

Octubre del 2014

Análisis del Mercado Residencial para las personas mayores en España, Francia, Alemania, Reino Unido y Suecia: Perspectivas para el Mercado Español

Informe

Índice

01 Objetivos	6
02 Metodología	8
03 Mercado residencial español	11
3.1 Marco Regulatorio	14
3.1.1 Normativa	14
3.1.2 Financiación	20
3.1.3 Precios y Contratos	29
3.1.4 Acreditación y Calidad	32
3.2 Demanda	36
3.3 Oferta	41
3.4 Operadores privados	50
3.5 Constataciones	62

Índice

04 Mercado residencial francés	69
4.1 Marco Regulatorio	72
4.1.1 Normativa	72
4.1.2 Financiación	84
4.1.3 Acreditación y Calidad	90
4.2 Demanda	92
4.3 Oferta	96
4.4 Operadores privados	102
4.5 Constataciones	107
05 Mercado residencial alemán	112
5.1 Marco Regulatorio	113
5.1.1 Normativa	113
5.1.2 Financiación	117

Índice

5.1.3 Acreditación y Calidad	124
5.2 Demanda	130
5.3 Oferta	134
5.4 Operadores privados	139
5.5 Constataciones	145
06 Mercado residencial británico	150
6.1 Marco Regulatorio	152
6.1.1 Normativa	152
6.1.2 Financiación	157
6.1.3 Acreditación y Calidad	162
6.2 Demanda	166
6.3 Oferta	170
6.4 Operadores privados	173

Índice

6.5 Constataciones	179
07 Mercado residencial sueco	184
7.1 Marco Regulatorio	185
7.1.1 Normativa	185
7.1.2 Financiación	189
7.1.3 Acreditación y Calidad	193
7.2 Demanda	198
7.3 Oferta	202
7.4 Operadores privados	205
7.5 Constataciones	209

01

Objetivos

01 Objetivos

El objetivo del presente informe es identificar las principales tendencias del mercado residencial español a partir de la actualización del estudio realizado en 2006 y compararlas con la realidad de otros países europeos

El presente informe ha sido realizado por encargo de la Asociación de Empresas de Servicios para la Dependencia (AESTE). Es una actualización y ampliación del informe similar publicado conjuntamente entre AESTE y Antares Consulting en el año 2006.

- **Objetivo general:**

- Identificar las principales tendencias en el mercado residencial español a partir del estudio de la situación actual de este sector en España y en los mercados europeos consolidados de Francia, Alemania, Reino Unido y Suecia.

- **Objetivos específicos:**

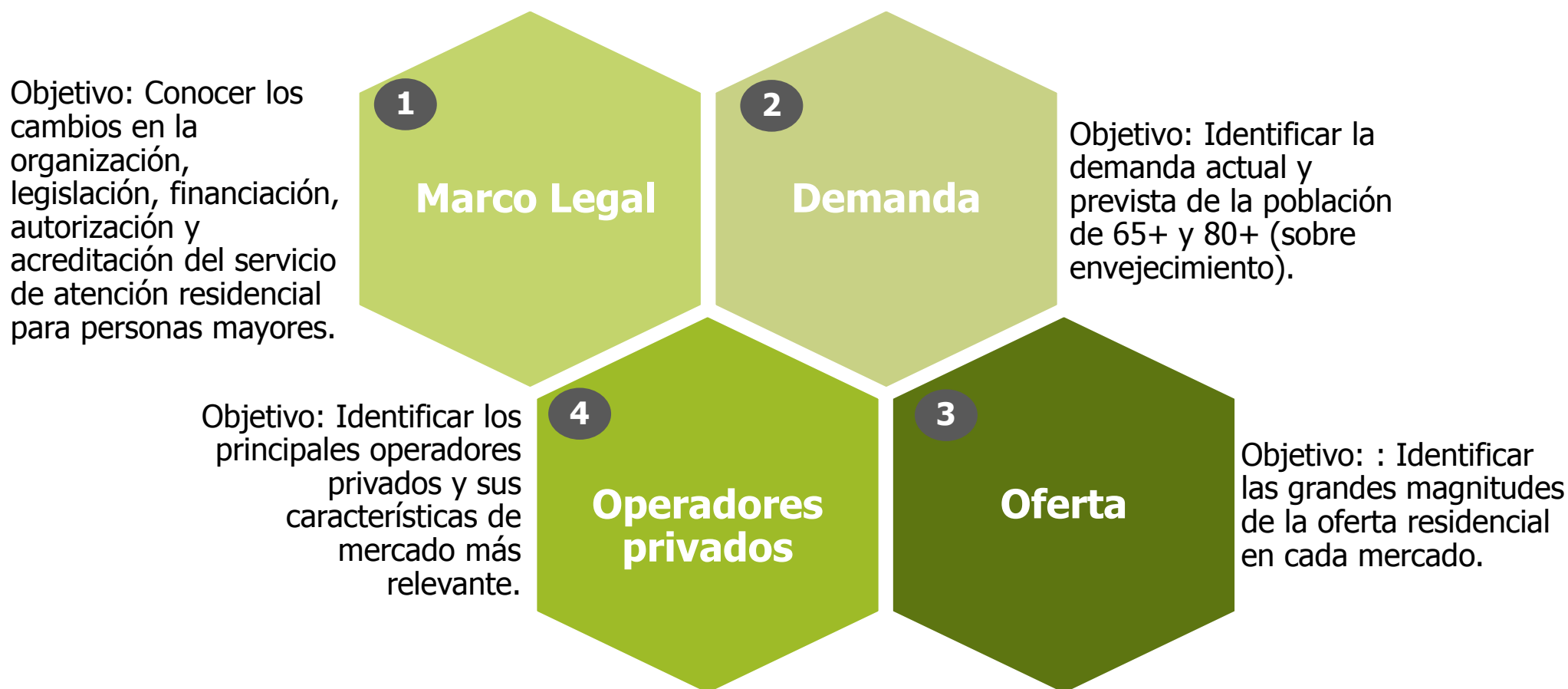
- Extraer conclusiones respecto a la evolución de los mercados.
- Presentar el mercado de cada uno de los países objeto de estudio de manera individual para entender el funcionamiento de cada uno y su evolución en los últimos años.
- Presentar una comparación de los cinco mercados para poner en evidencia sus similitudes y diferencias.

02

Metodología

02 Metodología

La presentación de cada uno de los mercados residenciales se ha organizado en 4 apartados que describen los temas clave que los configuran



02 Metodología

Los contenidos desarrollados en el presente informe se basan en:

1. Revisión de fuentes oficiales de datos de cada uno de los países analizados.
2. Revisión estudios publicados disponibles seleccionando la fuente de mayor rigor.
3. Contacto con expertos del sector en varios de los países analizados.

03

Mercado residencial español

Acrónimos

- AGE: Administración General del Estado
- CCAA: Comunidades Autónomas.
- IPREM: Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples.
- LAPAD: Ley de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia.
- PIB: Producto Interior Bruto.
- SAAD: Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.
- SAD: Servicio de Atención a Domicilio
- SMI: Salario Mínimo Interprofesional.
- SNS: Sistema Nacional de Salud.
- OCDE: Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (Organisation for Economic Co-operation and Development - OECD)
- OMS: Organización Mundial de la Salud.

Glosario de términos utilizados en el mercado residencial español

- Usuarios / residentes: “Clientes” de los centros residenciales, es decir, las personas que ocupan plazas residenciales.
- Operador / promotor: Empresas y organizaciones que son propietarias de centros residenciales.
- Titularidad de residencias y plazas residenciales: La propiedad de la residencia o de las plazas residenciales. En general se entiende como propiedad pública y propiedad privada. En el caso de algunos países citados en este documento, la propiedad privada se divide en empresas privadas y entidades sin ánimo de lucro.
- Financiación de plazas residenciales: Quién financia/paga la plaza. En función de la titularidad (propiedad) de la plaza y el financiador de la misma, se entienden 3 tipos:
 - Plazas privadas: Son plazas en centros de titularidad privada que se financian de forma privada (las paga el residente).
 - Plazas públicas: Son plazas en centros de titularidad pública y financiadas por el sector público.
 - Plazas concertadas: Son plazas en centros de titularidad privada que son financiadas/pagadas por el sector público mediante un contrato que establece con el proveedor privado. Así el proveedor reserva estas plazas para el agente público y cobra un canon por su utilización.
- Forfait: Es un contrato en el que el precio de un producto, de un servicio o de un paquete de productos / servicios, se fija por adelantado en una cantidad invariable.



03

Mercado residencial español

3.1 Marco regulatorio

3.1.1 Normativa



03 Mercado residencial español – 3.1 Marco Regulatorio - Contexto

La principal novedad en relación a la situación en 2006 en el marco regulatorio español la constituye la evolución del sistema de atención a la dependencia (SAAD)

La atención a las personas mayores en España se rige por:

- Un sistema sanitario de carácter universal y gratuito, el Servicio Nacional de Salud, con copagos limitados a la prestación farmacéutica.
- Desde 2007 un sistema de atención a la dependencia (regulado por la Ley de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia de 2006, LAPAD) que reconoce derechos subjetivos por primera vez para la atención a las situaciones de dependencia. La implantación prevista inicialmente hasta el año 2015 se ha visto substancialmente alterada por las restricciones del gasto público realizadas en los últimos años.

Los principales cambios acaecidos desde el año 2006 son consecuencia de la grave crisis de financiación sufrida desde 2008:

- Control de costes e introducción de nuevos copagos en el sistema sanitario.
- Retraso del plan de implantación de la LAPAD y restricción de su financiación.

Adicionalmente se encuentran en proceso de revisión y cambio los sistemas de copago en los servicios sociales con enfoques autonómicos que tienden a incluir el patrimonio en la valoración del nivel económico.

A nivel de políticas generales del Estado Español destaca la publicación del Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España (2011) y la aprobación de la Estrategia de abordaje de la Cronicidad en el SNS (2012). Ambos documentos aún con impacto real poco valorable.



03 Mercado residencial español – 3.1 Marco Regulatorio – 3.1.1.1 Normativa

La Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (LAPAD) ha supuesto un importante cambio en el panorama normativo de la protección social en España

Los requisitos para poder beneficiarse de la LAPAD son:

- Tener nacionalidad española.
- Residir en territorio español al menos cinco años antes de la solicitud de la ayuda.
- Ser declarado dependiente por alguno de los órganos de las Comunidades Autónomas.

La LAPAD establece tres grados de dependencia, en función del grado de autonomía que tenga la persona:

Grado I - Dependencia Moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria al menos una vez al día, o tiene necesidades de apoyo intermitente.

Grado II – Dependencia Severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades de la vida diaria, pero no requiere el apoyo constante de un cuidador.

Grado III – Gran Dependencia: cuando la persona necesita, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, el apoyo indispensable y continuo de otra persona.

Los servicios incluidos en la LAPAD son:

- Servicios para la prevención de la dependencia.
- Servicio de Teleasistencia
- Servicio de Ayuda a domicilio.
- Servicio de Centro de Día y de Noche.
- Servicio de Atención Residencial.



Tras su implantación en 2007, la LAPAD ha visto limitada su aplicación por diversos motivos (1/2)

- Los recortes presupuestarios, las divergencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas acerca de quién debe asumir en mayor medida el coste de las prestaciones, las dificultades para organizar un sistema que requiere profesionales cualificados –estructuras eficientes y bien dotadas –, así como un sector privado dispuesto a colaborar con la organización pública pero al que se somete cada vez más a contratos de colaboración ajustados a la baja y con un precio único sin ninguna diferenciación por servicio de mayor calidad, han repercutido en la ralentización de la Ley de Dependencia.
- Lo anterior se evidencia en el retraso en el calendario inicial previsto para la aplicabilidad progresiva de la Ley de Dependencia.

Cuadro de efectividad inicialmente establecido en la Ley de Dependencia

Fase 1	Durante el primer año de aplicación de la LAPAD (2007)	grandes dependientes de los niveles 1 y 2.
Fase 2	Durante el segundo año de aplicación de la LAPAD (2008)	dependientes severos, nivel 2.
Fase 3	Abarca los años tercero y cuarto de la aplicación de la LAPAD (2009 y 2010)	dependientes severos nivel 1.
Fase 4	Abarca los años quinto y sexto de la aplicación de la LAPAD (2011 y 2012)	dependientes moderados, nivel 2.
Fase 5	Abarca los años séptimo y octavo de aplicación de la LAPAD (2013 y 2014)	dependientes moderados, nivel 1.



03 Mercado residencial español – 3.1 Marco Regulatorio – 3.1.1.1 Normativa

Tras su implantación en 2007, la LAPAD ha visto limitada su aplicación por diversos motivos (2/2)

Estas previsiones han sido alteradas por las siguientes reformas:

Ley 2/2012, de 29 de junio, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2012	Ley de Presupuestos Generales del Estado para el año 2012.	Suspende por todo el año 2012 la posibilidad de realizar convenios entre el Estado y las CCAA para establecer el grado de financiación respectivo de las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) del nivel intermedio, lo que tiene como consecuencia que el Estado solo aportará a la financiación del SAAD la cuantía correspondiente al nivel mínimo garantizado .
Las reformas del real Decreto -Ley 20/2012, de 13 de julio de Medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y fomento de la competitividad	Por el que se adoptan medidas orientadas a la estabilidad presupuestaria con una clara finalidad de ahorro en costes.	Incide en la adopción de medidas para afrontar los problemas estructurales y de aplicación de la LAPAD así como de sostenibilidad financiera del sistema, para lo cual introduce medidas de tipo normativo y económico. Las más destacadas son: el tratamiento de la Seguridad social de los cuidadores familiares de las personas dependientes, la clasificación en grados (desapareciendo los niveles por grado), la fijación de un mínimo de intensidad prestacional que evite las diferencias entre las CCAA así como las reglas también comunes, en materia de compatibilidad de prestaciones; la reducción de las cuantías máximas de la prestación económica por cuidado familiar y de las cuantías del nivel mínimo financiada a cargo exclusivo del Estado.



03 Mercado residencial español – 3.1 Marco Regulatorio – 3.1.1.1 Normativa

Por otra parte, las diferentes modificaciones del IVA correspondiente a los proveedores de servicios para la dependencia ha dejado un marco con tres niveles distintos

Tras la entrada en vigor del RD 20/2012 el IVA impositivo para residencias de personas mayores, centros de día para personas mayores, teleasistencia y ayuda a domicilio, la aplicación del IVA queda situado en tres niveles:

- Exento de IVA: Cuando el servicio lo preste una entidad de Derecho público o entidades o establecimientos privados de carácter social (nunca una empresa privada).
- 4%: Cuando no hay exención y la plaza es concertada o está ocupada por un beneficiario de prestación económica vinculada, siempre que la ayuda que recibe de la administración suponga más de un 75% del precio.
- 10%: En todos los demás casos.

Además, las empresas que prestan servicios de Dependencia pagan sus impuestos según la categoría de su cliente:

- Cliente público: tienen contratos de servicios a una tarifa determinada que incluye IVA al 4%.
- Cliente privado: tipo impositivo del 10%.

La regulación del IVA en los servicios de atención a la dependencia en España presenta un escenario complejo que condiciona la cantidad a pagar a la naturaleza del pagador y no a la del servicio prestado, diferenciado además por el carácter público o privado del mismo.



03

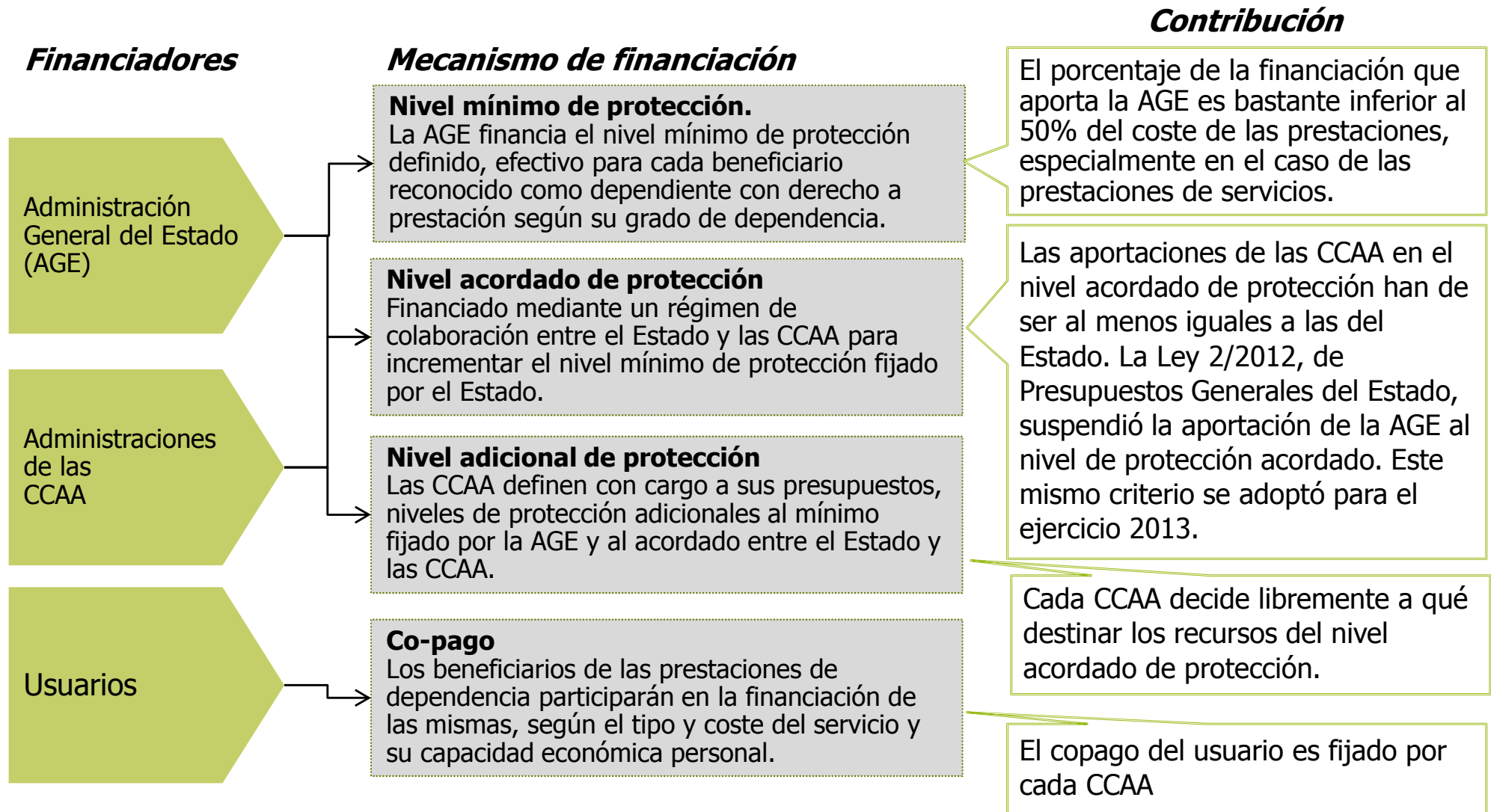
Mercado residencial español

3.1 Marco regulatorio

3.1.2 Financiación



La financiación de la LAPAD la realizan 3 agentes mediante 4 mecanismos de contribución que deberían asumir proporciones fijadas en la propia Ley





03 Mercado residencial español – 3.1 Marco Regulatorio – 3.1.2 Financiación

Sin embargo, aunque las personas atendidas en los servicios residenciales presentan importantes necesidades de atención sanitaria, sanidad no participa en la financiación de este servicio

- El diagnóstico principal más frecuente en los usuarios de servicios residenciales (más del 30% de los casos) es el de demencia. La mayoría de casos, además, presenta diagnósticos de otras enfermedades asociadas a éste. Los costes sanitarios en los cuidados a estas personas son elevados y el correspondiente impacto en el incremento en el precio de los cuidados muy alto.
- En el caso de las residencias, el coste total por residente y día se ve incrementado de modo importante por estos costes. En el caso de que estas personas no estuviesen viviendo en residencia estos costes serían asumidos por el sistema sanitario.

Diagnósticos más frecuentes en los usuarios	Descripción
Enfermedad de Alzheimer	11,4%
Demencia Senil (simple o no complicada)	10,5%
Demencia arterioesclerótica	5,1%
Hipertensión esencial	2,5%
Convalecencia de tratamiento de fractura	2,2%
Enfermedad de Parkinson	2,1%

Distribución de los costes en residencias privadas	Descripción
Coste de Gestión	100%
Costes operativos	28%
Costes de personal	72%
Coste de Personal	100%
Coste de At. Directa	73%
Coste Servicios	27%
Coste de At. Directa	100%
C. Sanitario	33%
C. Social y At. Dependencia	65%
C. Rehabilitación	2%

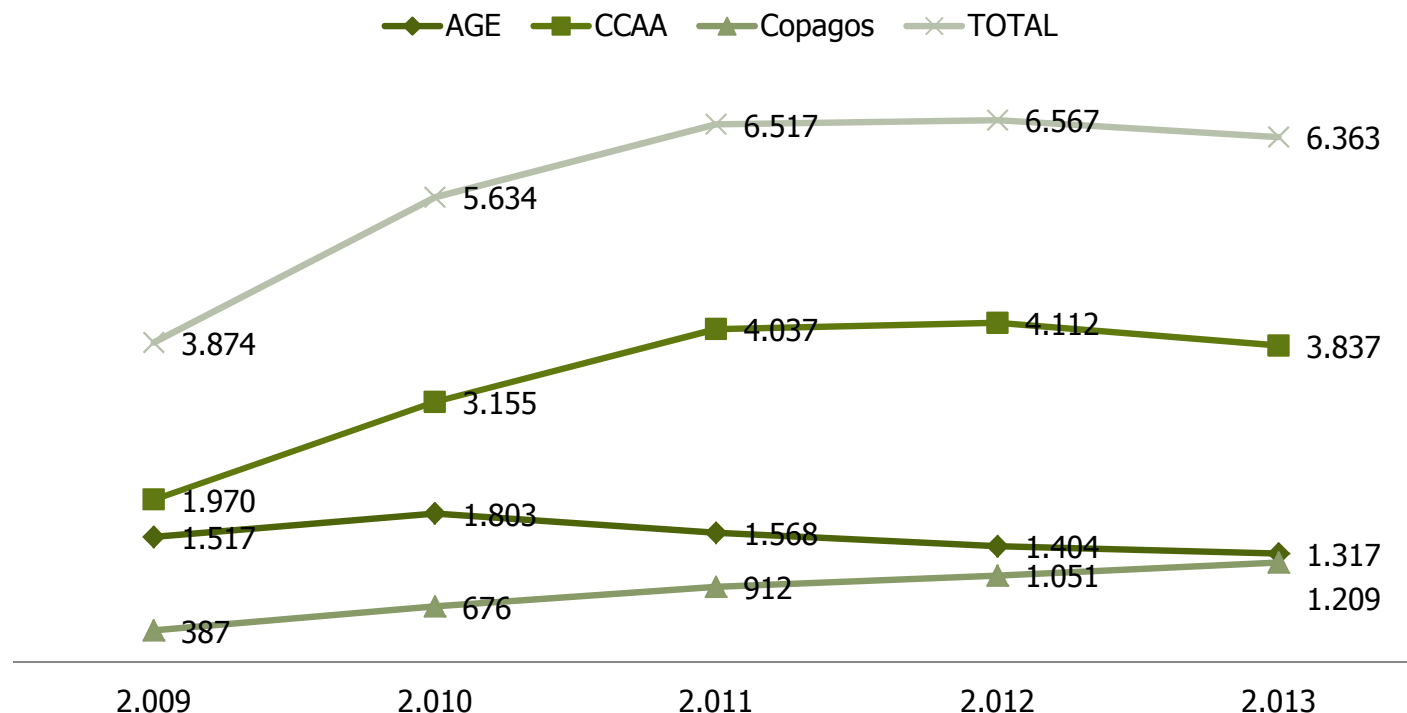
Fuente: IV Jornada de Civad. Observatorio Estatal de la Dependencia. Diciembre 2013
Análisis de los costes sanitarios en centros residenciales privados para personas mayores. Fundación Edad y Vida.



03 Mercado residencial español – 3.1 Marco Regulatorio – 3.1.2 Financiación

En 2013, el coste global del SAAD fue de 6.363 millones de euros, mostrando su primera disminución tras la implantación de la LAPAD, cerca del 3% respecto al ejercicio anterior

Evolución de la distribución de aportaciones a los costes del SAAD, total y por pagador. (2009-13). Cifras en Millones de euros



Según la fuente citada, la distribución del coste por cada tipo de financiador es:

- 60% CCAA
- 21% AGE
- 19% Usuarios

La tendencia al incremento inicial se estabiliza en 2011 y decrece en 2013. Se evidencia una continuada disminución de la aportación de la AGE desde 2010, con un notable incremento de la aportación autonómica hasta 2011-2012 en que comienza a disminuir. Esta disminución contrasta con el aumento constante de la aportación del usuario.

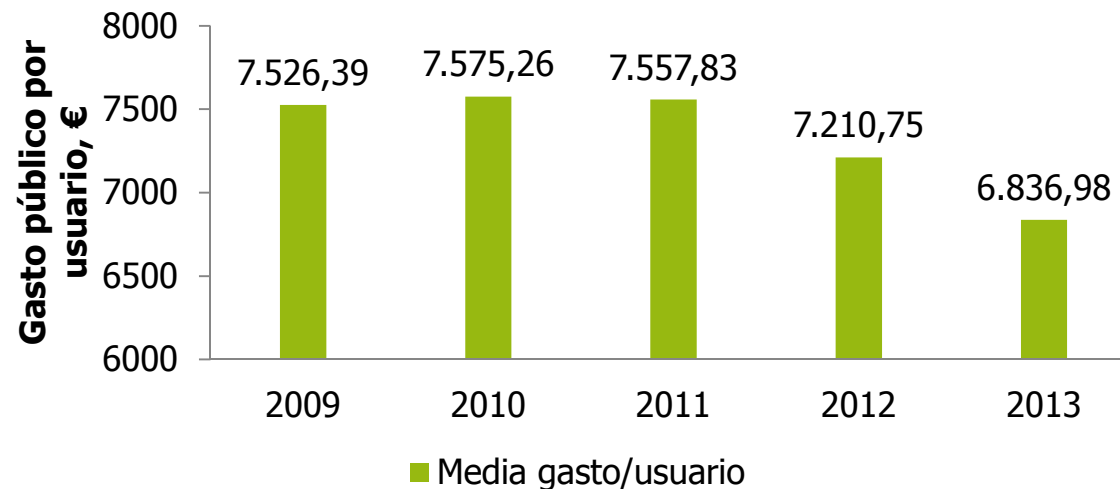
Fuente: Informe sobre el desarrollo y evaluación territorial de la LAPAD. XII Dictamen del Observatorio De La Dependencia. Enero 2014



03 Mercado residencial español – 3.1 Marco Regulatorio – 3.1.2 Financiación

Además de las limitaciones presupuestarias, como el número total de beneficiarios sigue aumentando, el gasto público promedio por usuario para la atención a la dependencia ha disminuido notablemente desde 2011

Promedio de gasto público por usuario/año (2009 - 2013). Datos en euros



Otras causas que explican estas reducciones son:

- Disminución en las cuantías de las prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar en un 15%.
- Cambio en el mix de servicios prestados: Incremento de los cuidados en el hogar respecto a la atención residencial.

