

Dónde y cómo prefieren vivir los **mayores** de hoy y mañana en España

David Elvira (*Universitat
Autònoma de Barcelona*)
Paula Rodríguez (*Universitat
Politècnica de Catalunya*)
Zoa Tomás (*Universitat
Autònoma de Barcelona*)



Con la colaboración de:



Edad&Vida

Instituto para la mejora, promoción
e innovación de la calidad de vida
de las personas mayores

Noviembre 2005



Principales conclusiones del estudio

Las consecuencias del envejecimiento son evidentes en los estilos de vida y el hábitat, entendido como el espacio vital y de convivencia de los individuos. Este hecho hace que el análisis del binomio envejecimiento / hábitat requiera de una reflexión por parte del sector público y empresarial español.

En este sentido las preferencias relacionadas con las características que deberían asociarse a los productos y servicios residenciales de los mayores en España son poco conocidas. El presente estudio permite estimar (cualitativa y cuantitativamente) las preferencias y expectativas sobre productos y servicios residenciales tanto para los mayores de hoy como los mayores de mañana en España.

La mayoría de los españoles mayores de 55 años no realizarían ningún cambio en las viviendas y/o edificios en los que viven actualmente ya que están plenamente satisfechos con ellos. Las preferencias por realizar algún cambio en la vivienda actual están positiva y significativamente relacionadas con la edad y la gran mayoría de los encuestados estarían dispuestos a cambiar de vivienda obedeciendo a una razón principalmente funcional relacionada con la dependencia.

El barrio, la infraestructura y los vecinos son los aspectos más valorados por los españoles encuestados mayores de 55 años en relación a su hábitat.

Ante el escenario de futuras limitaciones para realizar las actividades de la vida diaria, la mayoría de españoles mayores de 55 años preferirían vivir en su casa con servicios asistenciales a domicilio. Entre las alternativas residenciales destaca el hecho que el colectivo de 65 a 70 años es el que proporcionalmente optaría en mayor porcentaje por elegir una residencia, mientras que esta es la opción menos preferida por el colectivo de mayores de 75 años. Cabe destacar que la mayor parte de los individuos que optarían por vivir en casa de un familiar en caso de escenarios contingentes de dependencia, tienen más de 75 años.

Dejar en herencia la vivienda es un hecho muy valorado por los individuos mayores de 55 años aunque vender la vivienda actual para poder acceder a una vivienda o servicios asistenciales de apoyo a la dependencia se visualiza como una opción posible especialmente para el colectivo de encuestados más joven.

A nivel territorial (entre Comunidades Autónomas) existen diferencias en cuanto a variables como la tipología de la vivienda (piso/casa), la propiedad de la misma y la voluntad de venta de la vivienda para asegurar la disponibilidad financiera para el acceso a servicios relacionados con la dependencia.

En cuanto a la intensidad de las preferencias entre los atributos que caracterizan los productos y servicios residenciales para mayores, señalar la disponibilidad a pagar media por evitar el ingreso en una residencia o centro socio-sanitario en escenarios contingentes de dependencia leve es muy superior que la observada para los servicios básicos domiciliarios no sanitarios de apoyo a la dependencia o los servicios sanitarios domiciliarios.

En un escenario contingente de dependencia grave se eleva la preferencia por el acceso a servicios sanitarios por encima de la preferencia por el acceso a una solución residencial en el que se prime la privacidad (el atributo más valorado ante un escenario contingente de dependencia leve). En cuanto a la elección de la solución residencial, destacamos que un escenario contingente de mayor gravedad produce una creciente preferencia por residir en casa de un familiar (por lo que posibles procesos de reagrupación familiar deben también tenerse en cuenta en el futuro). En este sentido existe una gran confianza de los encuestados en el cuidado informal en el futuro.

Del análisis de las preferencias relativas (relación marginal de sustitución entre los atributos relevantes que caracterizan un producto residencial) destaca el hecho que las preferencias por los productos residenciales para mayores son altamente sensibles al precio (siendo éste uno de los factores más relevantes en la definición de preferencias multiatributo).

Dónde y cómo prefieren vivir los **mayores** de hoy y mañana en España

Coordinación

David Elvira (*Universitat Autònoma de Barcelona*)

Equipo Redactor

David Elvira (*Universitat Autònoma de Barcelona*)

Paula Rodríguez (*Universitat Politècnica de Catalunya*)

Apoyo Estadístico

Zoa Tomás (*Universitat Autònoma de Barcelona*)



Edad&Vida



Presentación del estudio

Edad&Vida, Instituto para la Mejora, Promoción e Innovación de la Calidad de Vida de las Personas Mayores, tiene como principal objetivo contribuir con nuestras actividades a mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

El Instituto, promovido por un grupo de empresas procedentes de diferentes sectores de la economía productiva y con socios colaboradores como Universidades, Centros de Investigación y Formación y organizaciones de mayores, es un catalizador, tanto de las inquietudes de la sociedad civil como de las del mundo empresarial, y quiere colaborar estrechamente con las administraciones públicas en dar una respuesta eficaz a los retos de una población envejecida.

Edad&Vida potencia la generación de conocimiento, con el objetivo de identificar los problemas y necesidades asociados a las personas mayores y ser interlocutores con los poderes públicos para el diseño de soluciones y estrategias que hagan frente a los retos y oportunidades de una población cada vez más envejecida.

En este sentido, en colaboración con un equipo investigador de la Universidad Autónoma de Barcelona y la Universidad Politécnica de Cataluña, hemos querido analizar las preferencias residenciales de nuestros mayores de hoy y del futuro, con el objetivo de anticiparnos a sus necesidades de vivienda y poderles dar respuesta con alternativas de hábitat adecuadas.

Con el fin de hacer frente a posibles situaciones de dependencia que impliquen cambios en las necesidades de hábitat o vivienda y de intensidad de atención social y sanitaria, debería crearse un marco regulador que apoyara la articulación de instrumentos financieros que permitan hacer realidad estas nuevas demandas.

Por otro lado, es necesario un marco legal estable y lo más uniforme posible en todo el territorio estatal en que queden definidos los roles de la iniciativa pública y privada y cómo deben coordinarse y estimular la respuesta a estas nuevas necesidades.

Quiero agradecer especialmente el esfuerzo de la Comisión de Productos y Servicios Residenciales de Edad&Vida en el análisis, el seguimiento y la elaboración de las recomendaciones que se derivan de este estudio, así como la colaboración de los miembros de la Junta Directiva.

Fomentando y patrocinando estudios como el que presentamos creemos firmemente en contribuir en gran medida a identificar las necesidades del colectivo de personas mayores, a establecer prioridades de actuación y reforma, a diseñar soluciones y a ampliar el debate intelectual, social, económico y político del envejecimiento en nuestra sociedad.

Higinio Raventós
Presidente Edad&Vida



Nota de los autores

El creciente envejecimiento de la población y sus consecuencias en las sociedades occidentales, trae consigo el creciente interés de múltiples instituciones nacionales e internacionales en el fenómeno.

A medida que las personas envejecen, aumenta el grado de discapacidades para seguir con normalidad las actividades diarias de los individuos: se reduce la capacidad de movilidad, se reduce la accesibilidad a múltiples servicios, aumentan las necesidades relacionadas con la salud y se hacen necesarias nuevas vías de participación y relación con la sociedad. Las consecuencias del envejecimiento son, por tanto, evidentes en los estilos de vida y el hábitat, entendido como el espacio vital y de convivencia de los individuos.

Dependencia y cuidado formal / informal

Para una sociedad cada vez más envejecida, se hace imprescindible estudiar las necesidades crecientes del colectivo de mayores: acceso a servicios de salud, a servicios domiciliarios, a seguridad personal y al refuerzo de los lazos sociales con la comunidad. En este sentido, las reformas en las viviendas, los cambios en los diseños y las mejoras en el acceso a los servicios, pueden contribuir, en gran medida, a mantener en actividad a las personas de edad avanzada, reduciendo su dependencia y aumentando su calidad de vida.

En el caso concreto de España, los últimos años vienen caracterizados por una baja fecundidad y

un incremento de la esperanza de vida. El aumento de la longevidad lleva consigo el progresivo envejecimiento de la población y el incremento del grado de dependencia de los mayores de nuestro país. El “Estudio del modelo de atención a las personas mayores con dependencia en España” de Edad&Vida, realizado por la Fundació Institut Català de l’Envel·liment, refleja que actualmente un 23,5% de las personas mayores de 65 años tienen problemas de dependencia. A este dato debemos añadir las estimaciones que distintas instituciones han realizado sobre la evolución demográfica de nuestro país, que indican que los 6 millones de mayores de 65 años de 1997 pasarán a ser más de 9 en el 2010.

La evolución demográfica y el efecto de la creciente dependencia de una población cada vez más envejecida no es el único factor a tener en cuenta cuando se analizan los efectos del envejecimiento poblacional. Aspectos sociales son también sumamente relevantes y especialmente debe destacarse el cambio en el concepto de familia. En este sentido deben tenerse en cuenta aspectos como la creciente movilidad geográfica de los hijos, el debilitamiento de los lazos familiares y sobre todo la creciente incorporación de la mujer al mercado laboral. Este último factor es muy relevante cuando se tiene en cuenta que, tal como ha señalado Edad&Vida en anteriores estudios, alrededor del 80% de las personas mayores dependientes hoy en España reciben ayuda del apoyo informal familiar (básicamente de la mujer).

En el escenario de evolución descrito, el incremento de las demandas de atención y cuidados para mejorar la calidad de las personas mayores deberán ir asociadas a la reacción de distintos agentes de la sociedad: el sector público, el sector empresarial y la sociedad civil organizada.

Envejecimiento y hábitat

En este contexto, por tanto, el análisis del binomio envejecimiento / hábitat requiere de un reflexión por parte del sector público y empresarial español. Al margen de la responsabilidad pública sobre la garantía de la calidad de vida de los mayores, la búsqueda de las mejores condiciones de habitabilidad para estas personas debe entenderse como una estrategia empresarial emergente.

El mercado asociado a los bienes y servicios relacionados con las personas mayores resultará cada vez más grande y moverá una proporción mayor de los recursos públicos y privados. La oferta tendrá que abarcar un repertorio muy variado y especializado de productos y prestaciones.

Es en este contexto en el que se inscribe el presente estudio, promovido por la *Comisión de Productos y Servicios Residenciales* de Edad&Vida. Las preferencias relacionadas con las características que deberían asociarse a los productos y servicios residenciales de los mayores en España son poco conocidas. Pocos son los estudios que hayan tratado en detalle este tema.

La falta de investigación promovida en este sentido, resulta en la falta de una caracterización técnicamente rigurosa de las necesidades y pre-

ferencias residenciales de los actuales y futuros mayores. Además, existe un déficit en la cuantificación económica de los beneficios sociales (en términos económicos) que supondría apostar por nuevos modelos residenciales y de hábitat que permitieran dar respuesta a las necesidades de un colectivo cada vez mayor en términos cuantitativos. Se desconoce, también, la cantidad que se estaría dispuesto a pagar por la disponibilidad de productos y servicios residenciales orientados a maximizar la calidad de vida de las personas mayores en relación a sus necesidades de hábitat. Por último, también se desconocen las preferencias y necesidades en la forma de financiación, provisión y producción de los servicios y productos residenciales necesarios.

La falta de información puesta en evidencia hasta ahora y las oportunidades empresariales derivadas de la disponibilidad de este tipo de información generó el desarrollo del presente estudio. El objetivo general de estudio fue el de caracterizar los actuales estilos de vida de los mayores en relación al hábitat y poder estimar (cualitativa y cuantitativamente) las preferencias sobre productos y servicios residenciales. Para ello se desarrolló un proyecto de investigación claramente orientado a la caracterización de la demanda. La investigación se estructuró en dos fases de trabajo: el diagnóstico de situación y la identificación y estimación de las preferencias residenciales de los mayores en España. Un elemento clave del estudio fue el de incorporar en el análisis no sólo a los mayores actuales, sino también a los mayores del futuro. Es por esta razón que gran parte de análisis de preferencias incluye a individuos a partir de 55 años.

El estudio presentado se estructura en cuatro grandes capítulos:

- El primer capítulo, referido al *“Marco conceptual del análisis”* realiza una revisión de la literatura existente sobre el proceso de envejecimiento poblacional y su influencia sobre aspectos relevantes que pueden afectar al binomio hábitat / envejecimiento: el impacto micro y macro económico, su relación con las necesidades y preferencias de los mayores y en especial sobre las preferencias residenciales.
- El segundo capítulo, referido a la *“Identificación de las Preferencias Residenciales de los Mayores en España”*, realiza el diagnóstico de preferencias y necesidades residenciales a partir de una encuesta telefónica a una muestra representativa de la población española de más de 55 años.
- El tercero de los capítulos, referido a la *“Estimación de la Intensidad de las Preferencias Residenciales de los Mayores en España”*, permite obtener una estimación de las preferencias residenciales a través de la aplicación del Método de Valoración Contingente. A través de una encuesta telefónica a más de 300 personas mayores de 55 años y representativas de la población española,

se estimó la “Disponibilidad a Pagar” por el acceso a servicios sanitarios domiciliarios y servicios básicos domiciliarios de atención a la dependencia. Además se analizó la intensidad de la resistencia al ingreso en una residencia como un elemento clave a tener en cuenta en el diseño de soluciones residenciales para mayores.

- El cuarto y último capítulo referido a la *“Caracterización Multiatributo de Productos Residenciales para Mayores en España”*, tiene un carácter metodológico y experimental. En este capítulo se aplicó la metodología de Análisis Conjunto para caracterizar productos y servicios residenciales multiatributo. A través de una encuesta presencial a una muestra de 277 individuos representativos (en edad y género) de la población barcelonesa de más de 65 años, se obtuvieron las preferencias relativas entre atributos relevantes que caracterizan los productos y servicios residenciales para mayores. Pese al carácter experimental y metodológico del estudio realizado, los resultados obtenidos son potencialmente generalizables a entornos urbanos similares y permitieron validar la metodología de Análisis Conjunto como una técnica adecuada para guiar a decisores públicos y privados en el diseño de soluciones residenciales adecuadas a las preferencias existentes.

Índice

1.	Marco conceptual	11
1.1	Introducción	11
1.2	Contexto y elementos clave del envejecimiento en España	13
1.2.1	Envejecimiento poblacional	13
1.2.2	Longevidad y estado de salud	16
1.2.3	Envejecimiento y dependencia	18
1.2.4	Envejecimiento y situación económico-laboral	22
1.2.5	Envejecimiento y situación socio-cultural	24
1.3	Envejecimiento e impacto económico: el caso de la vivienda y las soluciones residenciales para mayores	24
1.3.1	La vivienda y las personas mayores	25
1.3.2	Impacto sobre el sistema económico	25
1.3.3	Impacto en la actividad de las empresas: soluciones residenciales para mayores	26
1.4	Necesidades y demandas de las personas mayores en España	28
1.4.1	Necesidades y demandas relacionadas con la salud	28
1.4.2	Necesidades de relación	29
1.4.3	Demandas y necesidades relacionadas con la compañía y con el lugar de residencia	30
1.5	Bibliografía	31
2.	Estudio para la identificación de preferencias residenciales de los mayores en España	32
2.1	Objetivos y antecedentes	32
2.1.1	Objetivos	33
2.1.2	Estudios previos	33
2.2	Descripción de la metodología	34
2.3	Resultados	36
2.3.1	Características sociodemográficas de la muestra	36
2.3.2	Salud y dependencia	37
2.3.3	Nivel socio-económico	39
2.3.4	Principales preocupaciones para el futuro	39
2.3.5	Situación y expectativas en cuanto al hábitat	40
2.3.5.1	Situación actual	40
2.3.5.2	Satisfacción con la vivienda actual y tipo de reformas deseadas	41
2.3.5.3	Aspectos relevantes de sus viviendas y del entorno	44
2.3.5.4	Voluntad de cambio de vivienda	45
2.3.5.5	Elección residencial frente a un escenario contingente de dependencia	47
2.3.5.6	Disponibilidad a vender su vivienda para el acceso a servicios asociados a la dependencia	50
2.3.6	Necesidades futuras en relación a hábitat y entorno	52
2.3.7	Análisis por Comunidades Autónomas	54



2.3.8	Conclusiones	55
2.3.9	Bibliografía	58
2.3.10	Anexos	59
3.	Estimación de la intensidad de las preferencias residenciales de los mayores en España	69
3.1	Introducción y antecedentes	69
3.2	Objetivos	70
3.3	Descripción de la metodología de Valoración Contingente Aplicada	71
3.3.1	Identificación de dimensiones básicas de las soluciones residenciales para mayores	71
3.3.2	Método de Valoración Contingente para la medición de preferencias	71
3.4	Resultados	73
3.4.1	Estadísticos descriptivos	73
3.4.2	Estimación de la Disponibilidad a Pagar	77
3.4.2.1	Servicios domiciliarios asistenciales básicos no sanitarios	77
3.4.2.2	Servicios domiciliarios sanitarios básicos	79
3.4.2.3	Resistencia al ingreso en una residencia o centro socio-sanitario	82
3.5	Conclusiones	84
3.6	Bibliografía	86
3.7	Anexos	86
4.	Caracterización multiatributo de productos residenciales para mayores en España	92
4.1	Introducción y antecedentes	92
4.2	Objetivos	92
4.3	Descripción de la metodología de Análisis Conjunto	93
4.3.1	Selección de atributos y niveles	93
4.3.2	Diseño experimental	94
4.4	Resultados	95
4.4.1	Estadísticos descriptivos	95
4.4.2	Estimación multiatributo	97
4.4.3	Comparación de productos residenciales	98
4.5	Conclusiones	100
4.6	Bibliografía	101
4.7	Anexo – Guía de Entrevista	101
5.	Conclusiones Generales	105
6.	Recomendaciones	108



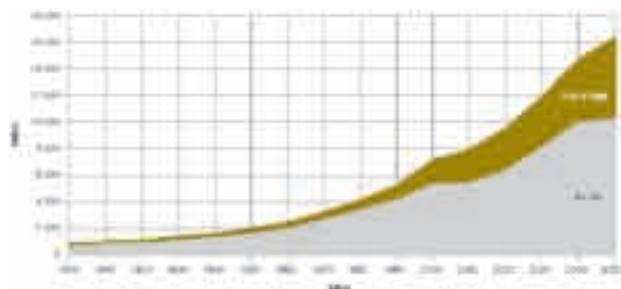


1. Marco Conceptual

1.1 Introducción

En el año 2003 en España, según cifras del IMSERSO en su estudio "Las Personas Mayores en España. Informe 2004" (IMSERSO, CSIC, 2004), ya había 7.276.620 de personas con 65 años o más, lo que representaba un 17,0% de la población total. Se estima que para el año 2050 los mayores de 65 años o más asciendan a 16.394.839, lo que representaría un 30,8% del total de la población.

GRÁFICO 1.1: EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN MAYOR. ESPAÑA, 1900-2050



* De 1900 a 2003 los datos son reales; de 2010 a 2050 se trata de proyecciones; desde 1970, población es de derecho.

Fuente: INE:INEBASE: Cifras de población. Población según sexo y edad desde 1900 hasta 1991. INE, 2004.

INE:INEBASE: Proyecciones de la población calculadas a partir del Censo de Población de 2001. INE, 2004.

Por otra parte, el grupo de población mayor es bastante heterogéneo (o multifacético, como lo caracteriza la OCDE, 2003); existen varios segmentos que las organizaciones empresariales y las instituciones públicas (los gobiernos) deben tener en cuenta para poder abordar sus necesidades y demandas acertadamente. Tradicionalmente se ha caracterizado al conjunto de las personas mayores como un colectivo de dimensión reducida, con escaso poder adquisitivo, con mala salud y gustos anticuados (De Grande, 2003). Las personas mayores han evolucionado con el tiempo y este estereotipo mencionado no corresponde al

perfil actual de todos los mayores; existen adultos mayores que perciben rentas muy altas, sólo un porcentaje reducido tiene sus facultades mentales disminuidas o están enfermas y no todas las personas mayores se consideran ancianas.

En términos generales, no han sido visualizadas las necesidades del colectivo de mayores por parte de los grupos empresariales e instituciones públicas, y por consiguiente, muchas de las necesidades de este grupo no se encuentran satisfechas.

Las consecuencias del envejecimiento son evidentes en los estilos de vida y el hábitat, entendido como el espacio vital y de convivencia de los individuos. El análisis del binomio envejecimiento / hábitat requiere una reflexión por parte del sector público y privado español. La búsqueda de las mejores condiciones de habitabilidad para las personas mayores debe entenderse como un derecho a ser garantizado por las instituciones públicas y además una estrategia empresarial emergente. Actualmente sabemos, a través de los datos publicados por el Ministerio de Sanidad y Consumo (IMSERSO, 2004), que en España ha crecido y seguirá creciendo la proporción de hogares con personas mayores, el número de hogares formados sólo por personas mayores, la concentración de estos hogares en el segmento de edad de 70-80 años (segmento con el mayor grado de dependencia), así como el número de mayores que viven solos/as. Además, en cuanto a la situación de las residencias en nuestro país, el Observatorio de las Personas Mayores del IMSERSO señala que en enero de 2002 había cerca de 240 mil plazas residenciales en España, que se repartían entre 4.812 centros residenciales (Instituto Edad&Vida, 2004).

La evolución demográfica tendiente al progresivo envejecimiento, vinculada a los crecientes índices de dependencia, debe tenerse en cuenta al determinar las políticas de hábitat para mayores: viviendas adaptadas, ayuda

domiciliaria, centros de día, residencias para dependientes y no dependientes; son alternativas viables, en algunas ocasiones complementarias y en otras competitivas, que deben estudiarse a la luz de la disponibilidad financiera de los agentes implicados, de la eficiencia de las soluciones elegidas y de las preferencias de los sujetos que de forma directa (personas mayores) o indirecta (potenciales cuidadores) deben hacer uso de dichas soluciones.

El impacto social y económico sobre las soluciones habitacionales que finalmente se impongan pueden ser importantes. Así, por ejemplo, en algunos países como Holanda, Suecia y EEUU la residencia es una opción para aquellas personas que desean liberarse de las cargas del trabajo doméstico, pero al mismo tiempo no quieren dejar de convivir o perder su privacidad. Este tipo de residencias se han materializado en el diseño de “mini-comunidades” con servicios centralizados que han generado un cambio en las pautas de interacción entre las personas mayores y sus familiares. En algunos casos, dicho modelo residencial ha podido incluso implicar una innovación urbanística (recuperación de barrios, centros, pueblos en degradación...).

Una atención especial y distintiva deben tener los modelos residenciales para mayores dependientes. Históricamente, en la sociedad española los cuidados a las personas mayores con dependencia han sido asumidos por las familias y, de modo particular, por las mujeres. Esta situación sigue siendo la más frecuente, sin embargo, el desarrollo social ha permitido la aparición de instituciones de atención al mayor dependiente y posteriormente programas públicos residenciales.

En este sentido, según el estudio “Las personas mayores dependientes en España: análisis de la evaluación futura de los costes asistenciales” (Instituto Edad&Vida, 2000), aproximadamente un 3% de todas las personas mayores de 65 años está ingresado en una residencia pública o privada, no obstante, en el caso de las personas de más de 85 años, este porcentaje es cuatro veces superior.

Uno de los puntos más sensibles a tener en cuenta en el diseño y provisión de plazas o soluciones residenciales para mayores asistidos, es el vínculo con el sistema sanitario, de forma que las soluciones diseñadas puedan ir orientadas a descargar a los hospitales de los actuales niveles de ocupación y evitar su creciente perfil gerontológico.

En definitiva, el presente estudio se ha visto motivado por la necesidad de investigar aspectos relacionados con las preferencias y demandas de la población mayor sobre el hábitat. El estudio pretende disponer de información sobre preferencias habitacionales para mayores en España, con el fin de ayudar a la toma de decisiones tanto por parte de las instituciones públicas como de las organizaciones empresariales. Estos aspectos están estrechamente relacionados con la dependencia, las nuevas necesidades de los mayores para relacionarse con la sociedad, la situación laboral o el papel de la mujer como cuidadora. Además, es importante señalar que las soluciones residenciales que se planteen tendrán un impacto en distintos sectores de la sociedad: en el modelo de atención socio-sanitaria, en el sub-sector de las residencias, en el impacto urbanístico o el propio impacto en la economía.

La relevancia del presente estudio radica, por tanto, en disponer de un análisis de las necesidades reales, actuales y futuras de los mayores en España y disponer de una propuesta para dar respuesta a estas necesidades.

1.2 Contexto y elementos clave del envejecimiento en España

1.2.1 Envejecimiento poblacional

Según el estudio “Las personas mayores en España. Informe 2004” (IMSERSO, CSIC, 2004), en el año 2003 había en España 7.276.620 personas de 65 y más años, dentro de un conjunto nacional que supera los 40 millones de habitantes, es decir un 17,0% de la población. El 12,9% de la población española está

formado por personas de 75 y más años, es decir más de 5 millones de personas. En los últimos treinta años la población de edad se ha duplicado y casi volverá a hacerlo en los próximos cincuenta. Se calcula, según este estudio, que para el año 2030 habrán casi 12 millones de personas con 65 y más años, y para al año 2050 esta cifra alcanzará los 16 millones.

España ocupa el quinto lugar en la Unión Europea en cuanto a efectivos de personas mayores, el primero es Alemania con 13,6 millones de mayores, seguida de Italia, Francia y Reino Unido.

TABLA 1.1: EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN MAYOR. ESPAÑA, 1900-2050

Años*	Total España	65 y más		75 y más		80 y más	
	Absoluto	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
1900	18.618.086	967.754	5,2	852.389	4,6	115.365	0,6
1910	19.995.686	1.105.569	5,5	972.954	4,9	132.615	0,7
1920	21.389.842	1.216.693	5,7	1.073.679	5,0	143.014	0,7
1930	23.677.794	1.440.739	6,1	1.263.626	5,3	177.113	0,7
1940	26.015.907	1.699.860	6,5	1.475.702	5,7	224.158	0,9
1950	27.976.755	2.022.523	7,2	1.750.045	6,3	272.478	1,0
1960	30.528.539	2.505.165	8,2	2.136.190	7,0	368.975	1,2
1970	34.040.989	3.290.800	9,7	2.767.061	8,1	523.739	1,5
1981	37.683.363	4.236.724	11,2	3.511.593	9,3	725.131	1,9
1991	38.872.268	5.370.252	13,8	4.222.384	10,9	1.147.868	3,0
2003	42.717.064	7.276.620	17,0	5.519.776	12,9	1.756.844	4,1
2010	45.686.498	7.930.771	17,4	5.538.542	12,1	2.392.229	5,2
2020	48.928.691	9.526.701	19,5	6.495.851	13,3	3.030.850	6,2
2030	51.068.904	11.970.733	23,4	8.222.421	16,1	3.748.312	7,3
2040	52.659.953	14.857.070	28,2	10.049.103	19,1	4.807.967	9,1
2050	53.147.442	16.394.839	30,8	10.360.589	19,5	6.034.250	11,4

* De 1900 a 2003 los datos son reales; de 2010 a 2050 se trata de proyecciones; desde 1970, población de derecho.

Fuente: INE:INEBASE: Cifras de población. Población según sexo y edad desde 1900 hasta 1991. INE, 2004.

2003: INE:INEBASE:Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2003. INE,2004.

INE:INEBASE: Proyecciones de la población calculadas a partir del Censo de Población de 2001. INE,2004.

TABLA 1.2: POBLACIÓN DE 65 Y MÁS AÑOS, PREVISIONES NACIONALES. UNIÓN EUROPEA, 2000-2020.

Países	65 y más años					
	2000		2010		2020	
	Absoluto (*)	%	Absoluto (*)	%	Absoluto (*)	%
Total UE-15	61.072,2	16,2	69.221,8	18,1	79.170,7	20,5
Alemania	13.336,4	16,3	16.361,6	20,1	17.226,0	21,4
Austria	1.254,9	15,5	1.473,2	17,9	1.667,5	20,0
Bélgica	1.715,1	16,8	1.836,4	17,5	2.041,8	21,5
Dinamarca	790,4	14,8	886,9	16,1	1.083,5	19,2
España	6.589,0	16,7	7.105,0	17,9	7.803,3	19,8
Finlandia	767,2	14,8	888,7	16,9	1.197,8	22,5
Francia	9.413,4	16,0	10.011,2	16,5	12.010,3	19,6
Grecia	1.819,3	17,3	2.061,6	19,2	2.281,8	21,6
Irlanda	423,7	11,2	486,8	11,9	650,5	15,2
Italia	10.363,5	18,0	12.065,4	20,6	13.720,8	23,6
Luxemburgo	62,5	14,7	71,7	15,6	86,8	17,8
Países Bajos	2.152,4	13,6	2.498,6	14,8	3.219,7	18,4
Portugal (1)	1.535,2	15,3	1.675,7	16,3	1.897,8	18,0
Reino Unido	9.316,6	15,6	10.075,3	16,3	12.078,2	19
Suecia	1.532,6	17,3	1.723,6	18,8	2.205,2	20,6

(1) Nota: Escenario de base en la proyección de Eurostat, 2000.
(*) En miles.
Fuente: Eurostat: Statistiques sociales européennes, démographie. Luxembourg, 2002; 179 pp.; tabla I-5, p.130; tablas I-7 y I-8, p.132.

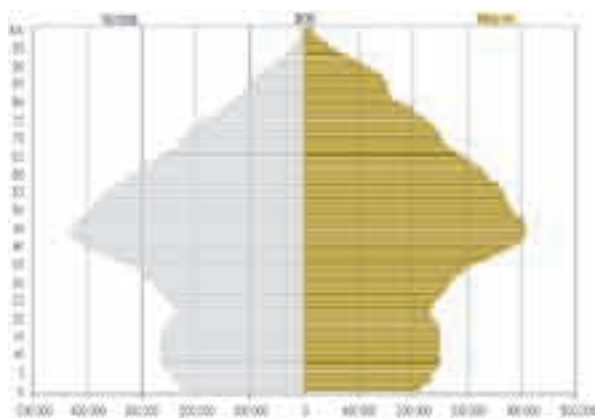
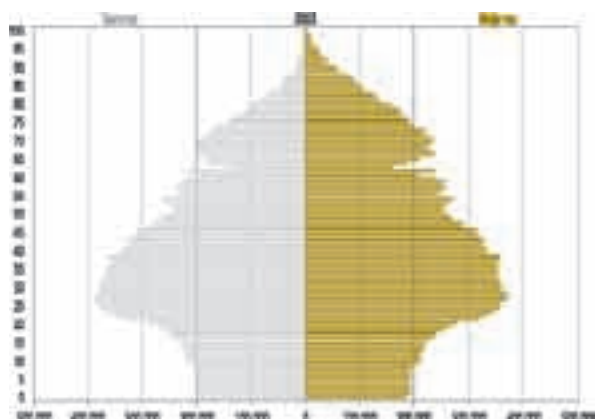
Dentro de los factores demográficos, se encuentra también el desequilibrio que existe a favor del sexo femenino en el colectivo de mayores de 65 años. En el año 2003 las cifras indican que hay 4.206.347 mujeres de más de 65 años, que superan en más de un millón a los 3.070.273 varones. La relación entre los octogenarios es más desequilibrada: dos de cada tres son mujeres, lo que se acentuará en las próximas décadas. A pesar de esto, el Instituto Nacional de Estadística (INE) calcula sus proyecciones estabilizando la diferencia en la esperanza de vida entre mujeres y varones en 7,85 años, a partir de 2026 y hasta 2050. Con el cambio de hábitos (comportamientos y participación en el mercado laboral, tabaquismo, alcohol, etc.) es posible que incluso se desarrolle un retroceso de esa diferencia.

Por otra parte, otro fenómeno de suma importancia es el envejecimiento de los que ya son mayores; España tiene en este momento más población de edad que niños. Esta carencia de niños en la actualidad, se traducirá en el futuro en una carencia de hijos que cuiden de sus padres (primer apoyo de las personas mayores).

Lo anterior se corrobora en el informe del IMSERSO (IMSERSO, CSIC, 2004) que señala que la estructura por edad en la población española inició hace 25 años el abandono de la forma piramidal. Los cambios futuros en el balance demográfico entre generaciones, dentro de la sociedad como un conjunto y en la familia, significan que un decreciente número de personas activas tendrán que cuidar un

creciente número de inactivos, y esto supondrá una carga pesada sobre la solidaridad social. En las familias, la provisión de cuidados informales, que son proporcionados fundamentalmente por hijos e hijas, tendrá cada vez más peso.

GRÁFICO 1.2: POBLACIÓN SEGÚN SEXO Y EDAD, 2000, 2020 Y 2050



Fuente: INE: INEBASE: Proyecciones de la Población de España a partir del Censo de Población de 2001. INE, 2004.
2003: INE: INEBASE: Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2003. INE, 2004

Según los datos de IMSERSO (IMSERSO, CSIC, 2004), en el año 2003 el número de mayores por cada 100 personas en edad de trabajar era de 25, se pronostica que para el 2050 será de 56.

El estado civil es otro factor importante que señala las fuentes principales de apoyo en caso de aumento de la dependencia. El hecho de vivir con el cónyuge es un factor decisivo para evitar el recurso a la ayuda formal y los servicios sociales; y por tanto es el principal apoyo para mantener la independencia. Según este mismo informe, el matrimonio es la forma más extendida de convivencia entre los mayores, en el 2001 el 59,7% estaban casados, el 30,9% eran viudos, 8,0% solteros y un 1,4% estaban separados o divorciados.

Sólo un 45,8% de las mujeres mayores están casadas, comparado con la mayoría de los varones mayores que sí lo están (79,6%); esto se explica por los índices de viudez entre las mujeres (44,2%). Las mujeres tienen menos

TABLA 1.3: ESTADO CIVIL ENTRE LA POBLACIÓN MAYOR, 2001 (Miles)

Ambos sexos	Total	Soltero	Casado	Viudo	Sep./Div.
65-69	2.071.821	7,6	74,5	15,7	2,2
70-74	1.823.131	8,1	66,8	23,6	1,5
75-79	1.410.131	8,1	56,1	34,9	0,9
80-84	841.808	8,4	41,9	49,2	0,6
85-89	446.662	8,7	27,7	63,2	0,4
90-94	165.685	8,9	16,0	74,9	0,3
95-99	34.108	9,2	8,6	82,0	0,2
100 o más	3.590	10,4	3,0	86,2	0,3
65+	6.796.936	8,0	59,7	30,9	1,4
80+	1.491.853	8,5	33,9	57,1	0,5
65+ 1991	5.370.252	10,4	55,9	33,2	0,6

Fuentes: INE:INEBASE: Censo de Población y Viviendas 2001. INE,2004.

probabilidad de vivir en pareja que los varones, a partir de los 70 años muchas de ellas son viudas (52,3%) y viven solas; en cambio el 77,8% de los varones siguen casados y viven con sus mujeres a esa edad. La viudedad femenina ha sido consecuencia de su mayor longevidad y de un efecto cultural (en general los hombres son mayores que las mujeres en las parejas).

De lo anterior se desprende que existe un riesgo objetivo de soledad entre las mujeres de edad que persistirá en el tiempo. En general, se prevé una alta proporción de personas que vivirán solas en el futuro, hecho que motiva la necesidad de planificar los servicios formales comunitarios necesarios para hacer frente a esa situación.

1.2.2 Longevidad y estado de salud

Además de los indicadores demográficos existen otras variables que influyen en el comportamiento de los ma-

yores (condicionan sus necesidades, comportamiento y consumo), como son la esperanza de vida, la mortalidad y el estado de salud, que han experimentado grandes cambios en el siglo XX.

Según los datos del INE (IMSERSO, CSIC, 2004), la esperanza de vida al nacer (o vida media) en España ha pasado de 34,8 años en 1900 a 79,0 en 2002, es decir, se ha más que doblado en el siglo XX. Esta longevidad se acerca a las más altas del mundo. El principal factor de esta ganancia de años de vida es el descenso de la mortalidad infantil y el descenso de la mortalidad entre las personas de 70-80 años.

