atención a las personas dependientes. La elección de los países de la OCDE, aunque arriesgada se ha mostrado como útil por dos razones, una el acceso a datos sobre Long-Term Care, sobre estado de salud y demográficos, y otra por contar con cifras de utilización de servicios formales de atención y ayuda a la dependencia.

Se deriva del análisis de las primeras variables estudiadas la necesidad de medir, para posteriores estudios, elementos tales como la insularidad y otros relacionados con la accesibilidad y la dispersión territorial de las personas. Estos elementos estos elementos podrían gravar el coste¹⁰⁶ y por tanto la viabilidad de los sistemas de dependencia.

En el estudio se han analizado las cifras demográficas vinculadas al envejecimiento de las poblaciones tanto en su etapa anterior como las previsiones futuras para conocer su relación con las cifras de personas dependientes.

Las cifras demográficas que se consideran vinculadas al envejecimiento y al aumento de las cifras de dependientes ha sido objeto de múltiples publicaciones¹⁰⁷, también en nuestro país. La literatura médica y socio-sanitaria es especialmente prolija en la presentación de factores de riesgo de la dependencia o la invali-

106: Correa M, Montero R, Jiménez JD. ¿Cuánto cuesta la dependencia en Andalucía? Revista de Estudios Regionales. 2014;101:101-34.

107: Brau R, Lippi M. Eliciting the Demand for Long-Term Care Coverage: a Discrete Choice Modelling Analysis. Health Economics. 2008;17:411-33.

dez pero citaríamos como ejemplo que «a mayor nivel educativo, mayor estatus económico y estilo de vida y, por tanto, menor probabilidad de dependencia¹⁰⁸». Los cambios en la fecundidad y la mortalidad que se han registrado en los países desarrollados están ocasionando importantes cambios demográficos como un progresivo envejecimiento de la estructura por edades y, a la postre, la disminución del crecimiento de la población.

Se ha constatado, en un número apreciable de los países del estudio, que sus poblaciones han iniciado la senda del decrecimiento a partir de los primeros años de la década del 2010 o, al menos han detenido claramente la tendencia de crecimiento. Se apartan de este patrón países como México, Turquía explicable por su población más joven o Estados Unidos, Canadá e Israel al ser receptores netos de inmigración. Merece un comentario especial Francia que mantendrá la senda del crecimiento poblacional hasta el 2050 diferenciándose del resto de países características sociodemográficas, lo que sugiere la necesidad de estudios sobre el tema.

Así las cifras de proporción de personas dependientes recogidas en el estudio no mantienen una relación biunívoca con la evolución demográfica, marcada por parámetros como la fecundidad y la mortalidad.

La mayoría de los estudios publicados, sobre la dependencia, ha analizado variables que miden factores de riesgo relacionados con características sociodemográficas, de salud, socioeconómicas o de hábitos de vida. Sin embargo, no

108: Dizy D, Ruiz O. Las personas mayores en situación de dependencia. Propuesta de un modelo protector mixto y estimación del coste de la dependencia en España. Madrid: Ed. Edad y Vida; 2006. 312 p.

se han desarrollado estudios que analicen como potenciales predictores de la dependencia las variables de los sistemas de cobertura y evaluación de la misma.

Una de las variables estudiadas en el trabajo ha sido la evolución de la cifra de natalidad que ha presentado escasa aplicabilidad para determinar las cifras actuales de dependientes. No cabe duda que su conocimiento podrá ser útil en un futuro para corregir previsiones de evolución de las cifras de la población por edades de los conglomerados o países.

El estudio de la tasa de fecundidad realizado, aun sabiendo que esta íntimamente relacionada con los niveles futuros de envejecimiento, no se considera que tenga mayor aplicabilidad inmediata, mas allá de lo apuntado en el párrafo anterior para la tasa de natalidad.

El estudio de la esperanza de vida, que es una variable para conocer calidad de vida global de un conglomerado o país, no ha resultado de ser de aplicación en el estudio sobre dependencia. En posteriores estudios sobre la materia será necesario incluir variables como la esperanza de vida a los 65 años o a los 80 años que tienen mayor aplicación, al ser las poblaciones de mayor edad las que cuentan con una prevalencia más alta de dependencia. Sin duda estas variables pueden ser un elemento importante para estimar variables como la dependencia económica en mayores de 65 que si han mostrado su utilidad en los análisis de este estudio.

Se ha estudiado el índice de envejecimiento. Esta variable en la que se ha podido contar además con previsiones hasta el año 2050, ha permitido aproximarse a una fotografía futura de evolución futura de la estructura económicamente activa, sin embargo no podido introducir en los análisis de asociación del estudio. Todo parece indicar que es necesario profundizar más en bibliografía sobre el tema para valorar la utilidad de su medición en los análisis sobre dependencia.

Se ha estudiado la tasa de dependencia económica mostrando su utilidad en este estudio al estar asociada a la cifra de dependientes. Esta variable se ha completado en el estudio con las índices de recambio de la población activa y del saldo de jubilados/activos.