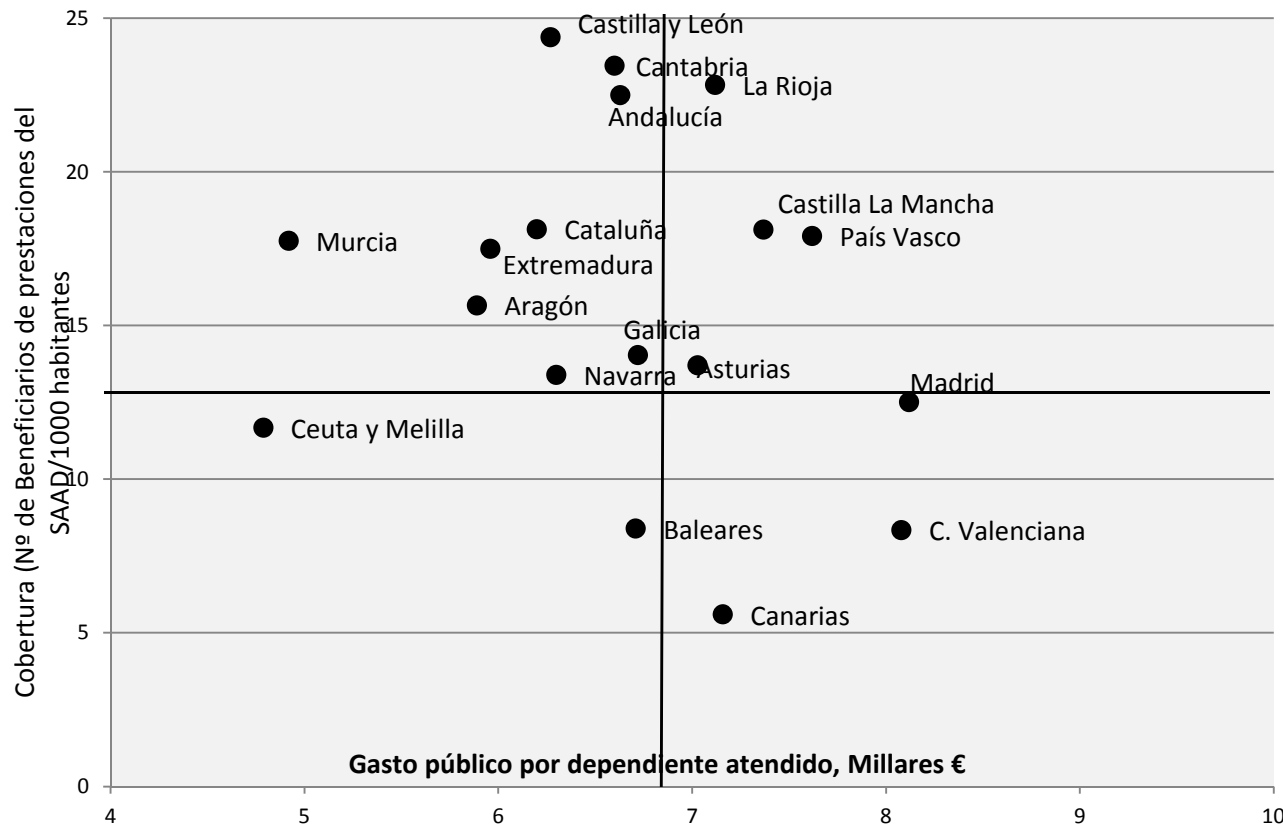
Fuente: Informe sobre el Desarrollo y Evaluación Territorial de la LAPAD. XII Dictamen del Observatorio de la Dependencia. Enero 2014. Estadísticas del Sisaad. Observatorio de la Dependencia en España. Julio 2014.



03 Mercado residencial español – 3.1 Marco Regulatorio – 3.1.2 Financiación

Existen diferencias entre las CCAA en cuanto al gasto público por persona dependiente, debidas a las políticas diferenciadas de proactividad en el reconocimiento del derecho y financiación por persona protegida

Diferencias en el gasto público por dependiente y la cobertura de beneficiarios con prestaciones entre las CCAA (2012)



- Las tasas de cobertura no parecen estar relacionadas con las diferencias determinadas por el envejecimiento de la población. Así, Galicia una de las CCAA más envejecidas se sitúa en una posición retrasada, y Andalucía una de las más jóvenes tiene una tasa elevada.
- Esta información parece mostrar cómo las diferencias entre CCAA están condicionadas por las políticas y prioridades establecidas. El papel redistribuidor que debería tener el sistema no parece muy consolidado.

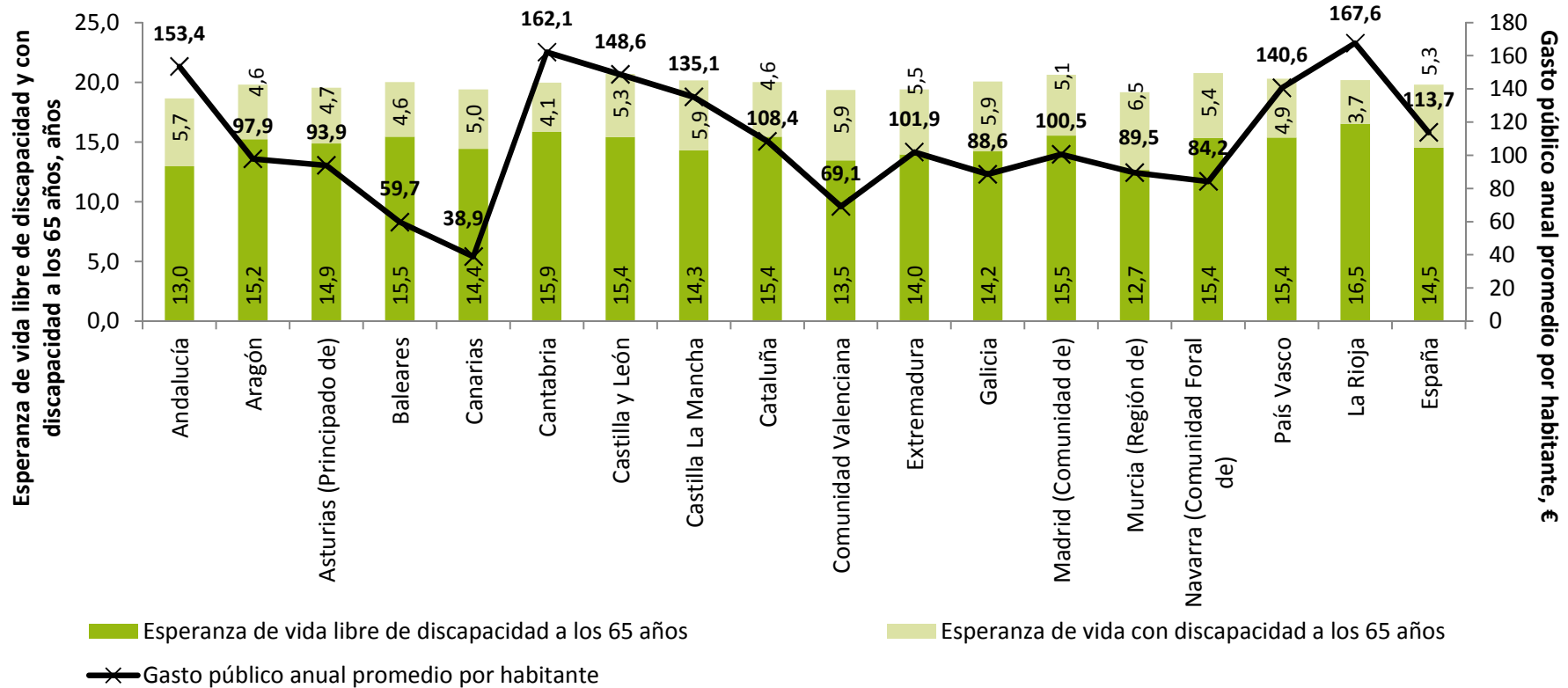
Fuente: Informe sobre el Desarrollo y Evaluación Territorial de la LAPAD. Anexo del XI Dictamen del Observatorio de la Dependencia. Enero 2013. Información del SAAD a 31.12.2012. Observatorio de la Dependencia en España. Julio 2014.



03 Mercado residencial español – 3.1 Marco Regulatorio – 3.1.2 Financiación

En línea con lo anterior el gasto público del sistema de la dependencia por habitante también difiere entre CCAA y más aún si se consideran variables como la esperanza de vida libre de discapacidad a los 65 años

Gasto Público anual promedio por habitante Vs. Esperanza de vida libre discapacidad



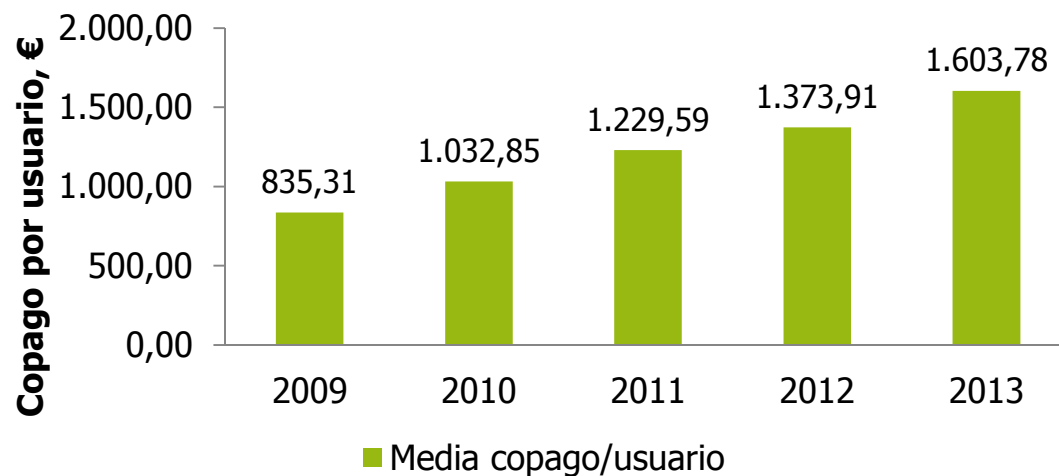
Fuente: Informe sobre el Desarrollo y Evaluación Territorial de la LAPAD. Anexos del XI Dictamen del Observatorio de la Dependencia. Enero 2013. Envejecimiento en red, ¿Estamos cambiando mortalidad por discapacidad?. Agosto 2013.



03 Mercado residencial español – 3.1 Marco Regulatorio – 3.1.2 Financiación

Por último, los copagos de los usuarios (el tercer financiador de los servicios) han aumentando rápidamente en estos últimos años

Evolución de la media del copago del usuario año (2009-2013). Dato en euros



La contribución del usuario (copagos) se decide a nivel autonómico. Por lo tanto, existe una gran variabilidad en esta cantidad debido a:

- Diferentes criterios para calcular la capacidad económica del beneficiario: renta, patrimonio, ingresos, etc.
- Diferentes métodos para calcular las exclusiones por bajos ingresos: salarios mínimo interprofesional (SMI), IPREM y otros.
- Diferentes métodos para calcular el límite máximo de copago.

Fuente: Informe sobre el Desarrollo y Evaluación Territorial de la LAPAD. XII Dictamen del Observatorio de la Dependencia. Enero 2014. Estadísticas del Sisaad



El coste del SAAD fue previsto en el momento de su creación en un 1% del PIB, sin embargo este podría subestimar las necesidades proyectadas

- España destinó 0.7% del PIB a cuidados de larga duración en 2011, esto es menos de la mitad del promedio en gasto público en cuidados de larga duración de la OCDE (promedio de la OCDE es de 1.6% del PIB).
- Según un informe publicado por la OCDE, el gasto público en cuidados de larga duración en España, como porcentaje del PIB, se triplicará e incluso podría crecer hasta 6 veces el gasto actual en 2050.

Comparativa de el gasto en los cuidados de larga duración en la OCDE y España diferenciando parte sanitaria y parte social.

Ingresos mensuales de beneficiario	Gasto en dependencia según el PIB (parte sanitaria)	Gasto en dependencia según el PIB (parte social)
OCDE (media países)	1,0	0,7
ESPAÑA	0,6	0,1

Fuente: Long-term care public expenditure (health and social components), as share of GDP. OECD, October 2013.

03

Mercado residencial español

3.1 Marco regulatorio

3.1.3 Precios y Contratos



03 Mercado residencial español – 3.1 Marco Regulatorio – 3.1.3 Precios y Contratos

La administración pública utiliza tres mecanismos principales para la contratación de servicios a operadores privados

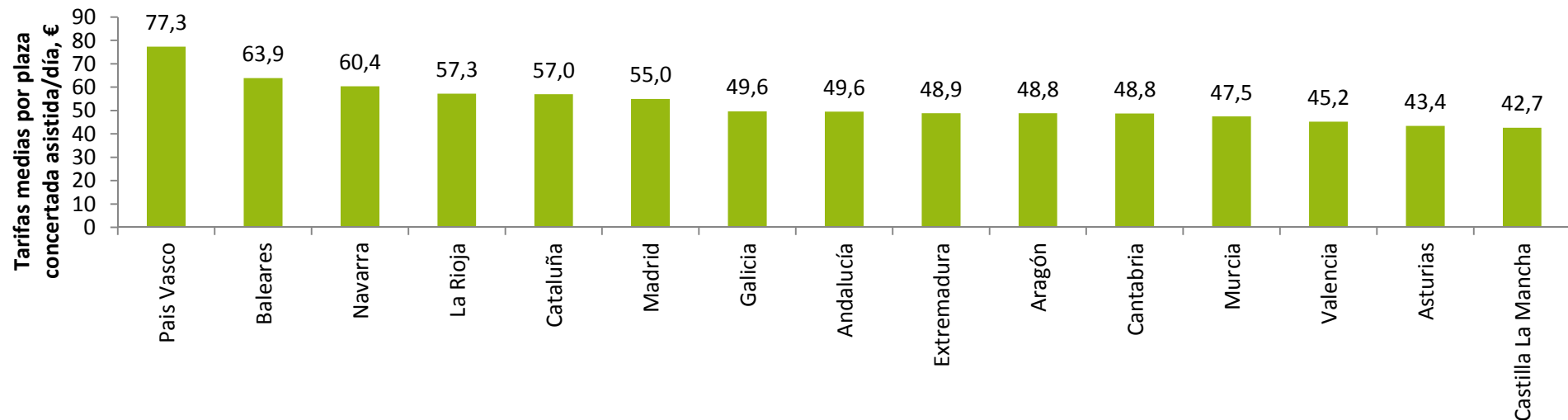
Mecanismo	Descripción	Duración	Renovación
Concertación de plazas	Contrato firmado entre la CCAA y el proveedor autorizado, estableciendo como marco general la disponibilidad de un número de camas (% del total) para los usuarios elegidos y un precio público por esas camas. El precio público se actualiza anualmente.	Varía según la CCAA, generalmente desde 4-5 años hasta 10-12 años.	Generalmente estos contratos son renovados. Un contrato puede cuestionarse si los problemas de calidad o administrativos son graves.
Concertación del servicio (bono servicio, acogimiento residencial...)	Algunas CCAA conciertan servicios sin número fijo de plazas financiando a los residentes que elijan ese centro. En algunos casos este mecanismo incluye alguna aportación pública a la construcción de la residencia. El sistema es conocido como bono-residencia o cheque residencia.	Variable, cuando incluye la construcción suelen ser períodos largos (20-30 años)	Generalmente se renuevan mientras existe demanda.
Concesiones de gestión	Consiste en gestionar de forma privada las instituciones públicas destinadas a los servicios de atención.	Entre 10-15 años o en periodos inferiores.	La renovación es abierta a todos los proveedores. Sin embargo el número de instituciones de cuidados en este sistema es muy limitado.



03 Mercado residencial español – 3.1 Marco Regulatorio – 3.1.3 Precios y Contratos

Como las tarifas de concertación de plazas residenciales son establecidas por cada CCAA, existen variaciones importantes entre las diferentes regiones

Tarifas medias pagadas por las Administraciones Autonómicas a los centros concertados por plaza asistida y día. IVA excluido. Datos 2014. (€)



Con datos de 2014, se observan las grandes diferencias entre el pago de las diferentes CCAA a los proveedores del servicio. Entre la comunidad que más paga y la que menos hay una diferencia de 34,6€ / día.

Estas diferencias pueden ser aún mayores dependiendo de los 3 tipos de IVA a aplicar, según pague la administración pública (4%), una entidad social sin ánimo de lucro (exento) o un ciudadano privado (10%) -ver pág. 19-

Fuente: Información proporcionada por AESTE.

03

Mercado residencial español

3.1 Marco regulatorio

3.1.4 Acreditación y Calidad



El desarrollo del SAAD lleva implícita la formulación de condiciones estables en la acreditación de los servicios que forman parte del sistema

- A partir de la aprobación del Consejo Territorial, en noviembre de 2008, del Acuerdo sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del SAAD, la competencia para acreditar centros, servicios y entidades corresponde a las CCAA.
- Son las CCAA quienes tienen la obligación de garantizar el cumplimiento de los requisitos y los estándares de calidad. También son las CCAA quienes establecen el régimen jurídico y las condiciones de actuación de los centros privados concertados y además, acreditan a los centros y servicios privados no concertados que presten servicios para las personas mayores en situación de dependencia.
- En la actualidad, las CCAA tienen normativas publicadas que, muy a menudo, mezclan la acreditación con otros procesos como es la inspección o la autorización de centros. Conviene resaltar que la acreditación es un proceso con una finalidad determinada, distinto de los otros dos procesos citados. Así:
 - Autorización: Acto de la Administración Pública por el que se determina que un centro cumple con las condiciones necesarias para garantizar una asistencia adecuada a las personas usuarias. En la mayoría de las CCAA incluye requisitos tales como la autorización por la Administración de Servicios Sociales, licencia municipal, inscripción en el Registro de Servicios Sociales, visado previo e inspección.
 - Acreditación: Acto por el que la Administración Pública garantiza que los servicios y centros sociales a quienes se otorga reúnen los requisitos exigidos reglamentariamente y además cumplen los parámetros de calidad exigidos por la Administración Pública para establecer conciertos con entidades prestatarias de estos servicios.

Fuente: Modelo de acreditación de servicios de atención a las personas mayores en situación de dependencia. Fundación Edad & Vida, Marzo 2012



Las CCAA están elaborando normativas al respecto que implicarán una evolución del sector hacia determinados estándares de calidad (1/2)

1. No todas las CCAA tienen normativa específica para la acreditación de centros residenciales y de día para personas mayores en situación de dependencia. Según estudio publicado por la Fundación Edad y Vida en 2012:
 - Asturias y Cantabria han aprobado nueva normativa posterior a la Resolución del Consejo Territorial del 2008.
 - Andalucía, Cataluña y Castilla-La Mancha disponen de legislación específica en materia de acreditación de centros de servicios sociales (en el caso de Andalucía concreta además para centros para la atención a la dependencia). En el caso de Castilla la Mancha es anterior a la puesta en marcha de la LAPAD.
 - Aragón y Extremadura, aunque no han regulado la acreditación de centros, sí exigen requisitos funcionales, materiales, estructurales y ratios de personal necesarios para la concertación de plazas con la Administración.
 - Castilla León, Galicia y la Rioja, hacen referencia a la acreditación de centros en la normativa para la autorización, la inspección y/o la sanción de centros.
 - Comunidad Valenciana, Islas Baleares, Islas Canarias, Madrid, Murcia y Navarra, no regulan en ningún grado la acreditación de centros.

Fuente: Modelo de acreditación de servicios de atención a las personas mayores en situación de dependencia. Fundación Edad & Vida, Marzo 2012



03 Mercado residencial español – 3.1 Marco Regulatorio – 3.1.4 Acreditación y Calidad

Las CCAA están elaborando normativas al respecto que implicarán una evolución del sector hacia determinados estándares de calidad (2/2)

- En la Comunidad Autónoma Vasca la competencia en materia de servicios sociales recae en las Diputaciones Forales. La Diputación Foral de Guipúzcoa ha regulado condiciones exigibles para la concertación de servicios residenciales para personas mayores en situación de dependencia.
2. Existen diferencias de rango legislativo entre las CCAA y podemos encontrar tanto órdenes, como decretos o resoluciones.
 3. Existen diferencias importantes en los años de desarrollo de la normativa. En algunas CCAA se ha desarrollado y aprobado con posterioridad una nueva ley de servicios sociales que cita la necesidad de impulsar la acreditación de centros y servicios. En este momento no más de 6 CCAA tienen publicada normativa concreta de acreditación para los servicios residenciales y en más de un caso ésta es realmente antigua.
 4. En ningún caso conocemos que los resultados de las evaluaciones de centros sean publicados como sucede, por ejemplo, en Alemania o en el Reino Unido.
 5. Actualmente en España no se diferencia en la mayoría de CC.AA, ni el acceso de cualquier proveedor a la prestación de un servicio de alta dependencia, ni se otorga una mayor financiación o tarifa a aquel proveedor que aporta un servicio de mayor calidad y que pudiera cumplir estándares de acreditación sanitarios y sociales indispensables para la atención de la alta dependencia.

Fuente: Modelo de acreditación de servicios de atención a las personas mayores en situación de dependencia. Fundación Edad & Vida, Marzo 2012



03

Mercado residencial español

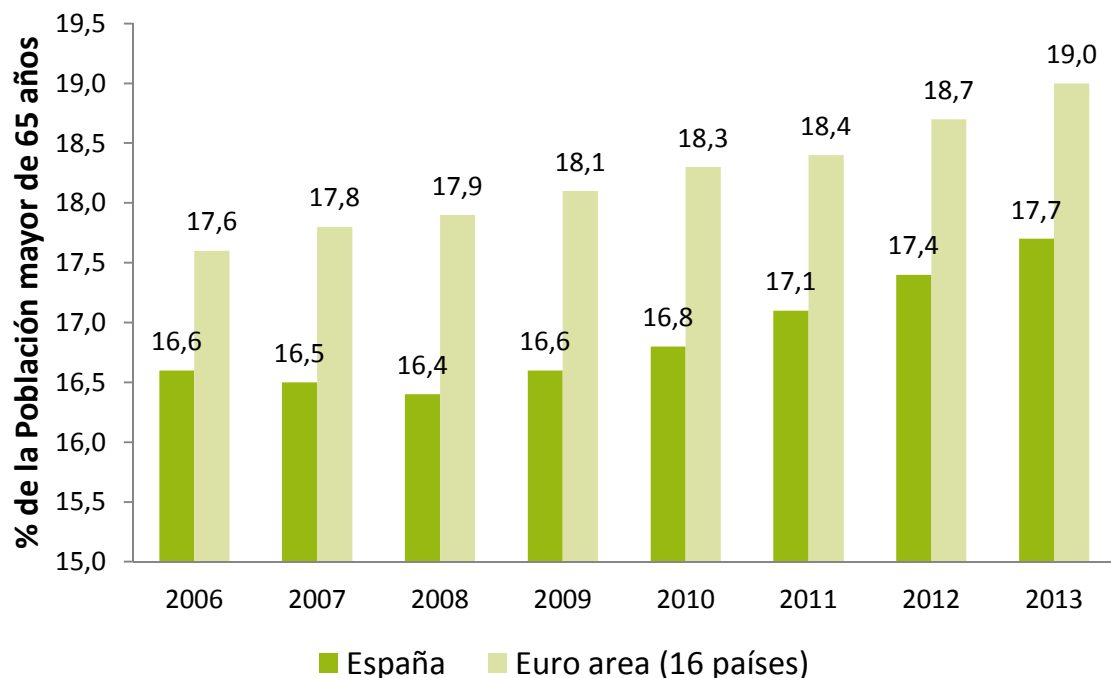
3.2 Demanda



03 Mercado residencial español – 3.2 Demanda

En 2013, la población de 65 años y más en España representa el 17,7% de la población total, mostrando un incremento del 13,2% respecto a 2006

Evolución de la población mayor de 65 años (2006 – 2013)



- En 2013 la población española asciende a 46,7 millones de habitantes, de los cuales:
 - 8,26 millones tienen más de 65 años, lo que representa respecto a la población total, un 17,7%, justo por debajo de la media europea (16 países) de 19%.
- La esperanza de vida al nacer en 2013, según el INE, es de 79,3 años en los varones y 85,2 años en las mujeres.

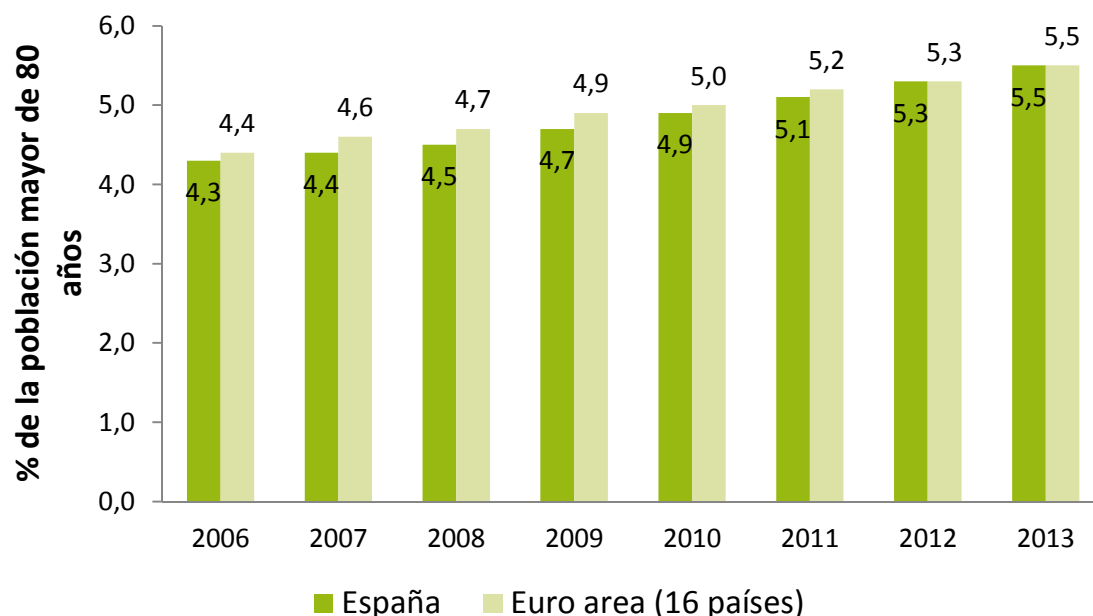
Fuente: Eurostat,
INE. Proyecciones de esperanza de vida al nacimiento : 2012-2051.



03 Mercado residencial español – 3.2 Demanda

La población de 80 años y más representa el 5,5% de la población total y el 31% de los mayores de 65 años, mostrando un incremento respecto a 2006 de cerca del 36%

Evolución de la población mayor de 80 años (2006 – 2013)



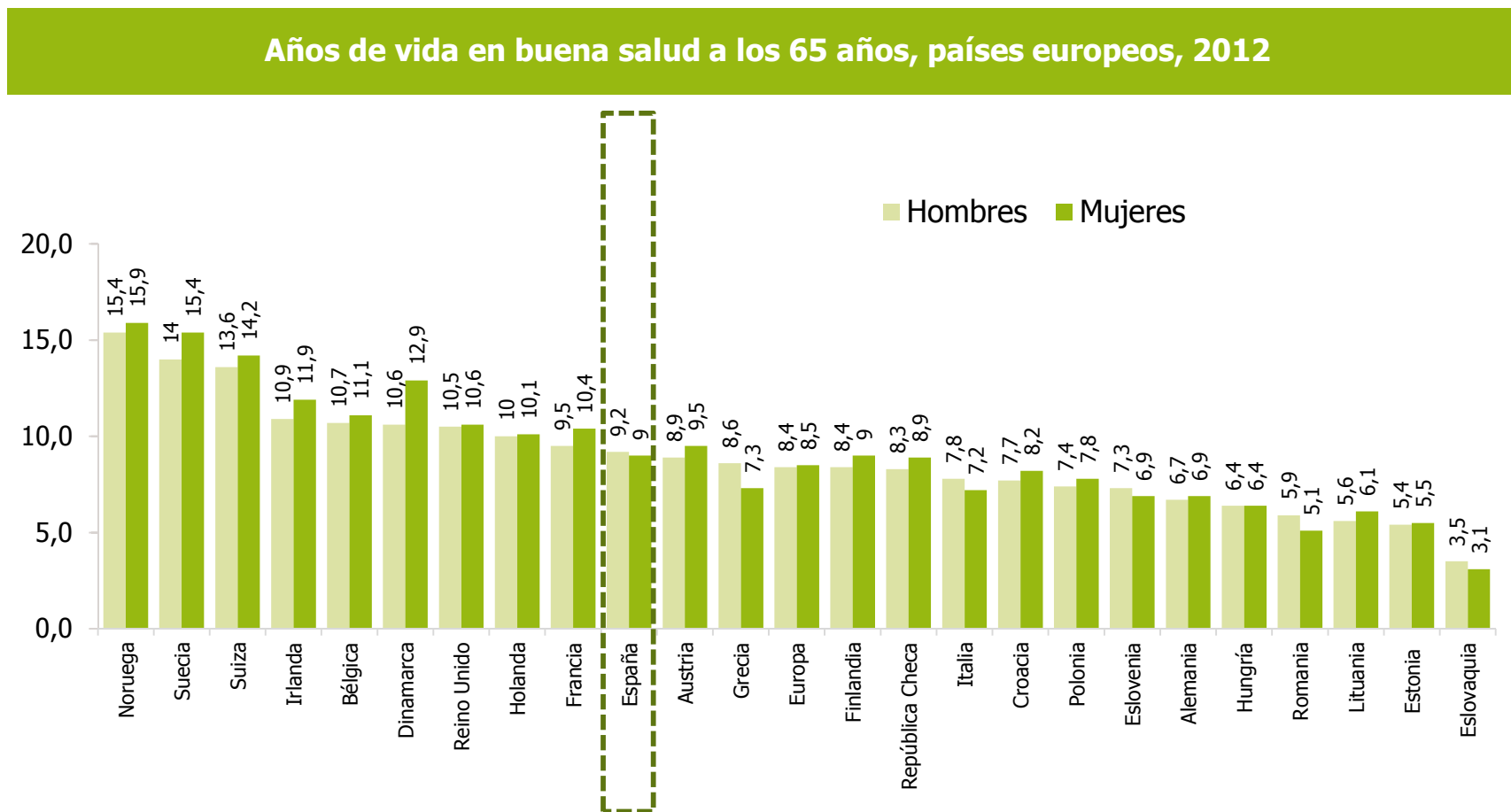
- En 2013, 2,57 millones de habitantes tenían más de 80 años.
- El porcentaje de personas mayores de 80 años respecto a la población mayor de 65 años es del 31%.
- En 2013, el porcentaje de personas mayores de 80 años iguala a la media de la Euro área de los 16 países. Teniendo en cuenta la proporción de personas mayores respecto a la población total, España es uno de los países con más adultos mayores de 80 años en Europa.