Las diferencias de la esperanza de vida entre mujeres y hombres se han acentuado a lo largo del siglo XX, en 1900 la vida media de las mujeres sobrepasaban a los varones en 1,9 años, aumentando a 7,4 años en 2002. Según el INE, esta diferencia se incrementará lentamente hasta al 2026 para estabilizarse posteriormente. Las mujeres en España

TABLA 1.4 (EXTRACTO): ESPERANZA DE VIDA POR EDAD Y SEXO, 1900 -2002.

Años	Al nacer				A los 65 años			
	Total	Varones	Mujeres	Diferencia	Total	Varones	Mujeres	Diferencia
1900	34,8	33,9	35,7	1,8	9,1	9,0	9,2	0,2
1910	41,8	40,9	42,6	1,7	10,0	9,8	10,1	0,3
1920	41,2	40,3	42,1	1,8	10,2	9,7	10,6	0,9
1930	50,0	48,4	51,6	3,2	11,0	10,4	11,5	1,1
1940	50,2	47,1	53,2	6,1	11,0	9,9	11,9	2,0
1950	62,1	59,8	64,3	4,5	12,8	11,8	13,5	1,7
1960	69,8	67,4	72,2	4,8	14,4	13,1	15,3	2,2
1970	72,4	69,6	75,1	5,5	14,7	13,3	15,9	2,6
1980	75,6	72,5	78,6	6,1	16,5	14,8	17,9	3,1
1990	77,0	73,4	80,5	7,1	17,5	15,5	19,2	3,7
1996	78,3	74,7	81,9	7,2	18,2	16,1	20,0	3,9
1998	78,7	75,3	82,2	6,9	18,3	16,1	20,1	4,0
2002*	79,0	75,7	83,1	7,4				

(*) Datos provisionales. Área de Análisis y Previsiones Demográficas.

• Fuente: INE: Anuario Estadístico de España 2004. Indicadores demográficos. Edición en CD-Rom. INE, 2004.

• INE:INEBASE:Tablas de Mortalidad de la Población Española 1998-1999.

esperan vivir ahora 83,1 años y los varones 75,7, cifras superadas por Francia en el caso de las mujeres y por Grecia, Italia y Suecia en el caso de los varones (IMSERO, CSIC, 2004).

Como hemos visto anteriormente, otro aspecto importante de interés para el presente estudio es el de la esperanza de vida en el umbral de los 65 años. Según el informe del IMSERO (IMSERO, CSIC, 2004), al alcanzar los 65 años se espera que un individuo viva otros 16,1 años adicionales en el caso de los varones, y 20,0 años si es mujer. Esta diferencia se ha venido incrementando por el aumento de la sobre mortalidad masculina. A principio del siglo XX, una persona que cumpliera 65 años esperaba vivir otros nueve años;

ahora viviría 18,2 años más. La esperanza de vida al nacer ganó un 8,2% entre 1970 y 1996, sin embargo, la esperanza a los 65 años ganó un 23,9% en este mismo periodo.

Según este mismo informe, la duración de la vida está alterando el equilibrio entre, por una parte, lo años vividos por el individuo con ganancias económicas netas (capacidad de ahorro) y, por otra, el periodo en que sólo consume (alargado por el mayor número de años vividos), en los que además se intensifica el gasto para cubrir necesidades asistenciales nuevas e intensas. La estructura del ahorro tiende a cambiar, debido a que el grueso de la población con capacidad de ahorro va haciéndose mayor y sus estrategias y preferencias cambian.

Es posible afirmar que a raíz de esta situación de longevidad sea necesario la reconsideración de los períodos de la vida: “...la vejez es ahora más importante, estadísticamente hablando, pues a los 65 años a una persona aún le queda un 22% de su vida por vivir” (IMSERSO-CSIC, 2004).

Por otra parte, es importante en este estudio conocer el estado de salud de los mayores en España. La valoración del estado de salud del propio individuo¹ viene condicionada por las enfermedades reales padecidas y por sus características personales (sexo, edad, estado civil, familia e instrucción), socioeconómicas (ingresos y estatus social) o incluso residenciales (tipo y tamaño de hábitat y grado de satisfacción residencial con la propia casa y el entorno).

Los mayores, según el informe del IMSERSO (IMSERSO, CSIC, 2004), perciben su salud como buena (32,5%) o muy buena (3,4%), con una diferencia positiva a favor de los varones (42,7%) respecto a las mujeres (30,9%). En el otro lado de la escala, las mujeres perciben bastante peor su salud (28,5% mala o muy mala), por el 18,3% de los varones, en el año 2003. Las mujeres suelen percibir peor su salud que los varones, pero no se ha podido determinar qué parte de esa

TABLA 1.5: PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD ENTRE LOS MAYORES, 2003.

	Total	Varones	Mujeres
Muy buena salud	3,4	5,2	2,0
Buena salud	32,5	37,5	28,9
Regular	40,0	39,0	40,7
Mala salud	18,2	13,5	21,8
Muy mala salud	5,9	4,8	6,7

Fuente: INE:INEBASE: Encuesta nacional de salud (Datos provisionales). Período Abril-Septiembre 2003. INE,2004.

¹ La percepción del propio estado de salud también es conocida como salud subjetiva para diferenciarla del estado de salud objetivo (enfermedades diagnosticadas y dolencias padecidas y/o declaradas)

diferencia es debida propiamente al género, a los ingresos, a la viudez y soledad o nivel de instrucción.

Ante la ganancia de esperanza de vida y el descenso de la mortalidad, entre otros factores, la sociedad española se ve enfrentada a una mayor prevalencia de situaciones de enfermedad, fragilidad y dependencia.

1.2.3 Envejecimiento y dependencia

Como se ha indicado anteriormente, esta situación de aumento de esperanza de vida y disminución de la mortalidad, entre otros factores, enfrenta a la sociedad española a una situación de mayores problemas de salud y dependencia entre los mayores que de forma definitiva influyen sobre las preferencias residenciales de los mayores.

Los resultados de los estudios sobre dependencia realizados recientemente en España están sujetos a las metodologías utilizadas y a la muestra que se ha analizado. A continuación repasaremos sus principales conclusiones y diferencias.

La “Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud” realizada bajo la dirección del Instituto Nacional de Estadísticas (INE, 1999), utiliza un modelo que asocia la dependencia a “...la deficiencia (pérdida o anormalidad de una función o parte del cuerpo) que provoca una discapacidad en la persona (restricción o ausencia de capacidad para realizar alguna actividad), y genera una situación de desventaja en el individuo, que limita o impide desempeñar un papel social, es decir, provoca una minusvalía” (IMSERSO, CSIC, 2002). El hilo conductor de la encuesta es la discapacidad y el origen de la misma (la deficiencia).

Es importante mencionar que esta encuesta utiliza la antigua clasificación de discapacidades, ya que la 2a Clasificación de Discapacidades fue aprobada en el 2001 y se encontraba en borrador cuando se desarrolló la

encuesta del INE. La nueva clasificación introduce cambios en conceptos, clasificación y en la misma denominación; pasa a llamarse “Clasificación Internacional de Funcionamiento y la Discapacidad” (Internacional Classification of Impairments, Activities and Participation, ICIDH-2)². Además esta encuesta sólo considera a la población con discapacidades o dependencia que habita en viviendas familiares, por lo que no se analiza la población de personas mayores que se encuentra en residencias.

Dentro de los resultados generales de la encuesta del INE es posible destacar que:

- En España hay 2.072.652 personas de 65 y más años con una o varias discapacidades. Representan el 58,7% de todas las personas con alguna discapacidad, que suman 3.528.220 individuos.
- La tasa de personas de edad superior a 65 años con discapacidad es de 32,2%, es decir, treinta y dos personas de cada cien mayores tienen alguna discapacidad.
- Entre los mayores de 65 años, 733.809 hombres presentan discapacidad en cualquier grado (27,1% de todos los mayores de 65 años) y, en el caso de las mujeres, 1.338.843 (35,9% del total de mayores de 65 años).

TABLA 1.6 PERSONAS CON DISCAPACIDADES SEGÚN GRUPOS DE DISCAPACIDADES Y SEXO, 1999.

	Personas de 65 y más años					
	Personas con discapacidad	Varones		Mujeres		Tasa por 100
		Tasa por 1000 habitantes	Absoluto	Tasa por 1000	Absoluto	
Total	2.072.652	322,11				
Ver	697.778	108,44	248.076	91,6	449.702	120,7
Oír	665.749	103,42	268.535	99,1	396.944	106,6
Comunicarse	180.264	28,02	71.922	26,5	108.343	29,1
Aprender, aplicar conocim. y desarr. tareas	335.426	52,13	104.134	38,4	231.291	62,1
Desplazarse	809.383	125,79	242.463	89,5	566.920	152,2
Utilizar brazos y manos	644.887	100,22	200.356	73,9	444.531	119,4
Desplazarse fuera del hogar	1.352.194	210,15	420.003	155,0	932.191	250,3
Cuidar de sí mismo	561.830	87,31	187.869	69,3	373.960	100,4
Realizar las tareas del hogar	984.881	153,06	240.275	88,7	744.606	199,9
Relacionarse con otras personas	338.519	52,61	106.584	39,3	231.935	62,3

² La nueva clasificación, indica funcionamiento en vez de discapacidad, y de participación en vez de minusvalía, además de prestar atención a los factores contextuales (ambientales y personales) asociados al estado de salud, y que explican mejor las dimensiones (no dice problemas) del funcionamiento.

Nota: Una misma persona puede estar en más de una categoría de discapacidad.

Fuente: INE: Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud, 1999. Avance de resultados, págs. 41, 49, 178 y 183. INE, 2001.

- Tiene discapacidad relacionada con la movilidad³ el 21,0% de los mayores de 65 años, el 15,3% tienen incapacidad para realizar tareas del hogar⁴, y el 12,6% tienen problemas para levantarse, acostarse o moverse dentro del hogar. Para el resto de actividades las tasas de discapacidad van disminuyendo progresivamente.

Dentro de los resultados resumidos en el informe del IMSERSO (IMSERSO, CSIC, 2004), se señala que el origen de la discapacidad entre los mayores procede fundamentalmente de las deficiencias osteoarticulares (cuello, columna vertebral o extremidades); el 11,8% de todos los mayores declaran tener discapacidad con ese origen. Las deficiencias visuales afectan al 8,8% de los mayores, las auditivas al 8,4%. Un 6,1% de las discapacidades provienen de deficiencias mentales y del sistema nervioso, a lo que se señala "...aunque los porcentajes están lejos de los que presentan los problemas osteoarticulares, las consecuencias de estas discapacidades son muy graves⁵".

Por último, es importante señalar en este punto, que respecto al cuidado que reciben estos mayores con discapacidades, la encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud (INE, 1999) indica que los varones dependientes son cuidados en primer lugar por su mujer (44,6%), una hija (21,3%) y otros familiares (12,0%); el hijo y la posible nuera juegan un papel menor en este sistema de cuidados, como sucede de igual forma con la madre dependiente.

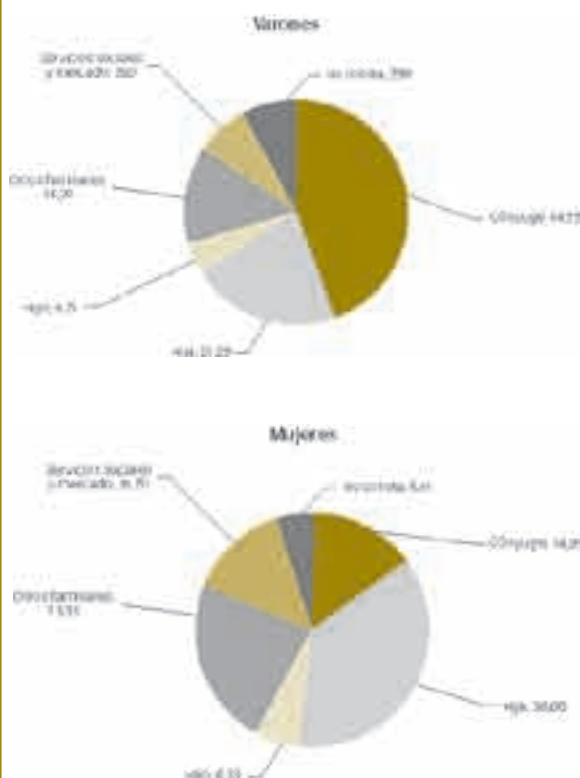
³ Esta discapacidad en la movilidad se refiere a movilidad reducida y problemas para pasear, caminar, desplazarse en transporte público o conducir el propio vehículo.

⁴ La incapacidad para realizar tareas del hogar implica cuidarse de las compras, controlar los suministros y servicios, cuidarse de las comidas, de la limpieza y de la ropa, así como del bienestar de los demás miembros de la casa.

⁵ Pág. 82, Capítulo Segundo: Longevidad y Estado de Salud, "Las personas mayores en España. Informe 2002", Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO), Consejo de Investigaciones Científicas (CSIC), 2002.

Las mujeres dependientes son cuidadas principalmente por sus hijas (36,7%), otros parientes (19,7%), el propio marido (14,9%), un hijo (6,3%) y empleados del hogar, profesionales de empresas de servicios o los servicios sociales, éstos últimos en muy baja proporción (3,7%).

GRÁFICO 1.2: ¿QUIEN CUIDA A LOS MAYORES CON DISCAPACIDAD?, 1999



Fuente: INE: Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud, 1999. Avance de resultados, págs. 217, 218. INE, 2001.

De las personas con discapacidad que necesitan ayuda, el 13% reciben ayuda formal⁶ (sólo el 3,2% reciben servicios sociales).

El estudio “Las personas mayores en España: análisis de la evolución futura de los costes asistenciales” (CRES Universidad Pompeu Fabra, Instituto Edad&Vida, 2000) realiza un análisis de las características de provisión y la financiación de los servicios destinados a las personas dependientes de edad avanzada⁷, además de hacer una proyección sobre el coste futuro de estos servicios. Para realizar el análisis se definieron como “cuidados de larga duración (CLD)” a los que reciben las personas con dependencia y se clasificaron cuatro fuentes de asistencia de estos cuidados: el apoyo informal, la atención domiciliaria, los centros de día y las residencias. La metodología utilizada comprende la identificación de factores determinantes en el coste total de los CLD y el desarrollo de un modelo de simulación del coste futuro, entre otros.

De los resultados de este estudio es posible destacar que:

- Un 34% de las personas mayores de 65 años tiene problemas de dependencia.
- Los individuos de más edad tienen mayores problemas de dependencia.

- Más del 80% de las personas mayores dependientes sólo reciben ayuda de apoyo informal. En este sentido, la familia constituye actualmente el principal agente proveedor de cuidados de larga duración.
- Aun en el caso de que se supongan unas tasas de prevalencia de los problemas de dependencia a la baja, el envejecimiento demográfico y los cambios en las estructuras familiares serán de tal magnitud que, según las estimaciones, en los próximos años se requerirá una mayor implicación de los sectores público y privado en la provisión de los cuidados de larga duración.
- Hasta el 2030 los recursos económicos que el sector público destina a la provisión de cuidados de larga duración deberían crecer a un ritmo que se situaría, dependiendo de la intensidad de la crisis de apoyo informal que se suponga, entre el 8 y el 10% anual. Se señala que en cualquier caso, resulta poco probable que las necesidades de gastos que apuntan los resultados de la investigación puedan ser alcanzadas sin recurrir a nuevas fórmulas de financiación.

El “Estudio del modelo de atención a las personas mayores con dependencia en España” del Instituto Edad & Vida (2004); revisa los estudios publicados hasta la fecha a nivel estatal, analizando los principales resultados obtenidos y, además, realizando un análisis basado en las fuentes de datos más recientes disponibles en España (Encuesta Nacional de Salud, 1997; Encuesta sobre la Soledad en las Personas Mayores, 1998; y Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999; las dos primeras con representatividad estatal y la tercera con representatividad estatal y de CCAA). La importancia de este estudio radica en el hecho que incorpora en el análisis el segmento de la población con dependencia de las residencias (que no se consideró en la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999).

⁶ En la encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud, la ayuda formal se define como “el conjunto de servicios provistos por entidades y organizaciones, de naturaleza pública o privada, con o sin ánimo de lucro, por voluntarios, y por personas que trabajan por su cuenta de forma remunerada, para cubrir las necesidades de los mayores dependientes en casa, en la comunidad o en una institución”. No se incluyen los servicios informales de instituciones de alojamiento colectivo ni otros servicios indirectos provistos por entidades locales.

⁷ En el estudio se ha definido como persona mayor dependiente aquellos individuos de más de 64 años que requieren de ayuda para realizar ciertas actividades cotidianas (vestirse, comer, asearse, etc.)

Dentro de las principales conclusiones de este estudio destacamos las siguientes:

- Las distintas investigaciones que se han realizado sobre dependencia en España aportan evidencias que la sitúan en una proporción de personas de entre el 21% y 26% de la población mayor de 64 años.
- En el año 1999 las personas que manifiestan alguna situación de dependencia representan el 23,5% de la población de 65 y más años en España (1,6 millones de personas mayores aproximadamente). El 92,2% de esta población reside en viviendas familiares y el 7,8% restante vive en los establecimientos residenciales.
- Según los datos que ofrecen los operadores residenciales, las personas mayores que viven en establecimientos residenciales en España presentan una prevalencia de dependencia elevada.
- La mayoría de las personas mayores con dependencia que residen en las viviendas familiares se concentra en aquellas categorías que están asociadas con una menor complejidad o severidad.
- La mayor parte de las personas mayores dependientes que ha solicitado atención, la recibe. Estas ayudas pueden provenir del apoyo informal o de servicios formales de cuidados a personas mayores del sector público o del sector privado. Sin embargo, el 21,0% de los mayores dependientes no recibe todas las ayudas solicitadas.
- Las familias son el principal proveedor de ayuda personal (76,8% de los dependientes, que representan el 12,4% del total de personas mayores).

Para el presente estudio es importante considerar algunas de estas conclusiones, ya que la dependencia será uno de los factores básicos en el diseño de las soluciones residenciales para los mayores en España.

1.2.4 Envejecimiento y situación económico-laboral

En el caso de la posición económica, medida por el *gasto medio equivalente o gasto medio por unidad de consumo*⁸, la situación de los mayores en España sigue siendo inferior a la del conjunto de la población de todas las edades (IMSERO, 2002). Las variables que inciden en las diferencias de la posición social y económica entre los mayores son la edad, el hábitat y la Comunidad Autónoma en que residen. Con la edad se registra un empeoramiento de la posición económica de los hogares. El hecho de residir en una u otra Comunidad Autónoma es determinante para la posición económica de los mayores: el gasto equivalente de los hogares con alguna persona mayor en la Comunidad de Madrid, prácticamente duplica el de sus equivalentes en Extremadura. Además, la condición económica de los hogares de los mayores no está exactamente en consonancia con lo que se podría considerar el nivel de vida medio en cada una de las Comunidades Autónomas. En todas ellas, la posición media de los mayores es inferior a la del conjunto de los hogares, siendo la Región de Murcia y, en menor medida, la Comunidad de Madrid las comunidades en los que ambas posiciones se encuentran más próximas. En el otro extremo, destacan las diferencias de La Rioja, Aragón y la Comunidad Foral de Navarra.

El informe del IMSERO (IMSERO, CSIC, 2004) señala que en España, la mayor parte de las personas de 65 y más años están al margen del mercado del trabajo. Según sus cifras

⁸ En el informe de IMSERO (Capítulo Cuarto: Condiciones de Vida: Vivienda, Trabajo y Situación Económica, "Las personas mayores en España. Informe 2002", Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERO), Consejo de Investigaciones Científicas (CSIC, 2002) se señala que este calificativo equivalente añadido a gastos o a renta significa que el gasto o la renta per cápita del hogar se ha corregido ponderando a los distintos miembros de la unidad doméstica según su edad, bajo el supuesto de que la convivencia en el hogar genera "economías de escalas" y que las necesidades de los individuos varían con la edad.

TABLA 1.7 GASTO EQUIVALENTE DE LOS HOGARES DE LOS MAYORES Y DE LA POBLACIÓN DE TODAS LAS EDADES POR COMUNIDAD AUTÓNOMA, 1998. ÍNDICES BASE 100= MEDIA DE TODOS LOS HOGARES

	Población mayor	Gasto equivalente		Índices base 100	Población total	Gasto equivalente		Índices base 100
		Pesetas	Euros			Pesetas	Euros	
Andalucía	969.492	6.381,6	1.061.806	74	7.152.094	7.425,5	1.235.495	86
Aragón	226.151	6.813,6	1.133.692	79	1.163.171	8.844,2	1.471.559	10
Asturias (Principado de)	206.006	7.943,2	1.321.634	92	1.053.700	8.822,6	1.467.958	102
Balears (Iles)	127.920	8.001,2	1.331.285	92	731.683	9.395,9	1.563.347	109
Canarias	196.961	6.515,4	1.084.074	75	1.582.427	7.520,8	1.251.357	87
Cantabria	91.610	7.516,9	1.250.699	87	521.528	8.135,7	1.353.662	94
Castilla La Mancha	318.116	6.343,0	1.055.382	73	1.695.055	7.169,7	1.192.939	83
Castilla y León	485.616	6.675,9	1.110.779	77	2.464.549	8.091,0	1.346.233	94
Cataluña	923.830	8.680,1	1.444.255	100	6.019.304	9.757,2	1.623.462	113
Comunidad Valenciana	593.423	6.951,0	1.156.550	80	3.914.083	8.021,8	1.334.707	93
Extremadura	163.704	5.366,8	892.955	62	1.073.765	6.544,0	1.088.828	76
Galicia	512.025	6.907,0	1.149.223	80	2.703.235	7.806,2	1.298.847	90
Madrid (Comunidad de)	576.541	10.505,4	1.747.952	121	4.992.398	10.995,2	1.829.443	127
Murcia (Región de)	153.424	7.169,5	1.192.906	83	1.093.659	7.169,1	1.192.840	83
Navarra (C. Foral de)	95.114	8.834,6	1.469.948	102	521.928	10.852,9	1.805.774	125
País Vasco	223.022	9.128,3	1.518.814	105	2.035.507	10.121,5	1.684.071	117
Rioja (La)	38.929	6.141,9	1.021.932	71	256.570	8.668,8	1.442.362	100
Ceuta y Melilla	13.343	7.120,0	1.184.661	82	134.498	8.275,0	1.376.839	96
Total	5.915.226	7.530,6	1.252.987	87	39.109.154	8.652,7	1.439.685	100

Fuente: INE, Encuesta de Presupuestos Familiares, resultados anuales, 1998.

(último trimestre 2004), por encima de los 70 años, menos del uno por ciento de los hombres permanece en el mercado (20.500) y en el caso de las mujeres, una proporción prácticamente simbólica del 0,2% (es decir 9.700 mujeres en términos absolutos).

A pesar de que los indicadores mostrados no son los óptimos para el análisis del nivel socio-económico de la población mayor en España; sí son útiles para analizar la capacidad de pago y financiación de futuras soluciones residenciales.

1.2.5 Envejecimiento y situación socio-cultural

No se puede dejar de lado en el análisis del colectivo de mayores, la cultura y los grupos sociales a los que pertenecen, ya que éstos ejercen grandes influencias en los comportamientos de las personas mayores, definen preferencias y condicionan perfiles de consumo.

Dentro de los factores culturales que determinan los deseos y el comportamiento de consumo, encontramos el nivel cultural y la ocupación del tiempo libre. Estos factores diferencian claramente a los mayores. Según el Informe "Investigación de mercado sobre las personas mayores en España" (Júbilo, 2001): *"Una afirmación que se suele hacer sobre las personas mayores es que no tienen formación o educación intelectual. En España, en 1995, sólo un 6,1% de la población entre 55 y 65 años era totalmente iletrada. Un 39,8% declaró no tener estudios. Un 39,1% afirmó tener sólo estudios primarios. Un 11,07% realizó estudios de segundo grado y un 4,0% cursó estudios universitarios"*. Sin embargo, este informe señala el temor de las personas mayores a la pérdida de la capacidad intelectual, por lo que se pone énfasis en el aumento de demanda servicios y productos culturales.

Es importante recordar que los grupos desempeñan un importante papel en los procesos de generación de necesidades, preferencias y demandas de consumo. En un proceso de consumo existen varios roles, desempeñados por una o más personas: iniciador, influenciador, decidor, comprador y usuario.

Entre los grupos que condicionan los actos de consumo de las personas mayores podemos destacar (Grande, 1993):

- Asociaciones de personas mayores.
- Organismos públicos.
- Asociaciones religiosas.
- Organizaciones de personas con problemas de salud.
- Instituciones académicas.
- Familia.

Se concluye de lo dicho que aspectos culturales junto a aspectos sociales, demográficos y económicos son relevantes para la identificación de las necesidades y preferencias residenciales de los mayores. Es importante reiterar, que estas necesidades han sido poco estudiadas y existe un relevante déficit de análisis que permita ayudar a diseñar estrategias públicas y privadas que suplan dichas necesidades.

1.3 Envejecimiento e impacto económico: el caso de la vivienda y las soluciones residenciales para mayores

El creciente envejecimiento de la población en las sociedades occidentales trae consigo el creciente interés de múltiples instituciones nacionales e internacionales por el tratamiento de las consecuencias y retos, que en diversos ámbitos, se derivan del envejecimiento poblacional. El ámbito económico es también relevante en este aspecto.

Desde el punto de vista institucional, organizaciones como el Banco Mundial, la Comisión Europea o la OCDE han introducido en sus agendas políticas diversas prioridades relacionadas con el proceso de envejecimiento y sus implicaciones macroeconómicas, comerciales, laborales, financieras o incluso habitacionales (Schieber, 1997; Turner, 1998; McMorrow y Roeger, 2004; Naciones Unidas, 1999; Group of Ten, 1998; Economic Policy Comity, 2000; Hantrais, 1999).

Los cambios producidos por la edad generan cambios en los comportamientos de los consumidores, por lo que las empresas deben ser conscientes de estos cambios e introducirlos en sus estrategias de marketing y en su filosofía para atender efectivamente a la misión de su negocio. Sin embargo, esta oportunidad de mercado puede convertirse en una amenaza para estas mismas organizaciones empresariales si las oportunidades de negocio o las necesidades de adaptación no se visualizan a tiempo.

En este sentido el presente estudio permite avanzar en el análisis de necesidades en un ámbito específico de actuación: las soluciones residenciales para mayores. El análisis de preferencias debe ayudar a una planificación adecuada, tanto desde la perspectiva pública como privada y con especial atención a posibles áreas de complementariedad.

1.3.1 La vivienda y las personas mayores

A medida que las personas envejecen la vivienda empieza a ser un tema primordial. La transición de una vida laboral activa a la jubilación incrementa la importancia de la vivienda, ya que es donde la persona realizará la mayor parte de las actividades de su vida diaria (Mannheim Research Institute for the Economics of Aging, 2005).

El estudio de Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA) de abril del 2005, señala además que cuando se incrementa la edad, el hecho de ser propietario confiere mayor seguridad, tanto emocional como económica. Este ratio de propietarios de las viviendas en las que habitan va desde un 53% en Alemania a un 87% en España.

Por último, el estudio del MEA (2005) concluye que en muchos países de Europa, especialmente los del sur, hay un claro déficit de provisiones especiales para asistir a personas con deterioros físicos y problemas de salud. Esta situación incrementa considerablemente el riesgo de que las personas deban abandonar sus viviendas eventualmente o a largo plazo.

1.3.2 Impacto sobre el sistema económico

Desde la perspectiva actual se pueden detectar determinadas consecuencias globales sobre la economía de los países desarrollados, principalmente en: consumo, ahorro, fiscalidad, trabajo, sistema sanitario y empleo. Las principales agencias internacionales (OCDE, Banco Mundial y Comisión Europea) han realizado algunas estimaciones

macroeconómicas que auguran, por ejemplo, una débil capacidad de crecimiento económico en los países desarrollados y potencialmente envejecidos. La necesidad de incrementar los ingresos fiscales para financiar las prestaciones sociales relacionadas con el envejecimiento (especialmente pensiones y servicios a la dependencia) pueden tener efectos nocivos sobre el crecimiento económico (tasas de crecimiento previstas del 0,5% en el periodo 2025-2050 para la U.E) y la contracción de la actividad puede generar una disminución del empleo (Schieber, 1997). Algunos datos macroeconómicos estimados referidos al impacto del envejecimiento son reveladores:

- Se estima que el deterioro de la balanza fiscal en los próximos 50 años para los países de la OCDE puede ser del 5% (Turner, 1998).
- Las tasas de crecimiento para la Unión Europea y Japón se estiman en el 0,5% y el 0,6% respectivamente en el periodo 2025-2050 (Turner, 1998).
- Las previsiones del impacto del envejecimiento sobre la evolución del ahorro en los países de la OCDE hace prever que en el 2010 la tasa de ahorro sobre el PIB en el entorno OCDE sea del 20%, y que pase al 3,2% en el 2050 (Heller, 1998).
- Se estima que casi se duplique el porcentaje del PIB destinado a servicios sanitarios para mayores de 65 años en países como EE.UU., Canadá, Italia, Francia o Japón (Leibfritz, 2000).
- Se espera que España sea el país de la U.E en que la tasa de incremento del porcentaje del PIB destinado a pensiones hasta el año 2050 sea mayor y se sitúe por encima del 8% (Economic Policy Comity, 2000).
- La presión sobre el incremento del gasto social relacionado con el envejecimiento se estima que provoque un impacto importante sobre las finanzas públicas, provocando un incremento de la deuda pública que dificulte

la capacidad de inversión de los países más envejecidos y provoque un riesgo efectivo de bajo crecimiento económico en dichos países. Los estudios disponibles para algunos países estiman que la deuda pública acumulada para países como Japón, Italia o Francia pueden incrementarse en más de un 200%, 100% o 50% respectivamente para el año 2030 (Turner, 1998).

- El impacto global de una disminución del crecimiento económico de los países desarrollados envejecidos sobre la calidad de vida medida en términos de consumo medio per cápita en los próximos 30 años se estima en una reducción de entre el 25% y el 35% (Turner, 1998).

Al margen del impacto macroeconómico y como se ha mencionado anteriormente, el envejecimiento de la población también constituye un reto para las empresas, ya que los cambios derivados de la edad suponen modificaciones en la conducta y en los hábitos de los consumidores. Las empresas deben ser conscientes de que el envejecimiento de la población será la causa de una serie de modificaciones de sus estrategias.

1.3.3 Impacto en la actividad de las empresas: soluciones residenciales para mayores

La OCDE a través de su estudio "Ageing, Housing and Urban Development" (OCDE, 2003) ya advierte que el envejecimiento de la población presenta desafíos para los políticos de los diferentes países; muchas personas mayores permanecen en sus viviendas, disminuyendo así las viviendas inter-generacionales. Pocas personas jóvenes activas en el mercado laboral están dando soporte a las personas de edad avanzada inactivas. Además, para la OCDE el desarrollo urbano y de la política de la vivienda debe ser sensible al envejecimiento. La naturaleza "multifacética" de las personas mayores deberá verse reflejada en el desarrollo urbano y en la planificación y diseño de la ciudad y la vivienda,

creando un hábitat sostenible y accesible. La OCDE pone énfasis en que debe tenerse en cuenta lo que realmente las personas mayores quieren.

Las prioridades políticas señaladas por la OCDE en cuanto al hábitat y los mayores, así como los servicios y productos que se derivan de su puesta en marcha, también han generado el interés privado en el fenómeno del envejecimiento. El sector empresarial puede encontrar, de forma autónoma o en colaboración con el sector público, nuevas oportunidades de negocio.

A nivel microeconómico, se puede afirmar que la estructura de la población condiciona la oferta empresarial. Hasta ahora se han concebido y elaborado bienes y servicios pensando en el mercado predominantemente joven. Las empresas pueden reaccionar frente al fenómeno del envejecimiento de la población encontrando nuevos usos para sus productos, ampliando su gama de bienes y servicios o buscando nuevos mercados.

Es relevante, en este sentido, la evolución que han seguido algunos sub-sectores vinculados con las soluciones residenciales para mayores. Los datos disponibles señalan que la vivienda es el principal activo de las familias españolas (IMSERO, CSIC, 2004), también en el caso en que los propietarios son personas mayores. La vivienda es un activo que produce bienestar y seguridad a quienes la poseen. El 87,2% de los mayores de 65 y más años son propietarios de sus viviendas. En este sentido:

"En el conjunto de la población de 65 o más, sólo un 4% vive en residencias. El 88% de las personas mayores que no están en residencias viven en sus casas. La gran mayoría está en su propia casa con su esposo(a) y/o sus descendientes. Sólo hay un 12% de la población mayor no residencial, que se haya ido a vivir con sus hijos y otros familiares. La salida del propio hogar se pospone a las etapas más avanzadas de edad".⁹

⁹ "La tercera edad y el consumo", Capítulo 6: Demandas y necesidades relacionadas con la compañía y con el lugar de residencia, Ministerio de Sanidad y Consumo (1999).

Bajo dichas circunstancias centraremos el análisis del ámbito de la vivienda para mayores en dos sub-sectores paradigmáticos: el sub-sector residencial y el sub-sector inmobiliario.

En España (Instituto Edad&Vida, 2004) existen más de 4.800 centros residenciales para mayores, de los que únicamente 817 son públicos, con una oferta de más de 250.000 plazas (un 3,5% de la población de más de 65 años).

Al margen de los datos sobre residencias, existen pocos estudios en España que describan el comportamiento de la industria residencial de personas mayores en su conjunto. En Estados Unidos sí es posible encontrar trabajos sobre la *"Residencial Care Industry"* (California HealthCare Foundation, 2002) que pueden servir de referencia. El concepto de Residencial Care Industry es un concepto amplio de solución residencial que incluye: casas de familias adoptivas, pequeñas casas familiares, residencias sociales de rehabilitación y cuidado, hoteles con habitaciones individuales con servicios o las propias residencias para dependientes.

El informe de la California HealthCare Foundation (2002) señala que en los años noventa la oferta en el mercado residencial, en particular en la asistencia, tuvo un crecimiento considerable. Sin embargo, este crecimiento se ha visto reducido por el declive de los intereses de los inversores y las limitaciones financieras de los agentes de la industria. La evolución observada en otros mercados internacionales podría trasladarse a España, especialmente si tenemos en cuenta que aspectos como el crecimiento y el cambio del perfil asistencial solicitados por los residentes, la evolución de los costes y las tarifas (especialmente públicas), las dificultades en la atracción y mantenimiento de personal de apoyo y el aumento de la competencia, pueden influir claramente en la expansión del sector.

En cuanto a la demanda, los factores demográficos y las preferencias de los potenciales clientes son clave en el desarrollo de nuevos productos y servicios residenciales para mayores. En el caso concreto de España, el incremento en el número de viviendas habitadas por familias de personas mayores constituidas en su mayoría por uno o dos miembros en bastantes casos, diseñadas en su momento para ser ocupadas por cuatro o cinco personas, implica que muchas personas mayores siguen ocupando viviendas infrautilizadas, mientras que la lógica del mercado, querría ver estos inmuebles destinados a otros usos y a otro tipo de familias.

Estas circunstancias hacen prever (y así se predice en algunos estudios internacionales como el estudio de California HealthCare Foundation, 2002) que el sector de la asistencia domiciliaria formal prosperará debido a factores demográficos, factores relacionados con las preferencias de los mayores y factores relacionados con las ventajas competitivas en costes de esta industria sobre el resto de soluciones asistenciales-habitacionales. Sin embargo, algunas opiniones más cautas señalan que la industria de la atención domiciliaria a mayores debe encontrar nuevas fuentes de capital para renovar su capacidad de expansión.

Por último, es de suma importancia para nuestro análisis señalar que el sector público juega un importante rol en la regulación de la industria: los programas de subsidio, la concertación de centros, la definición de criterios para los niveles de cuidado o la definición de los niveles de calidad, tienen un impacto claro en la caracterización y expansión del sector residencial.