En el estudio del comportamiento de los conocidos en la literatura científica como factores de riesgo de la dependencia, o predictores de la misma, han presentado un comportamiento desigual. Se ha estudiado el índice de feminidad como variable de medición del sexo. Llama la atención que éste factor, en la literatura científica relaciona con el desarrollo de la dependencia, aparece como un factor de riesgo claro por la mayor prevalencia de la misma entre las mujeres¹⁰⁹. En actual estudio no se le ha podido atribuir una especial relación con el número de dependientes. La interpretación más plausible es que al utilizar con cifras globales o de país en el estudio ecológico, la diferencia numérica entre sexos es muy baja, frente a los estudios sobre factores de riesgo publicados donde se analizaban las variables en población dependiente, con una composición por edades por tanto mucho más envejecida que la de la población total. Es eviden-

109: Abellán A, Puga D. Una estimación de la dependencia en España. Rev Mult Gerontol. 2004;14:301-3.

te que en el colectivo de mayores es muy predominante el número de mujeres frente al de hombre, que con cifras más altas de mortandad han perdido, en esos grupos de edad, gran parte de sus efectivos.

Se ha estudiado el índice de dependencia económica en mayores como forma de medir el peso relativo de las personas mayores de 65 años. Este índice además de mostrar de forma muy evidente el valor de su medida, ha confirmado en el estudio su relación directa con las cifras de dependientes. Se ha utilizado también esta variable, una vez neutralizada para poder realizar el análisis de las variables cuantitativas del sistema con influencia en el número de dependientes.

Se ha estudiado la proporción de personas con estudios universitarios o terciarios. Destacan las cifras para el conjunto de países de Canadá, Israel y Japón como las más altas. Pero el estudio arroja un dato sobre Italia que lo situándolo en cifras similares a países de menor nivel socio-económico. Ésto hace dudar seriamente sobre la fiabilidad del dato presente en las bases de datos OCDE. En una revisión del presente estudio debería considerarse la eliminación de este dato o su sustitución por un parámetro que lo sustituya para Italia.

Se ha realizado también el estudio del estado de salud percibida, merece un especial comentario las bajas cifras de Japón y Corea para esta variable lo que hace cuestionarse si la interpretación de la pregunta por los entrevistados era similar para el conjunto de los países de la OCDE. Debería para esta variable analizarse la fuente específica y comprobar la validación de esta variable de OCDE

en las fuentes originarias de Corea y Japón, antes de mantener este dato par posteriores estudios.

Se ha estudiado la obesidad. Llama la atención especialmente la cifra de la República Eslovaca con más de un 50 % teórico de personas con obesidad. Elemento éste que aboga, para posteriores estudios, por la sustitución de la variable para este país por otra con mayor con mayor verosimilitud.

Se ha estudiado el tabaquismo a partir de la medición de personas fumadoras diarias. Se observan importantes diferencias entre países destacando los casos de Chile y Grecia por sus elevadas cifras.

Se ha estudiado el tabaquismo a partir de la medición de personas fumadoras diarias. Se observan importantes diferencias entre países destacando los casos de Chile y Grecia por sus elevadas cifras.

Se ha estudiado el consumo de alcohol, destacar el bajo consumo constatado para países con gran número de personas de religión musulmana como son los casos de Israel y Turquía.

El comportamiento de factores de riesgo como tabaquismo y obesidad no han presentado en el estudio una relación con la cifra de dependientes. Las razones podrían atribuirse a varias causas. Esta diferencia encontrada con la literatura científica, obliga a estudiar en posteriores estudios si los parámetros utilizados

para medir estos factores, han sido los adecuados para un estudio ecológico. También ha de tenerse en cuenta, que en el estudio analítico las medidas utilizadas eran de un solo año y puede estar muy condicionada con la composición por edades de la población en cuestión en ese momento para cada país. Situación ésta que puede contribuir a enmascarar su efecto. Es conocido que el consumo baja en las poblaciones que están soportando una mayor carga de enfermedad como sería, por ejemplo, las sociedades más envejecidas que a su vez es presumible que mayor cifra de dependientes integran.

Especial mención merece el estudio de la variable PIB per cápita utilizada para conocer el estado del nivel socioeconómico de los conglomerados. La variable ha presentado diferencias muy notables así un grupo de tres países llegan incluso a multiplicar por 10 a otros países del estudio. Así mismo, esta variable, el PIB per cápita, ha presentado una correlación muy alta con la cifra de dependientes y con significación estadística, lo que permitió neutralizarla al aplicar el modelo lineal general univariante, para validar el modelo utilizado en la determinación del número de dependientes a partir de las variables del sistema estudiadas.

El estudio ha caracterizado los sistemas de atención a la dependencia en base a cinco variables. Como son: el tipo de financiación, la cobertura del sistema, la participación de los usuarios en el pago de los servicios de atención la red encargada de evaluar la dependencia y la profesión de los evaluadores preferentes. Tan sólo se ha podido encontrar asociación y posible relación causa-efecto entre la proporción de dependientes y cuatro de las variables cobertura, nivel de

copago, tipo de red de evaluación y profesión de los evaluadores. La plausibilidad de la relación es fuerte para la variable profesión de los evaluadores.

Se ha comprobado la existencia de una probable relación lineal de cuatro de las variables seleccionadas para caracterizar el sistema de cobertura y evaluación de la dependencia, con el número de personas dependientes. Sin embargo, la configuración como cualitativas¹¹⁰ de las referidas variables, señala la necesidad de desarrollar para el futuro estudios que otorguen a las mismas una medición cuantitativa, lo que permitiría construir modelos predictivos.