Fuente: Eurostat. European Commission. People by age group. 2013 <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=1&pcode=tps00010&language=en>



03 Mercado residencial español – 3.2 Demanda

Los años de vida en buena salud a los 65 años en España, son 9,2 en los hombres y 9 en las mujeres



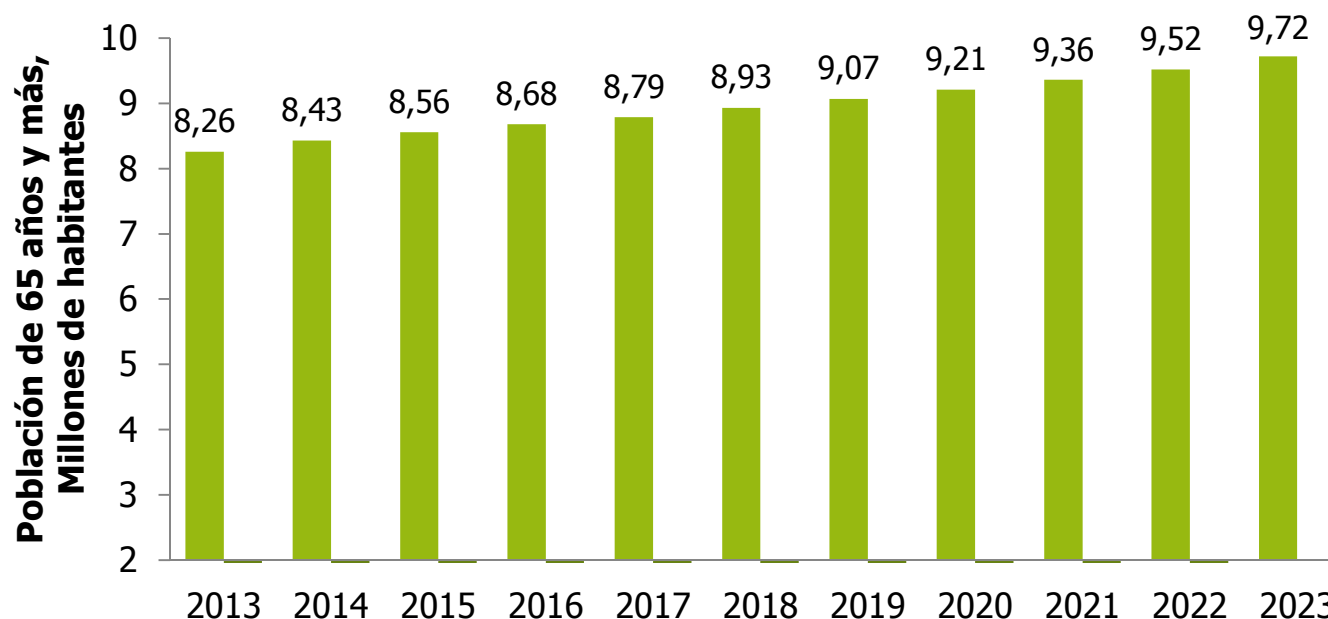
Fuente: European Health and Life Expectancy Information System (EHLEIS); Eurostat Statistics Database. 2013



03 Mercado residencial español – 3.2 Demanda

España se enfrenta a un aumento continuo en número de personas mayores, que en 2013 llegaron a ser 8,26 millones y que se espera que aumente hasta 9,72 millones en 2023

Proyección de la población mayor de 65 años (2013 – 2023)



Según las proyecciones la media de incremento interanual de la población mayor entre los años 2013 y 2023 es del 1,64%. Además la esperanza de vida a los 65 años se incrementaría hasta los 20,2 en los varones y 24,1 en las mujeres en 2022.

Fuente: Población: INE. Cifras de Población y Censos Demográficos. Proyecciones de la población a corto plazo. Últimos datos publicados: serie 2013-2013 (21 noviembre 2013). INEBase. Proyección de la Población en España corto plazo 2013-2023. Notas de prensa. 22 de noviembre de 2013.



03

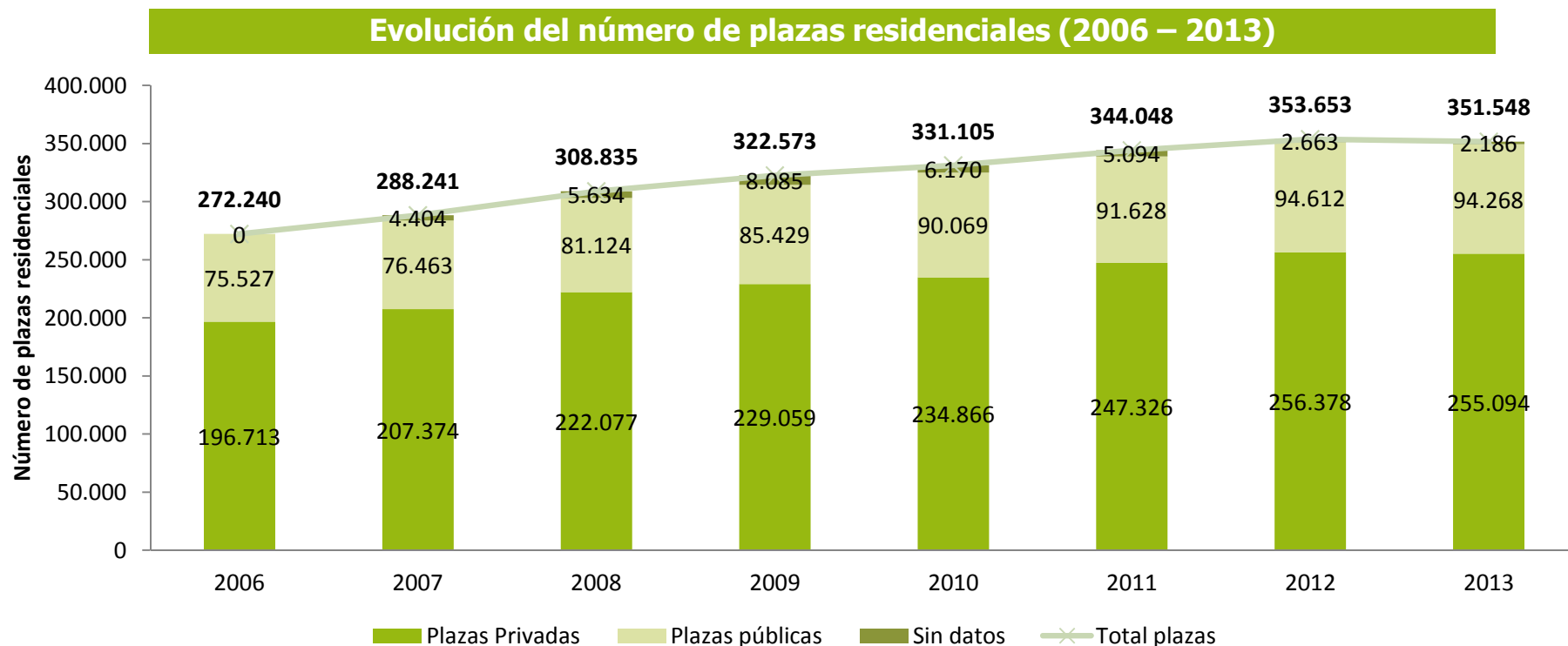
Mercado residencial español

3.3 Oferta



03 Mercado residencial español – 3.3 Oferta

La oferta de plazas residenciales en 2013 se ha incrementado en un 29,13% respecto a 2006. Sin embargo, entre 2012 y 2013 ha descendido un 0,6%



Del 2006 al 2012 ha habido un incremento interanual del número de plazas de cerca del 4,5%. En 2013 los datos muestran un descenso del 0,6%, (datos aún provisionales).

En 2013, la oferta de plazas privadas representa el 72,5% de la oferta total de plazas residenciales, mientras que la oferta pública representa 26,8% (del 0,7% de plazas restantes no se dispone de información sobre su titularidad).

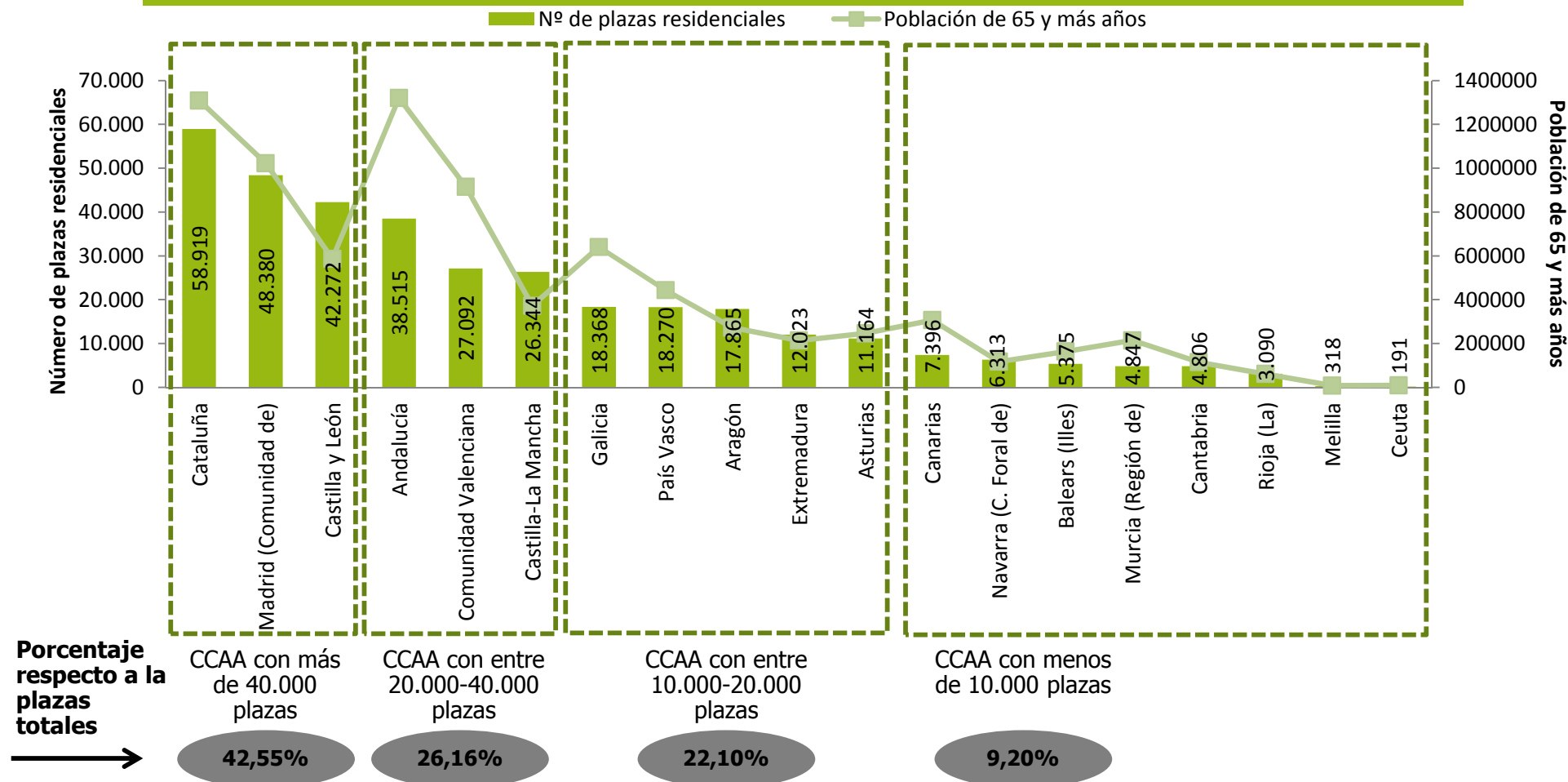
Fuente: Envejecimiento en red. Informes en red: Estadísticas sobre residencias 2006-2013.



03 Mercado residencial español – 3.3 Oferta

Cataluña, Madrid, Castilla y León y Andalucía disponen de mayor número de plazas, un 53,5% de las plazas totales para el 51% de la población mayor de 65 años

Distribución de las plazas residenciales por CCAA Vs Población mayor de 65 años (2013)

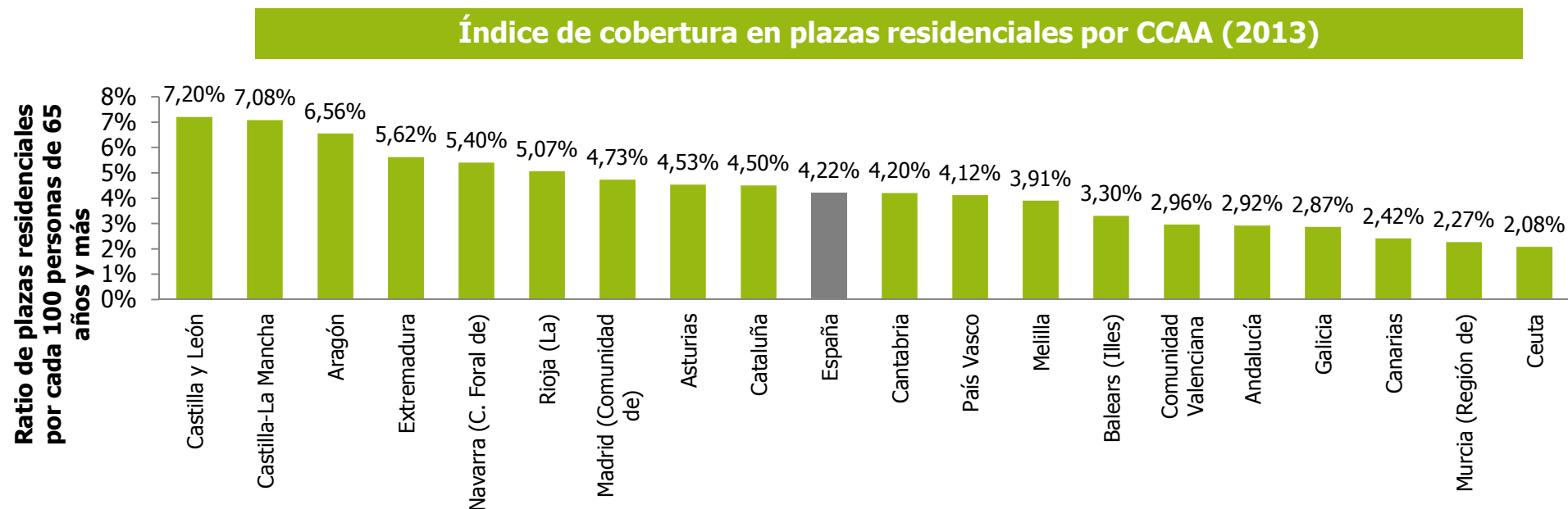


Fuente: Envejecimiento en red. Informes en red: Estadísticas sobre residencias 2013.



03 Mercado residencial español – 3.3 Oferta

La cobertura de plazas residenciales varía significativamente entre las diferentes Comunidades Autónomas



El índice de cobertura se ha incrementado respecto al 2006: 4,22 plazas residenciales/100 personas mayores de 65 años. Sin embargo todavía este indicador se encuentra por debajo de la cifra objetivo de 5 plazas residenciales/100 personas mayores de 65 años, cifra asumida como ideal.

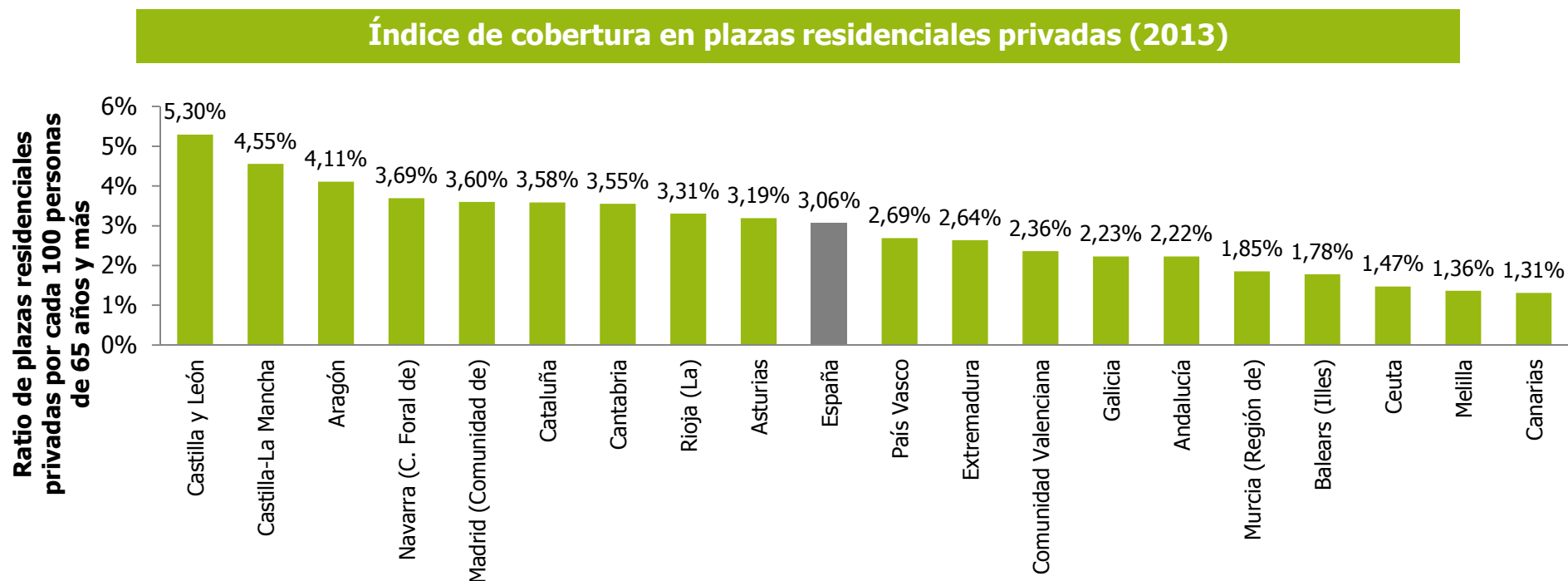
Se siguen evidenciando diferencias interautonómicas: Castilla y León, Castilla la Mancha y Aragón se sitúan a la cabeza con índices superiores a 6 plazas/100 mayores de 65 años. Canarias, Murcia y Ceuta tienen índices de cobertura por debajo de las 2,5 plazas por cada 100 mayores de 65.

Fuente: Envejecimiento en red. Informes en red: Estadísticas sobre residencias 2013.



03 Mercado residencial español – 3.3 Oferta

El índice medio de cobertura de plazas privadas es de 3,06 plazas por cada 100 mayores de 65 años, evidenciándose amplias diferencias entre CCAA



Respecto a datos del 2006 (2,63 plazas privadas/100 personas mayores de 65 años), en 2013 el índice de cobertura de plazas privadas se ha incrementado en 0,43 plazas privadas/100 personas mayores de 65 años.

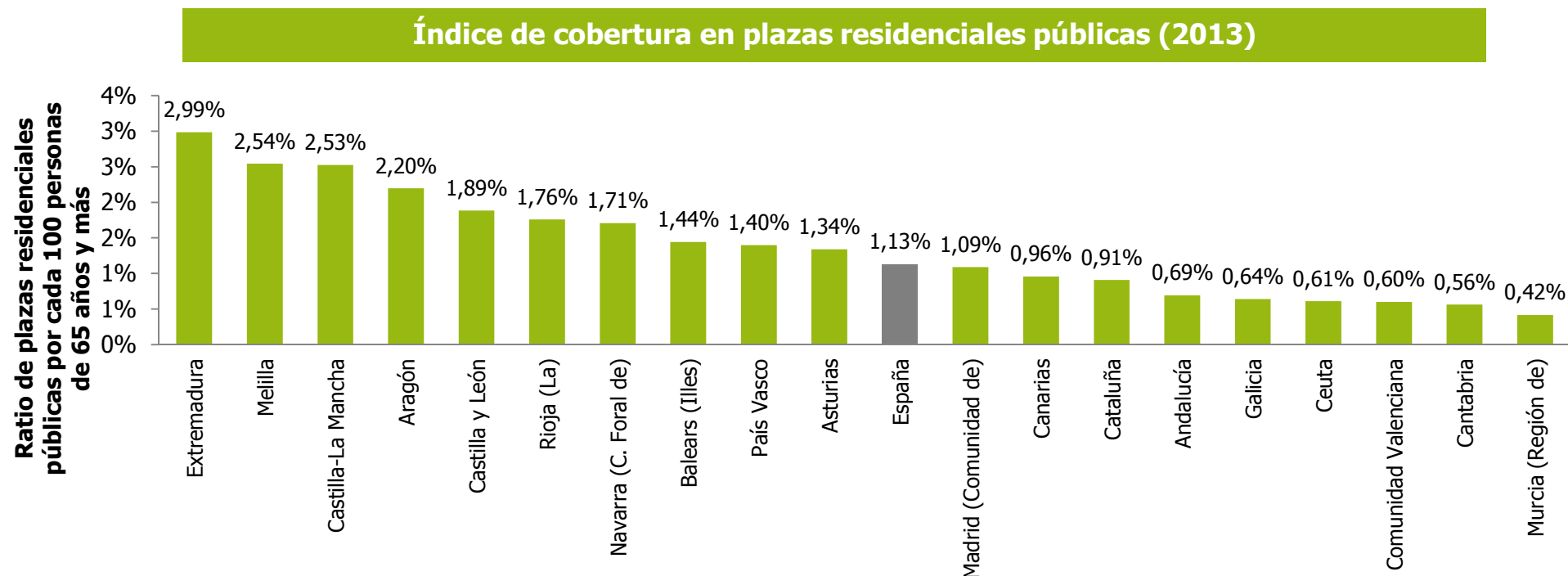
Sólo tres CCAA, Castilla y León, Castilla La Mancha y Aragón, tienen valores por encima de 4 plazas privadas por cada 100 mayores de 65 años. Murcia, Baleares, Ceuta, Melilla y Canarias tienen valores por debajo de 2 plazas privadas/100 mayores de 65 años.

Fuente: Envejecimiento en red. Informes en red: Estadísticas sobre residencias 2013.



03 Mercado residencial español – 3.3 Oferta

El índice de cobertura medio de las plazas públicas es de 1,13 plazas por cada 100 mayores de 65 años, existiendo una diferencia de 2,57 plazas entre las CCAA con valores extremos



Respecto a datos del 2006 (1,01 plazas públicas/100 mayores de 65 años), en 2013 el índice de cobertura en plazas públicas se ha incrementado en 0,12 plazas públicas por cada 100 mayores de 65 años.

Sólo cuatro CCAA: Extremadura, Melilla, Castilla La Mancha y Aragón, tienen valores por encima de 2 plazas públicas por cada 100 mayores de 65 años. Mientras que ocho CCAA, tienen valores por debajo de 1 plaza pública/100 mayores de 65 años.

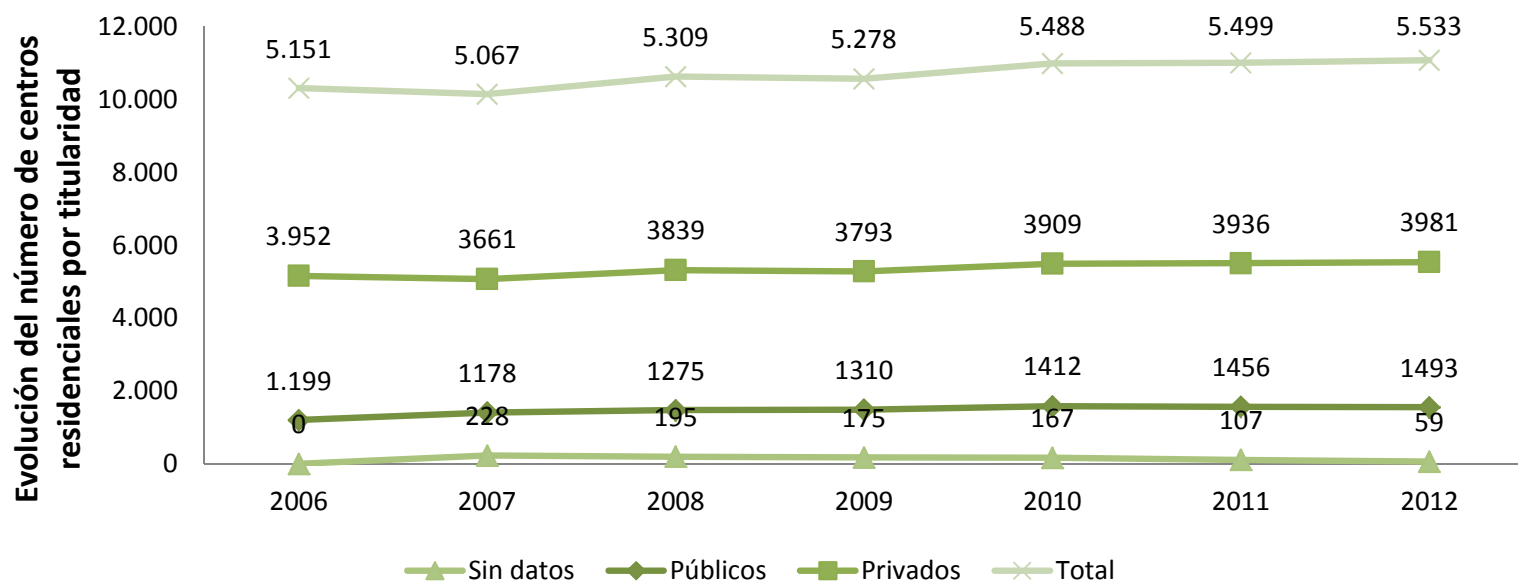
Fuente: Envejecimiento en red. Informes en red: Estadísticas sobre residencias 2013.



03 Mercado residencial español – 3.3 Oferta

El número de centros privados se ha incrementado en un 7,4% respecto a 2006, evidenciando un crecimiento del sector ralentizado en estos 2 últimos años

Evolución de la titularidad de las residencias (2006-2013)



Entre 2007 y 2010 el número de centros privados ha tenido un incremento interanual del 2,2%, mientras que entre 2010 y 2012 este incremento ha sido solamente de cerca del 1%.

En la valoración de este dato debe tenerse en cuenta el tiempo que conlleva abrir un centro desde que se decide la inversión hasta que está operativo, que nunca es inferior a los 2 años.

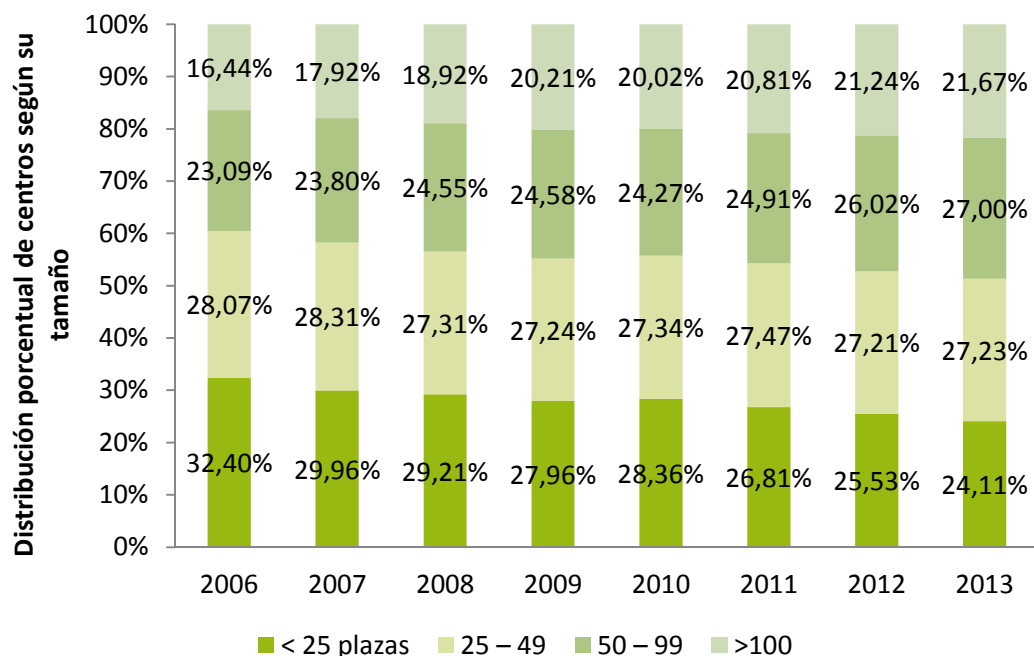
Fuente: Envejecimiento en red. Informes en red: Estadísticas sobre residencias 2013.
Alimarket, Aperturas 2012: Se mantiene la tendencia a la baja. Febrero de 2013.