Como se ha indicado anteriormente, otro sector que es de interés para el estudio, es el sector inmobiliario. En los estudios sobre las preferencias de formas de vida de las personas mayores realizadas a nivel internacional (AARP, 2003)

destacan la preferencia de una gran mayoría de mayores por residir de forma independiente en una casa propia, pero teniendo resueltas todas las necesidades cotidianas. Ya en España se están realizando proyectos inmobiliarios en los que se ofrecen viviendas de lujo, con amplias zonas comunes, así como el personal necesario para garantizar el mantenimiento, la atención y la seguridad durante las veinticuatro horas del día. Otras alternativas inmobiliarias se orientan a la construcción de viviendas de alquiler, adaptadas y que incorporan, en algunos casos, servicios asistenciales.

Algunos autores señalan (Grande, 1999), en referencia al sub-sector inmobiliario, que es posible aislar una serie de factores que condicionan la evolución de la construcción. Según algunos expertos, y como consecuencia de las disminuciones de las tasas de nupcialidad y de natalidad, se tenderá a un incremento de familias de menos miembros que exigen menos espacio de vivienda. La oferta deberá ajustarse a dicha demanda, es decir, que posiblemente se deberá consolidar la tendencia hacia la construcción de viviendas más pequeñas o a la rehabilitación de viviendas dotándolas de una dimensión más reducida.

Finalmente el sector inmobiliario orientado a personas mayores estará también fuertemente influido por el desarrollo de nuevos instrumentos financieros que permitan facilitar la transformación de las viviendas actuales en soluciones residenciales más adecuadas o a facilitar la conversión del capital inmobiliario acumulado por las generaciones mayores en rentas para el pago de servicios asistenciales adecuados.

1.4 Necesidades y demandas de las personas mayores en España

Uno de los grandes déficits de nuestras sociedades desarrolladas se relaciona con el análisis de las necesidades, demandas y preferencias de los mayores. El análisis de las características e identificación de las preferencias de las personas mayores permitiría anticipar soluciones tanto desde el punto de vista institucional-político como desde la perspectiva empresarial.

1.4.1 Necesidades y demandas relacionadas con la salud

En general, hasta los 69 años, las personas tienen una percepción buena de su salud. Esta percepción subjetiva de su salud se debe a que las molestias son percibidas como propias y normales de la edad en que se encuentran. La existencia de percepciones negativas se debe, entre otros factores, a la soledad, la diferencia de género, la edad, los recursos económicos y los factores familiares.

Dentro de los indicadores objetivos de salud, según el Panel de Hogares de la Unión Europea, la prevalencia de enfermedades crónicas o incapacitantes en la población española con 65 años y más, afecta aproximadamente a la mitad de las personas (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999). Cuando la salud restringe la autonomía, las actividades de la vida diaria que más frecuentemente se ven afectadas tienen que ver con la posibilidad de bañarse o ducharse sin ayuda. Seguirían las dificultades para acostarse, vestirse y desnudarse. Estas trabas las padecen aproximadamente, una de cada cinco personas con 75 o más años.

En el caso concreto de España, el sistema sanitario tiene una marcada orientación curativa y lo hace excesivamente dependiente del complejo sanitario (consultas, medicamentos, hospitalizaciones...). Este hecho hace al sistema

sanitario muy sensible al envejecimiento no sólo como consecuencia de la intensificación de cuidados y gasto medio por individuo, sino también como resultado de los cambios que implica el envejecimiento en términos de la naturaleza de los cuidados y la incidencia en los principales problemas de salud entre la población. Debemos tener en cuenta que según estudios recientes (Ahn, 2003) precisamente es el colectivo de mayores de 75 años el que mayores gastos asistenciales requiere: el gasto sanitario hospitalario por persona pasa de 200 € para los menores de 25 años, a 1600 € para los mayores de 75 años. Además, el gasto en asistencia ambulatoria y domiciliaria por persona pasa de 80 € en el tramo de 6 a 50 años, a 160 € para los mayores de 75 años; y el gasto farmacéutico por persona pasa de los 100 € para los menores de 35 años, a 350 € para los mayores de 70 años. Los mismos estudios apuntan a que, sólo debido al proceso de envejecimiento el crecimiento del gasto sanitario público en España se estima en un 0,7% anual hasta el 2040 y el gasto medio puede pasar de unos 775 € por persona en el año 1999 a casi 1.000 € (euros constantes) en el año 2050.

Además, debemos tener en cuenta que muchos de los cuidados que requiere una población envejecida pertenecen a categorías afines pero distintas a los puramente sanitarios: cuidado personal, cuidado doméstico, mantenimiento del hogar o soporte social y emocional. En este sentido, la creciente crisis en el cuidado informal (incremento del número de divorcios, mayor movilidad de los miembros de la familia, incorporación de la mujer al mercado laboral, unidades familiares más pequeñas) y los deseos de los usuarios (deseo de envejecer en el propio hogar y deseo de mantener una vida social e institucional en la vejez); requiere de nuevas soluciones. En este mismo sentido, debemos tener en cuenta que el volumen de trabajo remunerado dedicado al cuidado de la salud en España en el año 2002 era sólo el 12% del total de horas anualmente dedicadas a ello por el conjunto de la población (Duran, 2003), y por tanto es impensable que la iniciativa pública, por sí sola, pueda abordar el coste de la internalización

de tal volumen de servicios actualmente prestados por el sector informal.

1.4.2 Necesidades de relación

Es importante destacar que mujeres y hombres mayores parten de situaciones diferentes y suelen comportarse de formas distintas cuando llega el momento de reacomodar sus ocupaciones (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999). Las mujeres en ningún momento interrumpen sus tareas domésticas. Según los datos disponibles, sólo el 13% de los varones participaban antes de su jubilación en las tareas domésticas. En algunos casos, debido a la necesidad, los hombres deben iniciarse en tareas del hogar, porque quedan solos o porque su pareja ya no puede asumir la carga doméstica.

El conjunto de la población dedica la mayor parte de su tiempo libre con el ocio pasivo, fundamentalmente viendo televisión y escuchando la radio. Esa ocupación aumenta todavía más entre las personas mayores y aún más entre las mujeres (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999). Las estadísticas muestran que entre las personas mayores, el 97% ve la televisión al menos una vez por semana y el 71% escucha la radio. Además, en la población mayor existe una importante proporción de personas que dedican tiempo a la lectura, concretamente, 3 de cada 5. Más varones leen diarios y sobre todo, más mujeres leen revistas.

El estudio del Ministerio de Sanidad y Consumo señala que si dejamos de lado las necesidades que están relacionadas con la salud, las acciones orientadas a combatir la soledad serían la mayor preocupación para las personas mayores. La soledad, según las personas mayores, es la principal causa de infelicidad.

Es importante el contacto con la familia, en especial con los hijos y nietos, en el caso de las mujeres y hombres mayores. Cuando sucede la muerte de la pareja, los lazos familiares, además de ser proveedores de cariño y afecto, son proveedores de salud.

1.4.3 Demandas y necesidades relacionadas con la compañía y con el lugar de residencia

En los últimos años España ha experimentado un aumento del peso correspondiente a los hogares habitados por mayores y por un número de personas menor.

Algunos estudios señalan (INC, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2000) que en España ha crecido y seguirá creciendo:

- la proporción de hogares con personas mayores,
- el número de hogares formados sólo por personas mayores,
- la concentración de estos hogares en el segmento de edad comprendido entre los 70 y 79 años.
- el número de mayores que viven solos (as)

Los mismos estudios apuntan a que en España aproximadamente en cuatro de cada cinco hogares los mayores viven acompañados y la compañía más frecuente es de una sola persona, generalmente su cónyuge. Es más frecuente entre las mujeres que vivan solas porque como se ha comentado enviudan antes que los varones. La soledad es la gran característica de los mayores que viven de forma autónoma en España.

1.5 Bibliografía

Ahn N, Meseguer JA, Herce JA (2003), "Gasto Sanitario y envejecimiento de la población española"; Fundación BBVA. Documento de Trabajo.

American Association of Retired Persons (2003), "Beyond 50.03 A report to the nation on independent living and disability". USA.

American Association of Retired Persons (2003), "These Four Walls...Americans 45+ talk about home and community" (2003). USA.

California HealthCare Foundation, The Quality Initiative (2002), "A primer on residential care facilities for the elderly". USA.

Durán MA (2003), "El trabajo no remunerado y las familias". Consulta técnica sobre contabilización de la producción no remunerada de servicios de salud en el hogar .OPS. Unidad de Género y salud. Unidad de Políticas y Sistemas. EE.UU.

Economic Policy Committee (2000), "Progress Report on the Impact of Aging Populations on Public Pension Systems". Opinion addressed to the European Council Of Ministers and the European Commission (EPC/ECFIN/518/00-EN-Rev.1, Brussels). Belgium.

Fundación Pfizer, Ministerio de Ciencia y Tecnología, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, (2001), "Dependencia y Necesidades Asistenciales de los Mayores en España. Previsión al Año 2010". España.

Grande IE (1993), "Marketing Estratégico para la Tercera Edad", Editorial ESIC - Madrid. España.

Group of Ten (1998), "The macroeconomic and financial implications of ageing populations", Bank For International Settlements, <http://www.bis.org/publ/gten04.htm>.

Hantrais L (1999), "Interactions Between Socio-Demographic Trends, Social and Economic Policies". European Research Centres Cross National Research Papers, Fifth Series, Cross-National Research Group. (Loughborough University. Leicestershire). Great Britain.

Heller P, Symansky S (1998), 'Implications for savings of agings in the Asian Tigers'. Asian Economic Journal, 12(3).

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2003), "Las personas mayores en España. Informe 2002". España.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2005), "Las personas mayores en España. Informe 2004". España.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2005), "Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España". España.

Instituto Edad & Vida, Centre de Recerca en Economia iSalut – Universitat Pompeu Fabra (2000), "Las personas mayores en España: análisis de la evolución futura de los costes asistenciales". España.

Insituto Edad&Vida, Fundació Institut Català de l'Envelliment – Universitat Autònoma de Barcelona (2004), "Estudio del modelo de atención a las personas mayores con dependencia en España". España.

Instituto Nacional del Consumo, Ministerio de Sanidad y Consumo (1999), "La Tercera Edad y el Consumo". España.

Instituto Nacional de Estadística, Fundación ONCE (1999), "Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud". España.

Júbilo Ediciones (2001), "Investigación de mercado sobre las personas mayores en España". España.

Leibfritz W (2000), "Aging Populations, Pensions Systems and Governement Budgets- How Do They Affect Saving". En "Future Global Capital Shortages: Real Threat or Pure Fiction?" OECD. París. France.

Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (2005), "Health, ageing and retirement in Europe, First results from the survey of health, ageing and retirement in Europe".USA.

McMorrow K, Werner R (2004), "The economic and financial market consequences of global ageing." Springer. Berlin. Germany.

Newcomer R, Maynard R (2002), "Residential care for the elderly: supply, demand and quality assurance" California HealthCare Foundation. USA.

Organisation for Economic Co-operation and Development (2003), "Ageing, Housing and Urban Development" OECD, París. France.

Schieber SJ (1997), "The Need for Social Security Reform and the Implications of Funding Benefits Through Personal Security Accounts," Benefits Quarterly, 13(3): 29-39.

Turner D, Giorno C, De Serres A, Vourc'h A, Richardson P (1998), 'The Macroeconomic implications of ageing in a global context'. OCDE Economics Department Working Paper, No 168.

United Nations (1999), "Report by the Secretary General (E/CN.5/2000/4): International Year of Older Persons, 1999". December 1999. USA.

2. Estudio para la identificación de preferencias residenciales de los mayores en España

2.1 Objetivos y antecedentes

Una vez analizada la situación del envejecimiento de la población española, las características de las personas mayores y sus implicaciones económico-sociales; estamos en condiciones de abordar la problemática del estudio presentado: la identificación de las preferencias residenciales de los mayores en España.

Por una parte existe la necesidad de obtención de información relacionada con las preferencias sujetas a análisis. Dicha necesidad implica determinar qué información se requiere y cómo podrá obtenerse de manera efectiva y eficiente. La información obtenida servirá para poder realizar un análisis cuyos resultados sean útiles para la toma de decisiones gerenciales (Malhotra, 1997). Por otra parte, de acuerdo con lo señalado anteriormente, las organizaciones, las instituciones públicas y las empresas deben tomar decisiones frente a los cambios en el entorno.

Por lo tanto, y de acuerdo con lo antes señalado, es posible identificar tres problemáticas a las que el presente estudio debe dar respuesta:

El presente estudio ha tenido como fin la identificación de las necesidades y preferencias residenciales de los mayores en España con el objetivo de que se disponga de información válida para dar apoyo a las decisiones gerenciales y sociales (públicas o privadas) que sean pertinentes. Es importante destacar que no sólo se han analizado las preferencias residenciales de las personas mayores en la actualidad, sino que se recoge la información, también, de los futuros mayores (de 55 a 65 años). A nuestro entender, el segmento de edad elegido es relevante para el estudio de preferencias residenciales y de hábitat, ya que refleja necesidades y preferencias en un rango etario adecuado para una óptima planificación urbana y residencial.

En el estudio se ha utilizado el término “productos y servicios residenciales” en referencia al conjunto de soluciones residenciales adaptadas a las necesidades de las personas mayores (arquitectura, interiorismo y entorno), localizados en ubicaciones que respondan a las necesidades de todo tipo de personas mayores de hoy y del futuro y que abarcan desde servicios para cubrir las necesidades de la vida diaria, hasta servicios de atención sanitaria y social en diferentes niveles y grados de intensidad.

TABLA 2.: PROBLEMÁTICA A INVESTIGAR

Tipo de problemática	Planteamiento de la problemática
Identificación de necesidades y preferencias	¿Cuáles son las necesidades actuales de las personas mayores en relación a productos y servicios residenciales?
Decisión gerencial / empresarial	¿Cómo ganar espacio en este nuevo mercado que crece?
Decisión social / pública	¿Cómo podemos dar respuesta a dichas necesidades y preferencias?

Fuente: Elaboración Propia



2.1.1 Objetivos

El estudio sobre la identificación de preferencias residenciales pretende dar respuesta a las siguientes preguntas de investigación:

¿Cuál es la situación actual de la relación entre envejecimiento y hábitat en España?

Dicho conocimiento se asociaría a la caracterización de los estilos de vida de los mayores en relación a los servicios y productos residenciales actuales y su satisfacción actual. Es importante destacar que el estudio considera para su análisis la población urbana, incluyendo ciudades que superan los 30.000 habitantes.

¿Cuáles son las expectativas de los actuales y futuros mayores en relación a la demanda de servicios y productos residenciales?:

- ¿Qué servicios o productos ofrecer? Caracterización a través de la revelación de preferencias entre dimensiones relevantes que definen los servicios y productos residenciales.
- ¿Cuándo disponer de dichos servicios o productos? Identificación del momento en que se toman las decisiones de consumo y en relación a qué productos y servicios concretos son tomadas.
- ¿Dónde proveer el servicio o producto residencial? Identificación de las preferencias en relación a la localización de los servicios o productos: papel de los servicios domiciliarios, principalmente sanitarios y de ayuda básica, además de los servicios puramente residenciales.
- ¿Cómo adquirir los servicios o productos? Identificación de preferencias en cuanto a la compra o el alquiler de los productos o los servicios deseados.

¿Cuáles son las dimensiones básicas de la demanda de productos y servicios residenciales para mayores?

La identificación de estas dimensiones dará la posibilidad de planificar las características que deben tener las soluciones residenciales diseñadas.

2.1.2 Estudios previos

Como hemos visto anteriormente el segmento de la población mayor no es homogéneo (Grande, 1993; OCDE, 2003), y las necesidades e implicaciones económicas del envejecimiento poblacional pueden ser muy relevantes para los gobiernos y sectores económicos (Grande, 1993; California HealthCare Foundation, 2002; OCDE, 2003).

Dentro de la bibliografía española existente es posible obtener la información necesaria para realizar una primera caracterización de las personas mayores en España y en especial de algunos aspectos relevantes de este colectivo respecto al hábitat incluyendo ciudades que superan los 30.000 habitantes.

En general, la bibliografía hace un análisis y caracterización muy general de mayores, sin especificaciones sobre el binomio hábitat / envejecimiento ni sobre productos y servicios residenciales que el colectivo de mayores requiere o necesita. Los estudios disponibles permiten obtener una información puramente descriptiva que no permite avanzar demasiado en dar respuestas a los principales cuestionamientos planteados en el presente estudio.

La revisión bibliográfica que se ha llevado a cabo sólo ha conseguido identificar investigaciones similares realizadas principalmente en Estados Unidos. Específicamente en este país, la AARP (The American Association of Retired Persons, 2003) realizó un estudio a través de una encuesta estatal postal a personas mayores de 45 años a nivel nacional, sobre vivienda y comunidad. Las personas mayores de 45 años respondieron a preguntas sobre la situación actual de sus viviendas, sobre modificaciones a sus viviendas para vivir confortablemente, sobre la importancia de las características de las viviendas y las características de su

comunidad y sus servicios. Se realizó además, una segmentación de la muestra de encuestados para visualizar los grupos, desde los más “optimistas y planificadores” de su situación futura hasta los más “pesimistas y sin visión de futuro” como adultos mayores. Una de las grandes aportaciones de este estudio radica en la incorporación al mismo del análisis de las preferencias de las personas que en 10 o 15 años pertenecerán al grupo de mayores.

El estudio de la AARP concluye que en términos generales los americanos mayores de 45 años son optimistas acerca de su futuro en términos de salud mental, estado financiero y situación con respecto a la vivienda. Sin embargo, el estudio señala que este optimismo les hace subestimar algunas de sus proyecciones en el futuro; por ejemplo respecto a sus futuras debilidades físicas y respecto a los costes que deberán soportar cuando envejezcan. También aparecen algunas diferencias entre lo que las personas entrevistadas prefieren y lo que realmente hacen. Así por ejemplo la gran mayoría de entrevistados cree que seguirá viviendo en su hogar por el resto de su vida, pero menos de la mitad de ellos anticipan los cambios que deben realizar en sus viviendas para vivir confortablemente cuando sean mayores. Finalmente, el estudio pone de manifiesto la importancia de la educación e información sobre las alternativas de productos y servicios residenciales.

Aunque la situación descrita no sea plena y directamente trasladable a nuestro entorno, algunos resultados son interesantes y deben ser contrastados en nuestro país.

2.2 Descripción de la metodología

La investigación sobre la identificación de preferencias residenciales para personas mayores realizada en este estudio es de tipo descriptivo, es decir, el objetivo es identificar y describir preferencias residenciales, en un entorno urbano y en el segmento de las personas mayores y futuros mayores en España. El estudio tiene por objetivo obtener información sobre las necesidades de los adultos mayores,

de manera que dicha información ayude a comprender los comportamientos de consumo de este grupo de la población frente a los productos y servicios residenciales. Tal como hemos indicado, el estudio permite:

- Describir las características más importantes del grupo de mayores y futuros mayores que sean relevantes para explicar perfiles de consumo de bienes y servicios residenciales.
- Determinar cuáles son las necesidades respecto a productos y servicios residenciales / habitacionales.
- Determinar cuáles son las características que las personas mayores valoran en los productos y servicios residenciales / habitacionales.
- Determinar cómo se perciben las características de los productos y servicios residenciales / habitacionales por parte de las personas mayores.

Para obtener esta información se ha realizado una encuesta telefónica asistida informáticamente (Santesmases, 2001) a una muestra representativa estatal de 729 personas mayores de 50 años, residentes en municipios superiores a los 30.000 habitantes.

El cuestionario utilizado en la encuesta fue elaborado conjuntamente por el equipo de investigación, el comité de expertos de la Comisión de Productos y Servicios Residenciales de Edad&Vida y el asesoramiento de los representantes académicos de la comisión. El cuestionario incluyó preguntas que permiten conocer la realidad y las expectativas de los actuales y futuros mayores sobre los modelos de hábitat en España (Ver Anexo I, apartado 2.3.10, capítulo II).

La encuesta se realizó durante los meses de septiembre y noviembre de 2003. La muestra fue seleccionada a través de un muestreo aleatorio simple sistemático siguiendo cuotas de sexo, edad y Comunidad Autónoma según el censo 2001. La tabla 2.2 contiene la ficha técnica de la encuesta:

TABLA 2.2: FICHA TÉCNICA DE LA ENCUESTA

ENCUESTA REALIZADA POR	Instituto Edad&Vida
MUESTRA	729 hombres y mujeres mayores de 55 años
ÁMBITO	poblaciones de más de 30.000 habitantes de las comunidades autónomas
TIPO DE ENTREVISTA	Entrevistas telefónicas asistidas por ordenador (DYANE)
MUESTREO	Aleatorio sistemático (guías telefónicas), siguiendo cuotas de las Comunidades Autónomas según el Censo de 2001.
MARGEN DE ERROR	4%, a un nivel de confianza del 95%, con $p=q=0,5$
TRABAJO DE CAMPO	Septiembre y noviembre de 2003
EXPLOTACIÓN DE DATOS	Mediante programa estadístico SPSS, análisis descriptivo, inferencia estadística y estadística relacional (análisis anova, chi-cuadrado)

Fuente: Elaboración propia

La encuesta desarrollada tiene 57 preguntas y está organizada en 6 ámbitos:

- **Ámbito I:** preguntas de información básica de los entrevistados; datos personales como comunidad autónoma a la que pertenece, edad, género o estado civil.
- **Ámbito II y III:** centrado en la salud y dependencia de los entrevistados: percepción del estado de salud y descripción de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Estas preguntas se basan en la lista de limitaciones utilizada por Braña y Montserrat (2003). El cuestionario adaptado incluye una distinción entre actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), utilizadas para clasificar los niveles de dependencia en la Encuesta Nacional de Salud de 1997. Los indicadores utilizados se basan en los índices de Katz (1963) y Lawton y Broody (1969).
- **Ámbito IV:** centrado en el actual lugar de residencia de las personas entrevistadas, permite obtener infor-

mación sobre la situación actual de las viviendas y la disposición al cambio o modificación de la vivienda de personas mayores de 55 años.

- **Ámbito V:** preguntas abiertas acerca de las necesidades futuras referidas a su vivienda, edificio y entorno habitacional.
- **Ámbito VI:** grupo de preguntas referidas a aspectos económicos y preocupaciones futuras de los entrevistados.

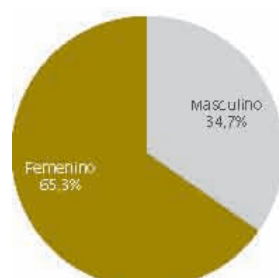
El análisis de los resultados de la encuesta ha permitido identificar un conjunto de dimensiones que caracterizan la demanda de productos y servicios residenciales para mayores (intimidad, soledad, movilidad, apoyo, servicios de apoyo, instrumentos financieros de acceso a los productos...) y que en fases posteriores del estudio han sido evaluadas económicamente (ver capítulos III y IV del estudio).

2.3 Resultados

2.3.1 Características sociodemográficas de la muestra

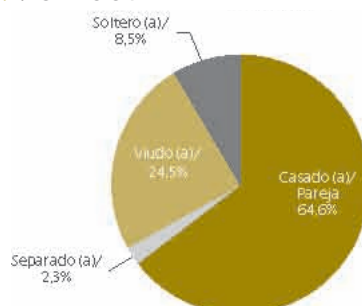
Se describen a continuación las principales características sociodemográficas de la muestra entrevistada (se incluyen tablas resumen en el Anexo II, apartado 2.3.10, capítulo II):

GRÁFICO 2.1: GÉNERO



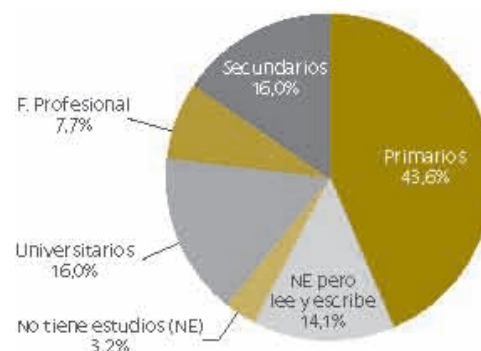
De las personas entrevistadas, un 65,3% son mujeres y un 34,7% son hombres, lo que es representativo de la proporción poblacional de más de 55 años a nivel nacional (IMSERO, 2004).

GRÁFICO 2.2: ESTADO CIVIL



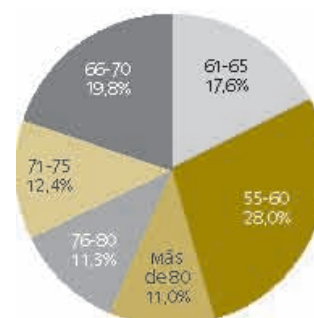
Del total de la muestra, un 64,6% de los encuestados están casados(as) o viven en pareja, el resto están solteros(as), viudos(as), o separados(as). El matrimonio es la forma de convivencia más extendida entre los mayores de 55 años.

GRÁFICO 2.3: NIVEL DE ESTUDIOS



Por otra parte, un 43,6% de las personas que contestaron la entrevista tienen estudios primarios, un 39,1% tienen estudios secundarios, formación profesional o estudios universitarios y el resto (17,3%), no tiene estudios o no tienen estudios pero sabe leer y escribir.

GRÁFICO 2.4: EDAD (CATEGORÍAS)



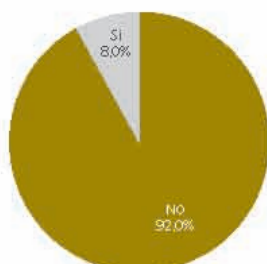
En promedio la edad de los entrevistados fue de 67,6 años (d.e.=9,0); se entrevistó a personas entre 55 y 94 años. Un 28,0% de las personas que contestaron la encuesta se encuentran en la categoría de edad entre 55 y 60 años y un 11,0% pertenecen a la categoría de 80 años y más.

2.3.2 Salud y dependencia

Se realizaron preguntas sobre la percepción subjetiva del estado de salud y de las actuales limitaciones para realizar actividades de la vida diaria. Los entrevistados debían calificar su estado de salud con una puntuación que oscilaba entre 0 y 10. Para el análisis de dependencia se preguntó por la capacidad de las personas para desarrollar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. A los entrevistados menores de 65 años se les preguntó de forma directa y general por la dificultad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria; mientras que a los mayores de 65 años se les preguntó por estas dificultades de una manera más detallada, mediante indicadores basados en los índices de Katz (1963) y Lawton y Broody (1969) y con el fin de identificar la sospecha sobre el grado de dependencia de los encuestados.

“Los entrevistados dicen gozar de buena salud y los más jóvenes (menores de 65 años) no tienen, mayoritariamente, limitaciones para realizar las actividades de la vida diaria”.

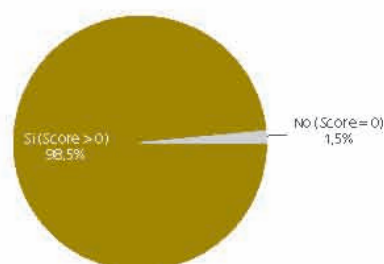
GRÁFICO 2.5: LIMITACIONES ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA MENORES DE 65 AÑOS



Los entrevistados calificaron su salud, en promedio, con una nota de 7,3 (d.e.=1,8). La mayoría de los entrevistados menores de 65 años señalaron no tener limitaciones para realizar las actividades de la vida diaria (92,0%). Solo un 8,0% de ellos contestó tener alguna dificultad.

“La mayoría de los entrevistados mayores de 65 años tienen alguna limitación para realizar las actividades de la vida diaria”.

GRÁFICO 2.6: LIMITACIONES ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA MAYORES DE 65 AÑOS



Como se muestra en el gráfico, sólo un 1,5% de los entrevistados mayores de 65 años señalaron no tener ninguna dificultad para realizar actividades de la vida diaria. La gran mayoría tenía alguna limitación (98,5%).

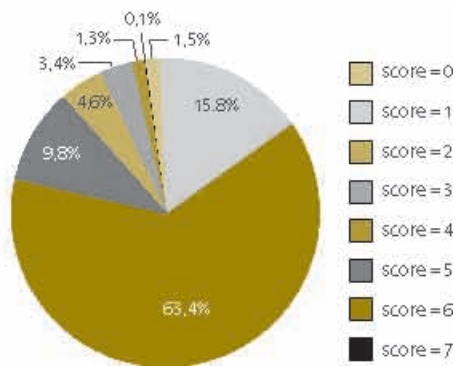
Para realizar el análisis de limitaciones en las actividades de la vida diaria se ha construido un score de sospecha de limitación. Se agruparon las preguntas referidas a limitaciones para la realización de las actividades de la vida diaria en categorías de limitaciones con el fin de identificar la sospecha de limitación para realizar actividades básicas o instrumentales de la vida diaria. Si alguna de las preguntas era afirmativa se contabilizaba un punto para esa categoría de limitación. El score se construyó a partir de la suma de las puntuaciones obtenidas por cada categoría de variables referida a la sospecha de dependencia. El score indica entonces el grado sospechado de limitación para la realización las actividades de la vida diaria.

TABLA 2.3: VARIABLES DEPENDENCIA (LIMITACIONES EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA)

CATEGORIA DE VARIABLES DE DEPENDENCIA	PREGUNTAS ASOCIADAS
Limitaciones en Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)	
Ducha/Baño/Aseo	¿Quién le ayuda habitualmente a bañarse, ducharse o asearse?
Vestirse/Desvestirse	¿Quién le ayuda habitualmente a ponerse los zapatos?
Quedarse solo de noche	¿Quién se queda a dormir habitualmente en su casa para que no duerma solo?
Limitaciones en Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)	
Usar el teléfono	¿Cuántas veces al día llama usted mismo/a por teléfono?
Comprar	Cuando necesita alguna cosa, ¿va usted mismo/a a comprarla?
Coger un bus, taxi autobús o el metro o el tren?	¿Cuántas veces a la semana utiliza usted solo el coche o el
Acordarse de tomar la medicación	¿Alguien le recuerda cuando debe tomarse la medicación cuando la necesita?
Administrar dinero	Cuando necesita dinero, ¿va usted mismo/a al banco?
Subir escalones	¿Puede subir un piso por la escalera sin problemas?

Fuente: Elaboración Propia.

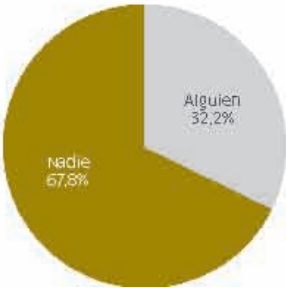
GRÁFICO 2.7: SOSPECHA DE LIMITACIONES EN REALIZAR ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA



El 62,1% de las personas mayores de 65 años que señalaron tener alguna dificultad para realizar las actividades de la vida diaria tenían limitaciones en dos de las nueve actividades consultadas. Sólo un 0,1% señaló tener limitaciones en todas las actividades cotidianas consultadas.

“Una gran mayoría de los entrevistados mayores de 65 años no recibe ayuda para realizar las actividades de la vida diaria, incluidos aquellos que presentan más dificultades para desarrollarlas”.

GRÁFICO 2.8: AYUDA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

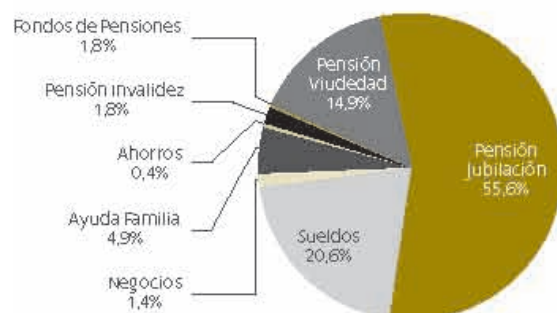


Sólo un 32,2% de los encuestados señaló recibir ayuda para realizar las actividades de la vida diaria. Las ayudas provienen principalmente de la familia (14,7%) y del cónyuge (13,6%). Sólo un 3,4% recurre a la ayuda de un profesional.

2.3.3 Nivel socio-económico

“Las principales fuentes de ingresos de los entrevistados son las pensiones de jubilación y el sueldo”.

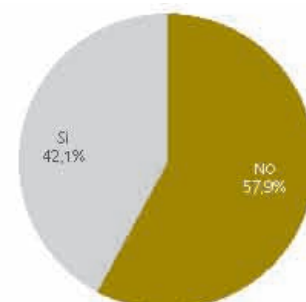
GRÁFICO 2.9: FUENTES DE INGRESOS



Un 55,6% de los entrevistados señaló la pensión de jubilación como su primera fuente de ingresos y un 20,6% señaló el sueldo. También un 14,9% señaló su primera fuente de ingresos la pensión de viudedad.

“Las personas mayores entrevistadas no consiguen ahorrar mensualmente y reciben unos ingresos mensuales por unidad familiar que oscilan mayoritariamente entre las 50.000 pesetas (300 €) y 200.000 pesetas (1.200 €)”.

GRÁFICO 2.10: AHORRO MENSUAL



El 57,9% de los encuestados señaló que no les era posible ahorrar con los ingresos que recibía.

Con respecto a los ingresos de la familia un número importante de los entrevistados no sabía o no contestó sobre el tema (16,4%), sin embargo, según la información obtenida un 59,6% de los entrevistados sitúan sus ingresos familiares entre las 50.000 y las 200.000 pesetas¹⁰. Es importante en este punto tener en cuenta que el tamaño medio familiar en España es de 2,9 miembros¹¹.

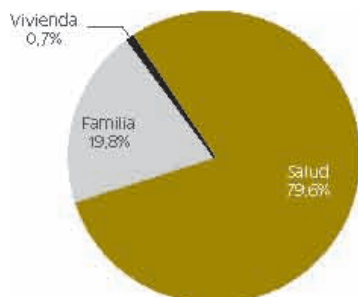
¹⁰ Las cifras monetarias fueron preguntadas en pesetas para facilitar la comprensión de los encuestados

¹¹ El dato corresponde al año 2001 . Boletín Informativo del INE, Mayo de 2004

2.3.4 Principales preocupaciones para el futuro

“La vivienda está lejos de ser una prioridad en las preocupaciones futuras de los mayores”.

GRÁFICO 2.11: PRINCIPAL PREOCUPACIÓN EN EL FUTURO



Es relevante señalar que la vivienda no se percibe como una preocupación futura para la población mayor de 55 años en España.

Un 79,6% de las personas entrevistadas señaló que la salud será su principal preocupación en el futuro, mientras que un 19,8% señaló la familia y un 0,7% la vivienda.

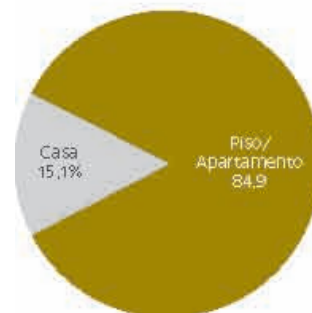
2.3.5 Situación y expectativas en cuanto al hábitat

Se realizaron preguntas acerca de la situación del actual lugar de residencia de los encuestados y acerca de la futura situación de la vivienda en relación con las limitaciones para realizar las actividades de la vida diaria en el futuro. Los principales aspectos que se han obtenido son los que se exponen a continuación.

2.3.5.1 Situación actual

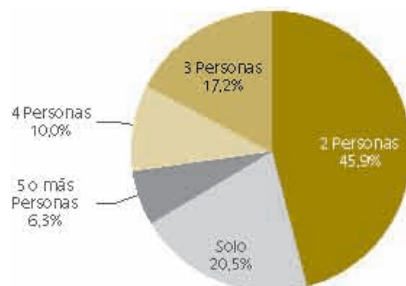
“La mayoría de los encuestados vive en un piso/apartamento de su propiedad, con un promedio de 102 metros cuadrados y es considerado por los encuestados de tamaño mediano”.

GRÁFICO 2.12: TIPO DE VIVIENDA



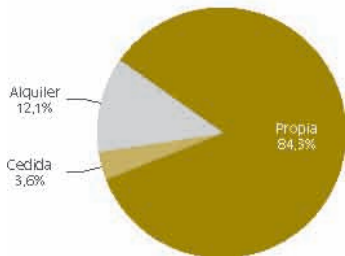
Entre los entrevistados, el 84,9% habitaban en un piso o apartamento; mientras que el 15,1% de ellos lo hacía en una casa.