El modelo comentado de las cuatro variables del sistema, se presenta como especialmente relevante por que de ser posible construir un modelo de simulación contrastado que esté basado, como es el caso, en variables administrativas, es decir de fácil modificación por los responsables de los sistemas de atención públicos y privados, permitiría, arbitrar medidas con repercusión inmediata en la viabilidad de los sistemas de atención a la dependencia.

El modelo comentado de las cuatro variables del sistema, se presenta como especialmente relevante por que de ser posible construir un modelo de simulación contrastado que esté basado, como es el caso, en variables administrativas, es decir de fácil modificación por los responsables de los sistemas de atención públicos y privados, permitiría, arbitrar medidas con repercusión inmediata en la

110: Alemany R, Bolancé M, Guillén M. A nonparametric approach to calculating value-at-risk. *Insurance: Mathematics and Economics*. 2013;52(2):255-262.

viabilidad de los sistemas de atención a la dependencia¹¹¹.

111: Bolancé C, Alemany R, Guillén M. Efectividad del sistema público de dependencia en España para la reducción del coste individual de cuidados a lo largo de la vida. *Revista Economía Aplicada*. 2013;61:97-117.

8. CONCLUSIONES

8.1. Cumpliendo el primer objetivo se han caracterizado los treinta y cuatro países de la OCDE según sus variables demográficas, factores de riesgo y métodos de evaluación.

8.2. En el estudio de las variables demográficas desde 1975 a 2012, en relación con la cifra de dependientes, destacan: dependencia económica en mayores de 65 años, producto interior bruto per cápita e índice de envejecimiento, siendo positiva la relación de las tres variables con el número de personas dependientes.

8.3. El número de dependientes que reciben cuidados formales esta relacionado con: tipo de cobertura del sistema (universal), copago por el usuario (superior al 25%), red de evaluación (sanitaria o específica) y profesión de los evaluadores (sanitaria o social).

8.4. Los factores de riesgo neutralizados en el análisis lineal general univariante utilizado para conocer la relación de las variables del sistema, con el número de dependientes son: el índice de feminidad, la dependencia económica en mayores, los estudios universitarios o terciarios, la salud percibida y el consumo de alcohol.

8.5. Las variables de los sistemas de protección de la dependencia relacionadas con el número de dependientes que destacan son: el sistema de financia-

ción (impuestos, cotizaciones sociales y privado) y el tipo de cobertura (universal).

8.6. El cruce de variables de evaluación de la dependencia con el número de dependientes arrojó resultados significativos para:

- Tipo de cobertura (universal)
- Copago (superior al 25%)
- Red de evaluación (específica)
- Y la profesión del evaluador (médica)

8.7. En un sistema de atención a la dependencia se debería considerar la profesión del evaluador (médico) porque es la que da mayor magnitud a la asociación en el sentido de que presumiblemente condicionaría cifras menores de dependientes.

BIBLIOGRAFÍA

Abellán A, Puga D. Una estimación de la dependencia en España. *Rev Mult Gerontol*. 2004;14:301-3.

Alaszewski A, Baldock J, Billings J, et al. Providing integrated health and social care for older persons in the United Kingdom: The 5th framework programme quality of live and, the European Commission PROCARE: National Report United Kingdom. 2003.

Albarrán I, Alonso P. Clasificación de las personas dependientes a partir de la encuesta de discapacidades, deficiencias y estado de salud de 1999. *Rev Esp Salud Pública*. 2006; 80: 349-60.

Albarrán I, Alonso P, Bolancé C. Comparación de los baremos español, francés y alemán para medir la dependencia de las personas con discapacidad y sus prestaciones. *Rev Esp Salud Pública*. 2009;83:379-92.

Alegre A, Ayuso M, Guillén M, et al. Tasa de dependencia de la población española no institucionalizada y criterios de valoración de la severidad. *Rev Esp Salud Pública*. 2005;79:351-63.

Alemany R, Ayuso M, Guillén M. Nuevos factores exógenos en la modelización de la dependencia: la inversión en prevención de la dependencia en la población de edad avanzada. *Anales del Instituto de Actuarios Españoles*. 2012; 18: 1-18.

Alemaný R, Bolancé M, Guillén M. A nonparametric approach to calculating value-at-risk. *Insurance: Mathematics and Economics*. 2013;52(2):255-262.

Argimon Pallas JM, Jiménez Villa J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 3ª ed. Madrid: Elsevier España; 2007. 393 p.

Asiskovitch S. The Long-Term Care Insurance Program in Israel: solidarity with the elderly in a changing society. *Israel Journal of Health Policy Research*. 2013; 2:3.

Aso J, Cobo JA. Valoración de las lesiones causadas a las personas en accidentes de circulación. Barcelona: Masson; 1998. 560 p.

Ayuso M, del Pozo R, Escribano F. Factores sociodemográficos y de salud asociados a la institucionalización de personas dependientes. *Revista Española de Salud Pública*. 2010;84:6,789-98.

Ayuso M, Holzmann R. Natalidad, pirámide poblacional y movimientos migratorios en España: su efecto en el sistema de pensiones. *Informes Instituto BBVA de Pensiones*. 2014;8:1-18.