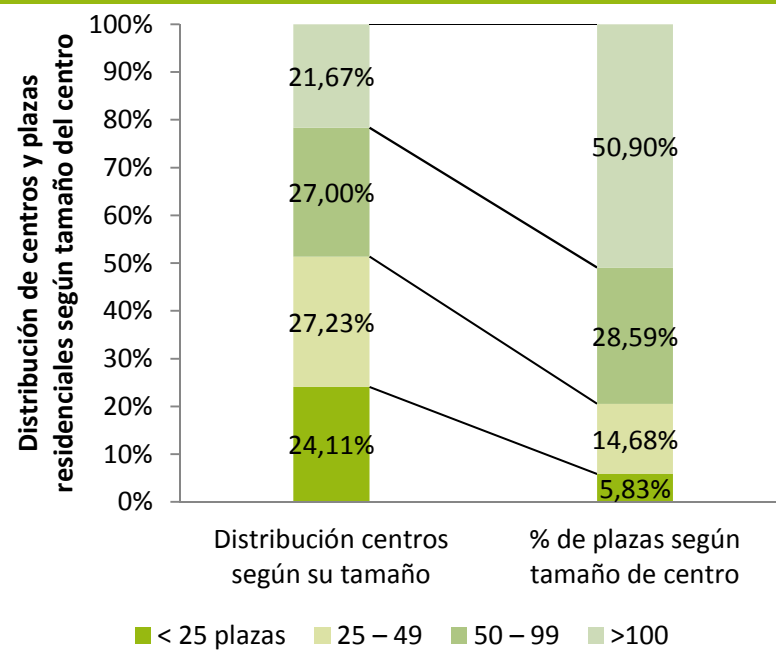
03 Mercado residencial español – 3.3 Oferta

El mercado residencial español sigue siendo atomizado: Más del 50% de los centros tienen menos de 50 plazas aunque sólo son el 20,51% de la oferta total de plazas residenciales

Evolución del tamaño de los centros residenciales (2006-2013)



Distribución de los centros y plazas según el tamaño del centro residencial, 2013.



La distribución de los centros residenciales según su tamaño ha variado de forma muy discreta, sin embargo en los últimos dos años se ha visto un incremento en la proporción de residencias con más de 50 plazas.

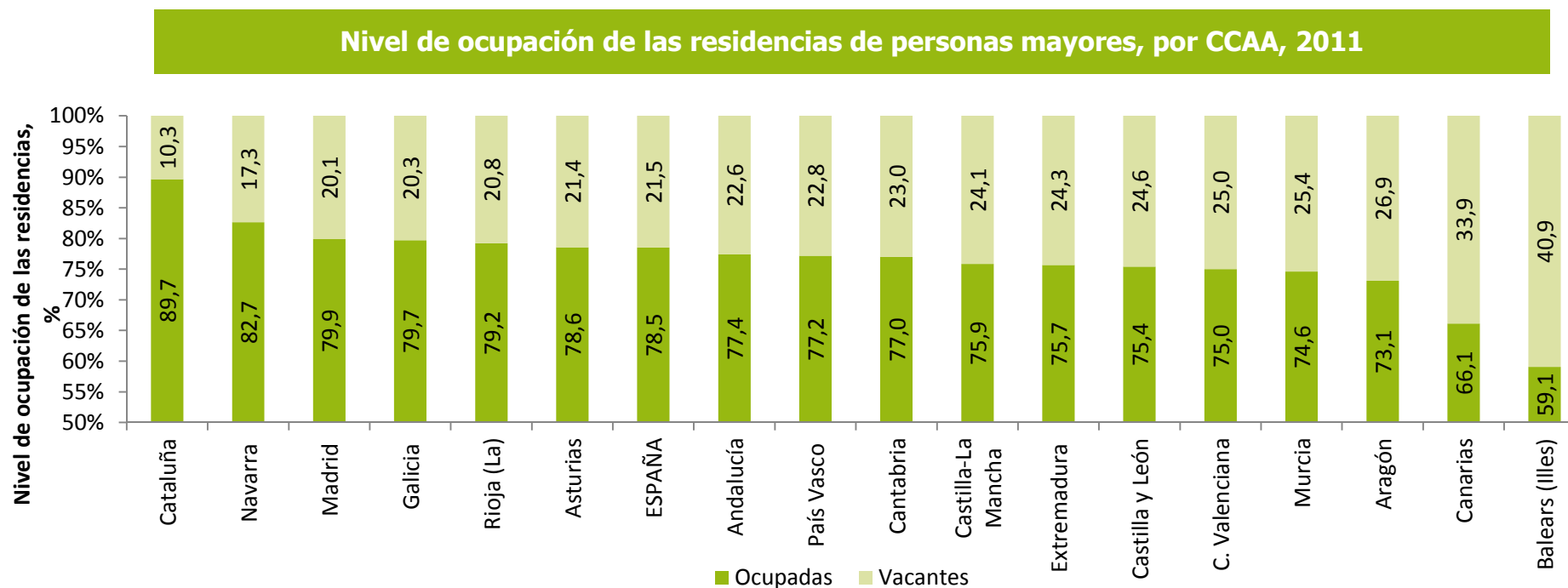
La mitad de la oferta de plazas residenciales del país se concentra en el 21,67% de los centros residenciales, que a su vez son centros de más de 100 plazas. Sólo el 20,51% de las plazas están en centros de menos de 50 plazas.

Fuente: Envejecimiento en red. Informes en red: Estadísticas sobre residencias 2013.



03 Mercado residencial español – 3.3 Oferta

A pesar de la baja cobertura, según algunas fuentes, la ocupación de plazas de las residencias existentes no es alta y con grandes diferencias entre CCAA



Según un estudio publicado en 2013 por Envejecimiento [en-red], “Una de cada cinco plazas en residencias de mayores está vacante”, la ocupación de residencias promedio se sitúa por debajo del 80%.

Además el informe indica que existen importantes diferencias de ocupación : 60% en Baleares y en el otro extremo 90% en Cataluña. Ello parece relacionarse con las diferencias de financiación que habíamos visto anteriormente ya que las CCAA con menores tasas de cobertura y gasto por habitante tienen ocupaciones más bajas.

Fuente: Abellán A. Una de cada cinco plazas en residencias de mayores está vacante. En: Envejecimiento en red. En.: <http://envejecimientoenred.wordpress.com/2013/05/16/una-de-cada-cinco-plazas-en-residencias-de-mayores-esta-vacante/>



03

Mercado residencial español

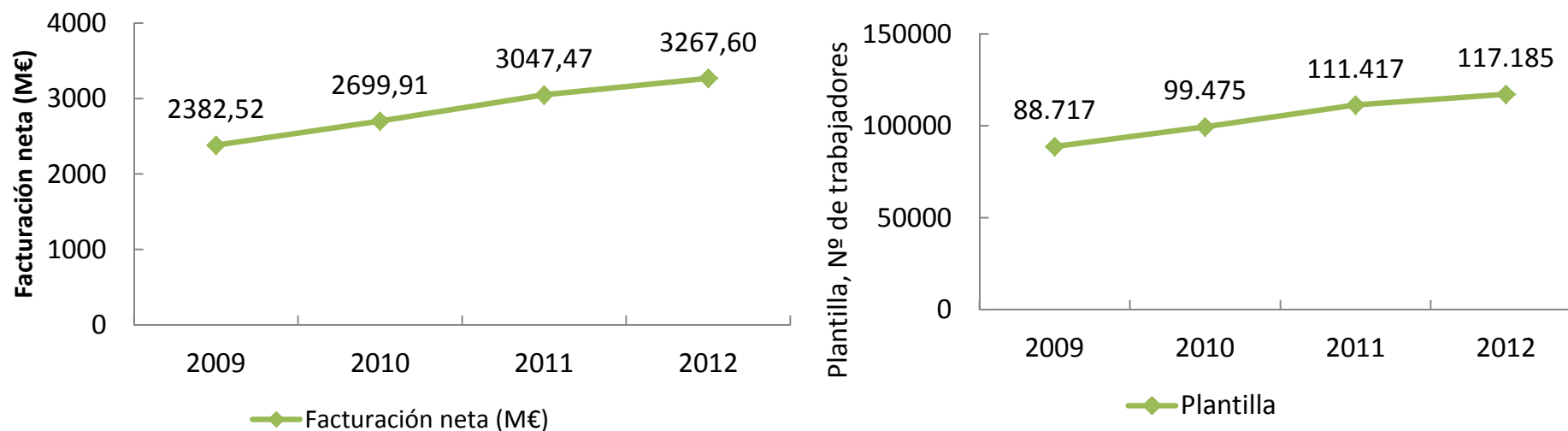
3.4 Operadores privados



03 Mercado residencial español – 3.4 Operadores privados

Los grandes grupos operadores siguen buscando alternativas para ampliar su nivel de actividad y poder ampliar su facturación

Evolución del sector geriátrico (*), (2009-2013).



(*) Incluye evaluación de los 217 primeros grupos y empresas del sector geriátrico.

La búsqueda de nuevas opciones para ampliar su actividad ya sea mediante adquisiciones de centros, desarrollando nuevas gamas de servicios o reduciendo los márgenes en los concursos es lo que ha permitido a los 217 operadores evaluados por SANImarket un crecimiento conjunto del 7,2% en su cifra de negocio llegando así a los 3.268 M€ favoreciendo también el incremento de su plantilla de trabajadores.

Fuente: Revista SANImarket. Nº 35 – Noviembre – Diciembre 2013.



03 Mercado residencial español – 3.4 Operadores privados

La facturación de los diez primeros operadores ha crecido un 15,23% hasta sumar los 1.283,76 M€, el 40% de la facturación de los 217 grupos incluidos en el estudio realizado por SANImarket

Principales grupos geriátricos por facturación en 2012

	Grupo	Sede	Facturación (M€)		Plantilla
			2012	2011	
1	CLECE, S.A. - DIVISIÓN SOCIAL MAYORES	San Sebastián de los Reyes (M)	300 (2)	248,00	20.812
2	SARquavitae	Barcelona	280,00	205,00	9.000
3	EULEN SERVICIOS SOCIOSANITARIOS, S.A.	Madrid	170,31	169,30	8.150
4	INTERCENTROS BALLE SOL, S.A. (GRUPO BALLE SOL)	Madrid	114,45	113,19	2.723
5	SANITAS RESIDENCIAL, S.L.	Barcelona	106,80	104,60	2.880
6	AMMA GEROGESTIÓN, S.L. - GRUPO	Madrid	89,00	86,00	2.488
7	GERIATROS, S.A. - GRUPO	Vigo (PO)	66,70	56,03	2.430
8	GRUPO SANYRES	Córdoba	54,83	53,66	1.390
9	SUARA COOPERATIVA	Barcelona	51,27	47,60	1.918
10	ORPEA IBÉRICA, S.A. - GRUPO	Madrid	50,40	30,71	1.251
11	CASER RESIDENCIAL, S.A.	Madrid	58,00	46,70	1.200
12	GRUP MUTUAM	Barcelona	45,85	48,29	960
13	CLAROS S.C.A. DE INTERÉS SOCIAL	Sevilla	45,00	44,70	2.024
14	CENTROS RESIDENCIALES SAVIA, S.L.	Valencia	40,53	40,49	1.049
15	VITALIA PLUS, S.A. - GRUPO VITALIA HOME	Zaragoza	39,70	37,80	1.125

(2) Sólo incluye ingresos por servicios a personas mayores

Fuente: Revista SANImarket. Nº 35 – Noviembre – Diciembre 2013.



03 Mercado residencial español – 3.4 Operadores privados

Los 5 principales promotores y operadores constituyen cerca del 12% de la oferta total de plazas residenciales privadas en 2013

Principales grupos geriátricos por número de camas operativas

(* No se incluyen instituciones ni congregaciones religiosas. (1) Incluye viviendas tuteladas (2) Incluye camas en viviendas tuteladas

Posición	Empresa	Nº de plazas (2)	% de plazas respecto al total privado comercial	Nº de centros (1)	Plazas /centro	Facturación 2012 (M€)	Centro en proyecto	Camas en proyecto
1	SARquavita	8.155	3,20%	56	146	280	6	810
2	INTERCENTROS BALLE SOL, S.A. (GRUPO BALLE SOL)	6.899	2,70%	47	147	114,45	1	90
3	ASOC. EDAD DORADA-MENSAJEROS DE LA PAZ	5.407	2,12%	93	58	-	2	120
4	SANITAS RESIDENCIAL, S.L.	5.041	1,98%	40	126	106,8	2	246
5	AMMA GEROGESTIÓN, S.L. - GRUPO	4.412	1,73%	30	147	89		
	Subtotal	29.914	11,73%	266	112		11	1.266
6	GERIATROS, S.A. - GRUPO	4.096	1,61%	28	146	66,7	4	221
7	CLECE, S.A. - DIVISIÓN SOCIAL MAYORES	4.017	1,57%	56	72	300	4	221
8	GRUPO SANYRES	3.508	1,38%	20	175	54,83		
9	VITALIA PLUS, S.A. - GRUPO VITALIA HOME	3.088	1,21%	19	163	39,7	2	302
10	FUNDACIÓN SAN ROSENDO	3.022	1,18%	43	70	-	4	374
11	CASER RESIDENCIAL, S.A.	2.637	1,03%	16	165	48		
12	CENTROS RESIDENCIALES SAVIA, S.L.	2.609	1,02%	22	119	40,53		
13	ORPEA IBÉRICA, S.A. - GRUPO	2.560	1,00%	20	128	50,40		
14	CÁRITAS ESPAÑOLA	2.163	0,85%	36	60	-		
15	GRUPO LOS NOGALES	2.056	0,81%	9	228	36	5	1.092
	Subtotal	29.756	11,66%	269	111		19	2.210
	Total oferta privada	255.094						

Fuente: Revista SANImarket. Nº 35 – Noviembre – Diciembre 2013.



03 Mercado residencial español – 3.4 Operadores privados

La coyuntura económica y los recortes en el sector social han favorecido la cada vez más acentuada tendencia a la baja en la apertura de nuevos centros geriátricos

- En 2012, según un estudio realizado por SANImarket, abrieron un total de 57 centros incluidos dos complejos de viviendas con servicios, que representaron el 87,7% del total de las aperturas del año aportando 4.535 camas nuevas (el 80,8% de las plazas nuevas).
- Las dificultades de acceso al crédito y los recortes en los presupuestos de las administraciones públicas han limitado considerablemente los acuerdos de concertación de plazas con centros privados y municipales, principales causas del poco crecimiento del sector.
- No son pocos los proyectos privados y públicos, en 2012, que estando terminados estaban pendientes de apertura que ante la incertidumbre sobre la posibilidad de recibir o no residentes públicos no abrían sus puertas. También las últimas limitaciones en las ayudas a la dependencia aprobadas en los presupuestos Generales del Estado para 2013 no han favorecido la mejora del escenario.

Los principales grupos están optando más por la gestión de centros públicos o privados ya abiertos que por nuevos proyectos de viabilidad incierta.



03 Mercado residencial español – 3.4 Operadores privados

Algunos de los movimientos de los principales grupos geriátricos en 2013

Operador	Últimos movimientos
Clece	<ul style="list-style-type: none">• Suma de nuevos centros a su red de gestión residencial como por ejemplo su entrada en Aragón con la adjudicación de las residencias de Villanueva de Gállego (Zaragoza) y Tardienta (Huesca). Así mismo el grupo tiene adjudicados proyectos municipales aún en construcción en Villaornate y Castro (León), Almáchar (Málaga) y Dueñas (Palencia).• Incorporación de nuevos contratos de atención domiciliaria de los Ayuntamientos de Madrid y Sevilla.• Incorporación de la Teleasistencia en su cartera de servicio en abril de 2013 con dos contratos para dar servicios a los ayuntamientos de Valladolid y Ourense.
EULEN	<ul style="list-style-type: none">• Búsqueda de nuevos contratos tanto para incorporar otros centros a su red (por ejemplo en octubre de 2013, se quedaba con el Centro de Atención a Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias en Salamanca) como para seguir ampliando su presencia en los ámbitos de teleasistencia y SAD (para este último servicio ha ganado nuevamente uno de los lotes de SAD del Ayuntamiento de Madrid).• Apuesta por aumentar la inversión en el proceso de expansión internacional en Latinoamérica, motivados por el crecimiento económico y social de estos países y la creciente demanda de los tipos de servicios que ofrece el Grupo.
SARquavita	<ul style="list-style-type: none">• Incorporaciones en el ámbito residencial que han posicionado al grupo como líder en número de camas: 8.155 ubicadas en 51 residencias y 5 complejos de viviendas. A estas cifras se sumaron los proyectos terminados en Cádiz (con 120 camas y 30 estancias diurnas) y Jaén (con 87 camas y 30 camas) que ya han sido abiertos aumentando su número de centros hasta 53. También están pendientes los proyectos anunciados en Sabadell y otros prácticamente terminados en Fuengirola, Sevilla y Palma de Mallorca.• Adjudicación del contrato para la gestión de la residencia Mirasierra de Madrid, así como el Centro Residencial y de día de esclerosis múltiple Alicia Koplowitz también en Madrid.• Diversificación de servicios: Puesta en marcha de un plan de aperturas de servicios de centro de noche dentro de algunas de sus residencias y el desarrollo de telemedicina. Además mantuvo su red de teleasistencia y continuó apostando fuerte por el área de atención domiciliaria.

Fuente: Revista SANImarket. Nº 35 – Noviembre – Diciembre 2013.



Algunos de los movimientos de los principales grupos geriátricos en 2013

Operador	Últimos movimientos
Ballesol	<ul style="list-style-type: none">• Centrado en la gestión residencial y en consolidar sus centros operativos, el grupo continua ejecutando el plan de “restyling” de su red.• Ampliación de la capacidad de su residencia en Almería, en la que ha incorporado 40 camas nuevas.• Adquisición de inmuebles que gestionaba en régimen de alquiler: En 2013 firmaba la adquisición de la residencia de la Avenida de Gijón de Valladolid. Además, el grupo ha renegociado la totalidad de sus contratos de alquiler.
Sanitas	<ul style="list-style-type: none">• Centrado en mejorar los ratios de ocupación, a través de su proyecto “ojo de cliente”, que consiste en modificar espacios según requerimientos de residentes y familiares.• El grupo mantiene, aunque retrasados, los dos proyectos de Vitoria y Telde (Gran Canaria). El crecimiento a medio plazo se basará sobretodo en la búsqueda selectiva de centros operativos en gestión.
Amma	<ul style="list-style-type: none">• Consolidación de su red de centros, a la que sumaba una nueva incorporación en junio con un Centro en Cartagena.• Apuesta por nuevos servicios, modelos de calidad, etc.
Sanyres	<ul style="list-style-type: none">• Mantenimiento de su red formada por 18 geriátricos y dos complejos de viviendas.• Apuesta por desarrollar el área de atención domiciliaria en solitario, disolviendo progresivamente la alianza que mantenía con Mondial Assistance, con la que comparte la filial Atención Integral a la Dependencia (Atide).• Además el grupo firmaba un acuerdo de colaboración con HM Hospitales por el que este último derivará sus pacientes a los geriátricos madrileños de Sanyres y los pacientes que sigan un tratamiento ambulatorio en el Centro Oncológico Campoamor de HM podrán alojarse en los apartamentos de Sanyres en el complejo Loreto de la capital.

Fuente: Revista SANImarket. Nº 35 – Noviembre – Diciembre 2013.



Algunos de los movimientos de los principales grupos geriátricos en 2013

Operador	Últimos movimientos
Caser Residencial	<ul style="list-style-type: none">• Apertura del centro Caser residencial La Moraleja en Alcobendas.
Ecoplar	<ul style="list-style-type: none">• Mantenimiento de su red de centros.• En 2012 apostó por renegociar a la baja sus contratos de suministros y amortizar deuda para aumentar su rentabilidad.
Orpea	<ul style="list-style-type: none">• La integración del negocio del grupo Artevida permitió a Orpea consolidarse entre los diez primeros operadores por nivel de facturación y décimo tercero en número de camas gestionadas. Esta operación ha permitido a la filial española del grupo francés incrementar en más del 64% su volumen de negocio. (En 2014 han seguido creciendo con la compra de 6 centros más en Madrid).
Geriatros	<ul style="list-style-type: none">• En 2013 ha sumado a su red un centro residencial en Narón (que hasta entonces estaba en manos del grupo Eulen). Recientemente ha abierto la residencia que tenía pendiente en Alcalá de Guadaíra (Sevilla).• Actualmente el grupo está centrado en impulsar la atención geriátrica integral, con nuevas implantaciones propias y en gestión y con la incorporación de otros servicios como el tratamiento de crónicos o discapacitados físicos, además de continuar aumentando su cartera de servicios de atención domiciliaria.



Algunos de los movimientos de los principales grupos geriátricos en 2013

Operador	Últimos movimientos
Vitalia	<ul style="list-style-type: none">• Adaptación al mercado a través de la gestión de centros ya construidos, siempre en el ámbito de residencias geriátricas.• Mantiene ralentizados sus proyectos en Calatayud (Zaragoza) y Lucena (Córdoba). El grupo mantiene su apuesta por crecer en Zaragoza y Cataluña, centrándose en Barcelona y su área metropolitana.
Los Nogales	<ul style="list-style-type: none">• Redefinición de todo su plan de aperturas. Por ejemplo dedicará el centro que tiene en el paseo de Pontones Madrid a atender a las personas mayores, desestimando su plan de destinarlo a la atención de personas con discapacidad, tras no conseguir su autorización para el desarrollo de esta actividad.• Respecto al resto de aperturas anunciadas, el grupo está a la espera de que alguno de estos proyectos pueda reactivarse.



03 Mercado residencial español – 3.4 Operadores privados

El crecimiento exógeno prevalece como estrategia de crecimiento entre los operadores del sector residencial (1/3)

- A diferencia de años atrás donde los grupos privados optaban como estrategia de crecimiento y desarrollo el crecimiento endógeno (a partir de la construcción de nuevas residencias), actualmente los grupos operadores acuden al crecimiento exógeno para mantenerse en el mercado. Así, es frecuente la compra de residencias ya existentes, la aplicación de políticas de fusiones y adquisiciones que permiten, por ejemplo la capitalización procedente de empresas de capital de riesgo.

Algunos ejemplos de estas operaciones :

- La adquisición más importante, en los últimos años, ha sido la de Quavita, por parte del grupo SAR. Esta operación sitúa la nueva SARquavita como líder en el ranking del sector en número de camas operativas y lo sitúa en segundo lugar en facturación. A efectos prácticos, la integración ha permitido a SAR incorporar la explotación de 19 residencias, con 3.198 camas, un complejo de viviendas (42) y una treintena de centros de día, así como seis centros para personas con discapacidad.
- Otra de las adquisiciones más relevantes ha sido la del grupo de servicios Clece y sus filiales por parte de las entidades de capital riesgo Permira y Mercapital.
- El grupo Balle Sol ha apostado por hacerse con la titularidad de nuevos inmuebles y firmó en 2011 una opción de compra con la inversora inmobiliaria Santander Real State, que le permitiría quedarse con la titularidad de tres centros de su red en Barcelona, Málaga y Zaragoza.

Fuente: Alimarket, Los grandes grupos geriátricos siguen apostando por el sector. Noviembre de 2011



03 Mercado residencial español – 3.4 Operadores privados

El crecimiento exógeno prevalece como estrategia de crecimiento entre los operadores del sector residencial (2/3)

- Por otra parte, se observa de modo claro la presencia de inversores extranjeros en el mercado residencial español. Las últimas apuestas fueron:
 - En 2010, Palamon Capital Partners (británico) y Private Equity G Square Capital (francés), nuevos accionistas del Grupo SAR o en la adquisición del grupo Care por el grupo francés ORPEA, compañía cotizada en la Bolsa de París y líder Europeo en el sector de residencias para la tercera edad y cuidados post operatorios.
 - En 2014 el grupo Maisons de Famille, implantado en Francia y con presencia reciente en Italia ha entrado a formar parte, con el 57,5%, del capital de la sociedad Planiger que opera bajo la marca Adavir Residencias.
 - Tras la adquisición del operador gallego Geriatros por la inversora hispano-lusa Magnum Capital Industrial Partners, recientemente esta última ha cerrado un acuerdo para la adquisición del grupo asturiano Geriátricos del Principado.



03 Mercado residencial español – 3.4 Operadores privados

El crecimiento exógeno prevalece como estrategia de crecimiento entre los operadores del sector residencial (2/3)

- Otra de las vías más recurridas es la ampliación del negocio mediante el desarrollo de servicios de ayuda a domicilio y teleasistencia. Por ejemplo:
 - Personalia, la filial del grupo Once, continua desarrollando el área de la teleasistencia, consiguiendo renovar hasta 2016 el contrato de gestión de varias zonas de Madrid capital. Sin embargo su apuesta más importante en 2013 ha sido la entrada en el ámbito de la atención domiciliaria pública y la puesta en marcha de una línea de negocio de teleasistencia privada.
 - Geroresidencias-la Saleta, el grupo valenciano confirma su entrada en el mercado de la teleasistencia y la asistencia a domicilio.

03

Mercado residencial español

3.5 Constataciones

La población mayor en España presenta un importante índice de sobre envejecimiento

La población mayor de 80 años considerada como población sobre envejecida, representa en España el 31% de la población mayor de 65 años, lo que la sitúa en uno de los índices de mayor sobre envejecimiento de Europa. Además esta es una tendencia que parece consolidada.

Los años de vida en buena salud para la población mayor en España (9,2 años para los hombres y 9 para las mujeres) están por debajo de los que se dan en los países del centro y del norte de Europa (llegan a estar entre los 15 y los 16 en los países nórdicos), aunque algo más altos de la media europea (8,4 años para los hombres, 8,5 años para las mujeres).

La diversidad de contextos normativos en las distintas CCAA, continúa siendo una característica destacada del sistema de atención residencial a las personas con dependencia en España

La aplicación de la LAPAD ha introducido criterios comunes relativos a:

- La recogida de una información común para la valoración de la dependencia.
- La definición de una cartera de servicios mínima, desarrollada de modo diferente por las CCAA.

Sin embargo, persiste una importante diversidad normativa y diferencias evidentes en las políticas aplicadas por las administraciones autonómicas. Así:

- No se han producido avances significativos en armonizar los sistemas de acreditación y evaluación de centros.
- El modelo de financiación, especialmente en el nivel y/o modalidad de participación del usuario en la financiación (copagos), se concreta de modo distinto.
- No existe un sistema común para la acreditación de centros y servicios como garantía de calidad y, en muchas comunidades, ni siquiera se contempla.
- La aplicación de criterios de valoración de la dependencia conlleva importantes diferencias en el número de personas reconocidas que no se explican por las diferencias de población entre comunidades.

Así mismo, se han consolidado importantes diferencias entre comunidades autónomas en cobertura y gasto por habitante.

03 Mercado residencial español

Los cambios en las políticas respecto a la atención a las personas con dependencia están marcados por la restricción de la financiación, especialmente a nivel estatal

Los importantes cambios condicionados por la crisis de financiación han influido en la revisión de la LAPAD y su ritmo de implantación, lo que ha significado una clara tendencia a la disminución de la aportación de todas las administraciones, especialmente de la aportación estatal y ha implicado el aumento de la participación del usuario en la financiación de su atención (copago).

Esta misma razón influye sin duda en la disminución de la proporción de personas atendidas en el sistema, con grandes diferencias entre Comunidades Autónomas.

Sanidad queda al margen de la financiación del sistema, aún considerando el perfil de alta dependencia asociada a enfermedad de la mayoría de personas atendidas en centros

Los usuarios de residencias presentan necesidades sanitarias importantes que generan un coste sanitario elevado que no se ve reflejado en las partidas destinadas a estos servicios. Solo Cataluña, Madrid y Extremadura tienen plazas sociosanitarias específicas. Esto provoca una deficiente estimación de costes de la atención a estos usuarios y que las partidas destinadas a la dependencia destinen parte de su gasto a otras labores que aunque necesarias, no les corresponden.

En España no se tienen en cuenta los costes sanitarios en las personas dependientes y este gasto sanitario acaba repercutiendo negativamente en los presupuestos sociales destinados a las personas dependientes que deben cubrir este déficit.

Se observan importantes diferencias de cobertura de plazas entre CCAA

Los ratios de cobertura de la oferta residencial para personas mayores con dependencia continúan manteniendo diferencias entre comunidades autónomas de más del triple entre las más dotadas respecto a las menos dotadas (entre 7,2 y 2,08 plazas por 100 mayores de 64 años). Estas diferencias parece que no sólo no disminuyen sino que incluso tienden a ser discretamente mayores en 2013 que en 2006.