GRÁFICO 2.13: N° DE PERSONAS QUE VIVEN EN LA VIVIENDA



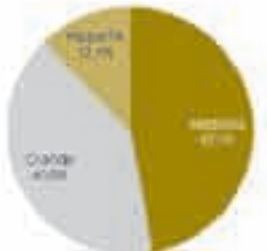
El 20,5% de los encuestados declararon vivir solos (edad media de 71,5 años) y el resto declaró vivir con más personas (la media de edad es de 66,6 años).

GRÁFICO 2.14: PROPIEDAD DE LA VIVIENDA



En cuanto a la propiedad, el 84,3% de los encuestados señaló que su vivienda era de propiedad mientras que el 12,1% señalaron que alquilaban la vivienda en la que habitan. Muy pocos de ellos, el 3,6%, indicaron que la vivienda en la que vivían era cedida (la vivienda le había sido suministrada por un familiar directo, un familiar político o un amigo).

GRÁFICO 2.15: PERCEPCIÓN DEL TAMAÑO DE LA VIVIENDA



Un 47,1% de los entrevistados consideraron que su vivienda era mediana, un 40,8% señalaron que considera que su vivienda es grande y sólo un 12,1% consideró que es pequeña. En cuanto al tamaño de las viviendas, medido en metros cuadrados, los encuestados señalaron que sus viviendas en promedio tenían 102,3 (d.e.=47,7) metros cuadrados¹². Además en promedio, las viviendas de los entrevistados tenían 3,4 (d.e.=1,1) habitaciones, sin contar el baño, la cocina y el salón-comedor.

¹² Se cree que las respuestas pueden estar sesgadas hacia valores altos, si se considera que la media de metros cuadrados de las viviendas en España era de 90 m² el año 2001 (INE: Censo de Población y Vivienda, 2004).

2.3.5.2 Satisfacción con la vivienda actual y tipo de reformas deseadas

“La mayoría de los entrevistados están satisfechos con sus viviendas actuales y no desean cambiarla ni reformarla”.

Los encuestados han puntuado con un 7,9 (d.e.=1,8) sobre 10 su vivienda actual y tal y como se muestra en la tabla 2.4, un mayor nivel de estudios se asocia con una mejor

TABLA 2.4: CALIFICACIÓN DE SUS VIVIENDAS Y SU RELACIÓN CON VARIABLES DEMOGRÁFICAS

Subgrupo	Puntuación vivienda	p-Value*
Nivel educativo		0,008
No tiene estudios	6,96	
Sin estudios (sabe leer/escribir)	7,94	
Primarios	7,74	
Secundarios	8,13	
FP	8,34	
Universitarios	8,09	
Propiedad		0,000
Propiedad	8,07	
Alquiler	6,90	
Cedida	7,50	
Edad		0,572
55-80	7,92	
>80	8,04	
Sexo		0,655
Masculino	7,87	
Femenino	7,93	
Estado Civil		0,896
Casado/a	7,92	
Soltero/a	7,89	
Viudo/a	7,89	
Separado/a	7,59	
TOTAL	7,90	
* Mann-Whitney		

Fuente: Elaboración propia

percepción de dicha vivienda. Además, los propietarios también califican mejor su vivienda, siendo la nota media concedida por los propietarios de un 8,1 frente al 6,9 y 7,5 de los encuestados que viven en una vivienda alquilada o cedida ($p<0,01$). No hay diferencias estadísticamente significativas de la calificación de la vivienda por sexo, edad o estado civil.

“La disponibilidad a realizar algún cambio o reforma en sus viviendas está relacionada con la edad, la calificación que dan los encuestados a sus viviendas y la propiedad de las mismas”.

TABLA 2.5: VOLUNTAD DE CAMBIO DE VIVIENDA RESPECTO A VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS CATEGÓRICAS

Subgrupo	Voluntad de cambio en la vivienda	p-Value*
Nivel educativo		0,396
No tiene estudios	29,8%	
Primarios	26,3%	
Secundarios/Universitarios	23,2%	
Propiedad		0,000
Propiedad	22,5%	
Alquiler	48,7%	
Cedida	22,7%	
Sexo		0,026
Masculino	19,4%	
Femenino	28,0%	
Estado Civil		0,042
Casado/a	26,6%	
Soltero/a	21,4%	
Viudo/a	22,5%	
Separado/a	52,9%	
TOTAL	25,0%	
* Chi-Cuadrado		

Fuente: Elaboración propia

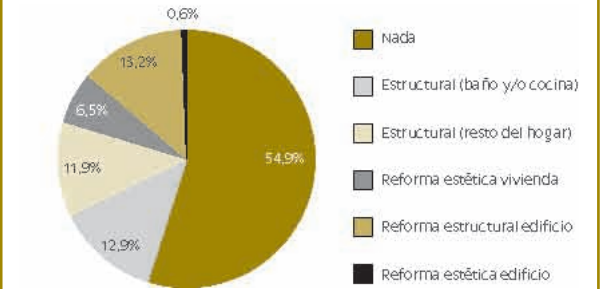
TABLA 2.6: VOLUNTAD DE CAMBIO DE VIVIENDA RESPECTO A VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS CONTINUAS

Voluntad de cambio en la vivienda	si	no	p-Value*
Edad	64,8	68,5	0,000
Estado de salud percibido	7,2	7,5	0,370
Score de limitaciones	0,9	1,2	0,061
Calificación de la vivienda actual	7,2	8,2	0,000
* Mann-Whitney			

Fuente: Elaboración propia

Se preguntó a los entrevistados acerca de sus preferencias sobre el cambio o reforma de su vivienda o edificio actuales, a lo que contestaron principalmente que no cambiarían nada (54,9% de los encuestados).

GRÁFICO 2.16: LO QUE MÁS LES GUSTARÍA CAMBIAR DE SUS VIVIENDAS



De los entrevistados que señalaron que estarían dispuestos a realizar algún cambio en su vivienda actual, al 12,9% le gustaría realizar una reforma estructural del baño y/o de la cocina, al 13,2% le gustaría hacer una reforma estructural del edificio (ascensor, fachada, etc.) y el 11,9% de los encuestados haría una reforma estructural de la vivienda no referida al baño y/o a la cocina. En menores porcentajes están quienes harían reformas estéticas de la vivienda (6,5%) o reformas estéticas del edificio (0,6%).

“La preferencia por el tipo de cambio a realizar (estético o estructural) en la vivienda actual, no está estadísticamente relacionado con el sexo, el estado de salud o el grado de sospecha de dependencia y sí con la edad y la propiedad”

Tal y como se muestra en la tabla 2.7, el 54,4% de los encuestados que viven en viviendas de alquiler desean realizar algún tipo de reforma estructural en su vivienda,

frente al 36,8% de los propietarios o el 23,8% de los que viven en una vivienda cedida ($p<0,01$). Los encuestados con voluntad de cambiar de vivienda en el futuro y que están dispuestos a pagar una cantidad mensual para mejorar sus viviendas actuales, también prefieren, de forma significativa, realizar reformas estructurales. Además, tal y como se muestra en la tabla 2.8, los encuestados que quieren realizar reformas estructurales son significativamente más jóvenes.

TABLA 2.7: TIPO DE REFORMAS DESEADAS Y SU RELACIÓN CON EDUCACIÓN, PROPIEDAD, GÉNERO, ESTADO CIVIL Y VOLUNTAD DE CAMBIO DE VIVIENDA

Subgrupo	Reforma Estructural	Reforma Estética	Nada	p-Value*
Nivel educativo				0,099
No tiene estudios	34,7%	5,9%	59,3%	
Primarios	34,8%	7,8%	57,4%	
Secundarios/Universitarios	44,0%	8,1%	47,9%	
Propiedad				0,001
Propiedad	36,8%	6,9%	56,3%	
Alquiler	54,4%	8,8%	36,8%	
Cedida	23,8%	19,0%	57,1%	
Sexo				0,776
Masculino	36,2%	6,8%	57,1%	
Femenino	38,8%	7,8%	53,4%	
Estado Civil				0,238
Casado/a	40,5%	7,4%	52,1%	
Soltero/a	47,1%	5,9%	47,1%	
Viudo/a	29,5%	7,2%	63,3%	
Separado/a	43,8%	18,8%	37,5%	
Voluntad cambio vivienda				0,000
Si	60,7%	9,3%	30,0%	
No	30,6%	7,1%	62,3%	
Dispuesto a pagar por mejora				0,000
Si	52,4%	11,8%	35,8%	
No	32,0%	5,3%	62,8%	
TOTAL	38,1%	7,5%5	4,4%	
* Chi-Cuadrado				

Fuente: Elaboración propia

TABLA 2.8: TIPO DE REFORMAS DESEADAS Y SU RELACIÓN CON EDAD, SALUD Y CALIFICACIÓN DE LA VIVIENDA

Tipo de reforma	Reforma Estructural	Reforma Estética	Nada	p-Value*
Edad	64,9	67,1	69,5	0,000
Estado de salud percibido	7,2	7,6	7,6	0,346
Score de limitaciones	1,0	1,1	1,2	0,282
Calificación de la vivienda actual	7,3	7,7	8,3	0,096
* Mann-Whitney				

Fuente: Elaboración propia

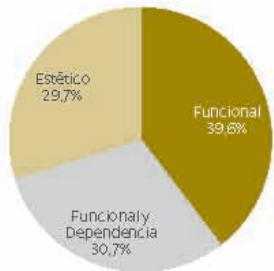
Por otra parte, tal y como muestran las mismas tablas 2.7 y 2.8, no se ha encontrado relación estadísticamente significativa entre la variable género y el tipo de preferencias (estética o estructural) a la hora de realizar algún cambio en las viviendas. Tampoco con las variables de salud (medido por la calificación que dan a su estado de salud actual),

ni con el score de sospecha de limitaciones para realizar las actividades de la vida diaria, ni con la calificación de la vivienda actual.

2.3.5.3 Aspectos relevantes de sus viviendas y del entorno

“El barrio, las infraestructuras de la vivienda y los vecinos son, por este orden, los factores más valorados por los encuestados”.

GRÁFICO 2.17: RAZONES PARA REALIZAR CAMBIOS EN LA VIVIENDA



Adicionalmente, a los entrevistados se les consultó por las principales razones para realizar cambios en sus viviendas. Estos cambios (tanto estructurales como estéticos) obedecen a las siguientes razones: un 39,6% señala razones de tipo funcional (aprovechar el espacio, por comodidad, para que funcione adecuadamente...), un 30,7% realizaría los cambios por razones funcionales relacionadas con la dependencia (es decir, además de esperar un adecuado funcionamiento, los encuestados tienen en cuenta sus posibles limitaciones futuras relacionadas con la edad). Por último, un 29,7% menciona razones del tipo estético.

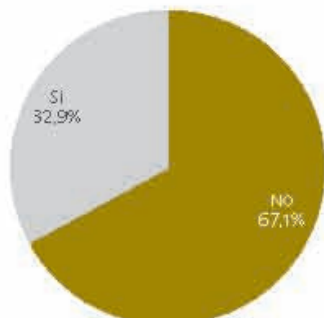
GRÁFICO 2.18: LO QUE MÁS LES GUSTA DE SU VIVIENDA ACTUAL



El elemento más valorado por los encuestados fue el barrio (el entorno de su vivienda) con un 42,2%; un 22,4% consideró las infraestructuras como el aspecto más relevante (el tipo de construcción de sus edificios o casas, la distribución de las habitaciones...); un 13,6% señaló a los vecinos y un 6,9% las comodidades que brinda la comunidad en la que viven. En menor porcentaje (14,8%) contestaron la opción “otro”.

“Sólo uno de cada cuatro encuestados estaría dispuesto a pagar alguna cantidad mensual por mejorar el aspecto menos valorado de su vivienda actual”.

GRÁFICO 2.19: DISPOSICIÓN A PAGAR MENSUALMENTE POR MEJORAR LO QUE MENOS LE GUSTA DE SU VIVIENDA

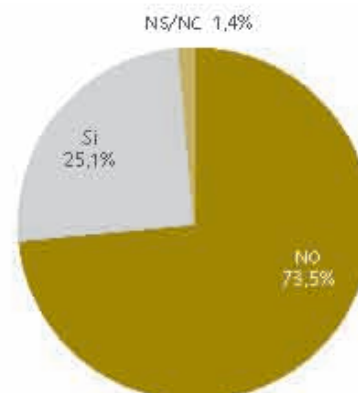


Se consultó por la disposición a pagar mensualmente para la mejora de aquello que era menos valorado de la vivienda actual. Un 67,1% de los encuestados no estaban dispuestos a pagar ninguna cantidad mensualmente argumentando que básicamente “no quieren pagar” (74,9%) y en menor proporción que “no pueden pagar” (25,1%).

2.3.5.4 Voluntad de cambio de vivienda

“La mayoría de las personas entrevistadas no desean cambiar de vivienda en un futuro”.

GRÁFICO 2.20: DISPOSICIÓN A CAMBIAR DE VIVIENDA EN EL FUTURO

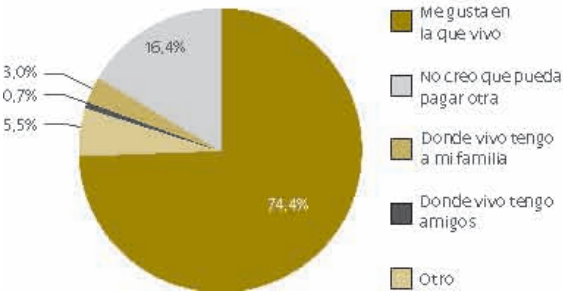


Un 73,5% de los encuestados no desean cambiar de vivienda en el futuro.

Aquellos que mostraron una preferencia por cambiar de vivienda en el futuro, señalaron (con un 35,7%) que lo harían obedeciendo a una necesidad funcional relacionada con la dependencia. Un porcentaje igual lo haría por una razón funcional no directamente relacionada con la dependencia y, por último, un 28,7% lo haría por una razón puramente estética.

“Un 74,4% de los entrevistados está conforme con su vivienda actual y por eso cree que no cambiará de vivienda en el futuro. El 92% de los entrevistados cree que no cambiará de vivienda en los próximos 5 años”.

GRÁFICO 2.21: RAZONES POR LAS CUALES NO CAMBIARÍA DE VIVIENDA EN EL FUTURO



Los entrevistados fueron preguntados sobre las razones por las que creían que no cambiarían de vivienda en el futuro (independiente de la respuesta a la pregunta referida al deseo de cambiar de vivienda en el futuro). Un 74,4% de los entrevistados contestaron estar conformes con la vivienda actual. Un 16,4% señaló tener problemas de ingresos para poder acceder a otra vivienda. En menores proporciones contestaron las opciones: “donde vivo actualmente tengo a mi familia” (3%), “donde vivo actualmente tengo a mis amistades” (0,7%) y “otros” (5,5%).

Acerca de cambiar de vivienda en los próximos cinco años la gran mayoría de los encuestados contestó que no creían que fueran a cambiar de vivienda en ese período (92%).

“La disposición a cambiar de vivienda en un futuro está significativamente relacionada con la edad, la calificación que se da a la vivienda actual, la propiedad de la vivienda, el estado civil, el sexo y el nivel de dependencia actual”.

La tabla 2.9 muestra que los encuestados que en mayor proporción sí quieren cambiar de vivienda en el futuro son aquellos que viven en una vivienda de alquiler ($p<0,01$), son mayoritariamente mujeres ($p<0,05$) y personas separadas ($p<0,05$). No se han identificado diferencias signifi-

cativas en cuanto al nivel de estudios. Además, tal y como se muestra en la tabla 2.10, los encuestados que muestran una voluntad de cambio de vivienda en el futuro son significativamente más jóvenes, ya que tienen una edad media de 64,9 años frente a los 68,5 de aquellos que no quieren cambiar de vivienda ($p<0,1$). Los encuestados que muestran una mayor voluntad de cambio de la vivienda son significativamente menos dependientes ya que su score medio de limitaciones es de 0,93 frente al 1,18 de aquellos que no están dispuestos a cambiar su vivienda actual ($p<0,1$). En cuanto a la relación entre la calificación de las viviendas y la variable “deseo cambiar de vivienda en el futuro”, se verifica que las personas que no desean cambiar de vivienda en el futuro califican su vivienda en un 8,2 frente al 7,2 de aquellos que quieren cambiarla ($p<0,01$).

TABLA 2.9: VOLUNTAD DE CAMBIO DE VIVIENDA Y SU RELACIÓN CON EDUCACIÓN, PROPIEDAD, SEXO Y ESTADO CIVIL

Subgrupo	Voluntad de cambiar su vivienda en al futuro	p-Value*
Nivel educativo		0,396
No tiene estudios	29,8%	
Primarios	26,3%	
Secundarios/Universitarios	23,2%	
Propiedad		0,000
Propiedad	22,5%	
Alquiler	48,7%	
Cedida	22,7%	
Sexo		0,026
Masculino	19,4%	
Femenino	28,0%	
Estado Civil		0,042
Casado/a	26,6%	
Soltero/a	21,4%	
Viudo/a	22,5%	
Separado/a	52,9%	
TOTAL	25,0%	
* Chi-Cuadrado		

Fuente: Elaboración propia

TABLA 2.10: VOLUNTAD DE CAMBIO DE VIVIENDA Y SU RELACIÓN CON EDAD, SALUD Y CALIFICACIÓN DE LA VIVIENDA

¿Desea cambiar de vivienda en el futuro?	si	no	p-Value*
Edad	64,8	68,5	0,000
Estado de salud percibido	7,2	7,5	0,370
Score de limitaciones	0,9	1,2	0,061
Calificación de la vivienda actual	7,2	8,2	0,000

* Mann-Whitney

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 2.22: MEDIA DE EDAD CON RESPECTO A VOLUNTAD DE CAMBIO DE VIVIENDA

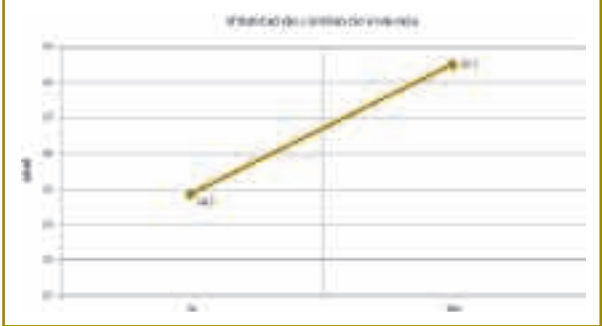


GRÁFICO 2.23: MEDIA DE SCORE DE LIMITACIONES CON RESPECTO A VOLUNTAD DE CAMBIO DE VIVIENDA

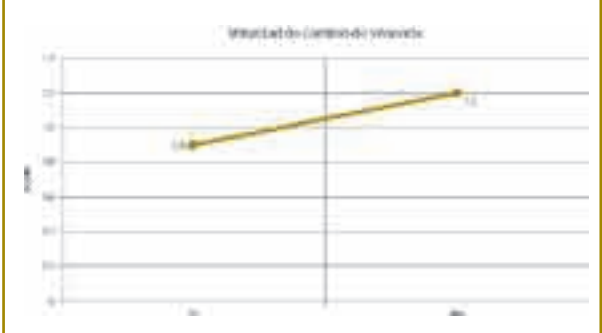
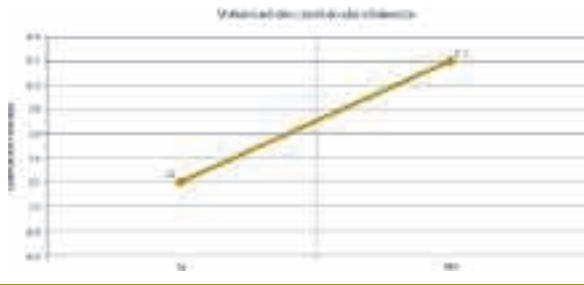


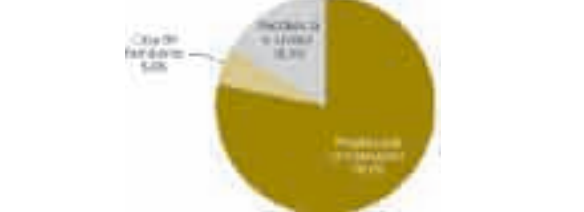
GRÁFICO 2.24: MEDIA DE CALIFICACIÓN DE LA VIVIENDA CON RESPECTO A VOLUNTAD DE CAMBIO DE VIVIENDA



2.3.5.5 Elección residencial frente a un escenario contingente de dependencia

“En el caso de alguna limitación futura para la realización de actividades de la vida diaria, entre los entrevistados no existen diferencias relevantes en cuanto a preferencias residenciales; la mayoría preferiría vivir en su casa con servicios a domicilio. Sin embargo, los entrevistados que preferirían vivir en casa de un familiar son en su mayoría mayores de 70 años”.

GRÁFICO 2.25: OPCIÓN DE VIVIENDA EN EL CASO DE LIMITACIONES FUTURAS



Frente al supuesto de una limitación futura para desarrollar actividades de la vida diaria, los encuestados señalaron, en un 78,1% de los casos, que preferían vivir en su propia casa con servicios asistenciales domiciliarios. Un 16,3% de los encuestados, frente a un escenario contingente de dependencia leve, eligió la opción de vivir “en una residencia o similar” y un 5,6% “en casa de algún familiar”.

“La elección residencial en un contexto de dependencia es significativamente distinta según la edad, el nivel actual de dependencia, el estado civil, la propiedad de la vivienda y el nivel de estudios”.

Tal y como se muestra en la tabla 2.11, el porcentaje de encuestados menores de 76 años dispuestos a vivir en una residencia o similar en un escenario contingente de dependencia débil, es significativamente más alto que en los ma-

TABLA 2.11: ELECCIÓN RESIDENCIAL EN ESCENARIO CONTINGENTE DE DEPENDENCIA LEVE Y SU RELACIÓN CON EDAD, EDUCACIÓN, PROPIEDAD, GÉNERO, ESTADO CIVIL Y VOLUNTAD DE CAMBIO DE VIVIENDA

Subgrupo	En su propia casa con servicios a domicilio	En una residencia o similar	En casa de un familiar	p-Value*
Edad				0,050
55-60	78,5%	18,5%	3,0%	
61-65	79,4%	17,5%	3,2%	
66-70	75,5%	19,6%	4,9%	
71-75	76,4%	16,9%	4,9%	
76-80	81,5%	8,6%	9,9%	
+80	78,2%	10,3%	11,5%	
Nivel educativo				0,020
No tiene estudios	79,7%	10,6%	9,8%	
Primarios	77,0%	15,9%	7,1%	
Secundarios/Universitarios	77,4%	19,8%	2,9%	
Propiedad				0,000
Propiedad	78,4%	17,3%	4,4%	
Alquiler	73,1%	15,4%	11,5%	
Cedida	66,7%	4,8%	28,6%	
Sexo				0,776
Masculino	76,6%	19,0%	4,3%	
Femenino	77,9%	15,5%	6,7%	
Estado Civil				0,013
Casado/a	79,7%	16,3%	4,0%	
Soltero/a	83,6%	14,5%	1,8%	
Viudo/a	70,7%	17,8%	11,5%	
Separado/a	76,5%	11,8%	11,8%	
Voluntad cambio vivienda				0,025
Si	69,7%	22,4%	7,9%	
No	80,0%	14,6%	5,5%	
Dispuesto a pagar por mejora				0,390
Si	79,5%	16,3%	4,2%	
No	75,6%	17,5%	6,8%	
TOTAL	78,1%	16,3%	5,6%	
* Chi-Cuadrado				

Fuente: Elaboración propia

TABLA 2.12: ELECCIÓN RESIDENCIAL EN ESCENARIO CONTINGENTE DE DEPENDENCIA LEVE Y SU RELACIÓN CON EDAD

Edad	En su propia casa con servicios a domicilio	En una residencia o similar	En casa de un familiar	% TOTAL MUESTRA
55-60	28,0%	31,6%	15,0%	27,9%
61-65	17,9%	18,8%	10,0%	17,6%
66-70	19,3%	23,9%	17,5%	19,9%
71-75	12,1%	12,8%	15,0%	12,4%
76-80	11,8%	6,0%	20,0%	11,3%
+80	10,9%	6,8%	22,5%	10,9%
TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

yores de 75 años ($p<0,05$). Además se observa que el porcentaje de encuestados mayores de 80 años dispuestos a vivir en casa de un familiar en el caso de que tuvieran algún tipo de dependencia también es significativamente mayor. De hecho, tal y como se muestra en la tabla 2.12, más del 40% de los encuestados que, en caso de padecer algún grado leve de dependencia, estarían dispuestos a vivir en casa de un familiar, tienen más de 75 años; mientras que este colectivo de edad representa poco más del 20% de los encuestados. Además, el colectivo de mayores de 75 años también es el más reacio a elegir las residencias o similares como opción residencial frente a escenarios de dependencia; mientras que es el tramo de encuestados de 65 a 70 años el que proporcionalmente más preferiría esta opción residencial.

Más del 28% de los viudos y separados encuestados, frente al 11% y 4% de solteros y casados, optarían por vivir en casa de un familiar en caso de padecer algún tipo de dependencia débil ($p<0,05$). Son los encuestados con un nivel educativo más alto los que en mayor proporción optarían por vivir en una residencia o similar (19,8%) frente al 15,6% de los encuestados con nivel educativo medio o el 10,6% de los encuestados sin estudios formales ($p<0,05$). Finalmente, tal y como se indica en la tabla 2.13, los encuestados que prefieren una residencia o similar cuando se enfrentan a un escenario contingente de dependencia leve son más jóvenes ($p<0,01$) y menos dependientes actualmente ($p<0,10$).

TABLA 2.13: ELECCIÓN RESIDENCIAL EN ESCENARIO CONTINGENTE DE DEPENDENCIA LEVE Y SU RELACIÓN CON EDAD, SALUD Y CALIFICACIÓN DE LA VIVIENDA

Opción residencial frente a un escenario de dependencia	En su propia casa con servicios a domicilio	En una residencia o similar	En casa de un familiar	p-Value*
Edad	67,4	65,9	72,9	0,000
Estado de salud percibido	7,36	7,3	7,2	0,856
Score de limitaciones	0,7	0,6	1,1	0,051
Calificación de la vivienda actual	7,9	7,9	7,3	0,122
* Mann-Whitney				

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 2.26: MEDIA DE EDAD CON RESPECTO A PREFERENCIA RESIDENCIAL EN CASO DE LIMITACIÓN LEVE

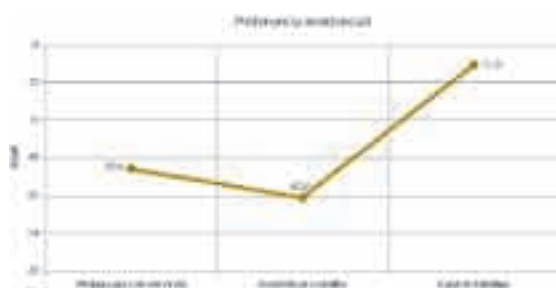
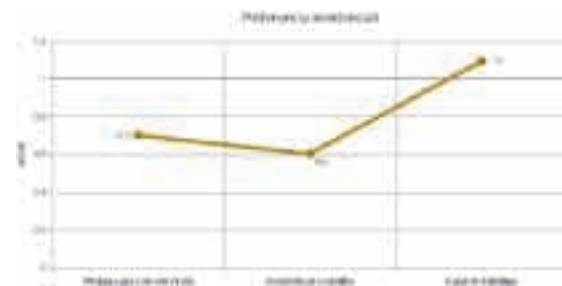


GRÁFICO 2.27: MEDIA DE SCORE DEL LIMITACIONES CON RESPECTO A PREFERENCIA RESIDENCIAL EN CASO DE LIMITACIÓN LEVE

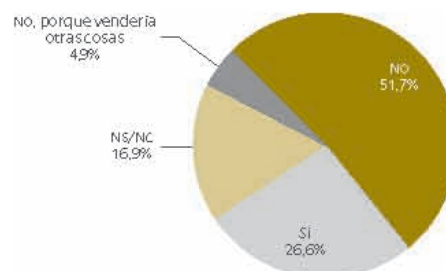


2.3.5.6 Disponibilidad a vender su vivienda para el acceso a servicios asociados a la dependencia

“Un porcentaje significativo de los encuestados está dispuesto a vender su vivienda para poder acceder a una vivienda o a unos servicios que le permitieran hacer frente a las limitaciones para realizar actividades de la vida diaria”.

“La disponibilidad a vender la vivienda habitual para tener acceso a servicios relacionados con la dependencia es significativamente distinta dependiendo de la edad, el nivel de estudios, la disponibilidad a cambiar de vivienda en el futuro y el actual nivel de dependencia”

GRÁFICO 2.28: DISPOSICIÓN A VENDER LA VIVIENDA EN EL CASO DE LIMITACIONES FUTURAS



La vivienda es el principal activo de las familias españolas, incluyendo por supuesto las formadas por mayores (IMSERSO- CSIC, 2004); por lo que una forma de hacer frente (económicamente) a futuras limitaciones para la realización de las actividades de la vida diaria es utilizar ese activo para el pago de servicios relacionados con la dependencia. Frente a la pregunta referida a la alternativa de vender su vivienda (piso o casa) para acceder a servicios relacionados con la dependencia, un 51,7% de los entrevistados señaló que no está dispuesto a vender su piso/casa, frente a un 26,6% que sí señaló estar dispuesto. Cabe destacar que el 5,3% respondió que vendería otra propiedad (no su vivienda habitual), y un 16,6% de los encuestados no sabía qué responder a la pregunta.

Cabe destacar, tal y como se muestra en la tabla 2.14, que los encuestados que están dispuestos a vender su vivienda habitual para acceder a servicios relacionados con la dependencia son significativamente más jóvenes ($p<0,01$) y con un menor nivel actual de dependencia ($p<0,01$). Además, tal y como se muestra en la tabla 2.15, el 32,5% de los encuestados con un nivel de educación superior estarían dispuestos a vender su vivienda actual habitual frente al 24,6% de los encuestados con un nivel de estudios primarios y un 22,4% de los encuestados sin estudios for-

males ($p<0,10$). También aquellos encuestados dispuestos a cambiar de vivienda en el futuro y dispuestos a pagar por mejorar sus viviendas actuales son significativamente más

proclives a vender la vivienda habitual para acceder a servicios de atención a la dependencia en el caso hipotético de necesitarlos ($p<0,01$).

TABLA 2.14: DISPOSICIÓN A VENDER SU VIVIENDA HABITUAL Y SU RELACIÓN CON EDUCACIÓN, PROPIEDAD, GÉNERO, ESTADO CIVIL Y VOLUNTAD DE CAMBIO DE VIVIENDA

Subgrupo	No vendería su vivienda	Se vendería su vivienda	NS/NC	p-Value*
Nivel educativo				0,094
No tiene estudios	60,8%	22,4%	16,8%	
Primarios	56,1%	24,6%	19,3%	
Secundarios/Universitarios	54,3%	32,5%	13,2%	
Propiedad				0,362
Propiedad	56,9%	27,4%	15,7%	
Alquiler	48,7%	30,3%	21,1%	
Cedida	61,9%	14,3%	23,8%	
Sexo				0,166
Masculino	53,8%	32,1%	14,1%	
Femenino	57,1%	25,2%	17,7%	
Estado Civil				0,151
Casado/a	54,8%	29,5%	15,7%	
Soltero/a	49,1%	31,6%	19,3%	
Viudo/a	63,4%	18,6%	18,0%	
Separado/a	47,1%	35,3%	17,6%	
Voluntad cambio vivienda				0,000
Si	49,5%	40,1%	14,5%	
No	59,5%	21,4%	19,1%	
Dispuesto a pagar por mejora				0,000
Si	38,6%	47,0%	10,4%	
No	62,6%	20,2%	17,2%	
TOTAL	56,6%	26,6%	16,9%	
* Chi-Cuadrado				

Fuente: Elaboración propia

TABLA 2.15: DISPOSICIÓN A VENDER SU VIVIENDA HABITUAL Y SU RELACIÓN CON EDAD Y SALUD

Tipo de reforma	No vendería su vivienda	Se vendería su vivienda	NS/NC	p-Value*
Edad	68,9	63,9	68,2	0,000
Estado de salud percibido	7,3	7,4	7,4	0,846
Score de limitaciones	1,3	0,7	1,2	0,000
* Mann-Whitney				

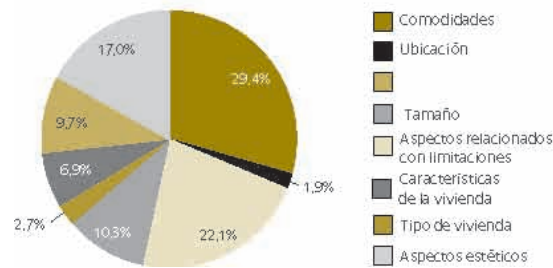
Fuente: Elaboración propia

2.3.6. Necesidades futuras en relación a hábitat y entorno

Por otra parte, se realizaron preguntas abiertas enfocadas a obtener información sobre necesidades de los entrevistados en cuanto al hábitat, la infraestructura y el barrio en el que residían. Se les pidió que pensarán (imaginarán) su “vivienda ideal en el futuro” y su “barrio ideal”, de manera que pudieran mencionar los aspectos más y menos importantes; aquello que fuera imprescindible en el futuro para ellos y de lo que podrían prescindir.

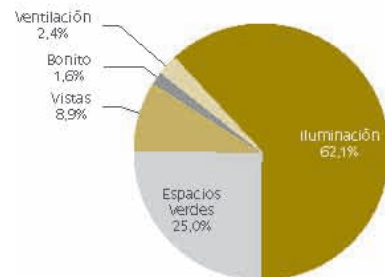
Estas variables cualitativas fueron categorizadas de acuerdo a grupos de respuestas que tenían aspectos en común.

GRÁFICO 2.29: LO MÁS IMPORTANTE EN SU VIVIENDA IDEAL



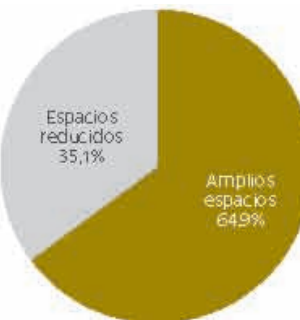
El 29,4% de los entrevistados mencionaron las comodidades como el aspecto más importante de su vivienda ideal del futuro; el 17,0% destacaron los aspectos estéticos y un 10,3% señaló el tamaño. Entre las personas que identificaron las comodidades como aspecto importante en su vivienda futura, un 47,2% señaló como imprescindible el ascensor. El resto de los entrevistados que contestaron esa misma categoría, mencionaron prioritariamente la calefacción, los servicios (como por ejemplo la asistencia médica) y las comodidades en general.

GRÁFICO 2.30: ASPECTOS ESTÉTICOS DE LA VIVIENDA IDEAL



Entre los aspectos estéticos principalmente valorados para la vivienda ideal, los encuestados indicaron mayoritariamente la importancia de la claridad, la iluminación natural en sus viviendas (62,1%) y la existencia de espacios verdes (25,0%).

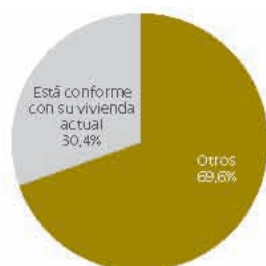
GRÁFICO 2.31: TAMAÑO DE LA VIVIENDA IDEAL



En cuanto al tamaño, el 64,9% de los encuestados señaló la importancia de la superficie de la vivienda y la amplitud; mientras que el 35,1% señaló la importancia de que la vivienda fuera pequeña o de menor tamaño de la que posee en la actualidad.

“Lo más importante para los entrevistados en su vivienda ideal del futuro, son las comodidades, los aspectos estéticos y el tamaño de la vivienda”.