Barr N. Long-term care: a suitable case for social insurance. *Social Policy & Administration*. 2010;44:359-74.

Blay D. Sistemas de cofinanciación de la dependencia: seguro privado frente a hipoteca inversa. Madrid: Fundación MAPFRE; 2007. 118 p.

Bolancé C, Alemany R, Guillén M. Efectividad del sistema público de dependencia en España para la reducción del coste individual de cuidados a lo largo de la vida. *Revista Economía Aplicada*. 2013;61:97-117.

Bolumar F, Vioque J, Rebagliato M. Estudios descriptivos ecológicos. Estudios transversales. En: *Medicina Preventiva y Salud Pública*. 10ª ed. Madrid: Ed. Masson; 2001. 1264 p.

Borobia C. Métodos de valoración del daño corporal. Madrid: Forum universidad-empresa; 1989. 244 p.

Borobia C. Valoración de incapacidades laborales (VII). Métodos de valoración. Estudio de baremos de accidentes y enfermedades profesionales; *Medicina del Trabajo*; Vol 2, nº 4 y 5; 266-274, 330-8.

Borobia C. Valoración del daño corporal: legislación, metodología y prueba pericial médica. Madrid: Editorial Masson; 2006. 544 p.

Borobia C. Valoración de daños personales causados en los accidentes de circulación. Madrid: La Ley- Actualidad; 1996. 741 p.

Brau R, Lippi M. Eliciting the Demand for Long-Term Care Coverage: a Discrete Choice Modelling Analysis. *Health Economics*. 2008;17:411-33.

Camacho JA, Rodríguez M, Hernández M. El sistema de atención a la dependencia en España: Evaluación y comparación con otros países europeos. *Cuadernos Geográficos*. 2008;42:37-52.

Charpentier P, Aboiron H. Clasificación Internacional de las deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. *Enciclopedia Médico Quirúrgica. Kinesiterapia y Medicina Física*. E. 26-006-B10.

Comas-Herrera A, Pickard L et al. The Long-term care system for the elderly in England. Londres: Enepry; 2010. Research report 74.

Contreras de Lehr EC. Long-term services in Mexico: homes for the aged. *Dan Med Bull*. 1987; 5 (Supl):40-4.

Correa M, Montero R, Jiménez JD. ¿Cuánto cuesta la dependencia en Andalucía? *Revista de Estudios Regionales*. 2014;101:101-34.

Correa M, Montero R, Jiménez J de D. La financiación del nivel acordado de la Ley de la Dependencia: el coste de una evolución hacia variables reales de dependencia. *Gac Sanit*. 2011;25 (Supl 2):78-84.

Díaz de San Martínez-Martín P, Fernández-Mayoralas G, Frades-Payo B et al. Validación de la Escala de Independencia Funcional. *Gac Sanit.* 2009;23(1):49–54.

Dizy D, Ruiz O. Las personas mayores en situación de dependencia. Propuesta de un modelo protector mixto y estimación del coste de la dependencia en España. Madrid: Ed. Edad y Vida; 2006. 312 p.

Estadísticas sanitarias mundiales 2014. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014. 178 p.

European Commission. Your social security rights in Poland. Employment, Social Affairs & Inclusion. Bruselas: EU; 2013. 33 p.

European Union Task Force on Health Expectancies. Healthy life years in the European Union: facts and figures 2005. *European Health Reports.* 2008.

Eurostat. Eurostat Population Projections 2010-based 'EUROPOP2010': Methodology and results of a long-term scenario of demographic convergence (forthcoming). 2011.

Finkelstein A, McGarry K, Sufi A. Dynamic Inefficiencies in Insurance Markets: Evidence from Long-Term Care Insurance. Washington OC: NBER; 2005. Working paper n° 11039.

Foster I, Brown R, Phillips B, Lepidus B. Improving the quality of Medicaid personal assistance through consumer direction. *Health Affairs*. 2003;3:162-75.

Freiman MP. A Look at Hybrid Insurance Products with Long-Term Care Insurance. American Association of Retired Persons (AARP). Washington OC; Public Policy Institute; 2007. 32 p.

Fries JF. Aging, Natural Death and the Compression of Morbidity. *Bulletin of the World Health Organization*. 1980;80: 245-50.

Frostin P. Sources of Health Insurance and Characteristics of the Uninsured: Analysis of the March 2002 Current Population Survey Employee Benefit Research Institute; 2002. Issue Brief nº 252.

Frossard M, Genin N, Guisset M et al. Providing integrated health and social care for older persons in France. An old idea with a great future: The 5th framework programme quality of life and, the European Commission. PROCARE: National Report France. 2003.

Girela E, Hernández C. Informe médico de los daños a las personas. En: Hernández C, editor. Valoración médica del daño corporal. Guía para la exploración y la evaluación de lesionados. Masson: Barcelona; 1997. p. 367-84.

Gleckman H. Medicaid and Long-Term Care: How Will Rising Costs Affect Services for an Aging Population? *Center for Retirement Research*. 2007;4:7-4.

Gómez M, Hernández J, Martín E. La atención a la dependencia: estimaciones del gasto presupuestario y de sus efectos macroeconómicos. *Presupuesto y gasto público*. 2012;66:127-48.