Desde el año 2006 hasta el 2012, el sector ha seguido creciendo aunque reduciendo velocidad hasta que del 2012 al 2013, ha perdido volumen

Desde el año 2006 el número de plazas residenciales ha experimentado un crecimiento de 80.000 plazas (272.240 a 351.548). La tasa de crecimiento interanual promedio del número de plazas es del 4,5%. Aunque el crecimiento es algo menor que el anterior a 2006 (5%), sigue siendo importante. Sin embargo, es necesario destacar el cambio experimentado del 2012 al 2013, cuando la oferta no sólo ha dejado de crecer sino que ha disminuido en 2.105 plazas, un 0,6% del total. Esta tendencia parece consolidarse en 2014 (datos provisionales del primer trimestre), lo que implicaría una clara disminución de la cobertura del servicio dado el incremento de población mayor previsto en todas las estimaciones. El crecimiento es discretamente superior en las plazas públicas (de uso público) que en las privadas.

03 Mercado residencial español

El sector empresarial representa cerca del 73% de la oferta total del parque geriátrico

Desde el año 2006, el número de centros privados (incluyendo empresas y entidades sin ánimo de lucro) se ha incrementado en un 7,4%. Ello incluye las plazas que se ofertan al mercado como plazas de compra privada y las plazas que se ofertan como plazas públicas a través de concesiones o contratos con la administración.

Sin embargo, en los últimos 2 años el crecimiento del sector privado ha disminuido en 1.284 plazas, más de la mitad de las plazas que han decrecido en total.

Se ha producido una discreta tendencia a la concentración de operadores privados

Los 5 principales operadores agrupan el 12% de las plazas residenciales privadas frente al 10% que agrupaban en 2006.

Respecto a la oferta total de plazas residenciales, los 5 principales operadores representan el 8,5% frente al 7,6% que representaban en 2006.

Se han producido algunas fusiones relevantes e importantes cambios en la lista de los primeros 15 operadores.

Continúa siendo un sector muy diverso

El sector incluye, entre los primeros puestos del ranking, un número de operadores de características muy diversas respecto al tipo de propiedad (desde grandes grupos industriales, empresas constructoras diversificadas, grupos familiares...) hasta las características de su producto o la distribución territorial.

Constataciones

El crecimiento del sector es sobre todo exógeno

El crecimiento del sector tiende a realizarse cada vez más en base a operaciones de crecimiento exógeno (fusiones, adquisiciones...) más que por la construcción de nuevas residencias (crecimiento endógeno).

Ha aumentado el tamaño medio de las residencias aunque continúa un importante nivel de atomización de la oferta

La proporción de residencias con menos de 50 plazas ha pasado del 60% en 2006 al 51% en 2011.

Los centros con más de 100 plazas han pasado del 16,4% al 22,7%.

Más de la mitad de las plazas residenciales se encuentran en centros de más de 100 plazas, frente al 47,3% en 2006.

Esta tendencia a la disminución de las miniresidencias y aumento de los centros más grandes es constante a lo largo de este período. Teniendo en cuenta la infrafinanciación de las plazas en relación a la complejidad de cuidados que requieren sus ocupantes, especialmente la falta de financiación de la atención sanitaria que se presta, el crecimiento de residencias de más de 100 plazas se explica por la necesidad de economías de escala en la prestación de la atención, ofreciendo mayores garantías de especialización para atender la diversidad de necesidades de los residentes.

04

Mercado residencial francés

Acrónimos

- AGGIR: Autonomie, Gérontologique, Groupes Iso-Recursos.
- APA: Allocation personnalisée d'autonomie.
- ARS: Agence Régionale de Santé.
- ASPA: Allocation de solidarité aux personnes âgées.
- ASI: Allocation supplémentaire d'invalidité.
- CPOM: Contrat Plurianuel d'Objectifs et Moyens.
- EHPAD: Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.
- GIR: Groupes Iso-Recursos.
- SSIAD: Services de soins infirmiers a domicile.
- SROMS: Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale.
- PRIAC: Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d 'autonomie.
- CNSA: Caisse National de Solidarité Autonomie.
- SSIAD: Services de soins infirmiers a domicile

Glosario de términos utilizados en el mercado residencial francés

- Maisons de retraite: son las instituciones que ofrecen servicios públicos de atención integral a personas mayores incluyendo alojamiento, comida y otros servicios específicos. Existen dos tipos en función del grado de dependencia de los pacientes:
 - EHPA (Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées): residencias para la atención de personas mayores sin dependencia.
 - EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes): residencias para la atención de personas mayores con dependencia.
- Logements – foyers: son las viviendas tuteladas con servicios comunes.
- Unités de longue durée des hôpitaux: corresponden a las largas estancias en hospitales.



04

Mercado residencial francés

4.1 Marco regulatorio

4.1.1 Normativa



04 Mercado residencial francés – 4.1 Marco Regulatorio – 4.1.1 Normativa

En Francia, la regulación tanto de los servicios sanitarios como de los sociales ha avanzado notablemente en la cobertura diferenciada de las necesidades de dependencia y sanitarias de las personas mayores (1/3)

Antes de 1960: Apenas se puede hablar de política social hacia los mayores dependientes pues ésta concernía casi exclusivamente a las personas excluidas. La atención sanitaria (seguro de enfermedad) estaba fuertemente desarrollada incluyendo la atención a los mayores tanto en domicilio como en institución mediante una práctica fuertemente liberalizada.

Entre 1960-1970: Concreción de política social priorizando la atención en domicilio. Se garantiza la atención de los cuidados sanitarios a través del seguro de enfermedad y la ayuda social para las prestaciones reconocidas como derecho en forma de servicios y el régimen de seguro de vejez para prestaciones optativas como la ayuda en el hogar.

1978: Ley de enero que completa la Ley hospitalaria y desarrolla la doble tarificación en cuidados y alojamiento.

1983-1986: Desarrollo de la normativa de descentralización que confía la ayuda social a los Departamentos.

1988: La Comisión Braun/Stourm propone la creación de un Seguro de Autonomía.

Fuente: IRDES. Le financement de la dépendance des personnes âgées en France Mise à jour : Mars 2014. En: www.irdes.fr/documentation/syntheses/le-financement-de-la-dependance-des-personnes-agees-en-france.pdf



04 Mercado residencial francés – 4.1 Marco Regulatorio – 4.1.1 Normativa

En Francia, la regulación tanto de los servicios sanitarios como de los sociales ha avanzado notablemente en la cobertura diferenciada de las necesidades de dependencia y sanitarias de las personas mayores (2/3)

En la década de los 90 se publican informes que refuerzan la política de atención a domicilio y el desarrollo de prestaciones específicas de dependencia:

- 1997 : Ley n°97-60 du 24/1 que desarrolla una prestación transitoria de dependencia financiada por los departamentos y crea la evaluación con la parrilla AGIR.
- 1999: Decreto n°99-316 que desarrolla la triple tarificación de los establecimientos en tarifa de alojamiento, tarifa de dependencia y tarifa de cuidados sanitarios.

2001: Ley n°2001-647 del 20/7 que crea la Allocation Personnalisée d'Autonomie, como prestación en especie para financiar cuidados de dependencia. Establece un fondo nacional (El FFAPA o Fondo de Financiación de la APA) y la financiación de la APA por parte de los departamentos ayudados por la Contribución Social Generalizada (CGS, impuesto que contribuye a sostener la seguridad social). Establece la obligatoriedad de la Convención Tripartita entre los agentes implicados para el desarrollo de la ley.

2003: Ley n° 2003-289 del 31/3. Sube el umbral de financiación por parte del estado ante el desequilibrio económico de los departamentos

2004: Ley del 30/06 de solidaridad, que instituye un día adicional de trabajo no remunerado y gravámenes del 0,3% a los beneficios del capital y al patrimonio. La Caja Nacional de Solidaridad para la Autonomía (CNSA) substituye a la FFAPA como organismo financiador de la dependencia.

Fuente: IRDES. Le financement de la dépendance des personnes âgées en France Mise à jour : Mars 2014. En: www.irdes.fr/documentation/syntheses/le-financement-de-la-dependance-des-personnes-agees-en-france.pdf



04 Mercado residencial francés – 4.1 Marco Regulatorio – 4.1.1 Normativa

En Francia, la regulación tanto de los servicios sanitarios como de los sociales ha avanzado notablemente en la cobertura diferenciada de las necesidades de dependencia y sanitarias de las personas mayores (3/3)

2010: Decreto n° 2010-1764 du 30/12, por el que se crea una comisión interministerial para la revisión de la política de envejecimiento.

Consecuencia del trabajo de la Comisión interministerial para la revisión de la política de envejecimiento, se ha presentado en enero de 2014 el proyecto de ley de «orientation et de programmation pour l'adaptation de la société au vieillissement» que fija un calendario de reforma dividido en el mantenimiento de la ayuda a domicilio y los centros y establecimientos y su financiación por la CASA (contribution additionnelle de solidarité pour autonomie). Entre las previsiones están:

- Reforma de la APA : ampliación de los techos de ayuda y reducción de los restos a cargo del beneficiario.
- Refuerzo de la profesionalización y condiciones laborales de la ayuda a domicilio.
- Creación de una ayuda de descarga para los cuidadores informales.
- Refuerzo de la política de prevención dentro de la estrategia nacional de salud.
- Diversas medidas sobre el alojamiento.

Fuente: IRDES. Le financement de la dépendance des personnes âgées en France Mise à jour : Mars 2014. En: www.irdes.fr/documentation/syntheses/le-financement-de-la-dependance-des-personnes-agees-en-france.pdf



04 Mercado residencial francés – 4.1 Marco Regulatorio – 4.1.1 Normativa

En Francia, el desarrollo diferenciado de las políticas sanitarias y sociales en las últimas décadas viene marcado por la creación de una prestación de autonomía que complementa los servicios preexistentes

Servicios sanitarios:

El seguro de enfermedad, muy desarrollado en Francia, presta atención sanitaria muy amplia tanto médica como de enfermería. La flexibilidad del sistema de práctica liberal de los profesionales permite su cobertura tanto en domicilio como en residencias. Incluye tanto los servicios médicos como los cuidados de enfermería en casa (Services de soins infirmiers a domicile, Ssiad).

La atención domiciliaria de enfermería (por ejemplo, servicios de Ssiad) incluye soporte para las AVD como la higiene personal, y alimentación. En 2008, había alrededor de 106.000 “plazas” (personas atendidas) de cuidados de enfermería en el hogar, con un 95% de las “plazas” dirigidas a las personas dependientes de 60 y más años (Drees n. 739). Como parte del Plan de *grand solidarite* están previstas un total de 232.000 “plazas” para servicios de cuidados de enfermería en el hogar en 2025.

Servicios Sociales:

El apoyo a la prestación de cuidados de larga duración, ya sea en casa o en una institución, se ha desarrollado mayoritariamente desde 2001, a través de la prestación personalizada para la autonomía (Allocation Personalisee d'autonomie - APA), que consiste en una prestación económica destinada a cubrir parte de los costes de los servicios de ayuda a las situaciones de dependencia.

El desarrollo de esta prestación y su financiación ha condicionado la elaboración de políticas sobre la dependencia en Francia en las dos últimas décadas.



04 Mercado residencial francés – 4.1 Marco Regulatorio – 4.1.1 Normativa

La aplicación de la Protección Social a la Dependencia incorpora una tarificación específica para la dependencia en las residencias para personas mayores que distingue los diversos tipos de cuidados

El coste de la atención de enfermería y la atención residencial se divide en tres componentes:

- el costo sanitario (tarif de soins)
- el costo de la dependencia (le tarif dependance)
- el costo de la hostelería (tarif d' hebergement)

Cada uno de ellos es objeto de una tarifa concreta asumida por distintos organismos:

- Una tarifa médica (le tarif de soins) para la asistencia medica que requiera la persona, con tarifas acordadas y facturadas en un 100% a la Seguridad Social según el nivel de servicios.
- Una tarifa de dependencia (le tarif dependance) para los servicios de apoyo a las actividades de la vida diaria en caso de dependencia, cofinanciada por la APA y por la persona dependiente (en función de renta).
- Una tarifa para el alojamiento (le tarif d' hebergement) destinada a cubrir el coste de alojamiento, alimentación, animaciones, etc. financiada por la persona, con ayudas sociales en función de su nivel de renta.



04 Mercado residencial francés – 4.1 Marco Regulatorio – 4.1.1 Normativa

El sistema francés de cuidados de larga duración es un sistema estrictamente planificado y regulado en base a cuatro instrumentos clave:

1. Prioridades: *Schéma départementaux*.

2. Planificación: SROMS. *El Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale*.

3. Programación: PRIAC. *Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie*.

4. Contratación: CPOM. *Contrat Plurianuel d'Objectifs et Moyens*.



04 Mercado residencial francés – 4.1 Marco Regulatorio – 4.1.1 Normativa

El Plan Departamental (*Schéma départementaux*), recoge la orientación y planificación de la aplicación de la política de cada Departamento (1/2)

El Plan Departamental es una herramienta estratégica para fijar la orientación futura de los diferentes actores del sistema. Este Plan se centra en dos aspectos:

- La orientación a los proveedores, los departamentos y los organismos del Estado para que cada uno desarrolle sus funciones de planificación y programación y sus responsabilidades operativas dentro de un marco de planificación común.
- Un documento de referencia para los operadores y gestores para contribuir a la política de calidad.

Las nuevas disposiciones relativas a los regímenes del artículo 18 de la Ley del 02 de enero de 2002 (reforma de la ley del 30 de junio de 1975 en relación con las instituciones), establecen que los planes de organización social y médico-social:

1. Se concretan por un período máximo de 5 años.
2. Deben valorar la naturaleza, el nivel y la evolución de las necesidades sociales y médico-sociales de la población.
3. Deben incluir una evaluación cuantitativa y cualitativa de la situación social y médico-social existente.



04 Mercado residencial francés – 4.1 Marco Regulatorio – 4.1.1 Normativa

El Plan Departamental (*Schéma départementaux*), recoge la orientación y planificación de la aplicación de la política de cada Departamento (2/2)

4. Deben determinar las perspectivas y los objetivos de desarrollo de las funciones sociales y médico-sociales, y en particular las que supongan la creación, modificación o supresión de las instalaciones y servicios.
5. Deben definir el nivel de cooperación y coordinación entre las instituciones y los servicios.
6. Deben definir los criterios de evaluación de las acciones a ejecutar.

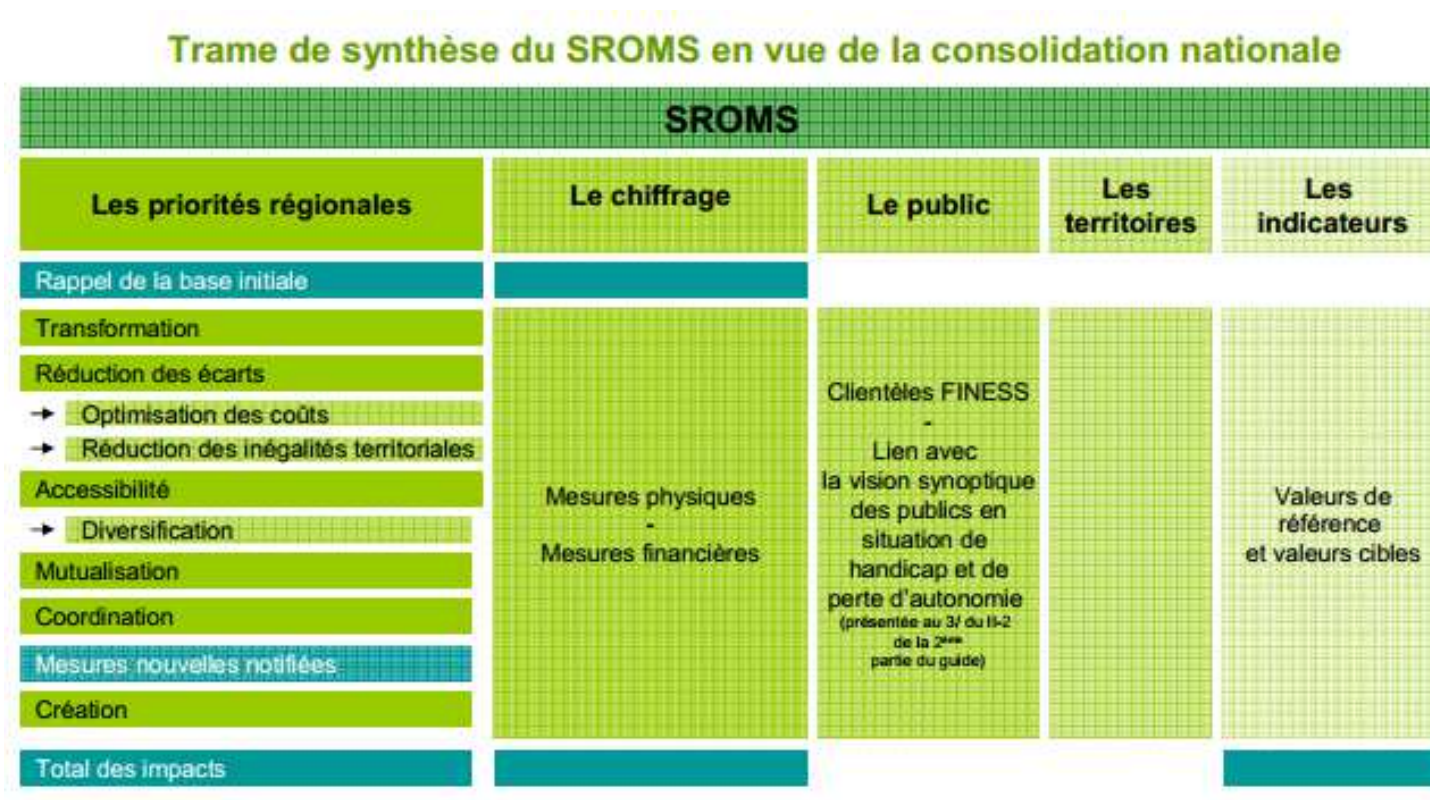
El artículo 19 establece que los planes departamentales son aprobados después de la revisión del Comité Regional para la Salud y la Organización Social y un comité departamental consultivo cuya composición y procedimientos se fija por decreto. Además, el plan departamental se establece de común acuerdo entre el representante del Departamento de Estado y el Presidente del Consejo General.

Puede estar sujeto a otros órganos consultivos. En relación con el ***Schéma départementaux*** de personas con discapacidad, las propuestas se presentan a la Comisión Consultiva Departamental de Discapacidad.



04 Mercado residencial francés – 4.1 Marco Regulatorio – 4.1.1 Normativa

El SROMS (*Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale*) es un sistema de planificación pública medico social que tiene en cuenta los principales objetivos departamentales, como se resume en la figura



El desarrollo del SROMS, ha tenido lugar dentro de una política de salud profundamente renovada por la ley 21/7 de 2009 Hospital, Población, Salud, Territorio (HPST) ya que ahora incluye no sólo la atención de cuidados sino también la prevención y la atención médico-social.

Fuente: Guide méthodologique pour l'élaboration du schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS)



04 Mercado residencial francés – 4.1 Marco Regulatorio – 4.1.1 Normativa

El PRIAC es una herramienta para la programación regional y multi-anual, que organiza la adaptación y evolución de la oferta regional de atención y apoyo a las personas con discapacidad y las personas mayores dependientes

N° du département	Nature de l'opération	Public concerné	Année de financement	Année réalisation	Description de l'action	Description du Territoire concerné et de la Population concernée	Nombre de places nouvelles Total	dont Nombre de places nouvelles plans nationaux	Coût Total	dont Financement prévisionnel plans nationaux	dont Financement prévisionnel par transfert de l'enveloppe sanitaire (ou autre)	dont Financement prévisionnel par redéploiement de l'enveloppe médico-sociale	dont Financement prévisionnel hors plans nationaux	
44	création	toutes déficiences	2009	2009	améliorer le taux d'équipement de la Loire-Atlantique	département 44 -	92	0	1 052 848	0	0	0	606 532	
			2010	2010	améliorer le taux d'équipement de la Loire-Atlantique	département 44 -	92	0	1 052 848	0	0	0	1 116 500	
			2011	2011	améliorer le taux d'équipement de la Loire-Atlantique	département 44 -	92	0	1 052 848	0	0	0	1 116 500	
			2012	2012	améliorer le taux d'équipement de la Loire-Atlantique	département 44 -	92	0	1 052 848	0	0	0	1 184 500	
			2013	2013	améliorer le taux d'équipement de la Loire-Atlantique	département 44 -	92	0	1 052 848	0	0	0	1 173 000	
49	création	toutes déficiences	2009	2009	ESAT	Département 49 - agglomération angevine - 158947	21	21	241 500	0	0	0	241 500	
			2010	2010	ESAT	Département 49 - Mauges choletaises - 102451	21	21	241 500	0	0	0	241 500	
			2011	2011	ESAT	Département 49 - agglomération angevine 158 947	21	21	241 500	0	0	0	241 500	
			2012	2012	ESAT	Département 49 -	44	44	506 000	0	0	0	506 000	
			2013	2013	ESAT	Département 49 -	44	44	506 000	0	0	0	506 000	
	def intellectuelle			2009	2009	ESAT	Vallée d'Anjou-38415	5	5	57 500	0	0	0	57 500
				2010	2010	ESAT	Vallée d'Anjou-38415	4	4	46 000	0	0	0	46 000
				2011	2011	ESAT	Vallée d'Anjou-38415	4	4	46 000	0	0	0	46 000
				2009	2009	augmentation coûts à la place pour permettre prise en charge d'une reconstruction	département	0	0	50 000	0	0	0	50 000
				2010	2010	rebasage augmentation coûts à la place pour permettre prise en charge d'une reconstruction	département	0	0	50 000	0	0	0	50 000
72	création	toutes déficiences	2011	2011	création de places en ESAT hors les murs	Département 72 -	16	0	76	0	0	0	618 000	
			2013	2013	creation de places en ESAT	Département 72 -	11	0	125 884	0	0	0	308 000	
	def intellectuelle		2009	2009	création de places ESAT hors murs sur la couronne mancelle	Département 72 Couronne Mancelle -	15	0	105 000	0	0	0	220 000	
			2010	2010	création de places ESAT sur le département	Département 72 Couronne Mancelle -	30	0	210 600	0	0	0	330 000	

En el PRIAC se establecen las prioridades regionales para la creación de financiación, ampliación y transformación de los espacios y servicios médico-sociales para los ancianos frágiles y las personas con discapacidad.



04 Mercado residencial francés – 4.1 Marco Regulatorio – 4.1.1 Normativa

Los CPOM (*Convention pluriannuelle d'objectifs et de moyens*) son contratos plurianuales (cinco años) con los proveedores de servicios

Los CPOM se instauran en 2005, como forma de mejorar el sistema de contratación de los servicios sanitarios y sociosanitarios.

Los centros deben firmar contratos tripartitos plurianuales con el Consejo General de ARS y las ARS (Agence Régionale de Santé).

Se pueden firmar con una organización o agrupación de organizaciones.

El objetivo del CPOM es fijar un contrato de 5 años, donde se establece:

- Los objetivos: calidad, nuevos servicios, inversiones, etc.
- La financiación de la organización: evolución en función de los objetivos y con perspectiva a 5 años.

Según el Bulletin Officiel des Finances Publiques francés, en el apartado TVA-TAXE SUR LA VALEUR AJOUTEE; referente a la carga impositiva las empresas dedicadas a proveer servicios a personas deben cargar un impuesto sobre el valor añadido reducido del 5,5%.



04

Mercado residencial francés

4.1 Marco regulatorio

4.1.2 Financiación



04 Mercado residencial francés – 4.1 Marco Regulatorio – 4.1.2 Financiación

En Francia, el estado financia por cada residente un forfait de cuidados (Seguridad Social) y un forfait de dependencia (APA)

El sistema sanitario francés es un sistema de seguridad social que cubre al conjunto de la población con una amplia cartera de servicios y copagos muy significativos que funcionan mediante el reembolso parcial (aproximadamente del 75%). Existe aseguramiento privado para cubrir los copagos.

Se instituyó en 2001 el sistema de Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), el cual suministra financiación para cubrir los costes de los servicios de la dependencia:

- Es elegible cualquier ciudadano con 60 o más años (los mas jóvenes disponen de un esquema específico).
- Se basa en la valoración de la dependencia en cuatro niveles de acuerdo con el baremo denominado GIR (GIRANE).
- La valoración las realizan los departamentos a través de un equipo médico social mediante el sistema AGGIR (Autonomía Gerontología Grupo Iso-Recursos), el cual permite evaluar el grado de dependencia de una persona y así integrarlo en uno de los 6 GIR (Grupos Iso-Recursos):
 - Este método de evaluación sirve de referencia para la obtención de la APA.
 - Para recibir la APA se debe tener una valoración de dependencia (GIR 1-4) y un plan de ayuda individualizado.



04 Mercado residencial francés – 4.1 Marco Regulatorio – 4.1.2 Financiación

Los costes de la atención de cuidados de larga duración representan el 1,8% del PIB y son asumidos mayoritariamente por el seguro de enfermedad, los departamentos y la CNSA

Según un informe de la Commission commune d'information sur la prise en charge de la dépendance , los costes de la dependencia se distribuyeron de la siguiente forma en 2008:

- Estado: 387 MM de euros en contribuciones directas y exenciones fiscales.
- Seguro de Enfermedad: 12.783,11 MM € en prestaciones de cuidados sanitarios.
- Departamentos : 4.200 MM € en financiación de la APA y ayuda social al alojamiento.
- CNSA: 2.968 MM € en ayudas a los establecimientos, financiación de la APA, políticas de innovación y cofinanciación de la inversión.
- CNAV (equivalente al fondo de pensiones): 370 MM € en mantenimiento a domicilio y alojamientos comunes.
- Caisse nationale d'allocations familiales (rama de la Seguridad Social francesa para prestaciones familiares) : 568,1 MM € en gastos de alojamiento social y ayudas al alojamiento.

En 2008, el total de los gastos de atención a largo plazo de Francia eran equivalentes a alrededor del 1,8% del PIB (promedio de la OCDE de 1.5%). Más del 70% de éstos están dirigidos a la atención institucional (es decir, hospitalaria, de enfermería y residencial).



04 Mercado residencial francés – 4.1 Marco Regulatorio – 4.1.2 Financiación

La cuantía que aporta la APA se estima a partir de los ingresos del beneficiario y su grado de dependencia y no puede exceder la cantidad límite máxima prevista en el grupo iso-recurso variable (GIR) en el que está clasificado el solicitante

Tarifas Máximas APA según el grado de dependencia (30-01-2014)

GIR	Cantidad Mensual Máxima
GIR 1	1.304,84 €
GIR 2	1.118,43 €
GIR 3	838,82 €
GIR 4	559,22 €

La cantidad mínima de APA es 28.59€.

Si la cantidad es menor, no se paga la ayuda.

Estimación de la APA, en función de los ingresos del beneficiario (30-01-2014)

Ingresos mensuales de beneficiario	Participación del beneficiario
Inferiores o iguales a 2.423,27€	Igual a la de la tarifa de la dependencia fijada por el establecimiento aplicable a GIR 5-6
Superiores a 2.423,27€ e inferiores o iguales a 3.728,1€	Combina la tarifa de la dependencia aplicable a GIR 5-6 y varía gradualmente de 0% a 80% de acuerdo con la siguiente fórmula: $A \times [(R - 2423,27€) / 1304,84€] \times 80\%$
Superiores a 3.728,1€	Combina el importe de la tarifa de dependencia aplicable a GIR 5-6 y el 80% de la tarifa de dependencia del establecimiento correspondiente al GIR en el que se clasifique al beneficiario.

A: Tarifa de dependencia del establecimiento correspondiente al GIR en el que se clasifica al beneficiario.

R: Ingresos del beneficiario.



04 Mercado residencial francés – 4.1 Marco Regulatorio – 4.1.2 Financiación

Además el Estado provee un forfait de cuidados sanitarios (“tarif de soins”) por residente que paga directamente al operador

La tarifa de cuidados (personal de enfermería, medicamentos, productos sanitarios, ...) es financiada por el seguro de salud. Cubre todos los servicios médicos y paramédicos relacionados con el cuidado del residente. Esta tarifa se paga directamente por el seguro de salud en la instalación. Cada establecimiento negocia con las autoridades el importe de esta tarifa en función de los servicios ofertados.

La “convention tripartite”, permite a las EHPAD (*Établissement d’Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes*) elegir entre una tarifa parcial de cuidados o una tarifa global de cuidados pagadas por la Seguridad Social. En el primer caso las EHPAD incluyen como prestación el coste de los salarios de los auxiliares médicos (como enfermeras, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, ayudantes y coordinador médico, etc.) así como también el pequeño material sanitario (como vendas, jeringas) y equipo médico regular (tales como andadores, sillas de ruedas manuales). En el segundo caso las EHPAD además del los servicios a prestar en la tarifa parcial se han de incluir otros como exámenes biológicos y de radiología así como ciertos medicamentos.

Según un estudio realizado por el Observatorio de las EHPAD, la distribución media de los costes en la tarifa por residente es la siguiente: 65% costes de personal, 25% costes alojamiento y 10% costes de lavandería, aprovisionamientos de material sanitario, productos para la incontinencia, seguros y otros.