GRÁFICO 2.32: OTROS ASPECTOS DE SU VIVIENDA IDEAL



Entre los encuestados que respondieron aspectos distintos a las categorías mencionadas, es importante señalar que el 30,4% indicó estar a gusto donde vive actualmente. El resto contestó que entre las características de la vivienda ideal estaban otros aspectos distintos a los señalados o simplemente "nada".

"El 60,5% de las personas no sabe o no contesta a la pregunta acerca de lo menos importante de su vivienda ideal en el futuro".

Es importante mencionar que en esta pregunta surgieron algunas dificultades entre los entrevistados para identificar el aspecto menos importante en cuanto a su vivienda/edificio ideal en el futuro, es decir, aquello de lo que podrían prescindir. En su mayoría (60,5%) señalaron no saberlo o simplemente no contestaron a la pregunta planteada en el cuestionario.

De los que contestaron, un 15,0% señaló que podría prescindir de aspectos puramente estéticos en su vivienda ideal del futuro.

"Lo más importante para su barrio ideal son los servicios, la ubicación y la tranquilidad".

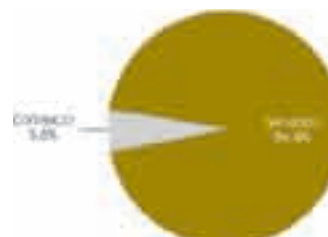
GRÁFICO 2.33: LO PRINCIPAL EN EL BARRIO IDEAL



En cuanto a lo más importante de su barrio ideal, el 24,7% de los encuestados señaló la importancia de los servicios, el 21,0% indicó la importancia de la ubicación y el 19,2% la tranquilidad.

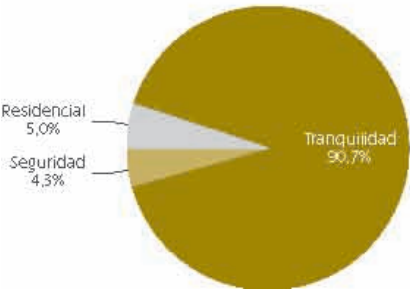
La categoría "servicios" engloba aspectos como: el transporte, la cercanía a un hospital o centro de salud, el acceso a bancos o cajas de ahorros y la existencia de comercio (tiendas, supermercados, farmacias...)

GRÁFICO 2.34: SERVICIOS EN EL BARRIO IDEAL



Entre los servicios más relevantes en su barrio ideal, el 94,4% de los encuestados señaló la importancia de la existencia de servicios como el transporte, hospitales, bancos o cajas de ahorros... y el 5,6% la importancia de la existencia de comercio cercano.

GRÁFICO 2.35: TRANQUILIDAD EN EL BARRIO IDEAL



La categoría “tranquilidad” engloba aspectos como el silencio, la ubicación de la vivienda en una zona residencial, la sensación de seguridad así como la tranquilidad propiamente dicha. Los encuestados que señalaron esta categoría de preferencia en sus respuestas, en su mayoría indicaron la prioridad por la tranquilidad (90,7%), mientras el 4,3% valoró especialmente aspectos relacionados con la seguridad.

“El 66,5% no sabe o no contesta cuando es consultado acerca de su valoración sobre lo menos importante de su barrio ideal”.

Al igual que en el caso de la vivienda ideal, cuando los encuestados fueron preguntados sobre su valoración acerca de los aspectos menos importantes de su barrio ideal, la gran mayoría señaló no saberlo o no contestó. Gran parte de las respuestas muestran que los entrevistados tendieron a confundir lo menos importante con lo menos deseado (básicamente ruidos, inseguridad e inmigración).

2.3.7 Análisis por Comunidades Autónomas

“Existen variaciones territoriales significativas en cuanto a los aspectos relevantes de la preferencias residenciales de los mayores en España”.

El análisis comparativo realizado por Comunidades Autónomas señala que existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a variables como: el estado de salud percibido ($p<0,05$), el grado de dependencia ($p<0,01$), la valoración actual de la vivienda ($p<0,05$), el porcentaje de población mayor de 80 años ($p<0,10$), el tipo de vivienda ($p<0,01$), la propiedad de la vivienda ($p<0,05$) y la voluntad de vender la vivienda actual para poder acceder a servicios relacionados con la dependencia ($p<0,01$). Adicionalmente, no se han detectado diferencias geográficas estadísticamente significativas en lo que respecta al tipo de cambio (estructural/estético) deseado para la vivienda actual, la voluntad de cambio de la vivienda en el futuro, o el tipo de solución residencial deseada en caso de un escenario de dependencia leve.

En la tabla 2.16 se presentan las principales variables de estudio analizadas por Comunidad Autónoma.

TABLA 2.16: PRINCIPALES VARIABLES DEL ESTUDIO POR COMUNIDAD AUTÓNOMA

CCAA	Score Limitaciones	Nota Salud	% Personas que viven en piso	% Vivienda Propia	Nota Vivienda Actual	% Deseo Cambio de Vivienda	% Disposición a Vender la Vivienda	% Disposición a Vivir en Residencia o Similar
Andalucía	2,24	7,73	77,4	81,9	8,28	31,1	22,2	12,4
Aragón	3,12	6,50	100	93,8	7,81	31,3	31,3	18,8
Asturias	1,80	6,43	85,7	100	8,05	28,6	23,8	15
Baleares	1,42	7,37	89,5	73,7	7,95	26,3	31,6	15,8
Canarias	1,75	6,92	64,9	88,9	7,76	13,5	19,4	10,8
Cantabria	2,72	8,17	100	100	8,67	16,7	25	25
Castilla y León	2,70	6,89	88,9	66,7	7,78	33,3	11,1	7,4
Castilla-La Mancha	2,11	7,73	80	100	9,40	13,3	20	14,3
Cataluña	2,14	7,48	95,4	77,7	7,51	27,7	43,8	11,9
Comunidad Valenciana	1,95	6,96	83,7	83,7	7,53	24,5	16,3	12,2
Extremadura	2,43	7,13	87	87	8,17	8,7	26,1	30,4
Galicia	2,00	6,93	53,3	93,3	6,93	0	26,7	13,3
Madrid	2,17	7,14	86,6	88,3	7,93	28,6	20,2	26,4
Murcia	2,16	7,29	68	88	7,88	28	36	20
Navarra	2,36	7,00	100	100	7,91	9,1	45,5	40
País Vasco	1,91	7,53	97,8	87	7,85	21,7	18,2	17,4
Rioja	2,28	6,86	85,7	85,7	7,71	14,3	42,9	14,3
Ceuta y Melilla	1,83	7,33	83,3	50	7,67	0	66,7	16,7

Fuente: Elaboración propia

2.3.8 Conclusiones

A continuación se resumen las principales conclusiones del análisis realizado en el capítulo II sobre identificación de preferencias residenciales de los mayores:

“La mayoría de los mayores de 65 años tiene alguna limitación para realizar las actividades de la vida diaria”.

Sólo un 1,5% de los entrevistados mayores de 65 años señala no tener ninguna dificultad para realizar actividades de la vida diaria. La gran mayoría, (un 98,5%) tiene alguna limitación. Teniendo en cuenta esta información, cuando se les ha preguntado por la ayuda que reciben para realizar las actividades de la vida diaria, sólo un 32,2% señala recibir ayuda; es decir una gran mayoría de ellos no recibe ayuda para realizar estas actividades. Principalmente estas ayudas provienen de la familia (14,7%) y del cónyuge (13,6%). Sólo un 3,4% recurre a la ayuda de un profesional.

“La mayoría de los entrevistados afirma que no cambiaría nada de su vivienda y/o edificio en que vive”.

Una gran mayoría de los encuestados no desea cambiar nada de su vivienda actual (54,9%). Dicha afirmación se corrobora con la calificación que los entrevistados han dado a sus viviendas actuales: la nota promedio ha sido de 7,9 (calificación de 0 a 10). Los propietarios son los que dan calificaciones más altas a sus viviendas; con un promedio de 8,1. Los entrevistados que se encuentran en situación de arrendatario (pagando un alquiler) califican sus viviendas con un promedio significativamente más bajo.

Entre los entrevistados que cambiarían algún aspecto de su vivienda, a un 12,9% le gustaría realizar una reforma estructural del baño y/o de la cocina, a un 13,2% le gustaría hacer una reforma estructural del edificio y el 11,9% de las personas entrevistadas haría una reforma estructural de la vivienda no referida ni a baño y/o cocina. En menores porcentajes están quienes harían reformas estéticas de la vivienda (6,5%) o reformas estéticas del edificio (0,6%).

“Las preferencias en realizar algún cambio en la vivienda actual están significativamente relacionadas con la edad del encuestado”.

Las personas mayores de 71 años, en su mayoría, no manifiestan el deseo de cambiar nada de sus viviendas, mientras que las personas de inferiores edades (menores de 71 años), señalan el deseo de realizar cambios; principalmente reformas estructurales y estéticas de la vivienda.

“Los aspectos más valorados por los encuestados en referencia a sus viviendas actuales son el barrio, la infraestructura y los vecinos”.

Los aspectos más valorados por los encuestados son el barrio en el que se ubica la vivienda actual (42,2%), las infraestructuras relacionadas con el tipo de construcción de sus edificios o casas y la distribución de las habitaciones

(22,4%), los vecinos (13,6%) y finalmente las comodidades que brinda la comunidad en la que viven (6,9%).

“La disposición a cambiar de vivienda en el futuro está significativamente relacionada con la edad de los entrevistados”.

La mayoría de los encuestados no desea cambiar de vivienda en el futuro (73,5%) aunque se detecta que las personas de mayor edad son las que principalmente no cambiarían de vivienda en el futuro. En este sentido, el promedio de edad de los encuestados que no desean cambiar su vivienda en el futuro es de 68,6 años, frente a los 65,1 años de los que sí desean cambiar de vivienda.

Aquellos que han mostrado una preferencia por cambiar de vivienda en el futuro, han señalado, en un 35,7%, que lo harían obedeciendo a una razón funcional relacionado con la dependencia. Un porcentaje igual lo haría por una razón funcional no relacionada directamente con la dependencia y finalmente un 28,7% lo haría por una razón puramente estética.

“En el caso de alguna limitación futura entre los entrevistados, no existen diferencias relevantes en cuanto a preferencias residenciales; la mayoría preferiría vivir en su casa con servicios a domicilio. Sin embargo, los entrevistados que preferirían vivir en casa de un familiar son en su mayoría mayores de 70 años”.

En el caso de alguna limitación futura para desarrollar actividades de la vida diaria los entrevistados en su mayoría (78,1%) han señalado la preferencia por vivir en su propia casa con servicios a domicilio. Un 16,3% ha señalado la opción “en una residencia o similar” y sólo un 5,6% “en casa de algún familiar”.

Más del 40% de los encuestados que, en caso de padecer algún grado leve de dependencia, estarían dispuestos a vivir en casa de un familiar, tienen más de 75 años; mientras

que este colectivo de edad representa poco más del 20% de los encuestados. Además, el colectivo de mayores de 75 años también es el más reacio a elegir las residencias o similares como opción de vivienda frente a escenarios de contingencia, mientras que es el tramo de encuestados de 65 a 70 años el que se interesa por esta opción residencial.

Más del 28% de los viudos y separados encuestados, frente al 11% y 4% de solteros y casados, optaría por vivir en casa de un familiar en caso de padecer algún tipo de dependencia débil. Son los encuestados con un nivel educativo más alto los que proporcionalmente optarían por vivir en mayor proporción en una residencia o similar (19,8%) frente al 15,6% de los encuestados con nivel educativo medio o el 10,6% de los encuestados sin estudios formales. Finalmente, los encuestados que preferirían una residencia o similar frente a un escenario contingente de dependencia son actualmente más jóvenes y menos dependientes.

“Un porcentaje significativo de los encuestados está dispuesto a vender su vivienda para poder acceder a otra vivienda o a unos servicios que le permitieran hacer frente a las limitaciones para realizar actividades de la vida diaria”.

Un 51,7% de los entrevistados señaló que no está dispuesto a vender su piso/casa para poder acceder a la financiación de servicios relacionados con la dependencia, frente a un 26,6% que sí señaló estar dispuesto. Cabe destacar que el 5,3% respondió que vendería otra propiedad (no su vivienda habitual) para acceder a dichos servicios, y un 16,6% de los encuestados no sabía o no contestó a la pregunta.

Cabe destacar que los encuestados que están dispuestos a vender su vivienda habitual para acceder a servicios relacionados con la dependencia son significativamente más jóvenes y con un menor nivel actual de dependencia. Además, el 32,5% de los encuestados con un nivel de educación superior estarían dispuestos a vender su vivienda actual para acceder a servicios relacionados con

la dependencia, frente al 24,6% de los encuestados con un nivel de estudios primarios y al 22,4% de los encuestados sin estudios formales. También aquellos encuestados dispuestos a cambiar de vivienda en el futuro y dispuestos a pagar por mejorar sus viviendas actuales son significativamente más proclives a vender la vivienda habitual para acceder a la financiación de los servicios relacionados con la dependencia.

“Los aspectos más valorados por los entrevistados en relación a su vivienda ideal del futuro, son las comodidades que brinda la vivienda y los servicios disponibles en el barrio”.

El 29,4% de los entrevistados menciona como el aspecto más relevante de su vivienda ideal del futuro las comodidades. Dentro de esta categoría, la mayoría hace mención al ascensor (47,2%). El resto de los entrevistados que contestó la misma categoría menciona aspectos relevantes como la calefacción, servicios (como por ejemplo la asistencia médica) y las comodidades de la vivienda en general.

Por otra parte, en cuanto al aspecto más valorado de su barrio ideal, el 24,7% de los encuestados señaló los servicios como el elemento principal. Esta categoría engloba aspectos relacionados con el transporte, el acceso a servicios sanitarios, la proximidad a bancos o cajas de ahorros y el acceso al comercio (tiendas, supermercados, farmacias...).

“Existen variaciones territoriales significativas en cuanto a los aspectos relevantes de la preferencias residenciales de los mayores en España”.

Existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a variables como: la tipología de la vivienda (piso/casa), la propiedad de la misma y la voluntad de venta de la vivienda para asegurar disponibilidad financiera para el acceso a servicios relacionados con la dependencia. En cambio, no se han detectado diferencias geográficas estadísticamente significativas por lo que respecta al tipo

de cambio (estructural/estético) deseado para la vivienda actual, la voluntad de cambio de vivienda en el futuro, o el tipo de solución residencial deseada en caso de un escenario futuro de dependencia leve.

2.3.9 Bibliografía

American Association of Retired Persons (2003), "Beyond 50.03 A report to the nation on independent living and disability" . Report. USA.

American Association of Retired Persons (2003), "These Four Walls...Americans 45+ talk about home and community" . Report. USA.

Braña FJ, Montserrat J (2003), "Los costes asociados a la dependencia de las personas mayores. Una estimación". Documento de Trabajo. Fundación BBVA. España

California HealthCare Foundation, The Quality Initiative (2002), "A primer on residential care facilities for the elderly"). USA.

Grande IE (1993), "Marketing Estratégico para la Tercera Edad", Editorial ESIC. España

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2003), "Las personas mayores en España. Informe 2002". España.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2005), "Las personas mayores en España. Informe 2004". España.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2004), "Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España". España.

Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW (1963), "Studies of illness in the aged. the index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function". JAMA. 21 (185):914-9.

Lawton MP , Broody EM (1969), "Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living". Gerontologist. 9; 179-186.

Malhotra NK (1997), "Investigación de Mercados, Un Enfoque Práctico", Editorial Prentice Hall, Segunda Edición. España.

Newcomer R , Maynard R (2002), "Residential care for the elderly: supply, demand and quality assurance", California HealthCare Foundation. USA.

Santesmases M (2001), "DYANE, Versión 2, Diseño y análisis de encuestas en investigación social", Ediciones Pirámide. España.

2.3.10 Anexos

ANEXO I: CUESTIONARIO

Metodología: Entrevista telefónica.

Buenos días / tardes. Le estamos llamando del Instituto Edad&Vida, que realiza un estudio sobre preferencias sobre la vivienda. Esta no es una llamada comercial; estamos realizando un estudio de opinión sobre las necesidades y preferencias de la vivienda para las personas mayores de hoy y las personas mayores de mañana. ¿Hay algún miembro/persona mayor de 55 años que pueda contestar algunas preguntas?

Rechaza	Finalizamos
No rechaza	Pasar pregunta 1

1. Número de teléfono (completar encuestador)

2. ¿Cuánta gente, incluyéndose usted, vive en la misma vivienda?

<input type="text"/>	personas
----------------------	----------

3. ¿Cuántas personas que tienen más de 80 años viven en su hogar?

<input type="text"/>	personas
----------------------	----------

4. ¿Cuántas personas que tienen más de 55 años viven en su hogar?

<input type="text"/>	personas
----------------------	----------

5. ¿Cuántas personas que tienen menos de 16 años viven en su hogar?

<input type="text"/>	personas
----------------------	----------

I. Datos Personales:

El entrevistador debe completar las preguntas 6, 7 y 8.

6. Código Postal:

7. Comunidad Autónoma:

1	Andalucía	
2	Aragón	
3	Asturias (Principado de)	
4	Balears (Illes)	
5	Canarias	
6	Cantabria	
7	Castilla y León	
8	Castilla – La Mancha	
9	Cataluña	
10	Comunidad Valenciana	
11	Extremadura	
12	Galicia	
13	Madrid (Comunidad de)	
14	Murcia (Región de)	
15	Navarra (Comunidad Floral de)	
16	País Vasco	
17	Rioja (La)	
18	Ceuta y Melilla	

8. Sexo (completar encuestador)

1	Masculino	
2	Femenino	

9. ¿Su estado civil es?

1	Casado/a o Vive en pareja	
2	Soltero/a	
3	Viudo/a	
4	Separado/a	

10. ¿Podría decirnos su edad?

11. ¿Sería Ud. tan amable de decirme su nivel de estudios?

1	No tiene estudios	
2	No tiene estudios pero sabe leer y escribir	
3	Primarios	
4	Secundarios	
5	Formación Profesional (bup cou)	
6	Universitarios	

II. Salud

12. ¿Qué nota le pondría a su estado de salud hoy?
Calificación de 0 a 10.

	puntos
--	--------

III. Dependencia

13. Clasificar edad (encuestador)

1	Entre 55 y 60 años	Pasar pregunta 14
2	Entre 61 y 65 años	Pasar pregunta 14
3	Entre 66 y 70 años	Pasar pregunta 15
4	Entre 71 y 75 años	Pasar pregunta 15
5	Entre 76 y 80 años	Pasar pregunta 15
6	Más de 80 años	Pasar pregunta 15

Si la edad del encuestado es igual o menor de 65 años, hacer pregunta 114.

Si el encuestado tiene más de 65 años, pasar la pregunta 15.

14. ¿Tiene usted alguna limitación física para realizar actividades de la vida diaria?

1	Si		Pasar a pregunta 15
2	No		Pasar a pregunta 25
3	NS/NC		Pasar a pregunta 25

Limitaciones en AIVD

15.	¿Cuántas veces al día llama usted mismo/a por teléfono?			Veces al día
16.	¿Cuántas veces a la semana utiliza usted SOLO el coche o el autobús o el metro o el tren?			Veces a la semana
		Si (1)	No (2)	A veces (3)
17.	Cuando necesita alguna cosa,¿va usted mismo/ a comprarla?			
18.	¿Alguien le recuerda cuando debe tomarse la medicación cuando la necesita?			
19.	Cuando necesita dinero, ¿va usted mismo al banco?			
20.	¿Puede subir un piso por la escalera sin problemas?			

Limitaciones en ABVD

		Nadie (1)	Cónyuge (2)	Familiar (3)	Profesional (4)	Otros (5)
21.	¿Quién le ayuda habitualmente a bañarse, ducharse o asearse?					
22.	¿Quién le ayuda habitualmente a ponerse los calcetines o los zapatos?					
23.	¿Quién se queda a dormir habitualmente en su casa para que no duerma sólo?					

24. Cuando necesita ayuda para hacer alguna de las actividades mencionadas anteriormente (preguntas 15-23), ¿quién le ayuda PRINCIPALMENTE?

1	Nadie	
2	Cónyuge	
3	Familiar (es)	
4	Profesional	
5	Otros	

IV. Lugar donde vive

25. Su vivienda es:

1	Piso / Apartamento	
2	Casa	

26. Esta vivienda es:

1	Propia	
2	En alquiler	
3	Cedida (*)	

(*) cedida: que la vivienda le haya sido prestada por un familiar, familiar político o amigo para su uso.

27. ¿Usted considera que su vivienda es:?

1	Grande	
2	Mediana	
3	Pequeña	

28. ¿Podría decirnos cuántos metros cuadrados tiene su vivienda?

29. ¿Cuántas habitaciones* tiene su vivienda?

	habitaciones
--	--------------

(*) El número de habitaciones sin contar baño, cocina y ni comedor-sala.

30. ¿Qué nota le pondría a su actual vivienda? Calificación de 0 a 10.

--	--

31. ¿Qué es lo que más le gustaría cambiar de su vivienda/edificio?

32. Clasificar encuestador lo que más le gustaría cambiar.

1	Reforma Estructural referida a Baño y/o Cocina	Pasar pgta.33
2	Reforma Estructural No referida a Baño y/o Cocina	Pasar pgta. 33
5	Reforma Estética Edificio	Pasar pgta. 33
6	Nada	Pasar pgta. 34

33. ¿Cuál sería la razón principal para realizar este cambio?

La respuesta debe ser clasificada en una sola categoría

Sentido Estético (1)		Sentido Funcional (2)		Sentido Funcional relacionado con Dependencia (3)
Para que se vea más bonito		Para que funcione mejor		Para que sea más fácil en mi vejez (futuro)
Para que se vea más luminoso		Para que sea más cómodo		Porque no es útil para mi estado actual
Para que sea más amplio		Para aprovechar mejor el espacio		Otro
Otro		Otro		

34. ¿Le gustaría cambiar su vivienda en el futuro?

1	Sí		Pasar a pregunta 35
2	No		Pasar a pregunta 37
3	NS/NC		Pasar a pregunta 40

35. ¿Por qué le gustaría cambiar de vivienda?

36. Clasificar encuestador por qué le gustaría cambiar de vivienda.

La respuesta debe ser clasificada en una sola categoría

Sentido Estético (1)		Sentido Funcional (2)		Sentido Funcional relacionado con Dependencia (3)
Porque no me gusta en la que vivo		Porque no funciona bien		Porque no me servirá para mi vejez
Es muy pequeña/grande		Porque no es cómoda		Porque no me sirve actualmente
Otro		Otro		Otro

37. ¿Por qué cree que no cambiará de vivienda?

Un solo ítem.

1	Me gusta la vivienda en la que vivo	Pasar pgta. 39
2	No creo que pueda pagar otra vivienda	Pasar pgta. 39
3	Donde vivo actualmente tengo a mi familia	Pasar pgta. 39
4	Donde vivo actualmente tengo a mis amistades	Pasar pgta. 39
5	Otra	Pasar pgta. 38

38. ¿Podría decirnos específicamente por qué no cambiará de vivienda? ("Otro" pregunta 37)

39. ¿Piensa cambiar de vivienda en los próximos 5 años?

1	Si	
2	No	

40. ¿Podría decirme lo que más le gusta de su alojamiento actual?

1	La infraestructura	Pasar pgta. 42
2	Mis vecinos	Pasar pgta. 42
3	Comodidades que brinda la comunidad en la que vivo (tiendas, hospitales, transporte)	Pasar pgta. 42
4	El barrio	Pasar pgta. 42
5	Otro	Pasar pgta. 41

41. ¿Podría especificarnos qué es eso que más le gusta? ("Otro" pregunta 40)

42. En el caso de que usted tuviera que pagar por mejorar lo que menos le gusta de su vivienda ¿estaría dispuesto a pagar mensualmente por esta mejora?

1	Si	Pasar pregunta 43
2	No	Pasar pregunta 44

43. ¿Cuánto pagaría cada mes por mejorarlo? (Pesetas)

Pesetas/mensual	

44. ¿Por qué no está dispuesto a pagar nada?

1	No puedo pagar	
2	No quiero pagar	

45. Si en el futuro tuviera alguna limitación para: andar o asearse o subir escaleras o llamar por teléfono o tomarse la medicación... ¿dónde le gustaría vivir?

1	En mi propia casa con servicios a domicilio	
2	En una residencia o similar	
3	En casa de algún familiar	

46. En el caso de que en el futuro usted padeciera de alguna enfermedad o se sintiera físicamente limitado para realizar las actividades básicas ¿estaría dispuesto a vender su piso/casa para acceder a una vivienda que le permita vivir con esta enfermedad o limitación antes mencionada? Ejemplo: comprar un piso/casa adecuado, pagar una residencia, etc.

1	Sí
2	No
3	No, porque vendería otra propiedad, riqueza, etc.
4	NS/NC

IV. Necesidades (en relación con hábitat, infraestructura y barrio)

47. Ahora imagínese su vivienda ideal en el futuro, díganos qué es lo más importante para usted en cuanto a su vivienda y edificio:

Más Importante

48. ¿Y qué es lo menos importante en cuanto a su vivienda ideal en el futuro?

Menos Importante

49. En cuanto al barrio ideal, ¿Qué es lo más importante?

Más Importante

50. ¿Qué es lo menos importante en su barrio ideal?

Menos Importante

V. Ingresos / Gastos

51. Podría decirnos ¿cuáles son sus fuentes de ingresos?

1	Pensión jubilación
2	Pensión viudedad
3	Pensión de invalidez
4	Fondos de Pensiones
5	Ahorros
6	Ayuda de familiares
7	Negocios
8	Sueldo

52. Con estos ingresos que nos menciona ¿puede usted ahorrar mensualmente?

1	Si	
2	No	

53. ¿Podría decirnos los ingresos totales mensuales de los miembros de la familia que viven con usted? (Pesetas)

1. Menos de 50.000 ptas	
2. 50.000 - 100.000 ptas	
3. 100.000 - 150.000 ptas	
4. 150.000 - 200.000 ptas	
5. 200.000 - 250.000 ptas	
6. 250.000 - 300.000 ptas	
7. 300.000 - 350.000 ptas	
8. 350.000 - 400.000 ptas	
9. 400.000 - 450.000 ptas	
10. 450.000 - 500.000 ptas	
11. 500.000 - 750.000 ptas.	
12. Mas de 750.000 ptas.	
13. Ns/Nc	

54. ¿Qué porcentaje aproximado representa el alquiler/hipoteca/residencia sobre los ingresos de la familia?

1	Menos de la mitad
2	La mitad
3	Más de la mitad
4	Nada
5	Ns /Nc

55. ¿Podría decirme cuánto gasta cada mes por su piso (contribuciones, manutención y gastos básicos) sin incluir el alquiler? (Pesetas)

Pesetas/mensual

VI. Preocupaciones

56. Una última pregunta, ¿Cuál cree usted que será su principal preocupación en el futuro?

1	Salud
2	Vivienda
3	Familia

57. Nombre del entrevistado.

ANEXO II: TABLAS RESUMEN

1. Datos demográficos. Estadísticos descriptivos básicos

TABLA 1.1: DESCRIPTIVOS BÁSICOS

Variable	%
Género	
Hombres	34,7
Mujeres	65,3
Estado Civil	
Casado/a o vive en pareja	64,6
Soltero/a	8,5
Viudo/a	24,5
Separado/a	2,3
Nivel de Estudios	
No tiene estudios	3,2
No tiene estudios pero sabe leer y escribir	14,1
Primarios	43,6
Secundarios	15,4
Formación Profesional (bup cou)	7,7
Universitarios	16,0
Edad	
Entre 55 y 60 años	28,0
Entre 61 y 65 años	17,6
Entre 66 y 70 años	19,8
Entre 71 y 75 años	12,4
Entre 76 y 80 años	11,3
Más de 80 años	11,0

TABLA 1.2: EDAD

Media	67,63
Desviación Estándar	9,040
Mínimo	55
Máximo	94

2. Percepción de la salud. Estadísticos descriptivos básicos

TABLA 2.1: FRECUENCIAS CALIFICACIÓN SALUD

Media	7,32
Desviación Estándar	1,819
Mínimo	0
Máximo	10

3. Score o sospecha de limitación en las actividades de la vida diaria

TABLA 3.1: FRECUENCIAS LIMITACIONES ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA SCORE

Score o sospecha de limitación	%
0	1,5
1	15,8
2	63,4
3	9,8
4	4,6
5	3,4
6	1,3
7	,1
Total	100,0

TABLA 3.2: FRECUENCIAS LIMITACIONES ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AYUDA)

Quando necesita ayuda para hacer alguna de las actividades mencionadas anteriormente (preguntas 15-23), ¿quién le ayuda PRINCIPALMENTE?	%
Nadie	67,8
Cónyuge	13,6
Familiar	14,7
Profesional	3,4
Otros	0,6
Total	100,0

4. Ingresos. Estadísticos descriptivos básicos

TABLA 4.1: FRECUENCIAS FUENTES DE INGRESOS

Fuente de ingresos (primera opción)	%
Sin respuesta	2,3
Pensión jubilación	54,3
Pensión viudedad	14,5
Pensión de invalidez	1,8
Fondos de pensiones	0,3
Ahorros	0,4
Ayuda de familiares	4,8
Negocios	1,4
Sueldo	20,2
Total	100,0

TABLA 4.2: FRECUENCIAS AHORRO MENSUAL

Ahorro mensual ¿con los ingresos que usted nos menciona logra ahorrar mensualmente?	%
Si	42,1
No	57,9
Total	100,0

TABLA 4.3: FRECUENCIAS INGRESOS FAMILIARES TOTALES (MENSUALES)

Ingresos familiares totales (mensual)	%
Menos de 50.000 ptas	2,2
50.000 - 100.000 ptas	23,8
100.000 - 150.000 ptas	20,7
150.000 - 200.000 ptas	15,1
200.000 - 250.000 ptas	10,0
250.000 - 300.000 ptas	5,1
300.000 - 350.000 ptas	3,2
350.000 - 400.000 ptas	2,4
400.000 - 450.000 ptas	0,5
450.000 - 500.000 ptas	0,5
500.000 - 750.000 ptas	0,2
Ns/Nc	16,4
Total	100,0

5. Preocupaciones futuras. Estadísticos descriptivos básicos

TABLA 5.1: FRECUENCIAS PREOCUPACIÓN EN EL FUTURO

¿Cuál cree usted que será su principal preocupación en el futuro?	%
Salud	79,6
Vivienda	0,7
Familia	19,8
Total	100,0

6. Vivienda Actual. Estadísticos descriptivos básicos

TABLA 6.1: FRECUENCIAS TIPO DE VIVIENDA

Tipo de vivienda	%
Piso / Apartamento	84,9
Casa	15,1
Total	100,0

TABLA 6.2: FRECUENCIAS PROPIEDAD DE LA VIVIENDA

Propiedad de la vivienda	%
Propia	84,3
En alquiler	12,1
Cedida	3,6
Total	100,0

TABLA 6.3: FRECUENCIAS PERCEPCIÓN DEL TAMAÑO DE LA VIVIENDA

Percepción del tamaño de la vivienda	%
Grande	40,8
Mediana	47,1
Pequeña	12,1
Total	100,0

TABLA 6.4: MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL DEL TAMAÑO DE LA VIVIENDA (METROS CUADRADOS)

Media	102,29
Desviación típica	47,743
Mínimo	30
Máximo	450

TABLA 6.5: MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL NÚMERO DE HABITACIONES DE LA VIVIENDA

Media	3,37
Desviación típica	1,124
Mínimo	1
Máximo	12



3. Estimación de la intensidad de las preferencias residenciales de los mayores en España

3.1 Introducción y antecedentes

El precio de mercado de los bienes y servicios se interpreta generalmente como una aproximación al coste de oportunidad de los mismos (Puig, 2000). Cuando un individuo decide sobre la compra de un bien determinado a un precio concreto se revela la intensidad de sus preferencias sobre el bien o servicio en cuestión. Sin embargo, cuando se trata de un bien para el que no existe mercado, o para el que éste es muy limitado, el precio de mercado es inexistente ya que no se da una acción efectiva de compra. En ese momento el análisis de preferencias reveladas a partir de la evidencia en las acciones de compra no es posible y debe optarse por métodos de medición de preferencias declaradas. Los servicios domiciliarios básicos para afrontar situaciones de dependencia leve, la voluntad de vivir de forma autónoma incluso en los años de la vejez; las necesidades de comunicación social y de interacción con el entorno cuando se vive en situación de dependencia leve asociada a la vejez, son bienes, servicios o beneficios intangibles en los que no existe mercado donde observar los precios, aunque ello, obviamente, no implica que los individuos no los valoren. Cuando tanto desde la iniciativa pública como privada deben diseñarse estrategias para dar respuesta a las necesidades residenciales y de hábitat de los mayores en España, debe poder establecerse cuál es la mejor forma de estimar la valoración de este tipo de bienes, servicios o beneficios para los que no existe mercado.

A partir de los resultados obtenidos en la encuesta poblacional sobre preferencias residenciales de los mayores en España, que se encuentran detallados en el Capítulo II del presente estudio, se identificaron una serie de ámbitos relevantes de interés sobre las preferencias habitacionales de los mayores, que deben ser estudiados. Aspectos como el acceso a servicios básicos (no sanitarios) domiciliarios de apoyo a la dependencia, el acceso a servicios básicos sanitarios domiciliarios y la privacidad (resistencia al ingreso residencial) fueron estudiados a partir del análisis de

la medición en la intensidad de preferencias mediante la estimación de la Disponibilidad a Pagar (DAP) basada en el Método de Valoración Contingente (MVC).

El MVC es en la actualidad el más utilizado para obtener valoraciones monetarias de bienes, servicios o beneficios intangibles que no se asignan a través del mercado. Es un método de estimación de la intensidad de las preferencias ampliamente utilizado en el ámbito de la economía medioambiental y con una creciente implantación en el área de la evaluación económica de servicios y productos sanitarios. Bajo nuestro conocimiento, es un método aun no aplicado de forma generalizada a otros ámbitos de la economía social, como ahora proponemos. El MVC, como veremos más adelante, pregunta a los entrevistados por el valor hipotético de los resultados de las políticas o proyectos sometidos a evaluación. Un aspecto muy importante que caracteriza el método de valoración contingente es la capacidad para incorporar los valores de no-uso, tales como la existencia o valor de opción y otros valores que pueden constituir un componente significativo de la valoración global del bien, servicio o beneficio de no mercado. El acceso a servicios domiciliarios o la garantía de privacidad en el lugar de residencia para los mayores con cierto grado de dependencia, proporcionan valores de uso y de no uso a los individuos. Éstos obtienen bienestar por el uso directo de esos bienes, servicios o beneficios intangibles (actuales mayores y cuidadores de personas dependientes) que no pasan por el mercado. Aquellos que no utilizan un determinado servicio que se encuentra disponible pueden obtener también utilidad (valoración económica de la satisfacción) simplemente por el valor de opción de uso o consumo, es decir: por la posibilidad de utilizar este recurso en el futuro (por ejemplo, la posibilidad de necesitar el servicio como mayor en el futuro) o poder obtener utilidad simplemente por su propia existencia. En muchos casos, los individuos obtienen satisfacción por el hecho de conocer que el bien o servicio existe, independientemente que de forma directa o indirecta sean usuarios o consumidores de esos bienes o

servicios. En el caso concreto que nos ocupa, como vemos, poder estimar los valores de no-uso es un aspecto relevante para analizar tanto las preferencias residenciales de los mayores actuales, como los del futuro.

3.2 Objetivos

“El objetivo de la segunda fase del presente estudio es la estimación de la intensidad de preferencias de los mayores en España referidas a los ámbitos del acceso a servicios básicos (no sanitarios) domiciliarios de apoyo a la dependencia, el acceso a servicios básicos sanitarios domiciliarios y la privacidad o resistencia al ingreso residencial en escenarios contingentes de dependencia leve”

El estudio, más allá de definir y estimar la demanda de productos y servicios residenciales concretos, cuantifica la intensidad de preferencias de los mayores en relación a la diversidad de dimensiones y aspectos que acaban caracterizando un producto o un servicio residencial. La perspectiva adquirida enriquece el análisis y lo hace más versátil para definir las propuestas de hábitat que surjan de la iniciativa privada o pública. El enfoque del análisis es claramente prospectivo y no predefine productos y servicios cerrados, que por ser definidos exclusivamente por la oferta, pueden no responder a las necesidades y preferencias reales del colectivo al que van orientados.