Grundy E, Glaser K. Socio-demographic differences in the onset and progression of disability in early old age: a longitudinal study. *Age Ageing*. 2000;29(2):149-57.

Guillén M. Longevidad y dependencia en España. Consecuencias sociales y económicas. Bilbao: Ed. Fundación BBVA; 2006. 184 p.

Guillén M, Comas-Herrera A. How much risk is mitigated by LTC protection schemes? A methodological note and a case study of the public LTC system in Spain. *The Geneva Papers on Risk and Insurance- Issues and Practice*. 2012;37:712-724.

Ikegami N, Yamauchi K, Yamada Y. The long term care insurance law in Japan: impact on institutional care facilities. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2003;18(3):217-21.

Jiménez M, González P, Martín J. Clasificación de las personas dependientes a partir de la encuesta de discapacidades, deficiencias y estado de salud de 1999. *Rev Esp Salud Pública*. 2006; 80: 349-360.

Jiménez S, Vilaplana C. Los pilares del estado del bienestar: los hay que nacen con estrella y los hay que nacen estrellados. FEDEA. 2012. <http://nadaesgratis.es/sergijimenez/los-pilares-del-estado-del-bienestar-los-hay-que-nacen-con-estrellay-los-hay-que-nacen-estrellados>.

Karadeniz O. Pensions, Health Care and Long-term Care. Turkey. Annual National Report ASISP; 2012.

Kasper J, Lyons B, O'Malley M. Long-term care services and supports: the future role and challenges for medicaid. The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured. Septiembre. Washington OC; 2007.

Kwon S. Future of long-term care financing for the elderly in Korea. J Aging Soc Policy. 2008;20(1):119-36.

Lafortune G, Balestat G. Trends in Severe Disability Among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and the Future Implications. OECD Health Working Papers, No. 26, OECD Publishing; 2007.

Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. L39/2006 (14 diciembre 2006).

Ley de Regulación del Mercado Hipotecario y otras Normas del Sistema Hipotecario y Financiero, de regulación de las Hipotecas Inversas y el Seguro de Dependencia y por la que se establece determinada Norma Tributaria. L. Nº 41/2007 (7 diciembre 2007).

López-Bastida J, Serrano-Aguilar P, Perestelo-Pérez et al. Social-economic costs and quality of life of Alzheimer disease in the Canary Islands, Spain. *Neurology*. 2006;67:2186–91.

López G, Comas A, Monteverde M. Envejecimiento y dependencia. Situación actual y retos de futuro. Barcelona: Caixa d'Estalvis de Catalunya. 2005. 92 p.

López-Casasnovas G. La Ley de Autonomía y Dependencia. Reflexiones y recomendaciones para su mejor desarrollo. *Gac Sanit*. 2011;25(Supl):125–130.

López-Casasnovas G. La sostenibilidad del bienestar intergeneracional. En: Retos del estado del bienestar. Confederación Cajas Vasco Navarras. 2011. 20 p.

López-Casasnovas G. Repensar el Estado de bienestar: la sostenibilidad del bienestar intergeneracional en España y en la OCDE. *Ekomiza*. 2012;81: 16-37.

López-Casasnovas G, Del Pozo R. La protección social de los problemas de dependencia en España. Madrid: Fundación CASER; 2010. Documento de Trabajo CRES Nº 1.

Malik K. Informe sobre Desarrollo Humano 2014. Publicado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Washington DC: 2014. <http://docplayer.es/394354-Informe-sobre-desarrollo-humano-2014-sostener-el-progreso-humano-reducir-vulnerabilidades-y-construir-resiliencia.html>.

Mercer Ltd. Study to examine the future financing of long-term Care in Ireland. On behalf the department of social & family affairs. Government of Ireland. 2002. 164 p.

Millán A. La protección social en la Unión Europea, ¿Un modelo homogéneo? El modelo económico de la UE. ICE. 2005;820:195-219.

Ministerio de Asuntos Sociales. Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Ginebra; OMS: 1997. 219 p.

Montserrat J. El coste de la dependencia. Rev Mult Gerontol. 2003;13(3):194-200.

Montserrat J. El copago en la ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia: costes e impacto en las rentas de los usuarios. Papeles de Economía Española. 2011;129: 195-206.

Montserrat J. El reto de un sistema universal de protección a la dependencia: una estimación del coste del modelo. Presupuesto y Gasto Público. 2005;39:309-27.

Montserrat J. La tercera vía de financiación: la contribución económica del usuario. *Presupuesto y Gasto Público*. 2009;56:127-43.

Myers G, Légaré J. The behaviour and status of older persons in: United Nation. *Generations and gender programme: exploring future research and data collections options*. New York: 2000. 166 p.

Nesti G, Campostrini S, Garbin S et al. Providing integrated health and social care for older persons in Italy: The 5th framework programme quality of live and, the European Commission. *PROCARE: National Report Italy*: 2003.

OECD/European Commision. *A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care*. OCDE Health Policy Studies, OECD Publishing. 2013. 263 p.

Oliva J, Tur A. Salud y atención a la dependencia. Una perspectiva económica en los albores del SAAD. *Humanitas*. 2009;40:10-30.

Oliva J, Vilaplana C, Osuna R. El valor social de los cuidados informales provistos a personas mayores en situación de dependencia. *Gac Sanit*. 2011;25 (Supl 2):108-14.