El 85% del coste de personal forme parte del coste de cuidados, a partir del cual se establecen las tarifas a negociar con la Seguridad Social.



Existen otras ayudas públicas complementarias por parte de Servicios sociales y otros organismos

- Aspa (Allocation de solidarité aux personnes âgées): ayuda destinada a las personas mayores con bajos ingresos con el fin de garantizar un nivel mínimo de recursos. Desde el 1 de enero de 2006 sustituye a la pensión mínima.
- Asi (Allocation supplémentaire d'invalidité): beneficio pagado a las personas con discapacidad que no han alcanzado la edad de jubilación para beneficiarse del subsidio de solidaridad para las personas mayores (Aspa).
- Ayuda para alojamiento: Ayudas económicas dirigidas a cubrir parte del pago que por el servicio de hotelería que tiene que asumir el residente. La cantidad se define por la administración pública de forma muy personalizada, teniendo en cuenta desde el coste de vida de la región hasta la valoración de sus recursos (renta, patrimonio, renta y bienes de familiares directos, etc.).
- Un fondo adicional a través de "Chèques emploi service universel" (Cesu) de un máximo de 200€ para afrontar el importe del copago.
- Deducciones fiscales de hasta 10.000 € anuales para contratar cuidadores en situaciones de dependencia.



04

Mercado residencial francés

4.1 Marco regulatorio

4.1.3 Acreditación y Calidad



04 Mercado residencial francés – 4.1 Marco Regulatorio - 4.1.3 Acreditación y Calidad

Francia dispone de un modelo de calidad basado en una planificación del sector médico-social a través de una política de salud territorializada, aplicando prioridades y objetivos de la política nacional de salud a escala regional

- La oferta de los centros se regula y controla mediante una planificación de la autorización en el sector médico-social a través de las Agencias Nacionales de Salud. Los centros deben estar autorizados para funcionar mediante una autorización del Consejo General y del Director General de la Agencia Regional de Salud.
- Aunque no hay un modelo de acreditación explícito, los centros para recibir financiación pública deben firmar convenios plurianuales tripartitos con el Consejo General y las Agencias Regionales de Salud (ARS) en los que se establecen con detalle las condiciones funcionales y materiales que se deben cumplir con la finalidad de ofrecer una atención individualizada de calidad que favorezca el desarrollo de la persona usuaria, su autonomía e integración, adaptada a sus propias necesidades y que respete también su integridad, dignidad e intimidad.
- El modelo de calidad estipula que:
 - Los propios centros realicen una auto-evaluación interna para valorar la satisfacción de las personas usuarias, familiares y del personal de los centros en base a 17 indicadores de resultado. No disponen de un estándar definido ni de registros específicos para el control de aspectos como número y porcentaje de escaras, de caídas, de contenciones, atención nutricional, medicación y participación de usuarios en actividades, ...
 - Además, los centros deben ser evaluados por un órgano independiente, autorizado por la Agencia Nacional de Evaluación y Calidad de los centros y servicios sociales y médicos, que evalúa las actividades que ofrecen y la calidad de los servicios que prestan.



04

Mercado residencial francés

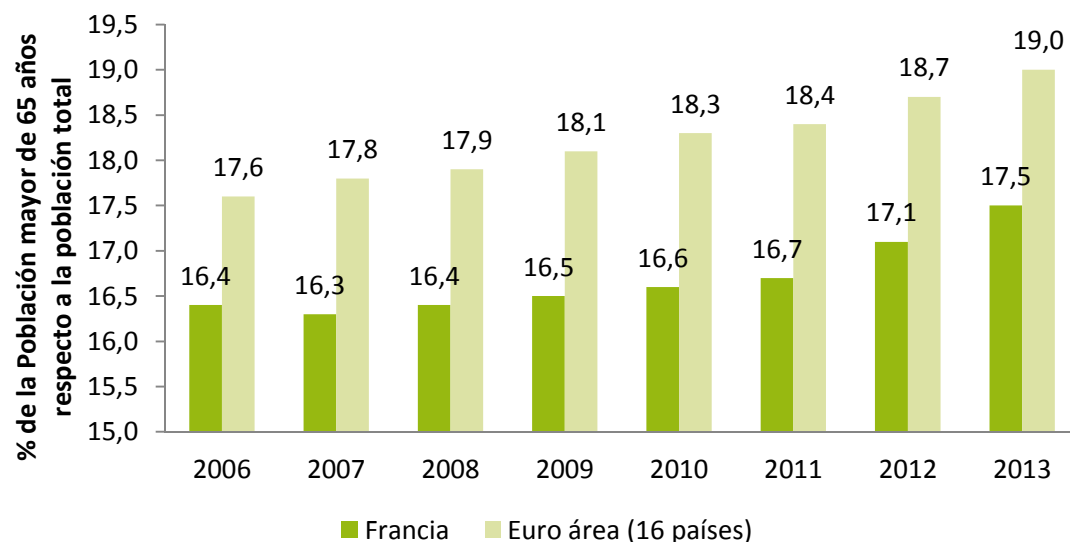
4.2 Demanda



04 Mercado residencial francés – 4.2 Demanda

En 2013, la población mayor de 65 años en Francia correspondía al 17,5% de la población total, mostrando un incremento del 10,7% respecto a 2006

Evolución del número de la población mayor de 65 años (2006– 2013)



- En 2013 la población francesa asciende a 65,6 millones de habitantes, de los cuales 11,5 millones tienen más de 65 años:
 - El porcentaje de personas mayores de 65 años respecto a la población total representa en Francia un 17,5%, justo por debajo de la media europea (16 países) de 19%.
- La esperanza de vida al nacer en 2013, según INESS, es de 78,7 años en los varones y 84,3 años en las mujeres.

Según las proyecciones la media de incremento interanual de la población mayor entre los años 2013 y 2023 será del 0,18% .

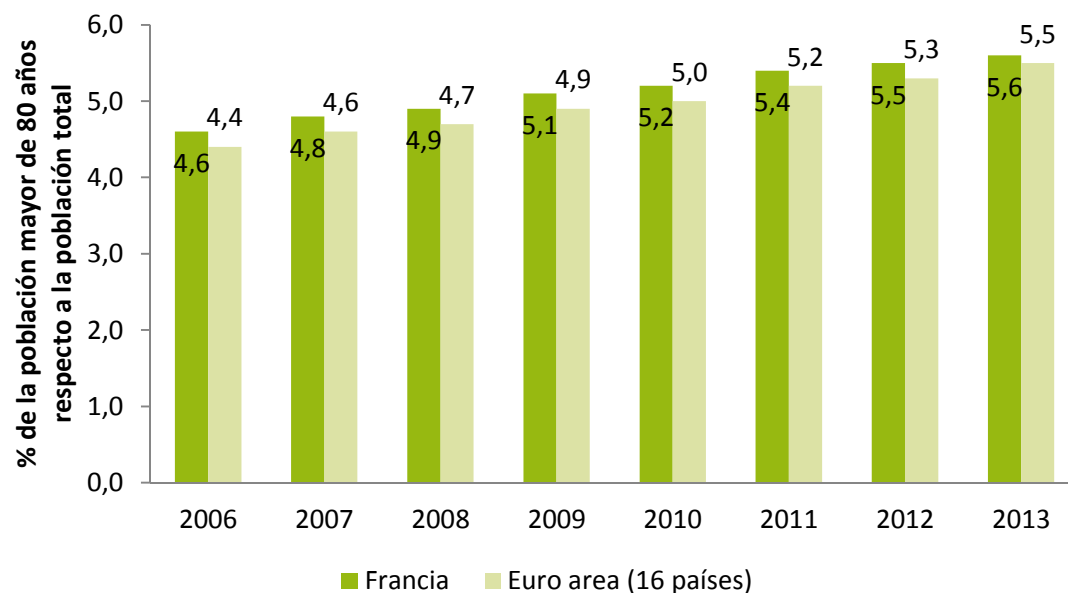
Fuente: Eurostat.
INSEE, Institut national de la statistique et des études économiques. Espérance de vie, 2013.



04 Mercado residencial francés – 4.2 Demanda

La población mayor de 80 años representa el 5,6% de la población total en Francia, mostrando un incremento respecto a 2006 del 26%.

Evolución de la población mayor de 80 años (2006 – 2013)



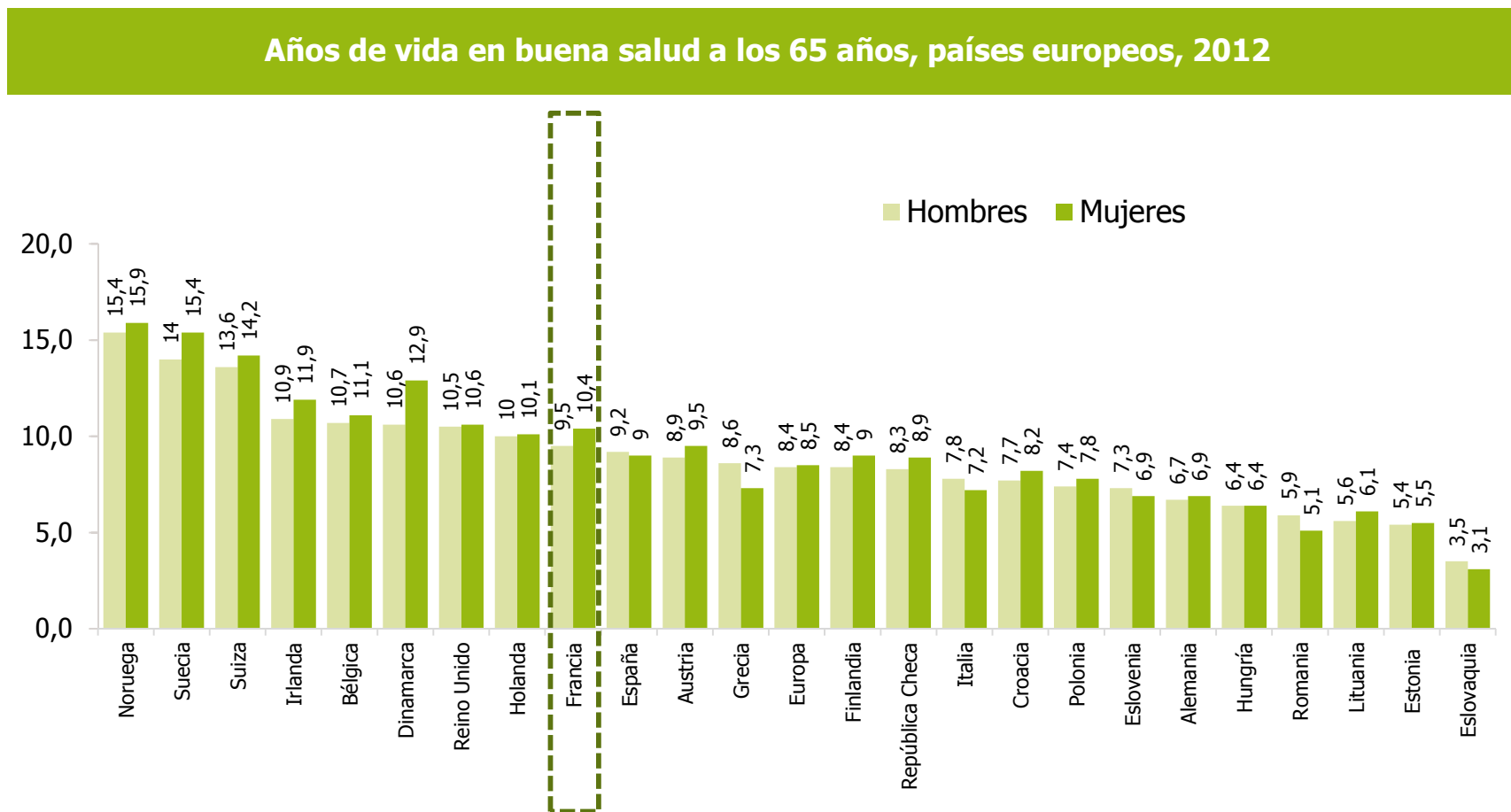
- En 2013, 3,67 millones de habitantes tenían más de 80 años.
- El porcentaje de personas mayores de 80 años respecto a la población mayor de 65 años representa un 32%.
- En 2013, el porcentaje de personas mayores de 80 años supera la media de la Euro área de los 16 países. Francia es uno de los países con más adultos mayores de 80 años en Europa.

Fuente: Eurostat.



03 Mercado residencial francés – 4.2 Demanda

Los años de vida en buena salud a los 65 años en Francia, son 9,5 en los hombres y 10,4 en las mujeres



Fuente: European Health and Life Expectancy Information System (EHLEIS); Eurostat Statistics Database. 2013



04

Mercado residencial francés

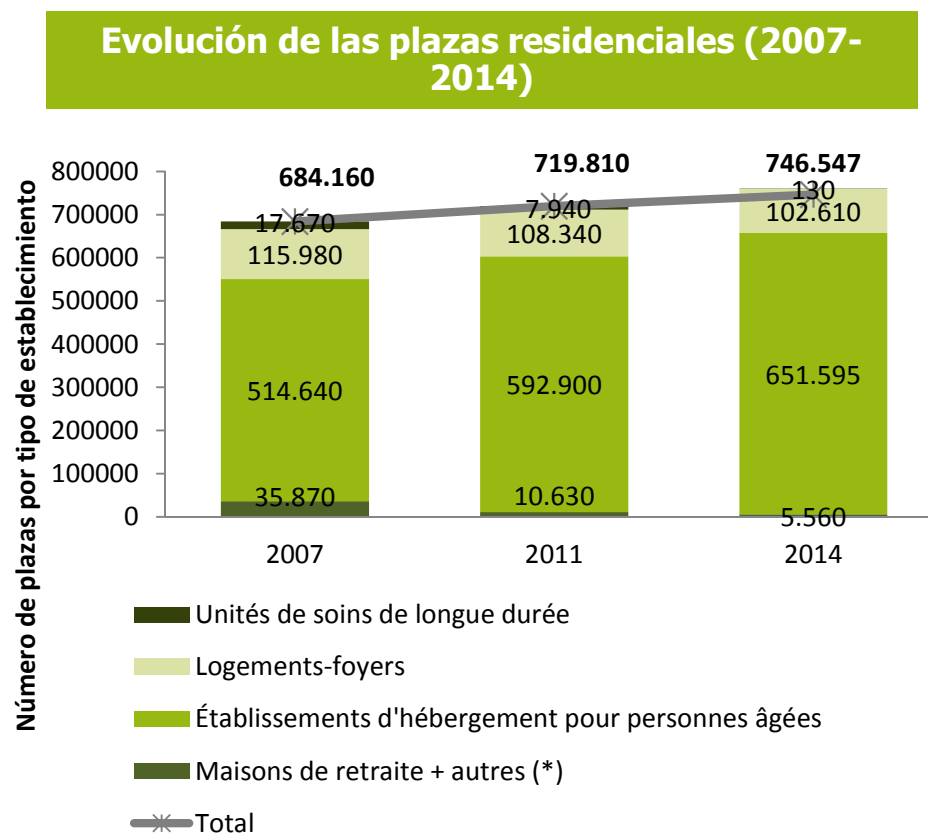
4.3 Oferta



04 Mercado residencial francés – 4.3 Oferta

En 2014 Francia cuenta con 746.547 plazas residenciales para personas mayores, con una cobertura superior a la media europea. La oferta de plazas residenciales mostró un incremento del 9,1% respecto a 2007

- Entre 2007 y 2014, el número EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), ha crecido un 27%, mucho más que el 9% de crecimiento de todos los tipos de plazas. Los EHPAD llegan ya a constituir el 87% de la oferta total de plazas residenciales en 2014.
- Francia dispone de una ratio de 6,6 plazas residenciales por cada 100 habitantes mayores de 65 años, cifra bastante elevada respecto a otros países europeos.
- La cobertura media de plazas residenciales privadas (comerciales y sin ánimo de lucro) es de 3 plazas por cada 100 habitantes mayores de 65 años.
- La de plazas públicas es de 3,6 plazas por cada 100 habitantes mayores de 65 años.



(*) Résidences d'hébergement temporaire et établissements expérimentaux (non EHPAD)

Fuente: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011. Février 2014



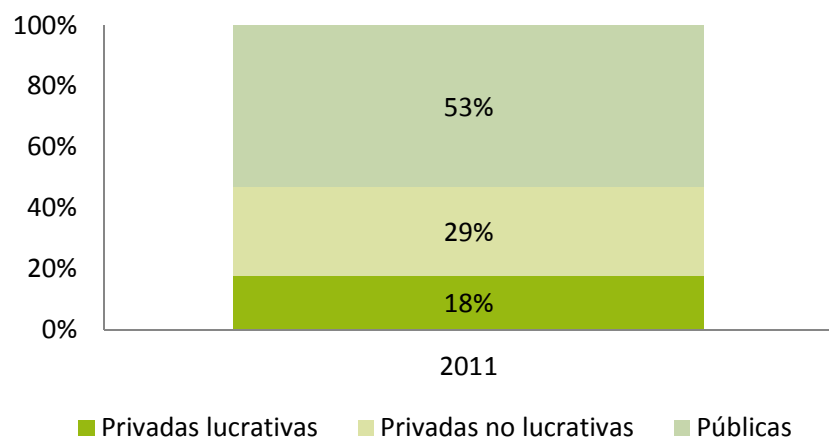
04 Mercado residencial francés – 4.3 Oferta

1.868 residencias para mayores en Francia son privadas comerciales, lo que representaba el 18% del total de las residencias en el ejercicio 2011

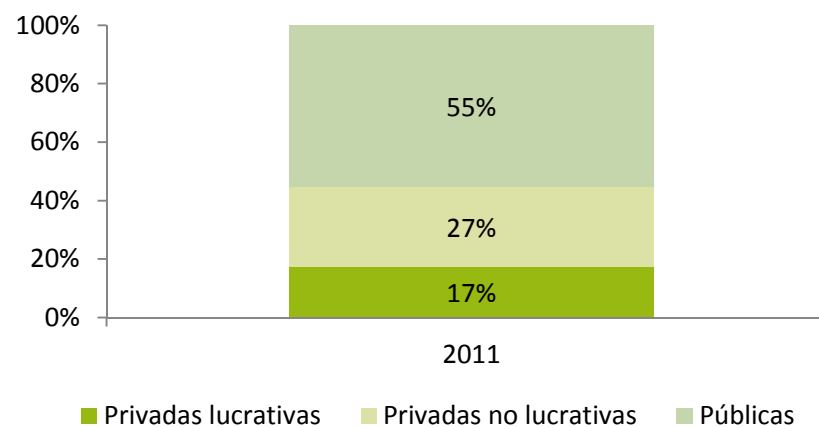
La distribución de las residencias en función de su titularidad (propiedad), en 2011, es la siguiente:

- Pública: Hay un total de 5.550 residencias públicas, con un total de 398.270 plazas que representan el 53% del total de residencias y el 55% del total de plazas.
- Privada sin ánimo de lucro: Hay 3.063 residencias privadas sin ánimo de lucro con un total de 196.970 plazas, que representan el 29% del total de residencias y el 27% del total de plazas.
- Privadas comerciales: Hay 1.868 residencias privadas comerciales con un total de 124.570 plazas, que representan el 18% del total de residencias y el 17% del total de plazas.

Distribución de las residencias según su titularidad, 2011



Distribución de las plazas en residencias según su titularidad, 2011



Fuente: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011. Février 2014



04 Mercado residencial francés – 4.3 Oferta

Tras la reforma de tarificación de los establecimientos residenciales para personas mayores, el número EHPAD (*établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*) ha crecido

Categoría de establecimiento y estatuto jurídico	Nº de estructuras		Plazas instaladas		Evolución de 2007 a 2011 (en %)	
	2007	2011	2007	2011	Nº estructuras	Nº de plazas
Establecimientos de alojamiento para personas mayores dependientes (EHPAD)	6.855	7.752	514.640	592.900	13%	15%
EHPAD privados empresariales	1.432	1.681	95.380	118.240	17%	24%
EHPAD privados benéficos	1.952	2.271	136.090	162.100	16%	19%
EHPAD públicos	3.471	3.800	283.170	312.560	9%	10%
<i>EHPAD públicos hospitalarios</i>		<i>1.651</i>		<i>152.840</i>		
<i>EHPAD públicos non hospitalarios</i>		<i>2.149</i>		<i>159.720</i>		
Alojamientos-hogares	2.330	2.233	115.980	108.340	-4%	-7%
Alojamientos-hogares privados empresariales	59	83	2.800	3.620	41%	29%
Alojamientos-hogares privados benéficos	624	612	31.010	29.680	-2%	-4%
Alojamientos-hogares públicos	1.647	1.538	82.170	75.040	-7%	-9%
Residencias (no EHPAD)	806	334	34.390	9.440	-59%	-73%
Residencias privadas empresariales	277	104	8.740	2.710	-62%	-69%
Residencias privadas benéficos	331	180	11.460	5.190	-46%	-55%
Residencias públicas	198	50	14.190	1.540	-75%	-89%
Unidades de cuidados de larga duración	232	97	17.670	7.940	-58%	-55%
Otros *	82	65	1.480	1.190	-21%	-20%
Conjunto de establecimientos de alojamiento para personas mayores	10.305	10.481	684.160	719.810	2%	5%

(*) Residencias de alojamiento temporal y establecimientos experimentales (no EHPAD)

En 2011, el número de EHPAD era de 7.752 establecimientos con un total de 592.900 plazas correspondiente al 67,5% de la oferta total de establecimientos residenciales y al 82% de la oferta total de plazas residenciales respectivamente.

Fuente: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011. Février 2014



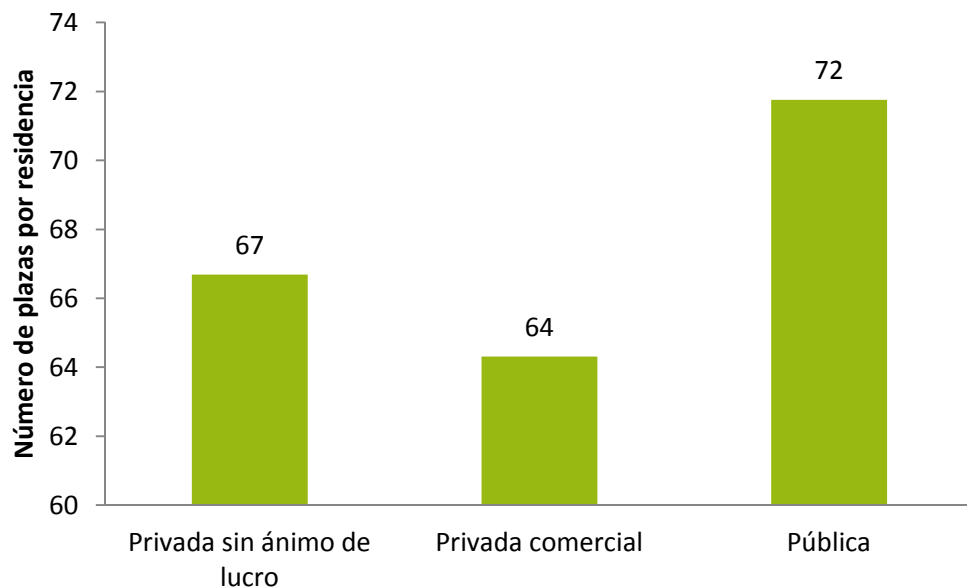
04 Mercado residencial francés – 4.3 Oferta

El tamaño medio de las residencias en Francia es de 68 plazas por residencia

El tamaño medio de las residencias según su titularidad es muy similar:

- 72 plazas en las residencias de titularidad pública.
- 67 plazas en las residencias gestionadas por entidades de utilidad pública.
- 64 plazas en las residencias gestionadas por empresas privadas.

Tamaño medio de las residencias según su titularidad, 2011



Parece lógico suponer que el menor tamaño de las residencias tiene una relación directa con la correcta financiación de las plazas y de todos los servicios que ofrecen y, de manera especial, con la contemplación de la financiación de la atención sanitaria que se presta.

Fuente: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011. Février 2014



04 Mercado residencial francés – 4.3 Oferta

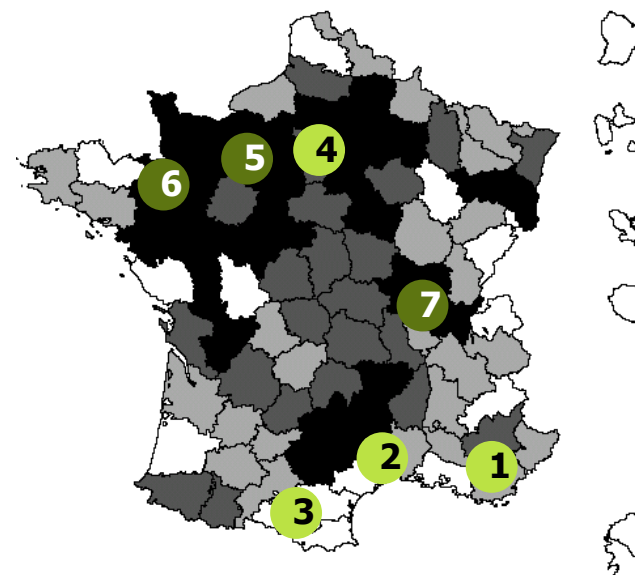
La distribución territorial de las residencias en Francia es muy irregular

Las regiones con menor dotación residencial son:

1. Provence Alpes Côte d'Azur.
2. Languedoc-Rousillon.
3. Midi-Pyrénées.
4. Ile-de-France

Las regiones con mayor número de residencias son:

5. Pays de la Loire.
6. Haute-Normandie y Basse-Normandie.
7. Rhone-Alpes



04

Mercado residencial francés

4.4 Operadores privados



04 Mercado residencial francés – 4.4 Operadores privados

Los 5 principales operadores agrupan el 47% del total de las plazas de EHPAD de titularidad privada lucrativa (1/3)

Ranking	Operador	Número de plazas	% plazas	Número de establecimientos	Plazas/ establecimiento	
1	ORPEA	18.556	14,27%	223	83	4500 camas o más
2	GROUPE DVD (DOLCEA DOMUS VI)	15.378	11,83%	193	80	
3	MEDICA FRANCE	12.452	9,58%	159	78	
4	KORIAN	11.253	8,66%	128	88	
5	COLISEE PATRIMOINE GROUP (Jardins de Cybèle)	3.507	2,70%	49	72	
Subtotal		61.146	47,04%	752	81	
6	LE NOBLE AGE	3.419	2,63%	40	85	Entre 1000 y 4500 camas
7	EMERA	3.289	2,53%	42	78	
8	GROUPE SGMR (Les Opalines)	3.103	2,39%	43	72	
9	DOMIDEP	3.048	2,34%	45	68	
10	DOLCEA CREATION GDP VENDOME	2.106	1,62%	24	88	
11	RESIDALYA	2.077	1,60%	27	77	
12	SAS OMERIS	1.392	1,07%	19	73	
13	GROUPE MAISONS DE FAMILLE	1.383	1,06%	17	81	
14	SGMR OUEST	1.193	0,92%	17	70	
15	PHILOGERIS RESIDENCES	1.075	0,83%	15	72	
Subtotal		22.085	16,99%	1.090	20	
Total (15 primeros grupos)		83.231	64,02%			
Total oferta privada comercial		130.000				

Fuente: Classement 2014 des gestionnaires EHPAD résidences médicalisées



04 Mercado residencial francés – 4.4 Operadores privados

Los 5 principales operadores agrupan el 47% del total de las plazas de EHPAD de titularidad privada lucrativa (2/3)

- El grupo de promotores y operadores privados comerciales que gestionan 4.500 o más plazas aglutinan un total de 57.639 plazas en 703 establecimientos, lo que representa el 44,3% del total de las plazas residenciales privadas comerciales.
- La categoría de los grupos privados comerciales con un total de entre 1.000 y 4.500 plazas agrupa un total de 25.592 plazas en 338 establecimientos, lo que representa el 19,7% del total de plazas residenciales privadas comerciales.
- El Grupo ORPEA mantiene su primera posición en el Top de los 15 principales promotores y gestores de las EHPAD, con un total de 18.556 plazas en 223 establecimientos.
- En el segundo y tercer lugar del ranking se encuentran Korian y Medic. Ambos grupos, el pasado 18 de noviembre de 2013 anunciaron su fusión. Ello posicionará al grupo Korian-Medica en el número 1 en el sector residencial y de atención de la dependencia francés, con un total de 600 centros y una capacidad de cerca de 60.000 camas.

(En 2011, después de la renovación de 125 de sus establecimientos, GDP Vendôme (posición número 10 en el ranking) se fusiona con Domusvi, creando así un nuevo grupo con 230 EHPAD. El 01 de enero de 2012, GDP Vendôme poseía el 50% del nuevo grupo. Sin embargo esta fusión no continuó ya que GDP Vendôme decidió continuar independientemente y es conocida ahora como DOLCEA, con un total de 1500 camas. Sin embargo el Grupo GDP Vendôme, a través de su presidente aún tiene el 40% del grupo DOMUS Vi).