En esta segunda parte del estudio, por tanto, se pretende cuantificar la intensidad de preferencias en relación a las dimensiones básicas que definen los productos y servicios residenciales para mayores y que han surgido de la combinación de técnicas estadísticas cuantitativas y técnicas cualitativas de las fases precedentes del estudio. Concretamente se analiza la intensidad de preferencias referidas a los ámbitos de: acceso a servicios básicos (no sanitarios) domiciliarios de apoyo a la dependencia, acceso a servicios básicos sanitarios domiciliarios y privacidad (resistencia al ingreso en una residencia o centro socio-sanitario).

La estimación de la intensidad de las preferencias en las dimensiones básicas que caracterizan las soluciones residenciales para mayores, se inscribe en el ámbito de una estimación del valor de los beneficios ‘sociales’ que suponen las mejoras propuestas en los modelos de hábitat. Estas mejoras han sido sujeto de evaluación y se han determinado en las fases precedentes del estudio. La perspectiva ‘social’ de la estimación tiene asociadas incidencias claves para el estudio tanto a nivel conceptual como metodológico / instrumental:

- Los beneficios asociados a mejoras en las condiciones de hábitat son relevantes tanto para la iniciativa privada (que debe diseñar productos y servicios adecuados a las necesidades habitacionales de los mayores), como para las autoridades públicas, no sólo por ser, éstos últimos, las responsables de garantizar el bienestar y la calidad de vida de los ciudadanos; sino porque además, se convierten en los clientes potenciales de algunos de los productos o servicios propuestos. La perspectiva social que se deriva de la metodología aplicada asegura que se tienen en cuenta a todos los actores relevantes en la provisión de productos y servicios residenciales. En este sentido se ha realizado una estimación de la intensidad de las preferencias residenciales que tiene en cuenta tanto los valores de uso (mayores actuales), como los valores de no uso (solidaridad o uso potencial en el futuro).
- La solución metodológica aplicada en este estudio garantiza la estimación de la intensidad de preferencias a través de la Disponibilidad a Pagar (perspectiva de demanda Marshalliana) y es especialmente útil en la evaluación económica de los beneficios intangibles (intimidad) y aquellos servicios o productos que no disponen de un mercado desarrollado y de los cuales no es posible obtener un precio (servicios domiciliarios básicos de atención a la dependencia).

Finalmente debe tenerse en cuenta que los resultados obtenidos tienen carácter experimental y debe primar el

principio de prudencia en su interpretación, dadas algunas de las limitaciones metodológicas, generalmente señaladas en la literatura. En todo caso, los resultados obtenidos deberán interpretarse en términos de tendencia y deben ayudar a decidores públicos y privados a disponer de una metodología y unos resultados adecuados para la toma de decisiones gerenciales.

3.3 Descripción de la metodología de Valoración Contingente Aplicada

“La metodología utilizada en esta fase del estudio combinó técnicas cuantitativas y cualitativas para la identificación de las dimensiones básicas que definen las soluciones residenciales para mayores y su posterior estimación de la intensidad de preferencias”.

3.3.1 Identificación de dimensiones básicas de las soluciones residenciales para mayores

Para la identificación de las dimensiones básicas que definen las soluciones residenciales para mayores se realizaron reuniones de trabajo con el comité de expertos de la Comisión de Productos y Servicios Residenciales de Edad&Vida y el equipo investigador. A partir del análisis de los resultados de la encuesta poblacional presentada en la primera parte del presente estudio, se identificaron tres dimensiones básicas a analizar teniendo en cuenta que las soluciones residenciales para mayores deberían analizarse en entornos contingentes de dependencia leve o dificultad relativa para realizar las actividades básicas de la vida diaria. Las dimensiones básicas identificadas fueron:

- El acceso a servicios básicos (no sanitarios) domiciliarios de apoyo a la dependencia,
- el acceso a servicios básicos sanitarios domiciliarios y
- la privacidad del lugar de residencia (resistencia al ingreso en una residencia o centro socio-sanitario)

La metodología de consenso utilizada se basó en la realización de reuniones de trabajo semi-estructuradas que combinaron el análisis de los resultados estadísticos de la encuesta sobre preferencias residenciales (Capítulo II del estudio), con la experiencia del grupo de expertos que forman parte de Comisión.

3.3.2 Método de la Valoración Contingente para la medición de preferencias

Una vez obtenidas, por consenso, las dimensiones básicas de análisis de preferencias, se procedió a la estimación cuantitativa de la intensidad de preferencias de dichas dimensiones. Para ello se aplicó el Método de Valoración Contingente (MVC).

El MVC (Hanemann, 1984; Puig, 2000) es un método adecuado para medir el valor económico de aquellos bienes, servicios o beneficios intangibles que no tienen mercado y en los que las preferencias individuales sobre el nivel de provisión de los mismos no están directamente vinculadas a comportamientos observables de los individuos. En estos casos el método de la valoración contingente, mediante la simulación de un mercado hipotético a través de encuestas, permite hacer estimaciones del excedente del consumidor a través de la estimación de la Disposición a Pagar (DAP o Willingness To Pay - WTP en terminología inglesa).

Tradicionalmente ha sido un método vinculado a la economía del medio ambiente, pero en los últimos años se ha ido extendiendo el uso de esta metodología a otros ámbitos, entre ellos el de la salud y los servicios sociales (Drummond, 1997). El hecho de que el MVC esté basado en la Teoría de la Economía del Bienestar, permite hacer una estimación del excedente del consumidor, y ofrece un nuevo marco de la evaluación económica de servicios y beneficios intangibles en el ámbito de la economía social.

El MVC se basa en la simulación de un mercado mediante una encuesta en la que el encuestador representa la oferta y el encuestado la demanda. Es decir, se pregunta a los individuos si están o no dispuestos a pagar una cantidad de dinero para recibir servicios básicos de atención a la dependencia (sanitarios y no sanitarios) o para evitar que, en una situación de dependencia leve, fueran ingresados en un centro socio-sanitario. Es importante definir con claridad qué bienes, servicios o beneficios 'intangibles' se están evaluando durante el desarrollo de la encuesta de Valoración Contingente, de ahí la importancia que los entrevistados fueran individuos que ya habían contestado a las preguntas de la encuesta poblacional sobre preferencias residenciales.

La encuesta de Valoración Contingente utilizada en el estudio sigue las indicaciones internacionalmente aceptadas de la National Oceanic and Atmospheric Administration (NOAA, 1993) y está estructurada en 35 preguntas, organizadas en 5 ámbitos:

- **Ámbito I:** Datos personales que se validan de la anterior encuesta poblacional sobre preferencias residenciales (sexo, edad, estado civil, número de miembros que conviven con el encuestado).
- **Ámbito II:** Datos referidos al estado de salud y dependencia percibidos por el encuestado (en el que se incluyen preguntas relacionadas con las visitas realizadas al médico recientemente, la disponibilidad de seguros privados de salud o la convivencia con personas en estado de dependencia).
- **Ámbito III:** Descripción de la vivienda actual y de la voluntad de cambio por parte del encuestado (validación de algunos datos ya obtenidos en la fase anterior).
- **Ámbito IV:** Disponibilidad a Pagar por el acceso a servicios básicos y sanitarios domiciliarios de apoyo a la dependencia así como de la aversión al ingreso en una

residencia o centro socio-sanitario ante un escenario contingente de dependencia leve.

- **Ámbito V:** Nivel socioeconómico (validación de datos ya obtenidos en fases anteriores del estudio).

Siguiendo las indicaciones de la NOAA, para la estimación de la Disponibilidad a Pagar (estimación de la intensidad de preferencias) se optó por un sistema de pregunta cerrada dicotómica simple y pregunta abierta de cierre: al encuestado se le ofrecía un precio de partida por el servicio o beneficio intangible valorado que podía aceptar o rechazar. Una vez respondida la pregunta dicotómica, se le realizaba una pregunta abierta sobre su disponibilidad a pagar por el servicio o beneficio intangible valorado. El método dicotómico simple permite facilitar la comprensión del ejercicio al individuo entrevistado y permite que la simulación contingente sea más creíble para el interlocutor ya que se aproxima mucho más a la acción normal de adquisición de bienes y servicios en el mercado: el precio está dado, el individuo admite o rechaza el precio y realiza la compra.

Pese a las ventajas del método descrito se debe tomar en cuenta que los ejercicios de Valoración Contingente están sujetos a distintos tipos de sesgos ya que una de sus principales desventajas reside en el hecho que las respuestas obtenidas se basan en preguntas hipotéticas que no ofrecen al entrevistado ningún incentivo para decir la verdad, siendo las respuestas posiblemente sesgadas (Puig, 2000). Entre los principales sesgos que podemos destacar figuran:

- **Sesgo estratégico:** que resulta de un comportamiento intencionado de la persona entrevistada, que puede querer influir en el resultado del estudio de acuerdo con sus intereses. Un ejemplo sería el comportamiento de "free-rider" del individuo, que muestra una disposición a pagar inferior de la verdadera si considera que el proyecto se llevará a cabo y deberá pagar por él.

- **Sesgo hipotético:** que se define como la diferencia entre los pagos expresados en un entorno hipotético y los pagos realizados por los individuos en situaciones reales

Al margen de los sesgos asociados a la propia naturaleza de la metodología empleada, el formato utilizado en la estimación de la intensidad de preferencias de este estudio también está sujeto al riesgo de que el encuestado tienda a estar sistemáticamente conforme con el precio ofrecido (“yea-saying”) pudiendo obtener valores sobrestimados/subestimados de la verdadera Disponibilidad a Pagar.

Por todas estas razones, los resultados obtenidos en el estudio, y descritos en el siguiente apartado del mismo, obligan a ser cautelosos en su interpretación y deben ser tomados e interpretados en forma de evidencia sobre las tendencias en las preferencias residenciales de los individuos encuestados.

Debemos destacar que para estimar el valor de la Disponibilidad a Pagar a partir de los precios ofrecidos y de las respuestas afirmativas/negativas de la encuesta se aplicó la aproximación realizada por Hanemann (Hanemann, 1984; Hanemann, 1987) y basada en la teoría de maximización de la utilidad aleatoria. Siguiendo a Hanemann, la elección discreta supone que el hecho de aceptar o rechazar el precio ofrecido en una encuesta de valoración contingente dicotómica simple, implica comparar dos funciones indirectas de utilidad (función con el bien, servicio o beneficio intangible o sin ellos). La diferencia entre los dos niveles de utilidad (satisfacción) se puede cuantificar, entonces, monetariamente.

Finalmente, el método de valoración contingente requiere de su validación teórica (Hoevenagel, 1994; Mitchell, 1989). Dicha valoración intenta analizar en qué grado los resultados del estudio son consistentes con las expectativas teóricas. La validación teórica intenta explicar cuáles son las variables que la teoría económica sugiere que están relacionadas con la DAP obtenida. Esas variables acostumbran a

ser el género, la renta, el nivel de estudios, la edad o cualquier variable socioeconómica que creamos relevante para la determinación de la DAP de los individuos. Dado que en los ejercicios de valoración contingente existe un alto porcentaje de respuestas iguales a 0 (el encuestado señala su rechazo a pagar alguna cantidad), el modelo de estimación para la validación teórica del constructo se ha realizado, en este estudio, a través de un modelo Tobit (Puig, 2000).

3.4 Resultados

3.4.1 Estadísticos descriptivos

El escenario contingente presentado para la estimación de preferencias residenciales de los mayores fue el de dependencia leve descrita como: *“que en el futuro, por edad o enfermedad, tuviera algún tipo de dificultad para realizar actividades como andar, comer, vestirse, salir a comprar.... y la dificultad fuera LEVE (no le costara demasiado realizar esas actividades)”*.

El carácter prospectivo del estudio aconsejaba mantener los perfiles de edad utilizados en la fase anterior del proyecto y por tanto incorporar a la encuesta no sólo a los mayores actuales sino también a los futuros mayores (entre 55 y 65 años). Se entendió que era relevante poder mantener la información obtenida en la encuesta poblacional sobre preferencias residenciales (Parte I del estudio), con el fin de garantizar un mejor análisis de validez interna del ejercicio de valoración contingente realizado.

Se realizó una prueba piloto de la encuesta a 50 individuos que no han sido incorporados a la base de datos definitiva del estudio de Valoración Contingente ya que las respuestas obtenidas sirvieron para realizar los ajustes pertinentes del cuestionario y permitieron definir los precios de salida para el análisis de valoración contingente (rango entre 10.000 y 100.000 pesetas)¹³.

¹³ Los valores monetarios introducidos en la encuesta fueron presentados en pesetas para facilitar la comprensión de las magnitudes por parte de los encuestados.

La encuesta fue realizada telefónicamente a los mismos individuos que participaron en la encuesta poblacional sobre preferencias residenciales (Capítulo II del estudio) y las entrevistas se desarrollaron durante los meses de Febrero y Marzo del año 2004. La ficha técnica (tabla 3.1) del estudio se adjunta a continuación:

TABLA 3.1: FICHA TÉCNICA DE LA ENCUESTA

ENCUESTA REALIZADA POR	Instituto Edad&Vida
MUESTRA	350 hombres y mujeres mayores de 55 años (tasa de respuesta = 48%)
ÁMBITO	Poblaciones de más de 30.000 habitantes de las Comunidades Autónomas
TIPO DE ENTREVISTA	Entrevistas telefónicas asistidas por ordenador (DYANE)
MUESTREO	Aleatorio sistemático, siguiendo cuotas de las Comunidades Autónomas según el Censo de 2001.
MARGEN DE ERROR	5%, a un nivel de confianza del 95%, con $p=q=0,5$
TRABAJO DE CAMPO EXPLOTACIÓN DE DATOS	Febrero – Marzo de 2004 Mediante programa estadístico SPSS, análisis descriptivo, inferencia estadística y estadística relacional

Fuente: Elaboración propia

Se obtuvo una tasa de respuesta del 48% (350 encuestados) con respecto a la encuesta original (Capítulo II del estudio). La muestra obtenida fue suficiente para que los resultados de estimación de la disponibilidad a pagar sean estadísticamente consistentes respecto a la muestra¹⁴. Las

características sociodemográficas de los encuestados se resumen en la Tabla 3.2.

TABLA 3.2: VARIABLES SOCIOECONÓMICAS

Variable	%
Edad	
55-80	90,7
>80	9,3
Sexo	
Masculino	36,3
Femenino	63,7
Estado Civil	
Casado/a	65,6
Soltero/a	9,7
Viudo/a	22,4
Separado/a	2,3
Nivel educativo	
No tiene estudios	2,3
Sin estudios (sabe leer/escribir)	12,4
Primarios	44,1
Secundarios	13,4
FP	8,4
Universitarios	19,4
Limitación AVD	
Sí	8,6
No	91,4
Propiedad	
Propiedad	85,3
Alquiler	11,7
Cedida	3,0
	Media
Edad	67,2
Salud percibida	7,4

Fuente: Elaboración propia

¹⁴ Se estima que aceptando un riesgo alfa de 0.05 para una precisión de +/- 0.06 unidades en un contraste bilateral para una desviación estándar estimada de 0.5, se precisa una muestra aleatoria poblacional de 267 sujetos, asumiendo como población de referencia la de los individuos mayores de 55 años en España.

Tal y como se puede comprobar en la Tabla 3.2, no existen diferencias significativas de la sub-muestra de individuos que aceptaron ser nuevamente entrevistados para el ejercicio de Valoración Contingente y la muestra global de la encuesta poblacional sobre preferencias residenciales. La ausencia de sesgo de selección en la sub-muestra asegura la consistencia y representatividad de los resultados de estimación.

En cuanto a la situación actual de los encuestados en relación al hábitat destacamos que, tal y como cabía esperar y se indica en la Tabla 3.3, la mayoría de los encuestados son propietarios de su vivienda actual. El tipo de vivienda mayoritario es un piso o apartamento de una media de 103 metros cuadrados y 3,4 habitaciones (sin incluir cocina y baños). La valoración de su vivienda actual es muy positiva, con una nota de 8,0 (en un rango del 0 al 10) y en su gran mayoría no están dispuestos a cambiar de vivienda en los próximos 5 años. Para la mayoría de los encuestados es importante dejar la vivienda actual en herencia. En este sentido el 49% de los encuestados no estaría dispuesto a vender su vivienda actual para poder financiar el acceso a una nueva vivienda adaptada, una residencia o los servicios domiciliarios de atención a la dependencia, si los necesitara en el futuro. Un 5% vendería cualquier otra propiedad y un 14% de los encuestados no tenían clara su preferencia al respecto.

TABLA 3.3: VARIABLES RESIDENCIALES

Variable	%
Propiedad	
Propiedad	85,3
Alquiler	11,7
Cedida	3,0
Tipo vivienda	
Apartamento	85,7
Casa	14,3
Percepción Vivienda	
Pequeña	42,3
Mediana	48,3
Grande	9,3
Previsión de cambio en 5 años	
Sí	6,9
No	93,1
La herencia es importante	
Sí	74,6
No	25,4
Financiación dependencia	
Venta vivienda actual	49,0
Venta otra propiedad	4,7
Otras opciones	32,0
NS/NC	14,3
	Media (D.E.)
No personas conviviendo	2,4 (1,2)
Metros cuadrados vivienda	103,0 (52,9)
Nota vivienda	8,0 (1,6)
No habitaciones	3,4 (1,2)

Fuente: Elaboración propia

La encuesta ha permitido obtener información sobre las prioridades de la vivienda ideal en un contexto de distintos niveles de dependencia. Se preguntó a los encuestados sobre las prioridades de la vivienda ideal y la elección de una solución residencial ante distintos niveles de dependencia (leve y grave). Los resultados se han resumido en la Tabla 3.4:

TABLA 3.4: ASPECTOS PRIORITARIOS Y TIPO DE VIVIENDA PREFERIDA

Subgrupo	Escenario Dependencia Leve	Escenario Dependencia Grave	p - Value*
Aspecto prioritario elección vivienda			<0,001
Acceso Servicios Sanitarios	4,7%	44,3%	
Intimidad	44,3%	17,0%	
Acceso Servicios Básicos no Sanitarios	40,0%	37,0%	
Ns/Nc	11,0%	1,7%	
Vivienda preferida			<0,001
Vivienda adaptada	0,3%	1,7%	
Vivienda actual con servicios domiciliarios	85,3%	49,3%	
Apartamento con servcios comunes	0,7%	5,0%	
Casa de un familiar	1,7%	34,0%	
Residencia	1,0%	10,0%	
Ns/Nc	11,0%	0,0%	
* Chi-Cuadrado & Kappa			

Fuente: Elaboración propia

Podemos observar como los cambios en el análisis contingente del grado de dependencia pueden producir modificaciones significativas en el establecimiento de prioridades que definen las soluciones residenciales.

Un escenario contingente de dependencia grave eleva la prioridad del acceso a servicios sanitarios por encima del de la privacidad (el principal aspecto que los encuestados priorizan ante un escenario contingente de dependencia leve). En este sentido, mientras que sólo un 4,7% de los encuestados priorizan el acceso a servicios sanitarios si estuvieran obligados a cambiar de vivienda como resultado de su situación de dependencia leve; el porcentaje se eleva a un 44,3%, en detrimento de la priorización de la intimidad, en el caso de que el escenario contingente planteado sea de dependencia grave.

En cuanto a la elección de solución residencial, destaca el cambio producido por un escenario contingente de mayor gravedad de la dependencia. Mientras que en escenarios

de dependencia leve el 85,3% de los encuestados optaría por seguir residiendo en la vivienda actual pero recibiendo algún tipo de servicio asistencial a domicilio, en el caso de producirse una situación de dependencia grave se incrementa significativamente la preferencia por residir en casa de un familiar.

Quizás el elemento más significativo en el cambio de la preferencia residencial en escenarios de dependencia grave se da cuando se analiza la preferencia residencial por edades. En este sentido la Tabla 3.5 muestra como, en un escenario de dependencia grave, el porcentaje de encuestados que elegiría vivir en una residencia es significativamente más alto (43,6%) entre el grupo de edad de menores de 65 años, que en el resto de tramos de edad (28,7% y 12,9% respectivamente).

TABLA 3.5: VIVIENDA PREFERIDA EN UN ESCENARIO DE DEPENDENCIA GRAVE

Escenario de Dependencia Grave	<65 años	65-80 años	>80 años	p - Value*
Vivienda preferida				0,002
Vivienda adaptada	2,1%	0,0%	6,5%	
Vivienda actual con servicios domiciliarios	43,6%	53,5%	58,1%	
Apartamento con servicios comunes	0,0%	0,0%	0,0%	
Casa de un familiar	2,9%	7,8%	3,2%	
Residencia	43,6%	28,7%	12,9%	
Ns/Nc	7,9%	10,1%	19,4%	
TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%	
* Chi-Cuadrado				

Fuente: Elaboración propia

3.4.2 Estimación de la Disponibilidad a Pagar

3.4.2.1 Servicios domiciliarios asistenciales básicos no sanitarios

El 23% de los encuestados declaran tener algún tipo de dificultad para realizar las actividades de la vida diaria (un 4% declaran tener serias dificultades). Además, el 25% de aquellos que indicaron no tener ninguna dificultad están conviviendo o han convivido recientemente con alguna persona dependiente. En el caso de declarar algún tipo

de dificultad para realizar las actividades de la vida diaria, un 8,2% de los encuestados señaló que optaba por pagar una media de 46.667¹⁵ (d.e.=50.331) pesetas/mes por los servicios de un profesional. Alternativamente la hija/o es el principal cuidador (43%) frente al cónyuge (38%) u otro familiar (9,8%).

Recordemos en este punto que el escenario contingente planteado a los encuestados para la estimación de la Disponibilidad a Pagar (DAP) fue el de un grado de dependencia leve. La Tabla 3.6 muestra el diseño de las ofertas de precio presentadas así como el porcentaje de aceptación

TABLA 3.6: PORCENTAJES DE RESPUESTA

Precio ofrecido para servicios básicos (no sanitarios)	ACEPTACIÓN		RECHAZO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
10.000	52	67,5	25	32,5	77	100,0
30.000	41	56,2	37	47,4	78	100,0
60.000	24	32,4	50	67,6	74	100,0
100.000	16	22,5	55	77,5	71	100,0
TOTAL	133	44,3	167	55,7	300	100,0

Fuente: Elaboración propia

¹⁵ Esta información debe tomarse con cautela ya que sólo la mitad de los encuestados que pagaban los servicios de un profesional accedieron a indicar el coste de dicho profesional

de la oferta planteada. Más del 50% de los encuestados a los que se le ofreció un precio inferior a 30.000 pesetas/mes aceptaron la oferta, mientras que sólo el 32% y el 22% de los encuestados aceptaron las ofertas de 60.000 y 100.000 pesetas/mes.

A partir de la pregunta de seguimiento (“follow-up”) se analizaron las razones del rechazo a la oferta planteada. El 89% de los encuestados que rechazaron la oferta afirmaba que no tenía la capacidad económica suficiente o confiaba en los servicios informales de la familia. El 21% restante podría clasificarse como respuestas protesta (es decir, demuestran una posición de rechazo al pago y en algunos casos podríamos interpretar que tienen una DAP negativa). En este sentido se han analizado las variaciones en el comportamiento de los encuestados que sistemáticamente se negarían a pagar por los servicios domiciliarios básicos (no sanitarios). En este caso no se han encontrado diferencias significativas en cuanto al género o la edad, aunque sí en cuanto al nivel de ingresos: menor probabilidad a obtener

respuestas protesta a medida que aumenta el nivel de renta familiar ($p<0,05$).

La Tabla 3.7 muestra los resultados del modelo Probit estimado por máxima verosimilitud. La estimación resulta globalmente significativa de acuerdo con el test de razón de verosimilitudes. La DAP media estimada por el modelo es de **25.096 pesetas/mes**. El precio resulta ser la variable más significativa del modelo junto con el nivel de estudios (que presenta el signo positivo esperado). La edad también resulta una variable significativa y el signo indica que a medida que aumenta la edad, disminuye la probabilidad de que se acepte pagar una cantidad de dinero por recibir servicios básicos asistenciales a domicilio. Del resto de variables del modelo, destacamos el hecho de que el género, el lugar de residencia (Comunidad Autónoma), el estado de salud o el hecho de convivir con un familiar dependiente no influyen significativamente en la DAP por el acceso a servicios asistenciales domiciliarios básicos (no sanitarios).

TABLA 3.7: ESTIMACIÓN PROBIT DE LA DAP POR SERVICIOS DOMICILIARIOS (NO SANITARIOS)

DAP (Pr(A)=1)	Coefficiente	Std.Err.	t - Value
Constante	0,389	0,737	0,529
Precio	-0,156E-04***	1,450E-05	-6,115
Ingresos	-7,670E-05	1,110E-03	-0,069
Sexo	1,960E-03	9,110E-03	0,022
Edad	-0,0188**	8,940E-03	-2,107
Salud percibida	7,150E+00	4,530E-02	1,576
Convivencia con dependiente	3,130E-04	4,500E-04	0,695
Comunidad Autónoma	2,210E-04	9,340E-04	0,237
Nivel de Estudios	0,251***	5,920E-02	4,225
Chi - Cuadrado (8 g.l.)	68,163***		
Log-Likelihood	-206,013		
DAP media	25096,000		
*** $p<0,001$ ** $p<0,05$ * $p<0,1$			

Fuente: Elaboración propia

TABLA 3.8: ESTIMACIÓN TOBIT DE LA DAP POR SERVICIOS DOMICILIARIOS (NO SANITARIOS)

DAP Máxima	Coefficiente	Std. Err	t - Value
Constante	21731.24	36189.28	0.600
Convivencia con dependiente	-7763.829	6123.053	-1.268
Ingresos	-901.4152	813.7763	-1.108
Comunidad Autónoma	933.1647	645.1223	1.446
Sexo	-6124.383	7101.309	-0.862
Edad	-751.7893**	362.4258	-2.074
Nivel de Estudios	12360.1***	2526.281	4.893
Salud Percibida	3485.992*	1846.703	1.888
Chi-Cuadrado	45.400***		
Log-Likelihood	-2253.989		
Pseudo R	0.010		
*** $p < 0.001$		** $p < 0.05$	* $p < 0,1$

Fuente: Elaboración propia

Finalmente se ha analizado la validez teórica del modelo a través de un análisis Tobit que se resume en la Tabla 3.8. La variable respuesta utilizada para la validación ha sido la DAP máxima establecida por el encuestado. El análisis debe confirmar la coherencia de las respuestas obtenidas. Tal y como se puede comprobar en la tabla, la mayoría de signos de los regresores del modelo de validación son los esperados y mientras la edad influye negativamente y de forma estadísticamente significativa sobre la DAP, el nivel cultural influye positivamente.

3.4.2.2 Servicios domiciliarios sanitarios básicos

Los encuestados valoran su salud con una puntuación de 7,4 (en un rango posible que oscila entre 0 y 10, siendo esta última la puntuación máxima para una salud percibida máxima). En el mes previo a la realización de la encuesta, el 71% de los encuestados había realizado, como mínimo, una visita al médico por razones de salud. El 26% de los

encuestados señala disponer de un seguro médico privado, por el que paga una prima mensual de 12.446¹⁶ (d.e.= 9.684) pesetas/mes.

Frente a un escenario contingente de dependencia débil se preguntó a los encuestados sobre la DAP por el acceso a servicios sanitarios básicos de atención a la dependencia. La Tabla 3.9 muestra el diseño de las ofertas de precio presentadas, así como el porcentaje de aceptación de la oferta planteada. El 47,9% de los encuestados a los que se le ofreció un precio no superior a 25.000 pesetas/mes aceptaron la oferta, mientras que sólo el 2,7% y el 1,4% de los encuestados aceptaron las ofertas de 50.000 y 75.000 pesetas/mes.

¹⁶ Este dato debe tomarse con cautela ya que sólo el 40% de los encuestados que afirmaron tener un seguro privado indicaron el valor de la prima mensual del mismo.

TABLA 3.9: PORCENTAJES DE RESPUESTA

Precio ofrecido para servicios sanitarios	ACEPTACIÓN		RECHAZO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
5.000	25	32,5	52	67,5	77	100,0
25.000	12	15,4	66	84,6	78	100,0
50.000	2	2,7	72	97,3	74	100,0
75.000	1	1,4	70	98,6	71	100,0
TOTAL	40	13,3	167	86,7	300	100,0

Fuente: Elaboración propia

A partir de la pregunta de seguimiento, se analizaron las razones del rechazo a la oferta planteada. Más del 86% de los encuestados que rechazaron la oferta afirmaba que no quería pagar ninguna cantidad de dinero por recibir servicios sanitarios básicos en su vivienda, ya que entiende que es un servicio que debería ofrecerse desde la administración pública. Sólo el 10% de los encuestados señaló la imposibilidad económica de afrontar los costes de servicios como la causa de su rechazo a las ofertas planteadas. Se ha

analizado la existencia de variaciones en el comportamiento de los encuestados que sistemáticamente se negarían a pagar por dichos servicios sanitarios domiciliarios. En este caso no se han detectado diferencias significativas en cuanto a la edad, el género o los ingresos.

La Tabla 3.10 muestra los resultados de la estimación del modelo Probit estimado por máxima verosimilitud. La estimación resulta globalmente significativa de acuerdo con

TABLA 3.10: ESTIMACIÓN PROBIT DE LA DAP POR SERVICIOS SANITARIOS DOMICILIARIOS

DAP (Pr(A)=1)	Coeficiente	Std.Err.	t - Value
Constante	0,123	0,958	0,897
Precio	-0,295E-04***	5,430E-06	-5,442
Ingresos	9,890E-03	2,670E-02	0,370
Sexo	1,400E-02	2,390E-01	0,059
Edad	-8,120E-01	6,540E-02	-1,241
Salud percibida	1,300E-01	6,050E-01	0,216
Convivencia con dependiente	-2,280E-04	5,600E-04	-0,408
Comunidad Autónoma	2,750E-03	7,750E-03	0,356
Nivel de Estudios	6,340E-02	8,550E-02	0,742
Visita médica reciente	2,090E-01	0,231	0,906
Seguro médico privado	-0,5365**	2,380E-01	-2,250
Chi - Cuadrado (8 g.l.)	55,630***		
Log-Likelihood	-117,802		
DAP media	4169,491		
*** p<0,001		**p<0,05	*p<0,1

Fuente: Elaboración propia

el test de razón de verosimilitudes. La DAP media estimada por el modelo es de **4.170 pesetas/mes**. En el modelo se han incluido las principales variables socioeconómicas y se ha tenido en cuenta que la decisión de pago por servicios sanitarios domiciliarios básicos puede venir condicionada por el estado de salud percibido y observado (a través de una visita reciente al médico o centro sanitario). El modelo también ha tenido en cuenta que la DAP puede venir influida por el hecho que el encuestado disponga o no de doble cobertura sanitaria (pública y privada). Es por esta razón que el modelo incluye una variable que toma en cuenta el pago actual de un seguro de salud privado.

El precio resulta ser la variable más significativa del modelo junto con la disponibilidad de un seguro sanitario privado (que presenta el signo negativo esperado). El resto de variables sociodemográficas (edad, sexo, lugar de residencia, nivel de estudios, ingresos familiares, salud percibida, convivencia con una persona dependiente o el contacto reciente

con el sistema sanitario) no influyen significativamente en la disponibilidad a pagar por el acceso a servicios asistenciales domiciliarios sanitarios.

Finalmente se ha analizado la validez teórica del modelo a través de un análisis Tobit (ver Tabla 3.11). La variable respuesta utilizada para la validación ha sido la DAP máxima establecida por el encuestado. Tal y como se puede comprobar en la tabla, la mayoría de signos de los regresores del modelo de validación son los esperados: mientras la edad influye negativamente en la DAP; el nivel cultural, la convivencia con una persona dependiente y el contacto reciente con el sistema sanitario (indicador de problemas recientes de salud) influyen de forma positiva, aunque no significativa, sobre el valor máximo dispuesto a pagar. Debemos señalar el papel que juega en el modelo la variable relacionada con la tenencia de seguro privado sanitario, que como vemos, influye de forma negativa y significativa sobre la disponibilidad máxima a pagar.

TABLA 3.11: ESTIMACIÓN TOBIT DE LA DAP POR SERVICIOS SANITARIOS DOMICILIARIOS

DAP Máxima	Coeficiente	Std. Err	t - Value
Constante	57672.5	50667.15	1.138
Visita médica reciente	5738.087	8794.415	0.652
Seguro Privado	-30494.18***	9257.571	-3.294
Convivencia con dependiente	57.82528	7956.018	0.007
Ingresos	-1019.806	1032.477	-0.988
Comunidad Autónoma	-1002.776	808.67	-1.240
Sexo	-4478.259	8789.078	-0.510
Edad	-500.9329	468.68	-1.069
Nivel de Estudios	2264.296	3281.374	0.690
Salud Percibida	-812.4905	2311.881	-0.351
Chi-Cuadrado	18.080**		
Log-Likelihood	-771.342		
Pseudo R	0.012		
***p<0.001 **p<0.05 *p<0,1			

Fuente: Elaboración propia

3.4.2.3 Resistencia al ingreso en una residencia o centro socio-sanitario

Los encuestados fueron enfrentados, también, a un escenario contingente en el que se planteaba la posibilidad que, frente a un estado de dependencia leve, tuvieran la posibilidad de pagar una cantidad de dinero para evitar el ingreso en una residencia o centro socio-sanitario y recibir los mismos servicios en el propio domicilio. El objetivo del análisis fue el de poder medir la intensidad de la aversión al ingreso como bien intangible a tener en cuenta en un proceso de detección y análisis de preferencias residenciales. La Tabla 3.12 muestra el diseño de precios presentado a los encuestados y el detalle de las respuestas recibidas. Tal y como se comprueba en la tabla, más de la mitad de los encuestados a los que se les ofreció un precio inferior a 30.000 pesetas/mes para evitar la institucionalización aceptaron la propuesta. En aquellos casos en los que se le ofreció un precio de 10.000 pesetas mensuales el porcentaje de aceptación se eleva hasta el 70%. Destaca el alto porcentaje de aceptación de niveles altos de precio (especialmente si comparamos dichos porcentajes con los obtenidos en el análisis del resto de dimensiones evaluadas hasta el momento).

El seguimiento de las respuestas de rechazo muestra que sólo en el 24% de los casos el rechazo se debe a la imposibilidad económica de hacer frente al hipotético pago.

El resto de casos podrían interpretarse como respuestas protesta: no querer pagar ninguna cantidad de dinero (31%), confiar en la ayuda formal o informal que invalida la opción del ingreso en una residencia (40%) o por preferir el ingreso en una residencia (5%). El comportamiento de respuesta protesta en el caso de la aversión al ingreso en una residencia o centro socio-sanitario, se observa significativamente distinto dependiendo de la edad ($p<0.05$), ya que los jóvenes prefieren no pagar y visualizan el ingreso en una residencia como una opción óptima; y los ingresos ($p<0,05$), ya que los altos niveles de renta se asocian a una mayor confianza en los cuidados informales familiares.