Organización Mundial de la Salud. *Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF)*. Madrid: Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño. 2001. 320 p.

Otero A, Zunzunegui M, Rodríguez-Lasso A et al. Volumen y tendencias de la dependencia asociada al envejecimiento de la población española. *Rev Esp Salud Pública*. 2004; 78: 201-13.

Pozo-Rubio R, Escribano-Sotos F, Moya-Martínez P et al. El copago en dependencia en el actual contexto socioeconómico: ¿carácter recaudador y eficiente o factor de riesgo de empobrecimiento de las familias? Comunicación en las XXXV Jornadas de AES; 18 junio 2015; Granada, España. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2015.

PricewaterhouseCoopers. Situación del Servicio de Atención Residencial en España. Servicios de Atención a la Dependencia. Project Government Offices of Sweden. 2010. 40 p.

Puga D. Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España, una previsión a 2010. Madrid: Edita Fundación Pfizer; 2002. 209 p.

Puga D. La dependencia de las personas con discapacidad: entre lo sanitario y lo social, entre lo privado y lo público. *Rev Esp Salud Pública*. 2005;79:327-330.

Querejeta M. Discapacidad/ dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad IMSERSO; 2004. 162 p.

Real Decreto por el que se aprueba el Baremo de Valoración de la Situación de Dependencia establecido por la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. RD 504/2007. (21 abril 2007).

Real Decreto sobre Nivel Mínimo de Protección del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia garantizado por la Administración General del Estado. RD 614/2007 (11 mayo 2007).

Real Decreto sobre las Prestaciones Económicas de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia para el ejercicio 2009. RD 73/2009 (30 enero 2009).

Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las Prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. (31 Diciembre 2013).

Recomendación del Comité de Ministros a los Estados miembros relativa a la Dependencia. REC. N° (98) 9 (18 septiembre 1998).

Resolución WHA 54/21 de la OMS, por la que adoptó como propia la «Clasificación internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud» exhorta a los países a su utilización. (2001).

Rivero T. Escenarios territoriales de la ley de apoyo a las personas con dependencia en España. Horizonte 2007-2009. Barcelona: Instituto del Envejecimiento de la Universidad Autónoma de Barcelona FICE-UAB; 2006. 148 p.

Robert-Bobeé I. Projections de population 2005-2050, pour la France métropolitaine à l'horizon 2050. La population continue de croître et le vieillissement se poursuit. INSEE Première n° 1089. 2006.

Rodríguez-Cabrero G et Al. Libro blanco. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Madrid: Ed. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2004. 820 p.

Rodríguez-Cabrero G. Protección social de la dependencia en España. Madrid: Universidad de Alcalá de Henares; 2004. Documento de trabajo 44.

Rodríguez G, Montserrat J. Modelos de atención socio-sanitaria. Una aproximación a los costes de la dependencia. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2004. 176 p.

Samitca S, Joël ME, Dufour-Kippelen S. The Long-Term Care System for the Elderly in Portugal. Economics Papers from University Paris Dauphine, Paris Dauphine University. 2010.

Sarabia A, Egea C. Epidemiología de la discapacidad en Gran Bretaña. Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad. 2002; 53: p. 5-24.

Scheil-Adlung X. Seguridad social para las personas dependientes en Alemania y otros países: entre la tradición y la innovación. Revista Internacional de Seguridad Social. 1995;48:21-39.

Schneider U. El seguro social de asistencia de larga duración de Alemania: diseño, implementación y evaluación. Revista Internacional de Seguridad Social 1999;52(2):37-90.

Scortegagna R. Nuevos servicios y nuevas aproximaciones en la política social para los ancianos, en Sarasa, Moreno (comp.): El estado del bienestar en la Europa del sur. Madrid: CSIC; 1995. p. 61-84.

Tatar M, Mollahaliloglu S, et al. Turkey: Health system review. Health Systems in Transition, 2011;13(6):1-186.

Tribunal de Cuentas. Informe de Fiscalización de la Gestión Económico Financiera y de Aplicación de la ley 39/2006 de 14 de Diciembre de Promoción de la Autónoma Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. 2012.

Van den Berg B, Brouwer WBF, Koopmanschap MA. Economic valuation of informal care. An overview of methods and applications. *Eur J Health Econ.* 2004;5:36–45.

Vioque J, Fenollar J. Distribución de la mortalidad por cáncer de cérvix en España (1981-1986). Un estudio Ecológico. *Med Cin.* 1995;104:287-92.

Waidmann TA, Liu K. Disability Trends Among Elderly Persons and Implications for the Future. *Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences and Social Sciences.* 2000;55(5):298-307.

Zunzunegui Pastor MV, Lázaro y de Mercado P. Integración y fronteras entre la atención sanitaria y social. Informe SESPAS 2008. *Gac Sanit* 2008; 22(Supl 1): 156-62.