Fuente: Classement 2014 des gestionnaires EHPAD résidences médicalisées



04 Mercado residencial francés – 4.4 Operadores privados

Los 5 principales operadores agrupan el 47% del total de las plazas de EHPAD de titularidad privada lucrativa (3/3)

- El sector prevé 2 tendencias de crecimiento:
 1. Desarrollo internacional para los operadores como MEDICA-Korian o ORPEA
 2. Amplia concentración en el número de camas, a través de la compra de residencias ya existentes y política de fusiones y adquisiciones que pueden incluir la capitalización procedentes de empresas de capital riesgo, inmobiliarias, etc.
- Los operadores también están interesados en la ampliación del negocio, a partir del desarrollo de una gama de servicios para una población que envejece con recursos limitados.



04 Mercado residencial francés – 4.4 Operadores privados

El precio medio de una plaza residencial privada en Francia varía significativamente según su ubicación geográfica

Según un artículo publicado en la web agevillage, en el sector de las EHPAD (Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), los precios cobrados a los residentes (es decir lo cobrado adicionalmente además de la aportación APA) oscilan en función de la ubicación del establecimiento:

- París 2.700 - 4.600 €/mes
- Ile de France: 2.000 – 2.500 €/mes
- Provenza: 1.500 – 1.800 €/mes

Fuente: <http://www.agevillage.com/article-648-1-les-tarifs-d-une-maison-de-retraite.html>

04

Mercado residencial francés

4.5 Constataciones

04 Mercado residencial francés

El mercado francés es un mercado fuertemente planificado y regulado

El sistema que incluye la componente sanitaria, gestionada desde las Regiones y la componente social gestionada desde los Departamentos, dispone de un amplio abanico de instrumentos de planificación y programación.

La autorización, reforma y ampliación de residencias está sometida a la planificación pública.

La existencia de conciertos plurianuales con los proveedores constituye una herramienta de gran importancia en la planificación y la estabilidad.

En términos de financiación, el mercado francés diferencia claramente la contribución sanitaria, social y del usuario

La financiación pública está claramente diferenciada entre financiación de los cuidados sanitarios, proveniente de la seguridad social, y la contribución para la financiación de los cuidados sociales proveniente del Conseil General.

Existe un sistema estandarizado y de alcance estatal para "clasificar" el perfil de cuidados de cada residente a través de los "GIR". También se clasifican los niveles de cuidados sanitarios en residencia, lo que implica distintas tarifas.

Las tarifas de financiación pública de cada residente están definidas para todo el país y son actualizadas anualmente a partir del forfait de CUIDADOS, el forfait de DEPENDENCIA, y el forfait ALOJAMIENTO y MANUTENCIÓN para cada grado "GIR". También está claramente definido el nivel de contribución directa del ciudadano, fundamentalmente para alojamiento, existiendo diferentes ayudas públicas para los residentes en función de su nivel de renta (reciente redefinición de la APA, Ayuda Personalizada a la Autonomía).

Las necesidades de financiación de la dependencia han generado sistemas innovadores

La viabilidad de la financiación del sistema APA ha generado varias modificaciones legislativas en un corto período de tiempo desde su implantación. La institución de un día de trabajo adicional no remunerado e impuestos del 0,3% a los beneficios del capital y al patrimonio han creado ingresos adicionales para el mantenimiento del equilibrio del sistema.

La política de calidad se garantiza mediante varios sistemas

Los conciertos plurianuales con los prestadores del servicio favorecen la implantación de una política de calidad a medio plazo. Los centros tienen la obligación de realizar evaluaciones internas y externas de calidad a través de las que se monitorizan 17 indicadores de resultado.

04 Mercado residencial francés

El mercado francés ofrece una amplia cobertura de servicios residenciales

El mercado francés alcanza una cobertura de 6,6 plazas por cada 100 mayores de 65 años, que el año 2006 era de 4,3, lo que indica que ha experimentado un importante crecimiento.

El crecimiento se ha realizado en base a las residencias para personas dependientes (EHPAD) con disminuciones o estancamiento de otros tipos de residencias o centros para pacientes crónicos.

Es un crecimiento que no ha ido de la mano del crecimiento del número de establecimientos que en los últimos años ha sido moderado (1,25% anual entre 2007 y 2011).

Los centros presentan un tamaño razonable

El tamaño medio de los centros es de 68 plazas habiéndose incrementado en cuatro plazas desde 2006.

El sector privado cuenta con centros de un tamaño medio (entre 64 y 67 plazas) bastante menor que el público (72 plazas).

04 Mercado residencial francés

En Francia, el share del sector privado empresarial es pequeño

El sector privado empresarial sólo supone en Francia el 18% de los centros y el 17% de las plazas.

El crecimiento ha sido discretamente mayor en el sector público que en el privado o benéfico, alcanzando un 53% de plazas públicas en 2011 (51% en 2006).

El sector privado tiene una alta concentración de operadores

Los 5 primeros operadores concentran el 47% de las plazas privadas lucrativas.

Los primeros cinco grupos han crecido desde el estudio de 2006 de forma significativa.

El desarrollo actual de los operadores se realiza mediante operaciones sobre todo de crecimiento exógeno. Se están produciendo fusiones importantes.

05

Mercado residencial alemán

05

Mercado residencial alemán

5.1 Marco regulatorio

5.1.1 Normativa



05 Mercado residencial alemán – 5.1 Marco Regulatorio – 5.1.1 Normativa

El sistema sociosanitario alemán se encuentra amenazado por su compleja sostenibilidad ante el incremento continuo de la demanda (1/3)

- Alemania es un estado federal con las competencias de planificación, gestión y evaluación del sistema sanitario y social descentralizadas a los Länder (estados). No obstante, su sistema sanitario (y actualmente también el de dependencia) otorgan un papel importante tanto al gobierno central en la regulación del aseguramiento, como a las cajas aseguradoras. Así, mientras los estados tienen un gran peso en la planificación de recursos, la gestión y la evaluación de la calidad recae en gran medida en las cajas de aseguramiento.
- La regulación general a nivel federal de las obligaciones de proveedores y usuarios está definida en los denominados Social Code Books o SGB:
 - el SGB VI regula la asistencia sanitaria basada en un sistema de cajas de seguros.
 - el SGB XI regula desde 2006 el sistema de atención a la dependencia, basado también en un sistema de aseguramiento obligatorio.

Sistema sanitario.

- El sistema sanitario se basa en el aseguramiento obligatorio de toda la población mediante un número amplio de cajas de seguro.

(...)



El sistema sociosanitario alemán se encuentra amenazado por su compleja sostenibilidad ante el incremento continuo de la demanda (2/3)

- En los últimos 20 años se han sucedido una serie de reformas del sector sanitario y social dirigidas a:
 - La contención de costes y la eficiencia en uno de los sistemas de mayor coste de Europa.
 - Promover la competencia entre aseguradoras.
 - Superar la fragmentación de los proveedores integrando servicios ambulatorios y hospitalarios poniendo el peso en la atención comunitaria.
- La reforma de 2004 introdujo medidas de uniformidad del aseguramiento entre las diferentes cajas aseguradoras así como la participación del gobierno en la financiación de las mismas y el esquema de financiación en base a riesgo.
- En 2008 la reforma del sistema de cuidados de larga duración introdujo un mayor peso en la atención comunitaria fomentando el pago en cash de servicios y la mejora de la información al usuario. También creó un sistema de indicadores a nivel federal para los cuidados de larga duración así como la obligatoriedad de hacer públicos los informes de inspección.
- Las últimas reformas incluyen la revisión del sistema de financiación (2010), la de mejora de los servicios (2011) y la de Derechos de los Pacientes (2013). Se han introducido en estas reformas importantes medidas de contención del gasto sanitario y de reforzamiento de los derechos del paciente.



El sistema sociosanitario alemán se encuentra amenazado por su compleja sostenibilidad ante el incremento continuo de la demanda (3/3)

Sistema de atención a la dependencia:

- Hasta finales de los años 90 el sistema de atención a la dependencia se basaba en la prestación de servicios sociales en función de renta con escasa uniformidad en la definición de dependencia y su valoración. Los grandes aumentos de personas elegibles para prestaciones de dependencia (de 165.000 en 1963 a 675.000 personas en 1992) impusieron en la agenda política la discusión sobre la necesidad de un abordaje sistematizado de estas prestaciones: El llamado quinto pilar del sistema de bienestar alemán.
- Desde 2006 existe un sistema de aseguramiento de la dependencia obligatorio para prácticamente toda la población y gestionado por las cajas de seguro.
- Los principales cambios acaecidos en el sistema después de su creación han sido los destinados a garantizar su sostenibilidad (incremento de las cuotas) y el desarrollo de los estándares de calidad.



05

Mercado residencial alemán

5.1 Marco regulatorio

5.1.2 Financiación



05 Mercado residencial alemán – 5.1 Marco Regulatorio – 5.1.2 Financiación

En Alemania tanto la atención sanitaria como la atención a la dependencia están estructuradas mediante sistemas de seguro obligatorio que cubren prácticamente al total de la población residente (1/2)

Atención a la dependencia

- La atención a los cuidados de larga duración (dependencia) es un derecho subjetivo basado en el aseguramiento (de acuerdo con la ley Pflegeversicherungsgesetz). Este derecho cubre al 90% de los ciudadanos que están asegurados. El 10% de los ciudadanos no cubiertos tienen que suscribir un aseguramiento privado. Solo un 0,5% de los ciudadanos no están cubiertos (como es el caso de las personas sin hogar).
- El sistema de atención a la dependencia se financia mediante cotizaciones (1,95% del salario bruto, 2,2% si no se tienen hijos). Esta cotización se incrementó dos veces (2006 y 2008) desde el 1% inicial debido al déficit de financiación del sistema y la introducción de nuevas prestaciones.
- La asistencia a la dependencia es prestada mediante un fondo público instituido a partir de 1995.
- Los beneficios del aseguramiento de dependencia no dependen del nivel de ingresos del ciudadano.
- La cobertura de los cuidados de la dependencia no pretende incluir todos los posibles costes de la misma sino sólo las necesidades básicas. Los proveedores pueden ofrecer servicios por encima de la financiación pública que son comprados y pagados directamente por el usuario.



05 Mercado residencial alemán – 5.1 Marco Regulatorio – 5.1.2 Financiación

En Alemania tanto la atención sanitaria como la atención a la dependencia están estructuradas mediante sistemas de seguro obligatorio que cubren prácticamente al total de la población residente (2/2)

- Los servicios de atención a la dependencia son suministrados casi exclusivamente por instituciones privadas. Tienen un peso muy mayoritario las organizaciones sin ánimo de lucro, especialmente organizaciones de carácter u orientación religiosa.
- La planificación, regulación y control de estos servicios es competencia de los Estados.
- El sistema no tiene una administración central sino que es administrado por las 250 aseguradoras de dependencia existentes en Alemania. El Comité de Revisiones Médicas (Medizinischer Dienst der Krankenkassen) de la asociación de aseguradoras, evalúa la necesidad de soporte en base al análisis de cuatro dimensiones básicas: cuidados personales, nutrición, movilidad y tareas del hogar.

Asistencia sanitaria:

- La asistencia sanitaria es prestada mediante las cajas de seguridad social. El asegurado puede elegir la compañía proveedora, existiendo un sistema de compensación a las mismas en función del riesgo del asegurado.
- Los prestadores de asistencia sanitaria incluyen un mix de sector público, privados sin ánimo de lucro y empresas privadas. La asistencia sanitaria ambulatoria es ejercida casi exclusivamente por profesionales liberales que son financiados mediante un sistema de pago por acto (tarificación de los actos en “puntos” según su complejidad). La regulación de los hospitales la desarrollan los estados federales mientras que la de la atención ambulatoria es realizada en gran medida por cuerpos profesionales a nivel federal.



05 Mercado residencial alemán – 5.1 Marco Regulatorio – 5.1.2 Financiación

La financiación por parte del estado para los servicios de atención a la dependencia se define mediante tarifas según el nivel de cuidados requerido por el beneficiario (1/4)

	Nivel I (Necesidad de cuidados considerable)	Nivel II (Necesidad intensa de cuidados)	Nivel III (Necesidad muy intensa de cuidados)
Necesidad de ayuda para cuidado personal, alimentación y movilidad	Al menos una vez al día para 2 ADL	Por lo menos tres veces al día a diferentes horas del día	Asistencia permanente
Necesidad de asistencia para limpieza del hogar	Varias veces por semana	Varias veces por semana	Varias veces por semana
Tiempo necesario de atención (estimado para cuidadores no profesionales)	Al menos 90 min / día, en promedio, incluyendo un máximo de 45 min / día para la limpieza del hogar	Al menos 3 h/día en promedio, incluyendo un máximo 2h/día para cuidados básicos y un máximo de 1 h/día para la limpieza del hogar	Al menos 5 h/día en promedio incluyendo al menos 4h/día de cuidados básico y un máximo de 1 h/día para la limpieza del hogar
Casos de especial dificultad: El fondo puede suministrar más servicios en línea con el plan de cuidados y el tipo de atención en ingreso.			

Fuente: German Federal Ministry of Health (http://bmg.bund.de/cln_160/nm_1168258/SharedDocs/Standard-artikel/DE/AZ/P/Glossarbegriff-Plegestufen.html?_nnn=true)



05 Mercado residencial alemán – 5.1 Marco Regulatorio – 5.1.2 Financiación

La financiación por parte del estado para los servicios de atención a la dependencia se define mediante tarifas según el nivel de cuidados requerido por el beneficiario (2/4)

Los servicios de atención a la dependencia recibidos pueden ser servicios domiciliarios o residenciales.

- Los servicios domiciliarios (Ambulante Pflegesachleistungen) pueden elegirse entre el formato de servicio formal (Sachleistung) o en cash (Pflegegeld) para que la persona o sus familiares puedan organizar particularmente la atención.
- Las cantidades definidas (2014) se muestran en la tabla.

Nivel	En servicio (€/mes)	En dinero (€/mes)
Nivel 0 (sin demencia) /Stufe 0 (mit Demenz)	225	120
Nivel 1 /Stufe 1	450	235
Nivel 1 (con demencia) /Stufe 1 (mit Demenz)	665	305
Nivel 2	110	440
Nivel 2 (con demencia) /Stufe 2 (mit Demenz)	1250	525
Nivel 3 /Stufe 3	1550	700
Especial dificultad /Härtefall	1918	

- Se financian adicionalmente ayudas técnicas y otros servicios complementarios con un copago del 10%.
- La combinación entre servicios y en dinero es posible con ciertas limitaciones.
- El sistema financia también servicios complementarios como los de respiro (cuatro semanas) o de transición (al salir una persona del hospital o residencia).

Fuente: Bundesministerium für Gesundheit, www.bmg.bund.de



05 Mercado residencial alemán – 5.1 Marco Regulatorio – 5.1.2 Financiación

La financiación por parte del estado para los servicios de atención a la dependencia se define mediante tarifas según el nivel de cuidados requerido por el beneficiario (3/4)

- En el caso de los servicios residenciales, el fondo paga una tarifa a la residencia con los siguientes límites:

Nivel	En servicio (€/mes)
Nivel 1 /Stufe I	1.023
Nivel 2 /Stufe II	1.279
Nivel 3 /Stufe III	1.550
Especial dificultad /Härtefall	1.918

- También existe alguna posibilidad de combinar con pagos en dinero limitados, los servicios no cubiertos por la tarifa. Estas ayudas adicionales de apoyo a cuidados son:
 - Tarifa básica (Grundbetrag): 100 €/mes
 - Máxima (erhöhter Betrag): 200 €/mes
- Adicionalmente existen ayudas fiscales y exención de impuestos sobre las ayudas públicas proporcionadas.

Fuente: Bundesministerium für Gesundheit, www.bmg.bund.de



05 Mercado residencial alemán – 5.1 Marco Regulatorio – 5.1.2 Financiación

La financiación por parte del estado para los servicios de atención a la dependencia se define mediante tarifas según el nivel de cuidados requerido por el beneficiario (4/4)

- Con la reforma de los niveles de atención en el 2012 (Pflege-Neuausrichtungsgesetz, PNG), se decidió la inclusión, a partir del 1.1.2013 de la atención del nivel 0 para el cuidado de la demencia para aquellas personas que tienen deficiencias significativas para realizar actividades de la vida diaria. La asignación para este nivel es de 120 €/mes en dinero y 225 €/mes en servicio.

Además, estas personas pueden disponer de hasta 1.550 euros al año para servicios de atención en el caso que el cuidador habitual falte.

En el caso en que necesite eliminar barreras en su vivienda, recibirá una ayuda de 2.557 €.

Alemania gastó el 1,3% del PIB en los cuidados de enfermería a largo plazo en 2008, de los cuales el 0,9% fue financiado públicamente. En 2050 esta cifra será el doble, según la OCDE.



05

Mercado residencial alemán

5.1 Marco regulatorio

5.1.3 Acreditación y Calidad



La autorización, control de calidad e inspección de los centros residenciales está regulada en la Ley de Dependencia (1/3)

La normativa al respecto de la autorización, control de calidad e inspección de centros se encuentra en diversas leyes:

- Los artículos 112 a 117 del Vol. XI del Código Social conforman el capítulo: “Control de la calidad, otras normas de protección de las personas dependientes” y contienen la normativa específica en esta materia.
- La Ley de residencias de 1974 (reformada por última vez el 31/10/2006) y que ha sido ampliada por diversos reglamentos:
 - Reglamento sobre los requisitos mínimos arquitectónicos de las residencias para la tercera edad y personas dependientes.
 - Reglamento sobre la participación de las personas dependientes en los asuntos relacionados con el funcionamiento de una residencia.
 - Reglamento sobre los requisitos del personal de las residencias.
 - Reglamento sobre las obligaciones de las residencias cuando reciben prestaciones por acoger a una persona dependiente.

La legislación sobre residencias está transferida a los estados, existiendo 10 estados que han legislado sobre la misma incluyendo la regulación de la autorización de centros. El resto se acogen a la normativa nacional.



05 Mercado residencial alemán – 5.1 Marco Regulatorio – 5.1.3 Acreditación y Calidad

La autorización, control de calidad e inspección de los centros residenciales está regulada en la Ley de Dependencia (2/3)

Estados con regulación propia:

- Baden-Wurtemberg: Ley regional sobre residencias (01/07/2008).
- Baviera: Ley sobre la calidad de la atención a la dependencia y las viviendas (01/08/2008).
- Brandeburgo: Ley de Brandeburgo sobre la atención a la dependencia y las viviendas tuteladas (01/01/2010).
- Bremen: Ley sobre las viviendas y la atención (01/07/2010).
- Hamburgo: Ley sobre la calidad de las viviendas y la atención (01/01/2010).
- Mecklemburgo-Pomerania Occidental: Ley sobre la calidad de los centros (29/05/2010).
- Renania del Norte-Westfalia: Ley sobre las viviendas y la participación (10/12/2008).
- Renania-Palatinado: Ley sobre las modalidades de vivienda y la participación (01/01/2010).
- Sarre: Ley regional del Sarre sobre residencias (19/06/2009).
- Schleswig-Holstein: Ley para reforzar la autonomía (01/08/2009).

Fuente: Ministerio de Trabajo e Inmigración. La Calidad de la Atención en el Seguro de Dependencia Alemán. Actualidad Internacional Sociolaboral. Julio de 2011
<http://www.empleo.gob.es/es/mundo/Revista/Revista138/145.pdf>



05 Mercado residencial alemán – 5.1 Marco Regulatorio – 5.1.3 Acreditación y Calidad

La autorización, control de calidad e inspección de los centros residenciales está regulada en la Ley de Dependencia (3/3)

El modelo de calidad de los centros descansa sobre la Federación de Seguros de Dependencia que tiene la potestad de inspección de los servicios de atención a la dependencia en representación de las aseguradoras. Es por tanto un modelo compartido entre la administración y las aseguradoras.

La Federación de seguros de dependencia aprobó en 2009 unas directrices que regulan la actividad de los servicios médicos en materia de control de la calidad conforme al art. 114 del volumen XI del Código Social. Este documento define la finalidad de las inspecciones, el procedimiento de las mismas (sin previo aviso), su contenido, la formación específica de los inspectores, la colaboración con los servicios de inspección regionales y los informes. En 2009, se firmaron los acuerdos que regulan los siguientes aspectos:

- Publicación de los resultados de las inspecciones.
- Selección de las personas dependientes a incluir en la inspección.
- Criterios para la valoración.
- Recomendaciones para los inspectores.
- Presentación de los resultados.

La Federación de seguros de dependencia publica los manuales para el control de la calidad en las residencias y los SAD. Se trata de publicaciones muy amplias, que recogen de forma detallada la normativa aplicable, los cuestionarios y diversas directrices para el personal especializado.

Fuente: Ministerio de Trabajo e Inmigración. La Calidad de la Atención en el Seguro de Dependencia Alemán. Actualidad Internacional Sociolaboral. Julio de 2011
<http://www.empleo.gob.es/es/mundo/Revista/Revista138/145.pdf>



05 Mercado residencial alemán – 5.1 Marco Regulatorio – 5.1.3 Acreditación y Calidad

En Alemania, diez regiones presentan un modelo en el que la inspección depende directamente de un ministerio. En las seis regiones restantes la inspección es descentralizada

- La inspección médica de los seguros de enfermedad centra sus actuaciones en la atención a la dependencia y en la eficacia de la atención, relegando a un segundo término aspectos más formales como la cumplimentación de documentación. Por otra parte refuerza el papel de los servicios médicos de las aseguradoras, facultándoles para emitir recomendaciones a fin de solventar las irregularidades detectadas. El gasto de las inspecciones motivadas por una mala atención a los dependientes debe asumirlo el propio centro.
- El Manual para la inspección de las residencias contempla 82 parámetros sobre los siguientes aspectos: atención a la dependencia y médica, atención a personas con demencia cognitiva, atención social y estructura de la vida cotidiana y, por último, vivienda, comida, economía doméstica e higiene. Se bareman de acuerdo con el siguiente cuadro:

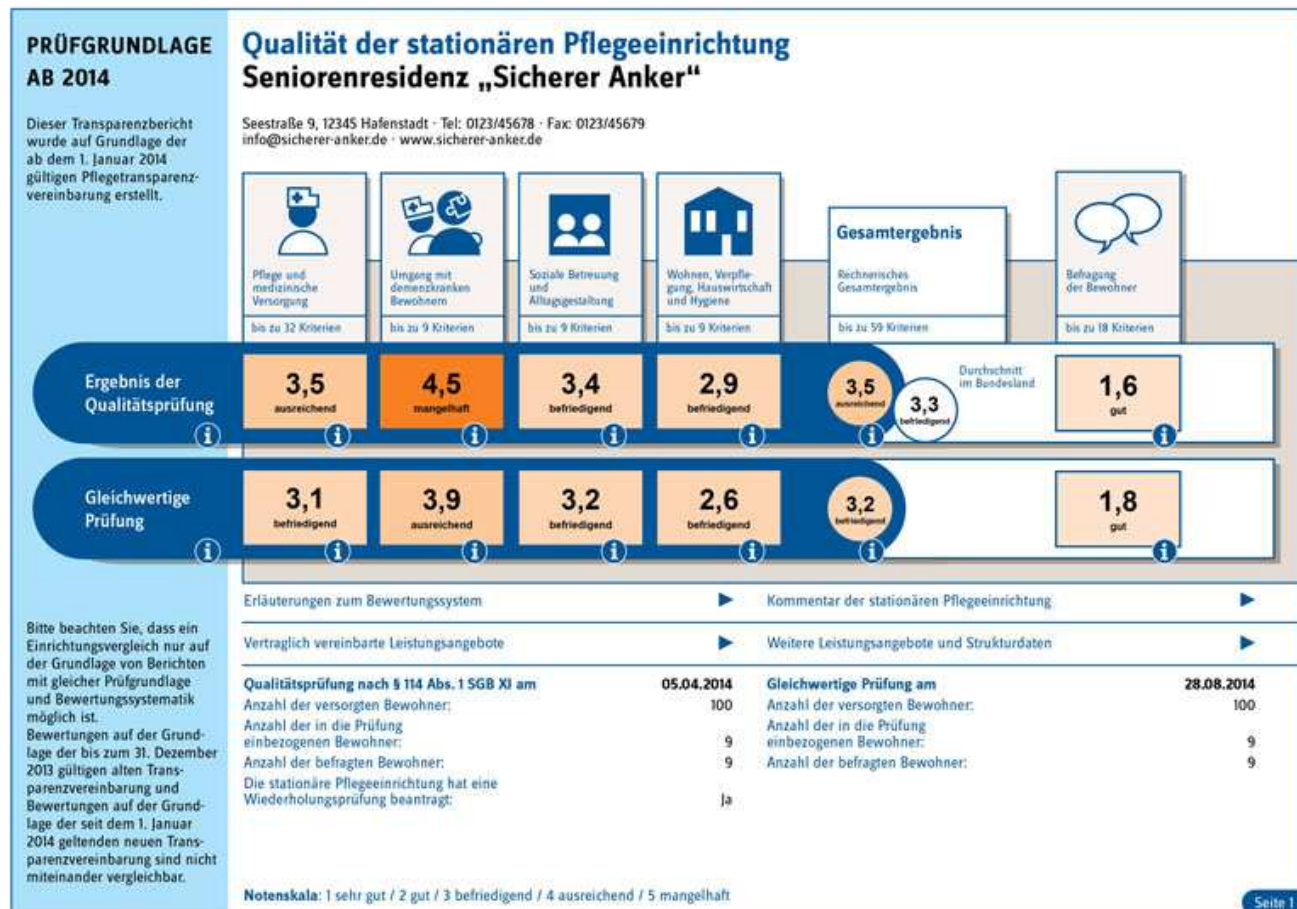
Baremos de valoración					
Residencias		SAD		Calificaciones	
Ámbito	Parám.	Ámbito	Parám.	Calificación	Escala
Atención a la dependencia y asistencia sanitaria	1-35 (35)	Atención a la dependencia	1-17 (17)	Sobresaliente (1 a 1,4)	8,7-10
Atención demencia cognitiva	36-45 (10)	Atención por prescripción médica	18-27 (10)	Notable (1,5 a 2,4)	7,3-< 8,7
Atención social	46-55 (10)	Servicio y organización	28-37 (10)	Bien (2,5 a 3,4)	5,9-< 7,3
Vivienda, manutención	56-64 (9)	Encuesta usuarios	38-49 (12)	Aprobado (3,5 a 4,4)	4,5-< 5,9
Encuesta usuarios	65-82 (18)			Insuficiente (4,5 a 5,0)	0-< 5,9
Total	1-82 (82)	Total	1-49 (49)		

Fuente: Ministerio de Trabajo e Inmigración. La Calidad de la Atención en el Seguro de Dependencia Alemán. Actualidad Internacional Sociolaboral. Julio de 2011
<http://www.empleo.gob.es/es/mundo/Revista/Revista138/145.pdf>



05 Mercado residencial alemán – 5.1 Marco Regulatorio – 5.1.3 Acreditación y Calidad

Para la publicación de resultados de las inspecciones se utiliza una plantilla oficial



Los resultados de las inspecciones se publican desde 2009 en Internet, en los puntos de apoyo para la dependencia y en los propios centros residenciales.

Los resultados obtenidos sitúan a los centros en un sistema de clasificación que permite comparaciones entre ellos.

Fuente: Ministerio de Trabajo e Inmigración. La Calidad de la Atención en el Seguro de Dependencia Alemán. Actualidad Internacional Sociolaboral. Julio de 2011
<http://www.empleo.gob.es/es/mundo/Revista/Revista138/145.pdf>



05

Mercado residencial alemán

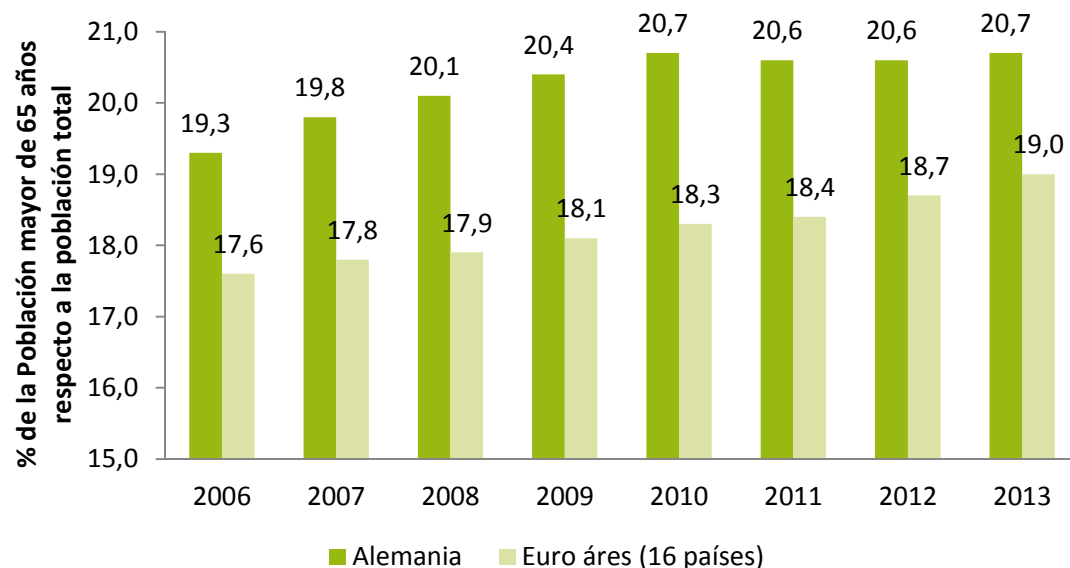
5.2 Demanda



05 Mercado residencial alemán – 5.2 Demanda

En 2013, la población mayor de 65 años en Alemania correspondía al 20,7% de la población total, mostrando un incremento del 7% respecto a 2006

Evolución del número de la población mayor de 65 años (2006 – 2013)



- En 2013 la población alemana asciende a 82 millones de habitantes, de los cuales cerca de 17 millones tienen más de 65 años:
 - El porcentaje de personas mayores de 65 años respecto a la población total alemana representa un 20,7%, muy por encima de la media europea (16 países) de 19%.
- La esperanza de vida al nacer en 2011, según el instituto de estadísticas de Alemania (DESTATIS), es de 77,7 años en los varones y 82,7 años en las mujeres.