La Tabla 3.13 muestra los resultados del modelo Probit estimado por máxima verosimilitud. Tal y como podemos comprobar, la estimación resulta globalmente significativa de acuerdo con el test de razón de verosimilitudes. La DAP media estimada por el modelo es de **67.120 pesetas/mes**. Para la estimación del modelo, adicionalmente al conjunto de variables socioeconómicas ya utilizadas en las estimaciones del resto de dimensiones evaluadas anteriormente (servicios asistenciales domiciliarios no sanitarios y sanitarios), se ha introducido la variable “Sensibilidad a la Gravedad”, entendida como la variable que indica que la decisión de aceptación o rechazo de la oferta del encuestado sería distinta si el escenario planteado no fuera de dependencia leve sino de dependencia grave. En este sentido debemos tener en cuenta que el 52% de los encuestados no cambiaría su

TABLA 3.12: PORCENTAJES DE RESPUESTA

Precio ofrecido par a evitar ingreso	ACEPTACIÓN		RECHAZO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
10.000	54	70,1	23	29,9	77	100,0
30.000	42	53,8	36	46,2	78	100,0
60.000	32	43,2	42	56,8	74	100,0
100.000	22	31,0	49	69,0	71	100,0
TOTAL	150	50,0	167	55,6	300	100,0

Fuente: Elaboración propia

TABLA 3.13: ESTIMACIÓN PROBIT DE LA DAP PARA EVITAR INGRESO

DAP (Pr(A)=1)	Coeficiente	Std.Err.	t - Value
Constante	0,839	0,5966	1,407
Precio	-0,125E-04***	2,520E-06	-5,442
Ingresos	-1,160E-04	1,020E-03	-0,114
Sexo	2,340E-03	2,840E-02	0,082
Edad	-0,148**	4,800E-02	-3,079
Salud percibida	0,086*	0,475-01	1,807
Nivel de Estudios	0,244***	6,090E-02	4,017
Nota vivienda	-7,250E-02	5,29E-02	-1,370
Sensibilidad a la gravedad	-0,430***	9,452E-01	-4,554
Chi - Cuadrado (8 g.l.)	90,538***		
Log-Likelihood	-207,944		
DAP media	67120,000		
*** $p < 0.001$ ** $p < 0,05$ * $p < 0,1$			

Fuente: Elaboración propia

decisión aunque el escenario de dependencia fuera grave (elevándose ese porcentaje al 70% en aquellos que ya habían rechazado la oferta). En la mayoría de los casos (90%) pagarían una cantidad superior y en el 4% de los casos, si el grado de dependencia fuera grave, directamente optarían por el ingreso en una residencia. El modelo también tuvo en cuenta el grado de satisfacción de la vivienda actual como variable que potencialmente puede influir sobre la decisión de el ingreso en una residencia del individuo.

El precio resulta la variable más significativa del modelo junto con el nivel de estudios, la sensibilidad a la gravedad, la edad y la salud percibida. El resto de variables del modelo no son estadísticamente significativas.

La validez teórica del modelo ha sido testada a partir de la estimación del modelo Tobit descrito en la Tabla 3.14, y

que toma como variable a explicar la cantidad máxima que el individuo estaría dispuesto a pagar por evitar el ingreso en una residencia o similar, en un escenario contingente de dependencia leve:

TABLA 3.14: ESTIMACIÓN TOBIT DE LA DAP POR EVITAR INGRESO

DAP Máxima	Coficiente	Std. Err	t - Value
Constante	57672.5	50667.15	1.138
Visita médica reciente	5738.087	8794.415	0.652
Seguro Privado	-30494.18***	9257.571	-3.294
Constante	101341**	42375.5	2.392
Convivencia con dependiente	-10267.25	6640.621	-1.546
Ingresos	-364.991	885.547	-0.412
Comunidad Autónoma	304.6113	713.0359	0.427
Sexo	-2678.809	7849.266	-0.341
Edad	-1294.234**	403.7085	-3.206
Nivel Estudios	11115.74***	2791.162	3.982
Salud Percibida	3554.498*	2083.02	1.706
Sensibilidad a la gravedad	-16638.11***	4144.356	-4.015
Nota vivienda	-875.1674	2426.814	-0.361
Log-Likelihood	-2154.1133		
Pseudo R	0.015		
*** $p < 0,001$ ** $p < 0,05$ * $p < 0,1$			

Fuente: Elaboración propia

Las variables significativas (edad, nivel de estudios y sensibilidad percibida) tienen los signos esperados. En el caso de la salud percibida, la relación es positiva y significativa. El signo es idéntico al obtenido cuando se evaluaba la dimensión “servicios asistenciales domiciliarios básicos no sanitarios”, hecho que podría denotar que cuando la percepción de salud es alta, la aversión al ingreso en una residencia o centro socio-sanitario también es elevada ya que la percepción de necesidad del servicio es más baja. El nivel sociocultural influye positiva y significativamente sobre la DAP al igual que la sensibilidad a la gravedad lo hace de forma negativa (si el grado de dependencia se agrava, la opción residencial se visualiza como necesaria y por tanto disminuye la aversión al ingreso). Finalmente destacamos el resultado del impacto de la edad sobre la DAP: en todos los modelos y dimensiones evaluadas, la edad se relaciona negativamente con la DAP.

3.5 Conclusiones

Los resultados obtenidos de la encuesta poblacional sobre preferencias residenciales de los mayores en España, que se encuentran detallados en el segundo capítulo del presente estudio, permitieron identificar una serie de ámbitos relevantes de interés en las preferencias habitacionales de los mayores en España. Aspectos como el acceso a servicios básicos (no sanitarios) domiciliarios de apoyo a la dependencia, el acceso a servicios básicos sanitarios domiciliarios y la privacidad (aversión al ingreso en una residencia o centro socio-sanitario), fueron analizados a partir de la medición de la intensidad de preferencias. Para ello se realizó una estimación de la Disponibilidad a Pagar (DAP) por dichos servicios o bienes intangibles. La medición de la intensidad de preferencias permite comparar, en un escenario contingente (hipotético), las diferencias

entre dimensiones básicas que caracterizan un producto o servicio residencial.

Los resultados obtenidos en el estudio tienen carácter experimental y permiten identificar tendencias. Los resultados deben ser analizados bajo el principio de prudencia, dadas las limitaciones de la metodología que se han ido detallando a lo largo del presente documento. Dichos resultados apuntan a que la disponibilidad a pagar (DAP) media por evitar el ingreso en una residencia o similar en escenarios contingentes de dependencia leve es muy superior (67.120 pesetas/mes) que la observada para los servicios básicos domiciliarios no sanitarios de apoyo a la dependencia (25.096 pesetas/mes) o los servicios sanitarios domiciliarios (4.169 pesetas/mes).

La mayoría de signos de los regresores de los modelos de validación son los esperados para contrastar la validez teórica del constructo del modelo de estimación de la DAP media. En este sentido debemos destacar que en todos los modelos estimados, mientras que la edad influye negativamente sobre la disponibilidad a pagar, el nivel cultural influye positivamente. En cuanto al papel que juega la salud percibida en los modelos estimados, debemos señalar que en el caso de la valoración del acceso a servicios asistenciales domiciliarios no sanitarios de atención a la dependencia y la aversión a la institucionalización; el nivel de salud percibido se relaciona positivamente con la DAP. Es decir, cuando la percepción de salud es alta, la aversión al ingreso en una residencia o centro socio-sanitario también es elevada ya que la percepción de necesidad del servicio es más baja y se valoran más los servicios domiciliarios asistenciales complementarios no asociados directamente a salud. En definitiva, el buen estado de salud se asocia a la mayor capacidad de autonomía.

También cabe destacar que en ninguna de las dimensiones analizadas (servicios domiciliarios básicos no sanitarios, servicios sanitarios o resistencia al ingreso en un centro

residencial), no se han observado diferencias estadísticamente significativas de la DAP relacionadas con el género, el lugar de residencia (Comunidad Autónoma) o la convivencia actual o pasada con personas dependientes.

Debemos destacar que algunos resultados de los modelos de validación estimados están muy ligados a aspectos específicos de la dimensión analizada. Así por ejemplo destacamos el impacto significativo y negativo del seguro médico privado sobre la disponibilidad a pagar por servicios domiciliarios sanitarios o el impacto negativo sobre la aversión al ingreso en una residencia o centro socio-sanitario cuando existen perspectivas de gravedad en el nivel de dependencia.

La encuesta de valoración contingente también nos ha permitido obtener información relevante sobre las preferencias residenciales cuando se comparan escenarios con niveles de dependencia distintos. En este sentido, se observa que en un escenario contingente de dependencia grave se eleva la preferencia por el acceso a servicios sanitarios por encima de la preferencia por el acceso a una solución residencial en que se prime la privacidad (el atributo más valorado ante un escenario contingente de dependencia leve). En cuanto a la elección de la solución residencial, destacamos que un escenario contingente de mayor gravedad produce una creciente preferencia por residir en casa de un familiar (por lo que posibles procesos de reagrupación familiar deben también tenerse en cuenta en el futuro).

Cuando se analizan las respuestas protesta (disponibilidad a pagar igual a 0 y no sujeta a imposibilidad económica de pago), se observa que los servicios sanitarios domiciliarios de atención a la dependencia son percibidos como servicios públicos por los que no existe voluntad declarada de pago. Además, gran parte del comportamiento de respuestas protesta viene condicionado por la confianza en el cuidado informal en el futuro.

3.6 Bibliografía

Drummond MF (1997), “Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes”. Oxford University Press. UK.

Hanemann M (1984), “Welfare Evaluations in contingent valuation experiments with discrete responses”. Amer. J. Agr. Econ. August 1984. 332-341.

Hanemann M (1989), “Welfare evaluations in Contingent Valuation Experiments with discrete responses: reply, American Journal of Agricultural Economics”, 71:1057-1061.

Hoevenagel R (1994), “A comparison of economic valuation methods, en R. Pethig eds., Valuing the Environment: Methodological and Measurement Issues”. Kluwer Academic Publishers. Netherlands.

Mitchell RC, Carson RT (1989), “Using surveys to value public goods: The Contingent Valuation Method”. Resources for the Future. USA.

NOAA (1993). “Report of the NOAA panel on contingent valuation”. Federal Register. 58: 4607-14.

Puig J, Dalmau E (2000), “Una revisión del método de la valoración contingente en salud. Aspectos metodológicos, problemas prácticos y aplicaciones en España”. Hacienda Pública Española, 154,3.

3.7 Anexos

ANEXO I (CUESTIONARIO DE VALORACIÓN CONTINGENTE)

PRECIO 1

Metodología: Entrevista telefónica.

Abril de 2004

Buenos días / tardes. Le estamos llamando del Instituto Edad & Vida, hace un tiempo atrás (septiembre del año pasado) le llamamos por un estudio sobre preferencias sobre la vivienda. El estudio ya tiene una primera etapa, que dio muy buenos resultados y muy útiles para nuestro estudio. Le queríamos agradecer el tiempo que nos destinó y hacer unas preguntas cortas que no durarán más de 5 minutos.

1. Número de teléfono (completar encuestador)

1. Datos Personales:

Anexo A → repaso datos personales: estado civil, edad, no miembros que conviven

2. Salud y dependencia

Anexo B → repaso datos: valoración de la salud.

2. ¿Ha visitado algún médico o centro sanitario en los últimos 2 meses?

1	Sí	
2	No	

3. ¿Tiene algún seguro médico privado?

1	Sí	PASAR A 4
2	No	PASAR A 5

4. ¿Cuánto paga al mes por este seguro?

	Ptas. al mes
	Euros al mes
	Anual

5. ¿Cómo valora las dificultades para asearse, andar, comer, usar el teléfono, comprar, tomar medicación...?

1	No tengo ninguna dificultad	PASAR A 6
2	Tengo alguna dificultad	PASAR A 9
3	Tengo muchas dificultades	PASAR A 9

6. ¿Alguno de los adultos que conviven o han convivido con usted en la misma vivienda tienen (o han tenido) **alguna** dificultad para realizar las actividades de la vida diaria y requiere ayuda de algún familiar, amigo o profesional?

1	SI	PASAR A 7
2	NO	PASAR A 11
3	NS/NC	PASAR A 11

7. A esta persona ¿quién le cuida o le cuidaba normalmente?

1	Cónyuge/Pareja	PASAR A 11
2	Hijo/a	PASAR A 11
3	Otro familiar	PASAR A 11
4	Profesional	PASAR A 8
5	Otros	PASAR A 11

8. ¿Cuánto paga o pagaba al mes por los servicios de este profesional?

	Ptas. al mes	PASAR A 11
	Euros al mes	PASAR A 11

9. ¿Quién le cuida normalmente?

1	Cónyuge/Pareja	PASAR A 11
2	Hijo/a	PASAR A 11
3	Otro familiar	PASAR A 11
4	Profesional	PASAR A 10
5	Otros	PASAR A 11

10. ¿Cuánto paga al mes por los servicios de este profesional?

	Ptas. al mes
	Euros al mes

11. ¿Tienen algún familiar cercano (padres, hermanos, suegros o cuñados) en ...? (Nota encuestador: tener clara la diferencia entre estos productos)

1	En una vivienda adaptada	
2	En su vivienda con servicios a domicilio (de un profesional o un familiar)	
3	En un apartamento con algunos servicios colectivos con el resto de vecinos (comedor, ocio...) y servicios básicos de atención	
4	En casa de algún familiar	
5	En una residencia para ancianos	
6	Ninguna de las anteriores	

3. Lugar donde vive

Anexo C—> repaso de los datos que tenemos: tipo de vivienda, no habitaciones, valoración global, lo que más valora de su vivienda ideal

12. ¿Es importante para usted dejar su vivienda en herencia a sus hijos o familiares?

1	Sí	
2	No	

13. ¿Piensa cambiar de vivienda en los próximos 5 años?

1	Sí	
2	No	

14. ¿Paga a alguien para realizar las tareas de la casa (por ejemplo: limpiar, planchar, cocinar...)?

1	Sí	PASAR A 15
2	No	PASAR A 16

15. ¿Cuánto paga al mes por los servicios de este profesional?

	Ptas. al mes
	Euros al mes

4. Disponibilidad a pagar

Nota encuestador: Si el entrevistado ha señalado en la pregunta 4 que tiene “alguna dificultad” o “muchas dificultades” para realizar actividades básicas, no hacer preguntas 16 y 17.

16. Imagine que en el futuro, por edad o enfermedad, tuviera algún tipo de dificultad para realizar actividades como andar, comer, vestirse, salir a comprar.... si la dificultad fuera **LEVE** (no le costara demasiado realizar esas actividades) y tuviera que elegir un lugar para vivir, ¿Qué sería lo más importante para decidirse?

1	Tener servicios sanitarios sin necesidad de desplazarme (visitas periódicas en el propio lugar de residencia de enfermeras y médicos)	
2	Seguir teniendo mi propio espacio y por tanto vivir solo o con mi pareja	
3	Tener servicios básicos (no sanitarios) (alguien que me ayude a ir a comprar, limpiarme, desplazarme...)	

17. ¿Y dónde le gustaría vivir?

1	En una vivienda adaptada	
2	En su vivienda con servicios a domicilio (de un profesional o un familiar)	
3	En un apartamento con algunos servicios colectivos con el resto de vecinos (comedor, ocio...) y servicios básicos de atención	
4	En casa de algún familiar	
5	En una residencia para ancianos	
6	NS/NC	

18. Imagine que las dificultades son **GRAVES** y necesita un gran esfuerzo y siempre ayuda para realizar las actividades que le hemos descrito y tuviera que elegir un lugar para vivir ¿qué sería lo más importante para decidirse?

1	Tener servicios sanitarios sin necesidad de desplazarme (visitas periódicas en el propio lugar de residencia de enfermeras y médicos)	
2	Seguir teniendo mi propio espacio y por tanto vivir solo o con mi pareja	
3	Tener servicios básicos (alguien que me ayude a ir a comprar, limpiarme, desplazarme...)	

19. ¿Y dónde le gustaría vivir?

1	En una vivienda adaptada	
2	En su vivienda con servicios a domicilio (de un profesional o un familiar)	
3	En un apartamento con algunos servicios colectivos con el resto de vecinos (comedor, ocio...) y servicios básicos de atención	
4	En casa de algún familiar	
5	En una residencia para ancianos	
6	NS/NC	

Disponibilidad a pagar Servicios Básicos

20. Si tuviera el tipo de dificultad **LEVE** ¿usted pagaría **10.000** pesetas cada mes para poder recibir los servicios de ayuda (limpiar, aseo, comprar...) en su propio domicilio?

1	Sí	PASAR A 21
2	No	PASAR A 22

21. ¿Hasta cuánto estaría dispuesto a pagar al mes por poder recibir los servicios de ayuda (limpiar, aseo, comprar...) en su propio domicilio? (Nota encuestador: no se incluyen servicios sanitarios)

Pesetas/mensual	Euros/mensual	PASAR A 24 SI LA RESPUESTA ES 0

22. ¿Por qué no está dispuesto a pagar nada?

1	No quiero pagar nada	PASAR A 26
2	No puedo pagar	PASAR A 26
3	Otra (especificar)	PASAR A 25

23. Especificar

Disponibilidad a pagar Servicios Sanitarios

24. Si tuviera el tipo de dificultad **LEVE** ¿usted pagaría **5.000** pesetas cada mes para poder recibir los servicios médicos (visitas periódicas de enfermería y médico) en su propio domicilio? (Nota encuestador: dejar claro que exclusivamente recibiría estos servicios, y no otros)

1	Sí	PASAR A 27
2	No	PASAR A 28

25. ¿Hasta cuánto estaría dispuesto a pagar al mes por recibir los servicios médicos (visitas periódicas de enfermería y médico) en su propio domicilio?

Pesetas/mensual	Euros/mensual	PASAR A 30 SI LA RESPUESTA ES 0

26. ¿Por qué no está dispuesto a pagar nada?

1	No quiero pagar porque considero que debe pagarlo el servicio social PASAR A 32	
2	No quiero porque..... (Especificar) PASAR A 31	
3	No puedo pagar PASAR A 32	

27. Especificar

Disponibilidad a Pagar Aversión al Ingreso en Residencia o Centro Socio-Sanitario

28. Si tuviera el tipo de dificultad **LEVE** ¿usted pagaría 10.000 pesetas para evitar entrar en una residencia y recibir las atenciones que recibiría en una residencia en su propia casa?

1	Sí	PASAR A 33
2	No	PASAR A 34

29. ¿Hasta cuánto estaría dispuesto a pagar al mes por evitar tener que dejar su vivienda?

Pesetas/mensual	Euros/mensual	PASAR A 36 SI LA RESPUESTA ES 0

30. ¿Por qué no está dispuesto a pagar nada?

1	No quiero pagar porque quisiera estar en una residencia PASAR A 38	
2	No quiero pagar nada, aunque no querría ir a una residencia PASAR A 38	
3	No puedo pagar PASAR A 38	
3	Otra (especificar) PASAR A 37	

31. Especificar

32. Si la dificultad fuera **GRAVE** ¿cambiaría su decisión?

1	Sí	PASAR A 39
2	No	PASAR A 40
3	NS/NC	PASAR A 40

33. ¿Pagaría?

1	Más	
2	Menos	

34. En el caso de que en el futuro usted padeciera de alguna enfermedad o se sintiera físicamente limitado para realizar las actividades básicas, ¿estaría dispuesto a vender su piso/casa para acceder a un lugar que le permita vivir con esta enfermedad o limitación antes mencionada? Ejemplo: comprar un piso/casa adecuado, pagar una residencia, pagar servicios a domicilio etc.

1	Sí
2	No
3	No, porque vendería otra propiedad, riqueza, etc.
4	NS/NC

5. Ingresos / Gastos

35. ¿Podría decirnos los ingresos totales mensuales de su familia (sumando los ingresos de todos los miembros de la familia que viven con usted? (Pesetas).

1.	Menos de 50.000 ptas	
2.	50.000 - 100.000 ptas	
3.	100.000 - 150.000 ptas	
4.	150.000 - 200.000 ptas	
5.	200.000 - 250.000 ptas	
6.	250.000 - 300.000 ptas	
7.	300.000 - 350.000 ptas	
8.	350.000 - 400.000 ptas	
9.	400.000 - 450.000 ptas	
10.	450.000 - 500.000 ptas	
11.	500.000 - 750.000 ptas.	
12.	Mas de 750.000 ptas.	

4. Caracterización multiatributo de productos residenciales para mayores en España

4.1 Introducción y antecedentes

En los capítulos precedentes del presente estudio se han podido identificar las características, dimensiones o atributos básicos de los productos y servicios residenciales valorados por los mayores en España. En una segunda fase del estudio se ha podido estimar la intensidad de preferencia por cada una de las principales dimensiones que fueron identificadas como relevantes para caracterizar dichos productos y servicios residenciales.

En esta tercera fase del estudio se caracterizarán las preferencias residenciales de los mayores concibiendo las soluciones residenciales como productos multiatributo.

Hasta este momento sólo se había estimado la intensidad de preferencias relativa a dimensiones, características o atributos individuales (servicios domiciliarios y privacidad). También se habían podido estudiar las preferencias de los individuos en relación a productos y servicios ya existentes en el mercado (residencias, apartamentos asistidos, apartamentos con servicios comunes...). La metodología propuesta en este apartado del estudio permite obtener las preferencias de los individuos por un conjunto de alternativas multiatributo. La técnica utilizada se basa en el supuesto de que cualquier bien o servicio puede describirse en función de sus características (atributos), y que la valoración que hace cada individuo de ese bien o servicio depende del nivel de dichas características (Ryan, 2001). La técnica de estimación de preferencias de los individuos a partir de los atributos que caracterizan los bienes y servicios recibe el nombre de Análisis Conjunto (AC). La aplicación del AC constituye, además, una herramienta útil para complementar los resultados de estimación de preferencias obtenidos con otras técnicas (como la Valoración Contingente).

La principal ventaja del AC frente a otros métodos de estimación de preferencias es que permite que los en-

cuestados definan sus preferencias sobre el global de los atributos que definen un producto o servicio residencial y no sobre cada uno de los atributos de forma individual. De esta manera puede obtenerse la relación marginal de sustitución entre los atributos evaluados (preferencia relativa entre atributos). En el caso que entre los atributos se encuentre el coste o precio del producto, se estará en disposición de obtener la Disponibilidad a Pagar por cada uno del resto de atributos que caracterizan el producto o servicio.

Una vez obtenida la preferencia relativa entre dimensiones del producto, se puede calcular la utilidad (satisfacción) que los individuos alcanzarían con distintos niveles de cada uno de los atributos estimados. De esta manera, por ejemplo, podríamos comparar la diferencia de utilidad que supone a un individuo el acceso a una residencia frente al acceso a una vivienda adaptada y tutelada. Además, el método permite simular el grado de utilidad (satisfacción) de cualquier producto o servicio que resulte de la combinación de distintos niveles de los diferentes atributos que caracterizan un producto o servicio residencial para mayores.

Para realizar el ejercicio experimental de análisis conjunto se realizó una encuesta presencial a 277 individuos de más de 65 años y que eran residentes en la ciudad de Barcelona. Aunque el estudio tiene carácter experimental, las conclusiones del mismo pueden servir para generalizar algunos de los resultados obtenidos a entornos urbanos similares y adicionalmente permiten validar una metodología de estudio que ayuda a los decisores, tanto públicos como privados, a diseñar soluciones residenciales adecuadas para los mayores en España.

4.2 Objetivos

"El estudio pretende obtener una estimación de la preferencias de los potenciales consumidores de bienes y servicios



residenciales para mayores utilizando la metodología del Análisis Conjunto”

En este sentido, el estudio permitirá obtener:

- La Relación Marginal de Sustitución entre los atributos básicos que definen los productos y servicios residenciales para mayores: se dispondrá de la importancia relativa entre atributos.
- La Disponibilidad a Pagar (DAP) por cada uno de los atributos evaluados: la introducción del precio como una variable relevante en el proceso de elección de las alternativas residenciales valoradas, permite obtener la DAP para cada uno de los atributos establecidos en el análisis.
- El nivel de utilidad (satisfacción) relativo entre distintos productos y servicios potencialmente desarrollables.

4.3 Descripción de la metodología de análisis conjunto

“La metodología de Análisis Conjunto (AC) se articula alrededor de las siguientes actividades clave: selección de atributos y niveles, diseño experimental, recogida de información, estimación de valores asignados y análisis de resultados”

4.3.1 Selección de atributos y niveles

Los individuos eligen aquellos productos que les proveen un mayor grado de satisfacción (utilidad). La decisión de elección depende de las características del producto/servicio, de su precio, de las características sociodemográficas del consumidor y del uso o conocimiento que ha tenido del bien o servicio en el pasado el propio consumidor. El primer paso en un AC pasa por identificar qué atributos y qué niveles de dichos atributos del producto y servicio son relevantes para el individuo. El precio o coste del producto

acostumbra a ser uno de los atributos básicos del análisis, pero el resto de atributos y niveles deben identificarse a través de la revisión de la literatura o mediante técnicas de análisis cuantitativo y cualitativo. Además deben determinarse los niveles de cada uno de los distintos atributos. Dichos niveles deben ser factibles, realistas e incluir la totalidad del rango de valores posible (Kanninen, 2002).

A partir de la encuesta poblacional sobre preferencias residenciales de los mayores en España (Capítulo II del presente estudio), la estimación de la intensidad de preferencias basada en el Método de Valoración Contingente (Capítulo III del presente estudio) y las reuniones mantenidas con la Comisión de Expertos sobre Productos y Servicios residenciales de Edad&Vida, se obtuvieron los siguientes atributos y correspondientes niveles:

- **Intimidad:** que recoge los distintos niveles de intimidad que pueden asociarse a un producto o servicio residencial. Por tanto incluye alternativas como “vivir solo (o con su pareja)”, “compartir algunos espacios” (como sala de estar, comedor, etc.) o “todos los espacios compartidos” (similar al grado de intimidad que se obtendría en un residencia).
- **Adaptación a las limitaciones:** que recoge el grado de adecuación de la vivienda o solución residencial a las limitaciones asociadas a la edad (barras en el baño, barras en las escaleras, rampas para sillas de ruedas, ascensor, etc.). Los niveles asociados a este atributo incluirían las alternativas de alto nivel de adaptación a las limitaciones físicas asociadas a la edad (“vivienda adaptada”) o nula adaptación (“vivienda no adaptada”).
- **Acceso a servicios básicos de salud:** que recoge el hecho de que la solución residencial planteada incorpore o no servicios básicos de salud (incluyendo tanto servicios de enfermería como servicios básicos de atención médica) en el propio lugar de residencia.

- **Acceso a servicios asistenciales básicos (no sanitarios):** que recoge el acceso a todos aquellos servicios básicos de asistencia no sanitaria que se relacionen directamente con las limitaciones para realizar las actividades de la vida cotidiana de los individuos (limpiar, cocinar, hacer las compras, compañía, etc.) en el propio lugar de residencia.
- **Precio:** tal y como se ha comentado previamente otro de los atributos a introducir en el AC es el precio o coste de producto o servicio a evaluar. En este caso los niveles de precio fueron obtenidos a partir de las tarifas de productos y servicios residenciales existentes en el mercado, así como por los resultados del estudio de Valoración Contingente descrito en la Parte II del presente estudio. Finalmente, los niveles de precios definitivamente aplicados en el ejercicio fueron consensuados por la Comisión de Expertos.
- **Sistema de pago:** que recoge el instrumento financiero de acceso a los productos y servicios evaluados. Entre los niveles incorporados en este atributo figura la renta, el acceso al producto o servicio a través de la venta de la vivienda actual y el acceso a través de la venta de la vivienda actual pero incorporando el derecho de recompra por parte de los herederos.

En la Tabla 4.1 se detallan el conjunto de atributos y niveles seleccionados:

TABLA 4.1: ATRIBUTOS Y NIVELES

Atributo	Niveles
Intimidad	Solo Algunos espacios compartidos Todos los espacios compartidos
Adaptación	Adaptada No Adaptada
Servicios Sanitarios	Con Servicios Sanitarios Sin Servicios sanitarios
Servicios Asistenciales	Con Servicios Asistenciales Sin Servicios asistenciales
Precio	0 pesetas/ mes (0 €/mes) 16.700 pesetas/mes (100 €/mes) 50.000 pesetas/mes (300 €/mes) 150.000 pesetas/mes (900 €/mes)
Sistema de pago	Renta Propiedad (vivienda) Propiedad (vivienda) con derecho de recompra

Fuente: Elaboración propia

La combinación de atributos y niveles seleccionados permite obtener 288 escenarios posibles de comparación.

4.3.2 Diseño experimental

De los 288 posibles escenarios se descartaron 189 asumiendo criterios de selección en la interacción entre atributos que eran irracionales y que por tanto no debían ser sujetos a análisis. Así, por ejemplo, se desestimaron todas aquellas combinaciones de atributos que incorporaran un precio de 0 y que a la vez incorporaran algún tipo de servicio.

Dado que el número de escenarios resultante tras la selección (99) era demasiado elevado para ser valorado por cada uno de los individuos entrevistados se optó por un diseño de reducción factorial que dio lugar a 17 combinaciones de 6 escenarios. Las combinaciones de escenarios obtenidas cumplían los requisitos óptimos y los criterios de dominancia que evitan preferencias lexicográficas, es decir, que en una misma combinación de escenarios se de un escenario manifiestamente superior al resto de los escenarios incluidos en la misma combinación. Además se verificó (Huber, 1996) que las combinaciones satisficieran los principios de ortogonalidad (los niveles de cada atributo son independientes entre ellos), niveles equilibrados (los niveles aparecen en cada combinación en una misma proporción), mínimo solapamiento (los niveles de los atributos de las alternativas entre las combinaciones no se solapan) y utilidad equilibrada (cuando las alternativas de una misma combinación son comparables).

El método de obtención de preferencias fue el de elección discreta, es decir, se pidió a los individuos entrevistados que eligieran entre dos escenarios alternativos. En todas las elecciones se comparó el escenario correspondiente con el "estatus quo" (entendido como la situación en la que el entrevistado se encuentra en su propia vivienda, no adaptada, sin servicios asistenciales básicos o sanitarios y por tanto sin ningún coste adicional). La simplicidad del método de elección facilitó la comprensión del ejercicio por parte de los encuestados, al asemejarse al comportamiento habitual en el mercado. El objetivo en el diseño experimental de AC priorizó la sencillez en el manejo de la entrevista y del ejercicio de elección.

El número mínimo de observaciones por cada escenario se estipuló en 16, por lo que el número mínimo de encuestados debería ser de 272¹⁷. Finalmente se realizaron 277

entrevistas presenciales a miembros de 13 centros lúdicos para mayores gestionados por la Fundación La Caixa y FATEC. El trabajo de campo se realizó entre los meses de Febrero y Marzo del año 2005.

El cuestionario se dividió en dos partes. En la primera de ellas se preguntaron las principales características socio-demográficas de los encuestados, su percepción de salud y dependencia, la descripción de su vivienda actual y de sus preferencias residenciales. Tras las preguntas de "warming - up" (introductorias) descritas, se procedió a plantearles el ejercicio de elección discreta entre dos tarjetas: una en la que se describía el "status quo" y otra en la que se describía un hipotético escenario alternativo en un contexto simulado de dependencia leve. El ejercicio se repetía 6 veces con 6 tarjetas distintas.

Finalmente, en base a los atributos señalados, se eligió un modelo de preferencias aditivo para el cálculo de utilidades:

$$U_{ij} = \alpha + \beta_{1i} \text{INTIMIDAD}_j + \beta_{2i} \text{ADAPTADA}_j + \beta_{3i} \text{SALUD}_j + \beta_{4i} \text{SERVICIOS}_j + \beta_{5i} \text{PRECIO}_j + \beta_{6i} \text{PAGO}_j$$

4.4 Resultados

4.4.1 Estadísticos descriptivos

Tal y como se detalla en la Tabla 4.2, el 55% de los 277 individuos encuestados son hombres. El alto porcentaje de hombres entrevistados responde al sesgo muestral que supone que las entrevistas se realizaran de forma presencial. La población mayor de 65 años, tal y como se ha señalado en otros apartados de este mismo estudio, se caracteriza por conservar antiguos roles de género en las actividades de interacción social. En este sentido es habitual que sean mayoritariamente hombres los usuarios de centros sociales para mayores. También observamos que la edad media

¹⁷ La muestra obtenida es representativa de la población barcelonesa mayor de 65 años con un margen de error de 4%, a un nivel de confianza del 95%, con $p=q=0,5$

de los encuestados es de 75 años y declara una salud percibida de 6,7 en una escala de 0 (mala salud) a 10 (excelente salud). Además, el 70% de los encuestados tienen un nivel de educación elemental o menor. La mayoría está casado (63%) o viudo (33%) y en un porcentaje destacable, declaran tener dificultades para realizar las actividades de la vida diaria de forma habitual (18%) o esporádica (34%).

La mayoría de los encuestados son propietarios de su vivienda (72%), y en el caso de sufrir algún tipo de dependencia leve preferirían seguir viviendo en su vivienda actual con servicios asistenciales y sanitarios a domicilio (38%). Debemos destacar que un porcentaje destacable de encuestados optaría por una residencia (22%) o la casa de un familiar (15%). Finalmente, la gran mayoría de los encuestados (72%) encuentra importante dejar su vivienda en herencia.

TABLA 4.2: ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS

Variable	%
Sexo	
Masculino	55,2
Femenino	44,8
Estado Civil	
Casado/a	62,9
Soltero/a	2,8
Viudo/a	32,7
Separado/a	1,5
Nivel educativo	
No tiene estudios	4,1
Sin estudios (sabe leer/escribir)	15,9
Primarios	54,2
Secundarios	13,1
FP	3,8
Universitarios	8,8
Limitación AVD	
Sí	17,8
No	48,2
A veces	34,0
Propiedad	
Propiedad	71,8
Alquiler	24,1
Cedida	4,1
Vivienda preferida	
Vivienda adaptada	13,6
Vivienda actual con servicios domiciliarios	37,7
Apartamento con servicios comunes	2,6
Casa de un familiar	15,3
Residencia	21,7
Ns/Nc	9,2
La herencia es importante	
Sí	72,5
No	27,5
	Media (D.E.)
Edad	75,2 (6,8)
Salud percibida	6,7 (1,7)

Fuente: Elaboración propia

4.4.2 Estimación multiatributo

En la Tabla 4.3 se presentan los resultados de la estimación del modelo Probit de efectos aleatorios. Los coeficientes negativos nos indican que con mayores niveles de los atributos, menor es la probabilidad de escoger un determinado escenario. El valor negativo de la constante debe interpretarse como la preferencia implícita por un escenario distinto al “status quo”. Finalmente el ratio de los coeficientes de los atributos se interpreta como la tasa marginal de sustitución entre atributos, es decir, las preferencias relativas entre atributos.

La estimación muestra que las variables “intimidad” y “vivienda adaptada”, pese a tener el signo esperado, no son significativas. Tal y como se ha comentado anteriormente, el signo negativo de la constante se interpreta como la tendencia implícita de los encuestados a preferir soluciones residenciales distintas a las del “status quo”. Es destacable

el efecto positivo y significativo de los servicios sanitarios domiciliarios y los servicios básicos asistenciales a domicilio. El coeficiente de la variable “Precio” tiene el signo esperado (negativo) y es estadísticamente significativo. En cuanto al sistema de financiación de los servicios destaca que los signos de los coeficientes indican como el efecto sobre la probabilidad del escenario evaluado aumenta si el sistema de pago del producto o servicio residencial se realiza a partir de la renta disponible y no de la venta de la vivienda. También aumenta la probabilidad de elección del nuevo escenario frente al “status quo” si el sistema de pago a través de la venta de la vivienda incorpora la opción de recompra para los herederos.