ANEXOS

TABLAS

Tabla 1: Ficha de cálculos.	59
Tabla 2: Ficha conglomerado	60
Tabla 3: Ficha factores de riesgo	61
Tabla 4: Ficha asociación	62
Tabla 5: Ficha conglomerados	63
Tabla 6: Descripción de países	78
Tabla 7: Población total Países del Mediterráneo y Sur de Europa Total real y estimaciones en miles de habitantes	80
Tabla 8: Población total Países Nórdicos y Anglosajones Europeos Total real y estimaciones en miles de habitantes	82
Tabla 9: Población total países del Centro de Europa Total real y estimaciones en miles de habitantes	84
Tabla 10: Población total países no Europeos. Total real y estimaciones en miles de habitantes	86
Tabla 11: Evolución de la tasa de natalidad grupo de Países del Mediterráneo y Sur de Europa. Nacidos vivos por mil habitantes	88
Tabla 12: Evolución de la tasa de natalidad de Países Nórdicos y Anglosajones Europeos. Nacidos vivos por mil habitantes	89
Tabla 13: Evolución de la tasa de natalidad Países Centro de Europa. Nacidos vivos por mil habitantes	90
Tabla 14: Evolución de la tasa de natalidad de países no Europeos. Nacidos vivos por mil habitantes	92
Tabla 15: Evolución de la tasa de mortalidad de países Mediterráneos y Sur de Europa. Fallecidos por cada mil habitantes	93
Tabla 16: Evolución de la tasa de mortalidad en países Nórdicos y Anglosajones. Fallecidos por cada mil habitantes	94
Tabla 17: Evolución de la tasa de mortalidad del Centro de Europa. Fallecidos por cada mil habitantes	95
Tabla 18: Evolución de la tasa de mortalidad de países no Europeos. Fallecidos por cada mil habitantes	96
Tabla 19: Evolución de la tasa de fecundidad de países Mediterráneos y del Sur de Europa. Nacimientos por cada 100 mujeres en edad fértil (15-64 años)	97
Tabla 20: Evolución de la tasa de fecundidad de países Nórdicos y Anglosajones. Nacimientos por cada 100 mujeres en edad fértil (15-64 años)	98

Tabla 21: Evolución de la tasa de fecundidad de países del Centro de Europa. Nacimientos por cada 100 mujeres en edad fértil (15-64 años)	99
Tabla 22: Evolución de la tasa de fecundidad en países no Europeos. Nacimientos por cada 100 mujeres en edad fértil (15-64 años)	100
Tabla 23: Evolución de la esperanza de vida al nacer en los países Mediterráneos y del Sur de Europa (años)	101
Tabla 24: Evolución de la esperanza de vida al nacer en países Nórdicos y Anglosajones Europeos (años)	102
Tabla 25: Evolución de la esperanza de vida al nacer en los países del Centro de Europa (años)	103
Tabla 26: Evolución de la esperanza de vida al nacer en los países no Europeos (años)	104
Tabla 27: Índice de envejecimiento en los países Mediterráneos y del Sur de Europa. Mayores de 65 años por cada 100 menores de 20 años	106
Tabla 28: Índice de envejecimiento en países Nórdicos y Anglosajones Europeos. Mayores de 65 años por cada 100 menores de 20 años	107
Tabla 29: Índice de envejecimiento en países del Centro de Europa. Mayores de 65 años por cada 100 menores de 20 años	108
Tabla 30: Índice de envejecimiento en países no Europeos. Mayores de 65 años por cada 100 menores de 20 años	109
Tabla 31: Tasa de dependencia económica en los países Mediterráneos y del Sur de Europa. % de mayores de 65 y menores de 15 sobre población entre 15 y 65	111
Tabla 32: Tasa de dependencia en países Nórdicos y Anglosajones Europeos. % de mayores de 65 y menores de 15 sobre población entre 15 y 65	112
Tabla 33: Tasa de dependencia económica en países del Centro de Europa. % de mayores de 65 y menores de 15 sobre población entre 15 y 65	113
Tabla 34: Tasa de dependencia económica en países no Europeos. % de mayores de 65 y menores de 15 sobre población entre 15 y 65	114
Tabla 35: Índice de recambio de población activa en países Mediterráneos y del Sur de Europa. % de 15 a 19 años sobre 60 a 64 años	115
Tabla 36: Índice de recambio de población activa en países Nórdicos y Anglosajones Europeos. % de 15 a 19 años sobre 60 a 64 años	116
Tabla 37: Índice de recambio de población activa en países del Centro de Europa. % de 15 a 19 años sobre 60 a 64 años	117
Tabla 38: Índice de recambio de población activa en países no Europeos. % de 15 a 19 años sobre 60 a 64 años	118
Tabla 39: Saldo activos/jubilados en países Mediterráneos y del Sur de Europa. Población de 15 a 64 sobre mayores de 64 años	119
Tabla 40: Saldo activos/jubilados en países Nórdicos y Anglosajones de Europa. Población de 15 a 64 sobre mayores de 64 años	120