A partir de los coeficientes de la estimación se ha obtenido la Relación Marginal de Substitución entre los atributos evaluados. La Tabla 4.4 resume las preferencias relativas entre atributos que se han observado como estadísticamente significativas en el modelo estimado:

TABLA 4.3: MODELO PROBIT DE EFECTOS ALEATORIOS

Parámetro	Coeficiente	Std.Err.	t-Value
Constante	-0,7480***	0,0876	72,8769
Intimidad (1)	0,0130	0,0701	0,0346
Intimidad (2)	0,0032	0,0730	0,0020
Vivienda Adptada (1)	0,0373	0,0519	0,5146
Servicios Sanitarios (1)	0,1937***	0,0418	21,4322
Sevicios Básicos (1)	0,1557**	0,0524	8,8420
Precio	-0,0010***	0,0001	60,9955
Pago (1)	0,1984***	0,0550	12,7796
Pago (2)	-0,1045*	0,0576	3,2979
Chi - Cuadrado (8 g.l.)	110,32***		
Log-Likelihood	1276,379	n=1580	
*** p <0.001 **p<0,05 *p<0,1			

Fuente: Elaboración propia

TABLA 4.4: PREFERENCIAS RELATIVAS

Relaciones Marginales de Substitución	Constante	Servicios Sanitarios (1)	Sevicios Básicos (1)	Precio	Pago (1)	Pago (2)
Constante	-1,00	3,86	4,80	-748,00	3,77	-7,16
Servicios Sanitarios (1)	0,26	-1,00	-1,24	193,70	-0,98	1,85
Sevicios Básicos (1)	0,21	-0,80	-1,00	155,70	-0,78	1,49
Precio	0,00	0,01	0,01	-1,00	0,01	-0,01
Pago (1)	0,27	-1,02	-1,27	198,40	-1,00	1,90
Pago (2)	-0,14	0,54	0,67	-104,50	0,53	-1,00

Fuente: Elaboración propia

De la Tabla 4.4 se deduce, por ejemplo, que la Disponibilidad a Pagar por acceder a servicios sanitarios domiciliarios es de 194 € mensuales (alrededor de 32.000 pesetas mensuales), frente a los 156 € mensuales (alrededor de 26.000 pesetas mensuales) que los encuestados estarían dispuestos a pagar por acceder a servicios básicos domiciliarios de atención a la dependencia. Destaca la diferencia en la Disponibilidad a Pagar por los servicios sanitarios domiciliarios si comparamos estos resultados con los obtenidos en el Capítulo III del estudio. Esta diferencia puede deberse especialmente al hecho de que la población encuestada en el AC es de mayor edad y con una salud percibida menor que la que fue entrevistada para la encuesta de preferencias residenciales o para el ejercicio de Valoración Contingente.

La relación marginal de substitución entre los atributos analizados permite comparar escenarios distintos en términos de aumento o disminución de la utilidad (satisfacción) media de los individuos.

4.4.3 Comparación de productos residenciales

A partir de los coeficientes del modelo estimado y de la relación marginal de substitución de los atributos analizados (preferencias relativas entre atributos), se puede analizar el cambio en la utilidad (satisfacción) media de los individuos que supone pasar de la situación “status quo” a cualquier otro escenario diseñado o previsto. Para ejemplificar el impacto que diferentes productos y servicios residenciales para mayores podrían tener sobre las preferencias de los individuos, se han comparado cinco productos residenciales hipotéticos:

- “Status Quo”: solución residencial caracterizada por permitir el máximo grado de intimidad (vivir solo o en pareja sin espacios compartidos), pero que no tiene acceso a servicios sanitarios domiciliarios, ni servicios básicos de atención a domicilio (no sanitarios). Además se trata de una vivienda no adaptada. Al no recibir ningún tipo de servicio el precio de esta solución residencial es 0.

- **Vivienda Adaptada:** solución residencial caracterizada por permitir el máximo grado de intimidad y no tener disponibles ningún tipo de servicio a domicilio. La vivienda está adaptada para individuos con dificultades físicas. El coste de la adaptación de la vivienda equivale a 30 € mensuales. El pago se realiza a través de la propia renta del individuo.
- **Vivienda con servicios sanitarios a domicilio:** solución residencial que se distingue del “status quo” exclusivamente porque incorpora servicios sanitarios (enfermería y servicios médicos básicos) domiciliarios. Los servicios sanitarios domiciliarios tienen un coste mensual de 100 €. El pago se realiza a través de la propia renta del individuo.
- **Residencia A:** solución residencial caracterizada por espacios plenamente compartidos, con servicios de atención básica y sanitaria en el propio lugar de residencia. La solución residencial está adaptada para individuos

con limitaciones físicas y tiene un coste mensual de 600 €. El individuo paga el coste a partir de su renta (no a través de la venta de su vivienda).

- **Residencia B:** la solución residencial sólo se distingue de la Residencia A por el hecho que su coste es de 300 € mensuales.

La Tabla 4.5 resume el impacto que las diferentes soluciones residenciales tienen sobre la utilidad (satisfacción) media de los individuos:

La tabla 4.5 permite observar como el escenario que caracterizaría una vivienda adaptada como la descrita en esta simulación, produce un incremento de la utilidad o satisfacción media de los individuos de un 1,4%, mientras que el impacto es más importante cuando al “status quo” definido se le añade un servicio sanitario domiciliario a un precio de 100 € mensuales. Finalmente, la relación marginal de sustitución (preferencias relativas) entre los

TABLA 4.5: COMPARACIÓN DE PRODUCTOS RESIDENCIALES

Escenario	Coeficiente	Status quo	Vivienda Adaptada	Vivienda con servicios sanitarios	Residencia A	Residencia B
Constante	-0,7480	1	1	1	1	1
Intimidad (1)	0,0130	1	1	1	0	0
Intimidad (2)	0,0032	0	0	0	1	1
Vivienda Adptada (1)	0,0373	0	1	0	1	1
Servicios Sanitarios (1)	0,1937	0	0	1	1	1
Sevicios Básicos (1)	0,1557	0	0	0	1	1
Precio	-0,0010	0	30	100	600	300
Pago (1)	0,1984	1	1	1	1	1
Pago (2)	-0,1045	0	0	0	0	0
% INCREMENTO UTILIDAD			1,4%	17,5%	-41,6%	14,3%

Fuente: Elaboración propia

atributos evaluados hace que los productos residenciales sean altamente sensibles al precio. Así por ejemplo, podemos destacar el impacto que tiene la reducción del precio que distingue el producto “Residencia A”, del producto “Residencia B”. En el primero de los casos se produciría una reducción de la utilidad media respecto el “status quo”, mientras que el impacto sobre la satisfacción de los individuos en el caso de la “Residencia B” sería positivo.

4.5 Conclusiones

En los capítulos precedentes se habían identificado las principales dimensiones que caracterizan las soluciones residenciales para mayores. Además se habían estimado las intensidades de preferencia de cada una de las dimensiones relevantes que definen los productos y servicios residenciales para mayores. Dicha estimación se había realizado de forma individual para cada atributo analizado.

La cuarta parte del presente estudio ha presentado la metodología de Análisis Conjunto aplicado a la estimación de preferencias de productos residenciales multiatributo. A diferencia del resto de métodos y técnicas empleados hasta ahora, el Análisis Conjunto permite que los encuestados definan sus preferencias sobre el global de los atributos que definen un producto o servicio residencial.

Para ello se entrevistó presencialmente a una muestra representativa de mayores de 65 años de la ciudad de Barcelona (277 individuos). Los resultados del modelo de Análisis Conjunto permiten concluir que el acceso a servicios asistenciales (sanitarios y no sanitarios) en el propio lugar de residencia, junto con el precio y la forma de pago del producto o el conjunto de servicios tiene un efecto importante sobre las preferencias y la utilidad de los individuos. A diferencia de algunas estimaciones previas que han utilizado otros métodos de estimación, la Disponibilidad a Pagar por el acceso a servicios sanitarios domiciliarios (32.000 pesetas mensuales) es superior a la

disponibilidad a pagar por servicios básicos no sanitarios (26.000 pesetas mensuales). Destaca el impacto mínimo, no significativo, del grado de intimidad sobre las preferencias de los encuestados.

Del análisis de las preferencias relativas destaca el hecho que la relación marginal de sustitución entre los atributos evaluados muestra que las preferencias por los productos residenciales para mayores son altamente sensibles al precio (siendo éste uno de los factores más relevantes en la definición de preferencias). En este sentido también se destaca el impacto relativo (frente al resto de atributos evaluados) que tiene el sistema de pago de productos y servicios residenciales sobre la utilidad media de los individuos.

Debemos destacar que los resultados obtenidos en este estudio no son plenamente comparables a los obtenidos en el resto del presente estudio por dos razones:

- El ámbito territorial del estudio es limitado (se concentra en la ciudad de Barcelona).
- La metodología de encuesta es presencial, mientras que el resto de encuestas han sido telefónicas. Este hecho ha generado cierto sesgo muestral en la entrevista presencial, ya que el porcentaje de hombres en la muestra se encuentra sobredimensionado.

Aunque el estudio ha tenido un carácter puramente experimental y metodológico, las conclusiones del mismo podrían ser generalizables a entornos urbanos similares. Además, los resultados obtenidos permiten validar la metodología de Análisis Conjunto como un instrumental metodológico útil para guiar las decisiones gerenciales públicas y privadas referentes al diseño de soluciones residenciales para mayores adecuadas y coincidentes con sus preferencias.

4.6 Bibliografía

Huber J et al. (1996), " The Importance of Utility Balance in Efficient Choice Designs", Journal of Marketing Research, XXXIII:307-317.

Kanninen B (2002), "Optimal Design for Multinomial Choice Experiments", Journal of Marketing Research . XXXIII: 307-317.

Ryan M et al (2001), "Use of discrete choice experiments to elicit preferences". Qual. Health Care;10(Suppl I):i55-i60.

4.7 Anexo – Guía de Entrevista

Nombre Casal	
Dirección	
Persona de Contacto Casal	
Nombre Encuestador	
Entrega de Libreta	

Buenos días / tardes. El Instituto Edad&Vida, con la colaboración de FATEC, está realizando un estudio sobre preferencias sobre la vivienda y sobre consumo. No es una encuesta comercial; estamos realizando un estudio de opinión sobre las necesidades y preferencias de la vivienda y el consumo para las personas mayores de hoy y las personas mayores de mañana.

15. ¿Cuánta gente, incluyéndose usted, vive en la misma vivienda?

	personas
--	----------

16. Usted vive con:

1	Cónyuge o pareja	
2	Hijo (a)	
3	Nieto (a)	
4	Padres	
5	Hermano (a)	
6	Otros familiares	
7	Solo (a)	

1. Datos Personales:

17. Sexo

1	Hombre	
2	Mujer	

18. Su estado civil es:

1	Casado/a o Vive en pareja	
2	Soltero/a	
3	Viudo/a	
4	Separado/a	

19. ¿Podría decirnos su edad?

20. ¿Sería Ud. tan amable de indicarnos su nivel de estudios?

1	No tiene estudios	
2	No tiene estudios pero sabe leer y escribir	
3	Primarios "EGB"	
4	Secundarios "BUP COU"	
5	Formación Profesional (SP)	
6	Universitarios	

2. Salud

21. ¿Qué nota le pondría a su estado de salud hoy?
Calificación de 0 a 10.

	puntos
--	--------

3. Dependencia

22. ¿Tiene usted alguna limitación física para realizar actividades de la vida diaria (dificultades para andar, desplazarse, telefonar, asearse... etc.)?

1	Si	
2	Nunca	
3	A veces	

4. Algunas características del lugar donde vive:

23. Su vivienda es

1	Piso / Apartamento	
2	Casa	

24. Esta vivienda es:

1	Propia	
2	En alquiler	
3	Cedida (*)	

(*) cedida: que la vivienda le haya sido prestada por un familiar, familiar político o amigo para su uso.

25. ¿Cuántas habitaciones* tiene su vivienda?

	habitaciones
--	--------------

(*) El número de habitaciones sin contar baño, cocina ni comedor-salón.

26. ¿Qué nota le pondría a su actual vivienda? **Calificación de 0 a 10.**

	puntos
--	--------

27. ¿Podría decirme **LO QUE MÁS** le gusta de su alojamiento actual? **Sólo una respuesta.**

1	La infraestructura (el tipo de construcción, cómo están distribuidos los pisos / apartamentos, material utilizado en la construcción, etc.)	
2	Mis vecinos	
3	Comodidades que brinda la comunidad en la que vivo (tiendas, hospitales, transporte)	
4	El barrio	
5	Otro	

28. Si en el futuro tuviera alguna limitación para: andar, asearse, subir escaleras o llamar por teléfono o tomarse la medicación... ¿dónde le gustaría vivir? **Solo una respuesta.**

1	En una vivienda adaptada (con el baño, los acceso a la vivienda, los pasillos, la cocina... adaptados a sus limitaciones)	
2	En su vivienda actual con servicios a domicilio (de un profesional o un familiar)	
3	En un apartamento con algunos servicios colectivos con el resto de vecinos (comedor, salas de ocio...) y servicios básicos de atención (limpieza del apartamento, servicios sanitarios básicos...)	
4	En casa de algún familiar	
5	En una residencia para ancianos	
6	Ninguna de las anteriores	

29. ¿Es importante para usted dejar su vivienda en herencia a sus hijos o familiares?

1	Sí	
2	No	

5. Ingresos / Gastos

30. Podría decirnos ¿cuál es su **PRINCIPAL** fuente de ingresos?

1	Pensión jubilación	
2	Pensión viudedad	
3	Pensión de invalidez	
4	Fondos de pensiones	
5	Ahorros	
6	Ayuda de familiares	
7	Negocios	
8	Sueldo	

31. Con estos ingresos que nos menciona ¿puede usted ahorrar mensualmente?

1	Sí	
2	No	

32. ¿Podría decirnos los ingresos **totales** mensuales de los miembros de la familia que viven con usted? (Pesetas)

1.	Menos de 50.000 ptas	
2.	50.000 - 100.000 ptas	
3.	100.000 - 150.000 ptas	
4.	150.000 - 200.000 ptas	
5.	200.000 - 250.000 ptas	
6.	250.000 - 300.000 ptas	
7.	300.000 - 350.000 ptas	
8.	350.000 - 400.000 ptas	
9.	400.000 - 450.000 ptas	
10.	450.000 - 500.000 ptas	
11.	500.000 - 750.000 ptas.	
12.	Mas de 750.000 ptas.	
13.	NS/NC	

33. ¿Alguien le ayuda a hacer las tareas de la casa (limpiar, ir de compras, lavar, etc.)?

1	Sí	
2	No	

34. ¿Cuánto paga a la semana?

Pesetas/semanal	Euros/semanal

6. Tarjetas

Encuestador: De las tarjetas asignadas, manteniendo siempre la tarjeta Status quo (T0), preguntar por las preferencias entre ellas.

Ejemplo: ¿Usted preferiría vivir en su casa sin adaptar, solo, sin servicios básicos ni sanitarios, sin pagar nada y viviendo de sus rentas (T0) ó solo, en una vivienda adaptada, con servicios básicos de salud y servicios básicos, pagando € 300 y viviendo de su renta (T1)? Así con cada una de las tarjetas que aparecen en el cuestionario.

Marcar con una cruz frente a la alternativa que prefieren.

5.1 ¿Usted prefiere? (muestra)

T0		T66	
T0		T82	
T0		T80	
T0		T61	
T0		T95	
T0		T15	



5. Conclusiones generales

- La mayoría de los españoles mayores de 55 años no cambiarían nada de sus viviendas y/o edificios en los que viven ya que están plenamente satisfechos. La valoración media de la vivienda actual es de 7,9 (en un rango del 0 al 10). Los propietarios son los que mejor valoran su vivienda actual.
- Las preferencias por realizar algún cambio en la vivienda actual están significativamente relacionadas con la edad. De hecho, son las personas menores de 70 años las que en un mayor porcentaje desean realizar cambios, especialmente estructurales, en sus viviendas.
- El barrio, la infraestructura y los vecinos son los aspectos más valorados por los españoles mayores de 55 años en relación a su hábitat. En este sentido no existe voluntad generalizada de cambio de la vivienda en el futuro, y esta voluntad de cambio está relacionada con la edad: son los individuos mayores los que demuestran menor voluntad de cambio futuro de la vivienda.
- Aquellos que han mostrado una preferencia por cambiar de vivienda en el futuro, han señalado que lo harían obedeciendo mayoritariamente a una razón funcional relacionada con la dependencia. Dejar en herencia la vivienda es un hecho muy valorado por los individuos mayores de 55 años.
- La mayoría de españoles mayores de 55 años preferirían vivir en su casa con servicios asistenciales a domicilio en el caso que tuvieran que enfrentarse a futuras limitaciones para realizar las actividades de la vida diaria. Sin embargo, la mayor parte de los individuos que optarían por vivir en casa de un familiar tienen más de 75 años. Este colectivo de mayores es también el más reacio a elegir la residencia o similar como opción residencial en un contexto de dependencia leve. El colectivo de 65 a 70 años es el que proporcionalmente optaría en mayor porcentaje por elegir una residencia.
- Vender la vivienda actual para poder acceder a una vivienda o servicios asistenciales de apoyo a la dependencia se visualiza como una acción posible entre el colectivo más joven y actualmente menos dependiente.
- Los aspectos más valorados de la vivienda ideal del futuro son las comodidades que brinda la vivienda y los servicios disponibles en el barrio.
- A nivel territorial (entre Comunidades Autónomas) existen diferencias en cuanto a variables como: la tipología de la vivienda (piso/casa), la propiedad de la misma y la voluntad de venta de la vivienda para asegurar la disponibilidad financiera para el acceso a servicios relacionados con la dependencia. En cambio, no se han detectado diferencias geográficas por lo que respecta al tipo de cambio (estructural/estético) deseado para la vivienda actual, la voluntad de cambio de la vivienda en el futuro, o el tipo de solución residencial deseada en caso de un escenario futuro de dependencia leve.
- En cuanto a la intensidad de las preferencias entre los atributos que caracterizan los productos y servicios residenciales para mayores, señalar que apuntan a que la disponibilidad a pagar media por evitar el ingreso en una residencia o centro socio-sanitario en escenarios contingentes de dependencia leve es muy superior (67.120 pesetas/mes – 403 €/mes) que la observada para los servicios básicos domiciliarios no sanitarios de apoyo a la dependencia (25.096 pesetas/mes – 151€/mes) o los servicios sanitarios domiciliarios (4.169 pesetas/mes – 25 €/mes).
- Mientras que la edad influye negativamente sobre la disponibilidad a pagar en todas las dimensiones analizadas (servicios sanitarios domiciliarios, servicios básicos no sanitarios domiciliarios y aversión al ingreso en una residencia o centro socio-sanitario), el nivel cultural influye positivamente sobre dicha disponibilidad a pagar.

Cabe destacar que, para las dimensiones analizadas, no se han observado diferencias en la disponibilidad a pagar relacionadas con el género, el lugar de residencia (Comunidad Autónoma) o la convivencia actual o pasada con personas dependientes.

- En un escenario contingente de dependencia grave se eleva la preferencia por el acceso a servicios sanitarios por encima de la preferencia por el acceso a una solución residencial en el que se prime la privacidad (el atributo más valorado ante un escenario contingente de dependencia leve). En cuanto a la elección de la solución residencial, destacamos que un escenario contingente de mayor gravedad produce una creciente preferencia por residir en casa de un familiar (por lo que posibles procesos de reagrupación familiar deben también tenerse en cuenta en el futuro).
- Los servicios sanitarios domiciliarios de atención a la dependencia son percibidos como servicios públicos por los que no existe voluntad declarada de pago. Además, gran parte del comportamiento de respuestas protesta (“no quiero pagar”) viene condicionado por la confianza en el cuidado informal en el futuro.
- Del análisis de las preferencias relativas (relación marginal de sustitución entre los atributos relevantes que caracterizan un producto residencial) destaca el hecho que las preferencias por los productos residenciales para mayores son altamente sensibles al precio (siendo éste uno de los factores más relevantes en la definición de preferencias multiatributo). En este sentido, también se destaca el impacto relativo (frente al resto de atributos evaluados) que tiene el sistema de pago de productos y servicios residenciales sobre la utilidad media de los individuos. La venta de la vivienda (especialmente sin derecho a recompra por parte de los herederos) no es una opción de pago preferida. Aunque estos últimos resultados se basan en un estudio experimental de carácter metodológico, las conclusiones del mismo podrían ser generalizables a entornos urbanos similares. Además, los resultados obtenidos permiten validar la metodología de Análisis Conjunto como un instrumental metodológico útil para guiar las decisiones gerenciales públicas y privadas referentes al diseño de soluciones residenciales para mayores.



6. Recomendaciones de Edad&Vida

Tras el análisis de las conclusiones de este estudio, desde Edad&Vida queremos formular una serie de medidas relacionadas con tres áreas en que tanto la iniciativa pública como la privada deberían incidir con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas mayores:

- La oferta futura de opciones de hábitat para mayores debería responder a las preferencias residenciales que han manifestado los entrevistados.
- Con el fin de hacer frente a posibles situaciones de dependencia que impliquen cambios en las necesidades de hábitat y de intensidad de atención social y sanitaria, debería crearse un marco regulador que apoyara la articulación de instrumentos financieros que permitan hacer realidad estas nuevas demandas.
- Es necesario un marco legal estable y lo más uniforme posible en todo el territorio estatal en que queden definidos los roles de la iniciativa pública y privada y cómo deben coordinarse y estimular la respuesta a estas nuevas necesidades.

Preferencias residenciales de los mayores

1. Medidas orientadas a mantener la vivienda habitual:

Debemos tener en cuenta que a medida que se envejece, la necesidad de realizar adaptaciones estructurales en la vivienda y de disponer de ciertos servicios domiciliarios se incrementan. En un entorno de crisis progresiva de la familia tradicional y de permanencia de la preferencia por no cambiar de vivienda habitual por parte de los mayores españoles, se genera la necesidad de garantizar una adecuada adaptación estructural y de servicios domiciliarios a la dependencia. En escenarios de dependencia leve, se recomienda que las soluciones residenciales para mayores prioricen el mantenimiento de la vivienda habitual, siempre que queden garantizadas las adaptaciones estructurales básicas y los servicios de atención domiciliaria que sean necesarios para

garantizar la calidad de vida de los mayores: servicios básicos de limpieza del hogar, servicios de restauración, servicios de higiene personal, servicios de compañía y acompañamiento en actividades fuera de la vivienda (compra, visita médica, servicios bancarios o actividades de ocio), así como servicios de control básico de la salud, serían algunos ejemplos específicos.

En este sentido, y tomando en cuenta escenarios hipotéticos de dependencia leve, debería priorizarse que las personas mayores vivieran en su propia vivienda siempre que se garantizara una adaptación estructural adecuada, el acceso pertinente a servicios básicos de soporte a la dependencia y se evitara el aislamiento social o los costes excesivos del mantenimiento del hogar.

2. Estudio de la situación actual de las infraestructuras de las viviendas y los servicios disponibles:

En contextos de dependencia leve, por tanto, y en relación a las preferencias reflejadas en la encuesta poblacional realizada, se requiere que las administraciones públicas y la iniciativa privada estudien la situación actual de las infraestructuras de las viviendas y servicios disponibles de aquellos mayores que optan por seguir manteniendo su actual vivienda como primera preferencia residencial o que se plantean alguna fórmula de reagrupamiento familiar. Obtenido el diagnóstico, deben fomentarse políticas de adaptación estructural y de servicios (ascensor, supresión de barreras arquitectónicas) tanto desde la iniciativa pública, mediante la financiación de programas de rehabilitación, como desde la iniciativa privada, ofreciendo servicios financieros e inmobiliarios de adaptación así como desarrollando una red de servicios asistenciales domiciliarios adecuados a las necesidades de aquellos mayores que optan por seguir residiendo en su vivienda habitual o en la de un familiar.

3. Creación de nuevos productos y servicios residenciales más adecuados a las necesidades de los usuarios:

En el caso en que no se garantizaran los aspectos básicos de calidad de vida descritos, se aconsejaría un cambio de vivienda de menor tamaño, con acceso a servicios básicos y que garantizara el suficiente nivel de interacción social de los mayores con el entorno. Así, debería garantizarse que la solución residencial adoptada sea producto de un diseño omnicompreensivo: es decir, que la vivienda ideal, tal como se ha comprobado en la encuesta poblacional realizada en el presente estudio, quede definida mayormente por la valoración del barrio, de las infraestructuras de la vivienda y del entorno social. Estas soluciones podrían ofrecerse tanto en propiedad como en alquiler.

Ante las necesidades de los usuarios que se derivan del estudio, debería tenerse en cuenta la:

- Creación de nuevos productos y servicios residenciales que tengan en cuenta el reagrupamiento familiar:

En esta línea, el reagrupamiento familiar puede identificarse como una opción residencial intermedia entre el mantenimiento de la vivienda habitual de los mayores y el cambio residencial. Se recomienda que tanto desde la iniciativa pública (a través de incentivos fiscales a las familias) como desde la iniciativa privada (a través de servicios domiciliarios de soporte a cuidadores), se planteen soluciones de reagrupamiento familiar entre la cartera de potenciales productos residenciales a mayores. De esta forma, debería desarrollarse la oferta de servicios de ayuda a los familiares que deciden vivir con el mayor, con el fin que este obtenga una atención de calidad y sus cuidadores puedan mantener sus obligaciones profesionales y personales.

- Adecuación de la vivienda a las necesidades de los cuidadores

En vista de la importancia que dan los mayores al reagrupamiento familiar, deberían desarrollarse políticas de adecuación de las viviendas donde decidan

residir las nuevas unidades familiares, con el objetivo de que los cuidadores informales se sintieran cómodos en su nuevo rol. En estas viviendas podrán coincidir más de dos generaciones con necesidades muy diversas, propias de su momento vital.

4. Estrategias de comunicación y mejora de calidad que consoliden la imagen de los centros residenciales para mayores como servicios de alto valor añadido, adecuados a unas determinadas circunstancias de dependencia:

Aunque teniendo en cuenta que, según los datos de la encuesta, el colectivo más joven visualiza mejor la solución de ingreso en una residencia para mayores en contextos de dependencia grave, se recomienda un esfuerzo compartido entre la iniciativa privada y las administraciones públicas en llevar a cabo políticas para mejorar la calidad y potenciar la imagen que tanto los posibles futuros usuarios como sus familiares tienen de las soluciones residenciales. Estas alternativas deberían considerarse aunque la dependencia sea de menor gravedad, en situaciones que lo hagan recomendable (soledad, aislamiento).

En este sentido, creemos que debe fomentarse una estrategia de comunicación y de mejora de calidad que modifique el estereotipo de la solución residencial con internamiento, especialmente entre el colectivo mayor de 65 años.

Financiación

5. Elaboración de un marco regulador que permita el desarrollo de alternativas para dar liquidez al patrimonio inmobiliario:

El acceso a una vivienda adaptada en un entorno social adecuado debe financiarse de forma apropiada. España, al igual que otros países del sur de Europa, es un país en que el principal activo de las familias (y especialmente de los mayores) es la vivienda. Ello se explica por el hecho que tradicionalmente la propiedad de la vivienda

ha supuesto un elemento claro de seguridad emocional: perder la propiedad de la vivienda es aun entendido como una pérdida de independencia por parte de los mayores en España. A este hecho debe sumarse la importancia que dan los mayores a la herencia: para la gran mayoría de los mayores de 55 años en España, dejar en herencia la vivienda es un valor importante.

Desde Edad&Vida, creemos que debería establecerse un marco regulador que permita el desarrollo de alternativas para tratar de dar liquidez a un patrimonio inmobiliario obtenido habitualmente con años de ahorro y con la finalidad de completar los ingresos en un segmento de edad avanzada.

Entendemos que es responsabilidad de la iniciativa privada desarrollar instrumentos financieros adecuados para la financiación de las soluciones residenciales óptimas, así como de los servicios asociados necesarios.

6. Desarrollo de políticas fiscales que favorezcan los instrumentos financieros de conversión de activos en renta:

Desde Edad&Vida, entendemos que deberían establecerse políticas fiscales que favorecieran los instrumentos financieros de conversión de activos en renta, que permitirían hacer el sistema más flexible y los productos más accesibles a las necesidades residenciales detectadas.

Las propuestas que desde el punto de vista fiscal y financiero se plantean en el documento "Conversión de activos inmobiliarios en renta" (Edad&Vida, 2005) están orientados a conseguir la neutralidad fiscal entre las rentas devengadas por los distintos tipos de instrumentos y a la eliminación de las cargas fiscales iniciales y subvención fiscal de los costes financieros para su desarrollo.

7. Incremento de las ayudas fiscales para la rehabilitación y adaptación de la vivienda a las necesidades derivadas de la dependencia:

Además, deberían aumentarse las ayudas fiscales para el fomento de la rehabilitación y adaptación de la vivienda a

las necesidades derivadas de la dependencia. Parte de las ayudas fiscales deberían orientarse también a la financiación de los servicios domiciliarios básicos (sanitarios, no sanitarios y sociales) tanto formales como informales.

Ante la imposibilidad de rehabilitación y adaptación de algunas viviendas, debería contemplarse también la neutralidad fiscal en el cambio de vivienda.

8. Medidas orientadas a la preservación del patrimonio de las personas mayores de 65 años con el objetivo de asegurar su calidad de vida:

Con el fin último de asegurar la calidad de vida de los mayores, aunque éstos pudieran ceder a sus herederos sus propiedades en vida, debería tenerse en cuenta el desapoderamiento patrimonial en el momento de evaluación de medios en la solicitud de financiación pública en situaciones de dependencia.

Iniciativa pública e iniciativa privada

9. Articulación de un marco legal estable en que queden definidos los roles de la iniciativa pública y privada:

La articulación de las nuevas alternativas residenciales y de financiación del acceso/habilitación de viviendas adecuadas para mayores en España debe fundamentarse en la colaboración entre la iniciativa pública y la iniciativa privada, estableciendo un marco legal estable en que queden definidos los roles de la iniciativa pública y privada y cómo deben coordinarse y estimular la respuesta a estas nuevas necesidades.

Este marco legal debería tener en cuenta:

- El sistema de financiación de los productos y servicios residenciales.
- El régimen fiscal de estos productos.
- La provisión de vivienda.

10. Desarrollo del Plan Nacional de la Vivienda

En cuanto a este último punto sobre un marco estable en la provisión de vivienda para las personas mayores, con-

sideramos que debe ser el propio Plan de la Vivienda, el que debería incorporar productos específicos para este segmento, priorizándose su desarrollo con el objetivo de dar respuesta a esta demanda creciente de viviendas adecuadas a las necesidades de los mayores. Para ello es necesaria la implicación de las administraciones públicas, especialmente las locales.

11. La iniciativa privada, responsable del desarrollo de productos y servicios residenciales y de los instrumentos financieros que los hagan posibles:

En este sentido, como hemos indicado previamente, creemos que es responsabilidad de la iniciativa privada desarrollar los productos y servicios residenciales, así como los instrumentos financieros adecuados para conseguir las soluciones residenciales óptimas, así como los servicios asociados necesarios. La Administración debería facilitar unas reglas de juego claras que definan el reparto de responsabilidades.

Es fundamental tener en cuenta que el sector privado puede permitir el desarrollo de mayores niveles de bienestar para la población, asentándose definitivamente como un sector económico de valor añadido que aporte inversiones al país y la creación de puestos de trabajo estables.

12. Las administraciones locales, facilitadoras de acceso a suelo en zonas adecuadas:

Además de las políticas fiscales y de financiación necesarias citadas en los apartados anteriores, para hacer frente al reto del envejecimiento de la población, las administraciones locales podrían facilitar el acceso a suelo en zonas adecuadas con el fin de incentivar a la iniciativa privada a encontrar soluciones residenciales para los mayores que dieran respuesta a sus necesidades y con unos precios asequibles.

Ello se requiere especialmente en contextos de dependencia leve, en que existe la necesidad de obtener productos residenciales que equilibren la adecuación estructural con la necesaria interacción social con el entorno, como las viviendas adaptadas (de propiedad o alquiler) en contextos residenciales que por una parte eviten el aislamiento social de los mayores y por otra abaraten los costes del acceso a servicios básicos para mayores (salud, servicios y ocio especialmente).

Además, con la liberación de suelo en zonas adecuadas para la instalación de dichas alternativas residenciales, mejoraría el acceso de familiares y cónyuges a dichas instalaciones.

En este sentido, deben tenerse en cuenta las preferencias residenciales de los mayores en cuanto a la valoración de la proximidad a la ubicación de su vivienda habitual, manteniendo la cercanía a su entorno (vecindario, comercios, círculo social, etc.).

Este acceso puede instrumentarse de varias formas como:

- a. El incremento de cesión de suelo por parte de los ayuntamientos para la creación de servicios para personas mayores.
- b. La recalificación de terrenos para equipamientos que faciliten la creación de productos y servicios residenciales y de atención a los mayores.

13. Conveniencia de incorporar viviendas adaptadas en las nuevas construcciones:

Ante la creciente proporción de mayores sobre la población total, sería conveniente incorporar un mayor número de viviendas adaptadas en las nuevas construcciones, según la normativa de supresión de barreras arquitectónicas y teniendo en cuenta la tendencia al reagrupamiento familiar que se deriva del estudio.

El estudio “**Dónde y cómo prefieren vivir los mayores de hoy y mañana en España**” ha sido realizado por un **equipo investigador** formado por:

Coordinación

Sr. **David Elvira**. Investigador de la Universitat Autònoma de Barcelona

Equipo redactor

Sr. **David Elvira**. Investigador de la Universitat Autònoma de Barcelona

Sra. **Paula Rodríguez**. Investigadora de la Universitat Politècnica de Catalunya

Apoyo estadístico

Sra. **Zoa Tomás**. Investigadora de la Universitat Autònoma de Barcelona

Y en estrecha colaboración y coordinación con el **equipo de expertos de la Comisión de Productos y Servicios Residenciales de Edad&Vida**:

Sr. **Jaume Dedeu**. Consejero de CEVASA

Sr. **Donato Muñoz**. Director General de CEVASA

Sr. **Ignacio González**. Director de Operaciones de SAR

Sr. **Francisco Guarner**. Vicepresidente y Consejero Delegado de CONFIDE RESIDENCIAS

Sr. **Benigno Maújo**. Director General de GEROGESTIÓN

Sr. **Rafael Iglesias**. Director General de SANYRES

Sr. **Quico Mañós**. Coordinador de Proyectos Sociales FUNDACIÓN PERE TARRÉS – Universitat Ramon Llull

Sr. **Eduardo Rodríguez Rovira**. Presidente de CEOMA

Sr. **Pere Ibern**. Director de Desarrollo de DKV

Sr. **Pedro Cano**. Director Técnico de SANITAS RESIDENCIAL

Sr. **Amadeo Ferrajoli**. Director Comercial de QUAVITAE

Sr. **Albert Vergés**. Director General de Edad&Vida

Sra. **Anna Mitjans**. Directora Técnica de Edad&Vida

Edita:

Edad&Vida

Guadalquivir, 5, bajo dcha.

28002 Madrid

Aribau, 195, 3º Izq.

08021 Barcelona

Tel.: 93 488 27 20

www.edad-vida.org

e-mail: edad-vida@edad-vida.org

Tel. información: 93 488 27 20

Diseño y realización:

Senda Editorial, S.A.

Isla de Saipán, 47

28035 Madrid

Depósito legal: M-

ISBN: 84-689-4833-0



Edad&Vida

Instituto para la mejora, promoción
e innovación de la calidad de vida
de las personas mayores

Socios Promotores



Socios Colaboradores

- Confederación Española Aulas de Tercera Edad
- CAEPS – Universitat de Barcelona
- CEOMA – Confederación Española de Organizaciones de Mayores
- CRES – Centre de Recerca en Economia i Salut - Universitat Pompeu Fabra
- CSIC – Consejo Superior de Investigaciones Científicas
- EADA – Escuela de Alta Dirección y Administración
- ESADE – Escuela Superior de Administración y Dirección de Empresas
- Fundación Aequitas – Fundación del Consejo General del Notariado
- Fundación Universitaria San Pablo-CEU
- Fundació Bosch i Gimpera – Universitat de Barcelona
- Fundació Pere Tarrés – Universitat Ramon Llull
- IESE – Escuela de Dirección de Empresas – Universidad de Navarra
- INSA-ETEA – Institución Universitaria de la Compañía de Jesús
- SECOT – Seniors Españoles para la Cooperación Técnica
- UDP – Unión Democrática de Pensionistas y Jubilados de España
- Universidad Autónoma de Madrid
- Universidad de Almería
- Universidad de Granada
- Universitat de Vic
- Universitat Politècnica de Catalunya

www.edad-vida.org



Edad&Vida

Instituto para la mejora, promoción
e innovación de la calidad de vida
de las personas mayores

Guadalquivir, 5, bajo dcha.
28002 Madrid

Aribau, 195, 3º izq.
08021 Barcelona

www.edad-vida.org
e-mail: edad-vida@edad-vida.org
Tel. información: 93 488 27 20