Tabla 41: Saldo activos/jubilados en países del Centro de Europa. Población de 15 a 64 sobre mayores de 64 años	121
Tabla 42: Saldo activos/jubilados en países no Europeos. Población de 15 a 64 sobre mayores de 64 años	122
Tabla 43: Índice de feminidad en los países Mediterráneos y del Sur de Europa. Mujeres cada 100 hombres	123
Tabla 44: Índice de feminidad en los países Nórdicos y Anglosajones Europeos. Mujeres cada 100 hombres	123
Tabla 45: Índice de feminidad en los países del Centro de Europa. Mujeres cada 100 hombres	124
Tabla 46: Índice de feminidad en los países no Europeos. Mujeres cada 100 hombres	124
Tabla 47: Porcentaje de mayores de 64 en los países Mediterráneos y del Sur de Europa sobre población de 15 a 64 años	125
Tabla 48: Porcentaje de mayores de 64 en los países Nórdicos y Anglosajones Europeos sobre población de 15 a 64 años	126
Tabla 49: Porcentaje de mayores de 64 en los países del Centro de Europa sobre población de 15 a 64 años	126
Tabla 50: Porcentaje de mayores de 64 en los países no Europeos sobre población de 15 a 64 años	127
Tabla 51: Evolución del PIB per cápita anual en los países Mediterráneos y del Sur de Europa. Miles de dólares EE.UU.	132
Tabla 52: Evolución del PIB per cápita anual en los países Nórdicos y Anglosajones Europeos. Miles de dólares EE.UU..	133
Tabla 53: Evolución del PIB per cápita anual en los países del Centro de Europa. Miles de dólares EE.UU..	134
Tabla 54: Evolución del PIB per cápita anual en los países no Europeos. Miles de dólares EE.UU..	135
Tabla 55: Características de los sistemas de atención y evaluación de la dependencia	138
Tabla 56: Factores de riesgo de la dependencia	139
Tabla 57: Análisis de correlación parcial	140
Tabla 58: Comparación de medias	141
Tabla 59: Factores inter-sujetos	142
Tabla 60. Modelo lineal general univariante de regresión	143

GRÁFICOS

Gráfico 1: Evolución de la población total de países del Mediterráneo y Sur de Europa	81
Gráfico 2: Evolución de la población total de países Nórdicos y Anglosajones	83
Gráfico 3: Evolución de la población total de Centro Europa	84
Gráfico 4: Evolución de la población total de Países no Europeos	86
Gráfico 5: Tasa de natalidad países mediterráneos y del Sur de Europa	88
Gráfico 6: Tasa de natalidad de Países Nórdicos y Anglosajones Europeos	90
Gráfico 7: Tasa de natalidad de Países del Centro de Europa	91
Gráfico 8: Tasa de natalidad de países no Europeos	92
Gráfico 9: Tasa de mortalidad de países Mediterráneos y del Sur de Europa	93
Gráfico 10: Tasa de mortalidad de países Nórdicos y Anglosajones Europeos	94
Gráfico 11: Tasa de mortalidad de países del Centro de Europa	95
Gráfico 12: tasa de mortalidad de países no Europeos	96
Gráfico 13: Tasa de fecundidad países Mediterráneos y del Sur de Europa	97
Gráfico 14: Tasa de fecundidad de países Nórdicos y Anglosajones de Europa	98
Gráfico 15: Tasa de fecundidad países del Centro de Europa	99
Gráfico 16: Tasa de fecundidad en países no Europeos	100
Gráfico 17: Esperanza de vida al nacer en países Mediterráneos y del Sur de Europa	101
Gráfico 18: Esperanza de vida al nacer en países Nórdicos y Anglosajones Europeos	102
Gráfico 19: Esperanza de vida al nacer en países del Centro de Europa	103
Gráfico 20: Esperanza de vida al nacer en países no Europeos	104
Gráfico 21: Índice de envejecimiento en países Mediterráneos y del Sur de Europa	106
Gráfico 22: Índice de envejecimiento en países Nórdicos y Anglosajones de Europa	107
Gráfico 23: Índice de envejecimiento en países del Centro de Europa	108
Gráfico 24: Índice de envejecimiento en países no Europeos	110
Gráfico 25: Tasa de dependencia económica en países Mediterráneos y del Sur de Europa	111
Gráfico 26: Tasa de dependencia económica en países Nórdicos y Anglosajones Europeos	112
Gráfico 27: Tasa de dependencia económica en países del Centro de Europa	113
Gráfico 28: Tasa de dependencia económica de países no Europeos	114

Gráfico 29: Índice de recambio de población activa en países Mediterráneos y del Sur de Europa	115
Gráfico 30: Índice de recambio de población activa en países Nórdicos y Anglosajones Europeos	116
Gráfico 31: Índice de recambio de población activa en países del Centro de Europa	117
Gráfico 32: Índice de recambio de población activa en países no Europeos	118
Gráfico 33: Saldo activos/jubilados en países Mediterráneos y del Sur de Europa.	119
Gráfico 34: Saldo activos/jubilados en países Nórdicos y Anglosajones de Europa	120
Gráfico 35: Saldo activos/jubilados en países del Centro de Europa	121
Gráfico 36: Saldo activos/jubilados en países no Europeos.	122
Gráfico 37: Población con estudios universitarios o terciarios	127
Gráfico 38: Población con salud percibida buena o muy buena	128
Gráfico 39: Población con obesidad o sobrepeso	129
Gráfico 40: Fumadores diarios en mayores de 15 años	130
Gráfico 41: Consumo de alcohol anual en mayores de 15 años	131
Gráfico 42: PIB per cápita anual en países Mediterráneos y del Sur de Europa	132
Gráfico 43: PIB per cápita anual en países Nórdicos y Anglosajones de Europa	133
Gráfico 44: PIB per cápita anual en países del Centro de Europa	134
Gráfico 45: PIB per cápita anual en países no Europeos	135