Según las proyecciones, la media de incremento interanual de la población mayor de 65 años entre 2015 y 2025 es del 1,4% .

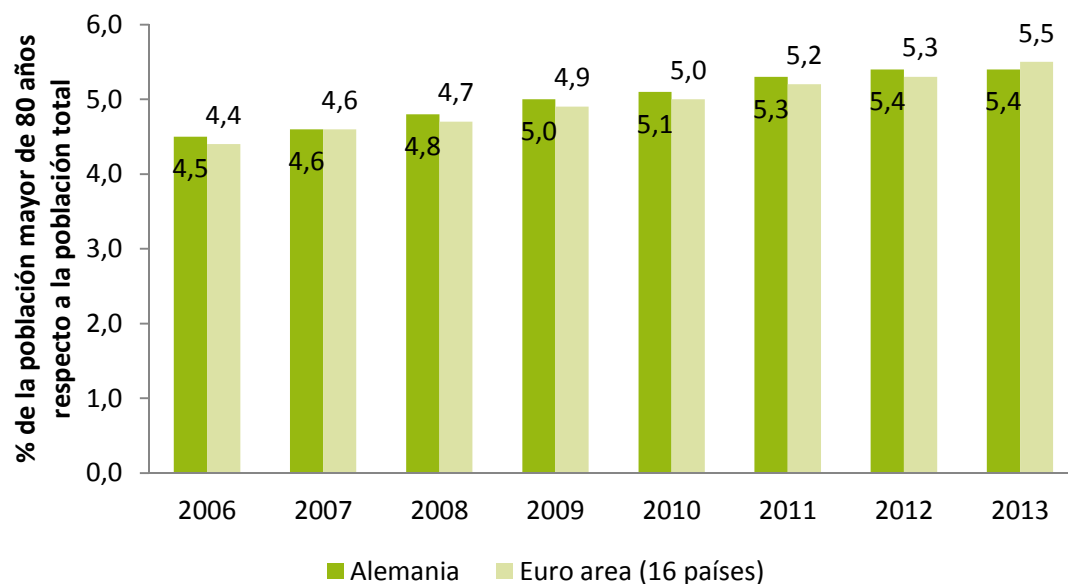
Fuente: Eurostat.
DESTATIS Statistisches Bundesamt. Life expectancy in Germany 2009/2011.



05 Mercado residencial alemán – 5.2 Demanda

La población mayor de 80 años representa el 5,4% de la población total en Alemania, mostrando un incremento respecto a 2006 del 19%

Evolución de la población mayor de 80 años (2006 – 2013)



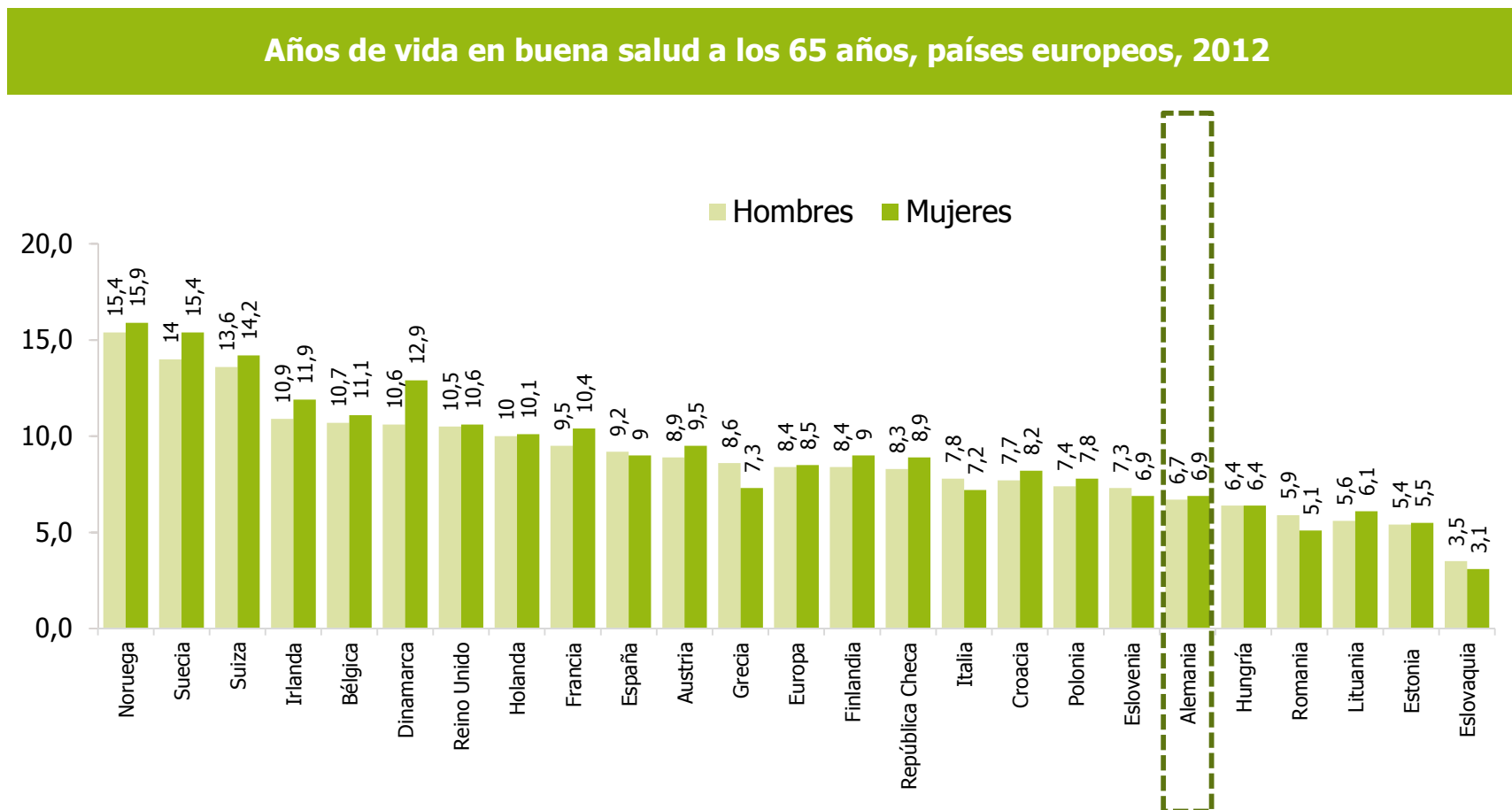
- En 2013, 4,4 millones de habitantes tenían más de 80 años.
- El porcentaje de personas mayores de 80 años respecto a la población mayor de 65 representa un 26%.
- En 2013, el porcentaje de personas mayores de 80 años casi iguala la media de la Euro área de los 16 países.

Fuente: Eurostat.



03 Mercado residencial alemán – 4.2 Demanda

Los años de vida en buena salud a los 65 años en Alemania, son 6,7 en los hombres y 6,9 en las mujeres



Fuente: European Health and Life Expectancy Information System (EHLEIS); Eurostat Statistics Database. 2013



05

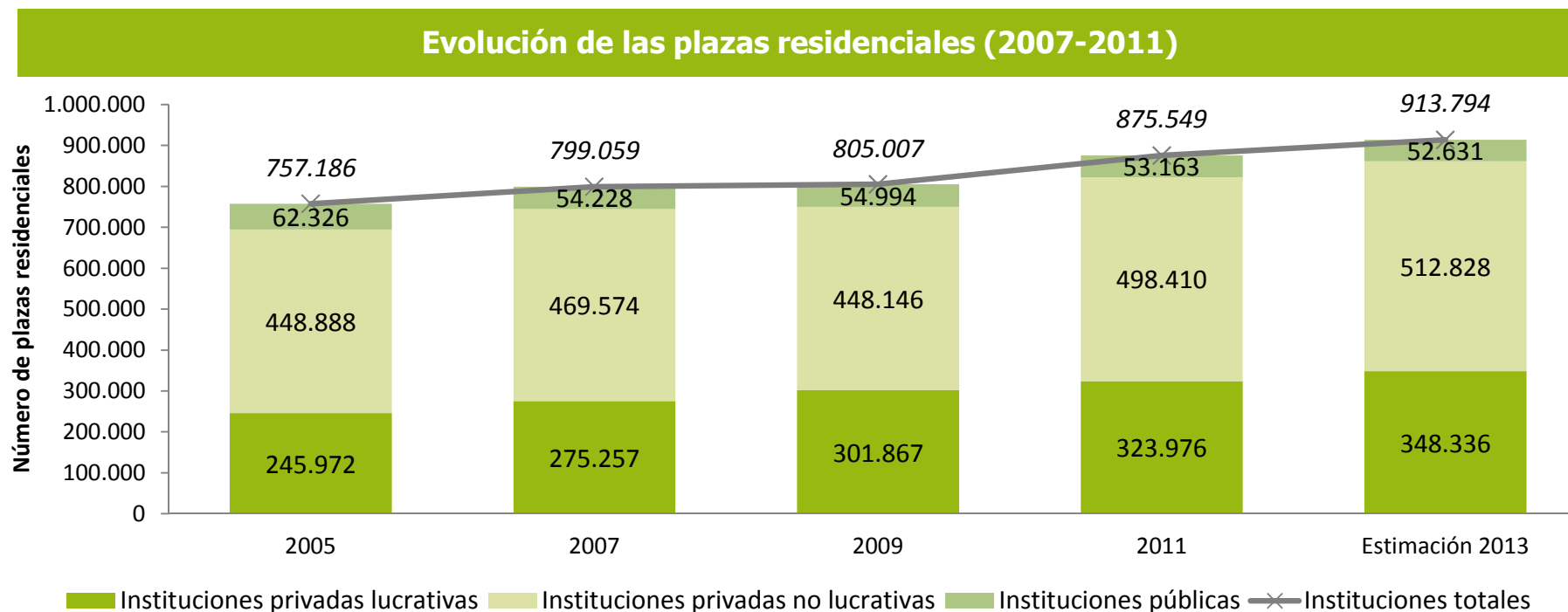
Mercado residencial alemán

5.3 Oferta



05 Mercado residencial alemán – 5.3 Oferta

La oferta estimada de plazas residenciales en 2013 mostró un incremento del 20,7% respecto a 2005



Del 2005 al 2007 ha habido un incremento interanual relativamente bajo del 2,7%; entre 2007 y 2009 hubo muy poco crecimiento de la oferta. Sin embargo entre 2009 y 2013 (estimación) nuevamente repuntó con un incremento interanual del 3,4%.

En 2013, la oferta de plazas en instituciones privadas comerciales representa el 38% de la oferta total de plazas residenciales, las plazas en instituciones sin ánimo de lucro representan el 56% y las plazas públicas el 6%.

Fuente: Pflegestatistik 2011 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse. Datos a 2013 estimados a partir del incremento interanual.



05 Mercado residencial alemán – 5.3 Oferta

El número de plazas residenciales para personas mayores en Alemania en 2013 era de 913.794 plazas lo que supone una cobertura igual a la media europea

- Alemania dispone de una ratio de 5,4 plazas residenciales por cada 100 habitantes mayores de 65 años.
- La cobertura media de plazas residenciales privadas (comerciales y sin ánimo de lucro) es de 5 plazas por cada 100 habitantes mayores de 65 años.
- La cobertura media de plazas públicas es de 0,3 plazas por cada 100 habitantes mayores de 65 años.

El mercado de residencias para la tercera edad en Alemania está desarrollado y en él tienen un destacado peso las instituciones privadas sin ánimo de lucro.



05 Mercado residencial alemán – 5.3 Oferta

5.336 residencias para mayores en Alemania son privadas comerciales, lo que representa el 41% del total de las residencias estimadas en el ejercicio 2013

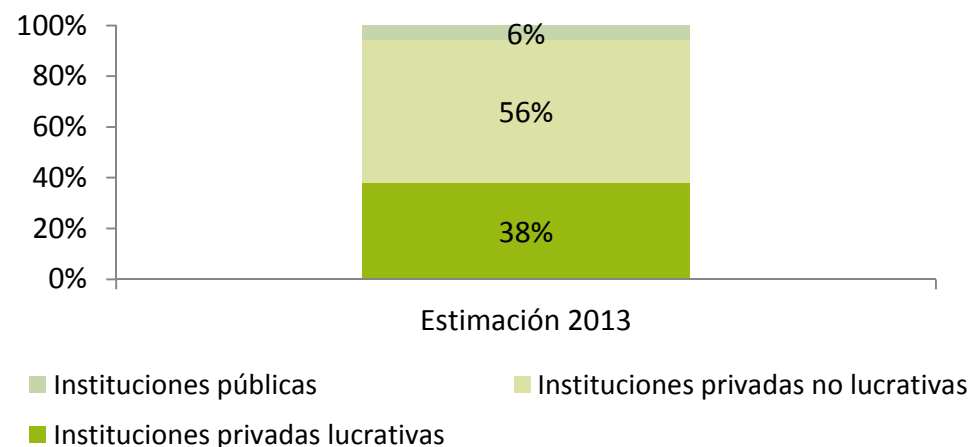
La distribución de las residencias en función de su titularidad (propiedad), estimadas en 2011, es la siguiente:

- Pública: Hay un total de 635 residencias públicas, con un total de 52.631 plazas que representan el 5% del total de residencias y el 6% del total de plazas.
- Privada sin ánimo de lucro: Hay 7.046 residencias privadas sin ánimo de lucro con un total de 512.828 plazas, que representan el 54% del total de residencias y el 56% del total de plazas.
- Privadas comerciales: Hay 5.336 residencias privadas comerciales con un total de 348.336 plazas, que representan el 41% del total de residencias y el 38% del total de plazas.

Distribución de las residencias según su titularidad, 2013



Distribución de las plazas en residencias según su titularidad, 2013



Fuente: Pflegestatistik 2011 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse. Datos a 2013 estimados a partir del incremento interanual.



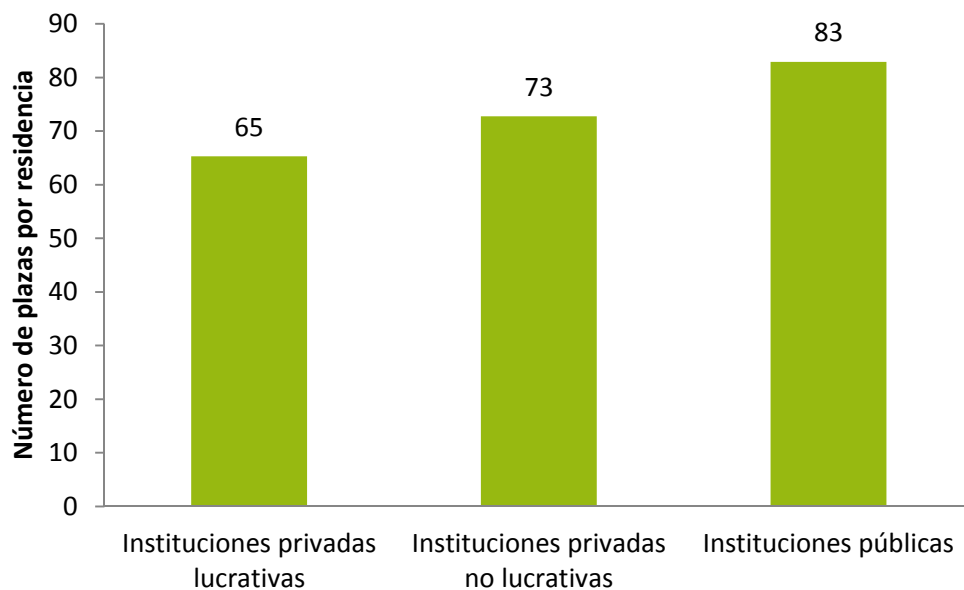
05 Mercado residencial alemán – 5.3 Oferta

Las residencias de titularidad pública son las que mayor número de plazas por residencia tienen en promedio

El tamaño medio de las residencias en Alemania es de 74 plazas/residencia , y según su titularidad varía entre:

- 84 plazas en las residencias de titularidad pública.
- 74 plazas en las residencias gestionadas por entidades sin ánimo de lucro.
- 65 plazas en las residencias gestionadas por empresas privadas.

Tamaño medio de las residencias según su titularidad, 2013



Fuente: Pflegestatistik 2011 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse. Datos a 2013 estimados a partir del incremento interanual.



05

Mercado residencial alemán

5.4 Operadores privados



05 Mercado residencial alemán – 5.4 Operadores privados

Los 5 principales operadores agrupan el 14% de la oferta total de plazas privadas comerciales (1/2)

El sector privado comercial y sin ánimo de lucro agrupa el 94% de la oferta total de plazas en Alemania, de las cuales cerca del 30% son gestionadas por los 15 principales operadores.

Posición	Empresa	Sede	Nº de plazas	% plazas	Nº de centros	Plazas /centro
1	CURANUG AG	München	13.046	3,75%	124	105
2	Pro Seniore Consulting + Concepción für Senioreneinrichtungen AG	Saarbrücken	10.487	3,01%	86	122
3	CASA REHA Holding GmbH	Oberusel	9.060	2,60%	64	142
4	Kursana Residenzen GmbH	Berlin	8.688	2,49%	90	97
5	Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Westliches Westfalen e. V.	Dortmund	7.186	2,06%	60	120
Subtotal			48.467	13,91%	424	114
6	Johanniter Seniorenhäuser GmbH	Berlin	7.717	2,22%	91	85
7	Vitanas GmbH & Co. KGaA	Berlin	6.821	1,96%	50	136
8	Marseille-Kliniken AG	Hamburg	6.401	1,84%	56	114
9	Evangelische Heimstiftung GmbH	Stuttgart	5.981	1,72%	74	81
10	CURA KurklinikenSeniorenwohn- und Pflegeheime GmbH	Berlin	5.636	1,62%	51	111
11	Silver Care Holding GmbH	München	5.231	1,50%	53	99
12	Alloheim Senioren-Residenzen GmbH	Düsseldorf	4.715	1,35%	49	96
13	AZURIT Rohr GmbH	Eisenberg	4.418	1,27%	40	110
14	SENATOR Unternehmensgruppe	Lübeck	3.997	1,15%	45	89
15	DOMICIL Senioren-Residenzen Hamburg SE	Hamburg	3.269	0,94%	32	102
Subtotal			54.186	15,56%	1025	53
Total oferta privada comercial			348.336			

Fuente: www.pfleagedatenbank.com - Die Liste der 30 größten Pflegeheimbetreiber in Deutschland 2013



05 Mercado residencial alemán – 5.4 Operadores privados

Los 5 principales operadores agrupan el 14% de la oferta total de plazas privadas comerciales (2/2)

- Curanum AG lidera la lista de los mayores operadores, con un total de 13.046 plazas residenciales. La compañía tiene su sede en Munich, uno de los líderes del mercado europeo en el mercado de la atención residencial, conocido como Korian en Francia. El Grupo Korian ha estado activo desde 2007 en Alemania y se ha hecho cargo de la Phoenix Casas de Retiro filial GmbH, con sede en Füssen, en septiembre de 2007. Desde septiembre de 2013, las instalaciones de Phoenix son una parte de Curanum, ahora con 124 establecimientos de internación en Alemania. En toda Europa, el Grupo Korian opera aproximadamente 600 instalaciones y es el líder del mercado en Alemania, Francia y Bélgica, y el número dos en Italia.
- Pro Seniore vom ersten Platz verdrängt, la compañía con sede en Saarbrücken forma parte de Victor Construction & Value AG, la cual genera del 90% de sus ingresos derivados de la atención residencial. Dispone de 10.500 plazas aproximadamente, disponibles ente las instalaciones de la Pro Seniore Consulting + Conception für Senioreneinrichtungen AG zur Verfügung.
- El tercer clasificado en la lista es CASA DE REHA Holding GmbH en Oberursel Hessen. El grupo cuenta con 9.000 plazas disponibles en 64 instalaciones. Desde 2007 pertenece al inversor de capital privado británico HgCapital, quien se hizo cargo de las acciones del grupo estadounidense Investors Advent.

Fuente: www.pflegedatenbank.com - Die Liste der 30 größten Pflegeheimbetreiber in Deutschland 2013



05 Mercado residencial alemán – 5.4 Operadores privados

El mercado residencial alemán cuenta con una fuerte presencia de grupos inversores extranjeros

- El grupo americano Investors Advent, dispone de 27 clínicas de rehabilitación en todo el país y dos residencias en Baden –Württemberg.
- También el grupo inversor estadounidense Carlyle Group, se hizo cargo en agosto de 2013 de la cadena de residencias de ancianos Alloheim, número 12 en el listado de los 15 principales operadores, disponiendo así de la propiedad de las 49 instalaciones con más de 4.700 plazas pertenecientes a los inversores británicos Star Capital Partners.
- Además de los inversores estadounidenses y británicos, Chequers Capita, inversor financiero francés también juega un papel importante en el mercado de la atención residencial en Alemania. El inversor de capital privado de París posee la mayoría de la Munich Silver Care Holding GmbH, el número 11 del listado de los 15 principales operadores, que cuenta con 53 centros y 5.200 plazas residenciales. Chequers Capital invierte tanto en el mercado residencial como en la atención a domicilio en Alemania. Además, en abril de 2013, Chequers Capital se quedó también con el área de atención especializada de Holding GmbH, que es el líder del mercado de cuidados intensivos para pacientes en Alemania.

Fuente: www.pflegedatenbank.com - Die Liste der 30 größten Pflegeheimbetreiber in Deutschland 2013



05 Mercado residencial alemán – 5.4 Operadores privados

Las instituciones sin ánimo de lucro siguen gestionando la mayoría de los centros de atención residencial en Alemania

En Alemania existe una importante gestión de las residencias por parte de organizaciones y asociaciones regionales sin ánimo de lucro:

- La Asociación del Distrito de Westfalia Occidental (Bezirksverband Westliches Westfalen) se ubica como la asociación más grande de centros de atención residencial, con más de 7.000 plazas en 60 instalaciones, ocupando el sexto lugar en el ranking de los principales 15 operadores.
- Las numerosas asociaciones y organizaciones diaconales agrupan aproximadamente 65.000 plazas, Cáritas y la Cruz Roja Alemana cuentan aproximadamente con 45.000 y 30.000 plazas de atención residencial.
- La Cruz Roja de Baviera y la Federación Samaritana de Trabajadores tienen alrededor de 11.500 plazas cada uno.
- El St. John Seniorenhäuser GmbH es la más grande de las organizaciones de caridad y ocupa la quinta posición en el ranking.

Fuente: www.pflegedatenbank.com - Die Liste der 30 größten Pflegeheimbetreiber in Deutschland 2013



05 Mercado residencial alemán – 5.4 Operadores privados

El precio medio de una plaza residencial en Alemania varía entre los 2.000 y 3.500 €

Según un artículo publicado en la web Deutsche Private Pflege, sobre los costes y precios de las residencias en Alemania:

- Los precios de las plazas residenciales varían ampliamente en función de la localización geográfica y la calidad de los servicios hoteleros y otros complementos que se pongan a disposición del cliente.
- Los precios de las plazas residenciales cubren los gastos de alojamiento, restauración y cuidados, así como los costes de inversión. En general los precios oscilan entre 65 y 120 €/día llegando a ser de entre 2.000 a 3.500 € al mes según el nivel de cuidados requeridos. Algunas fuentes señalan como precio medio los 3.250 €/mes.
- El pago de los servicios residenciales en Alemania está exento de IVA.

Fuente: <http://www.deutsche-privat-pflege.de/pflegeheimkosten/>
Maisl Online News 29/09/2014. <http://www.dailymail.co.uk.news/index/html>.

05

Mercado residencial alemán

5.5 Constataciones

05 Mercado residencial alemán

La atención a la dependencia tiene una amplia cobertura financiada por el sistema de seguridad social obligatoria que contempla cuidados sanitarios y sociales

Cuidados sanitarios y sociales son financiados por el sistema de aseguramiento obligatorio a través de fondos gestionados por el Ministerio Federal de Salud y Protección Social.

Desde 2005 el aseguramiento de la dependencia que se financia en base a un recargo de las cuotas de seguridad social, cubre las necesidades de atención de las personas con dependencia y es obligatorio incluso para el 10% sin seguridad social que tiene que suscribir una póliza privada.

Existe una considerable preocupación por la sostenibilidad del sistema de aseguramiento de la dependencia ante el crecimiento de la demanda que ya ha obligado a subir la base de cotización para financiarlo en dos ocasiones (actualmente el 1,95% del salario, 2,2% a los asegurados sin hijos).

Las prestaciones del seguro de dependencia se establecen según niveles de necesidad

Cada residente es "clasificado" según sus necesidades de cuidados sanitarios y a la dependencia con un baremo de 3 grados. Las aseguradoras pagan a las residencias específicamente según un forfait definido para cada grado, independientemente de la tarifa real del operador que puede ser superior si la financia la persona.

Se excluyen costes de alojamiento y manutención en residencias asistidas.

05 Mercado residencial alemán

La evaluación de calidad está incluida en la normativa básica del sistema

El Código XI, que constituye la legislación sobre dependencia, define los criterios de calidad. Los estados (Länder) tienen competencias para desarrollar la normativa de calidad y autorización de las residencias.

10 Estados han desarrollado normativa propia de acreditación de servicios mientras que el resto utiliza la normativa estatal.

Los resultados de las inspecciones e indicadores de calidad se publican en internet, compromiso al que se llegó en 2011 entre todos los actores del sistema.

Las aseguradoras tienen un importante papel en la financiación y gestión del sistema

Las aseguradoras son las responsables de financiar los servicios de atención a la dependencia a sus asegurados.

Son ellas las que evalúan y clasifican a la persona con dependencia de acuerdo con la normativa del seguro de dependencia.

La inspección de los centros y servicios es gestionada por la Federación de Seguros de Dependencia que desarrolla sus instrumentos de evaluación en base a la normativa existente.

05 Mercado residencial alemán

Alemania presenta un parque residencial muy desarrollado

La cobertura de residencias por 100 habitantes mayores de 64 años es superior a 5. Los recursos han experimentado crecimientos por encima del 5% anual en los últimos años.

El mercado ha experimentado un crecimiento superior al 4% anual desde 2007.

Las residencias han alcanzado un tamaño importante

El tamaño medio de las residencias es alto en comparación con otros países (74 plazas) siendo algo superior en el caso de los centros públicos (84 plazas) y algo inferior en el sector privado (65 plazas).

(El sector empresarial presenta más de un 30% de residencias con tamaño inferior a las 50 plazas).

Las entidades sin ánimo de lucro son los grandes operadores del sector

El sector benéfico es tradicionalmente mayoritario (57% de las plazas), especialmente dependiente de las organizaciones religiosas. El sector privado (37% de plazas) tiene también un importante peso, frente al público que sólo incluye un 6% de las plazas.

La Asociación del Distrito de Westfalia Occidental (Bezirksverband Westliches Westfalen) se ubica como la asociación más grande de centros de atención residencial, con más de 7.000 plazas en 60 instalaciones, ocupando el sexto lugar en el ranking de los principales 30 operadores.

Las numerosas asociaciones y organizaciones diaconales agrupan aproximadamente 65.000 plazas, Cáritas y la Cruz Roja Alemana cuentan con 45.000 y 30.000 plazas de atención residencial.

El sector privado está muy concentrado en grupos

Frente a un sector benéfico bastante atomizado, el sector privado se encuentra en cambio, más concentrado. Los 5 primeros grupos representan el 14% de la oferta total de plazas privadas comerciales.

La concentración continúa produciéndose al haber crecido la mayoría de las primeras cadenas en número de plazas.

El sector privado cuenta con una importante inversión de capital internacional

Muchos de los principales operadores son propiedad de capital norteamericano, británico, francés y de otros países. Varios de ellos son una división de empresas internacionalizadas.

06

Mercado residencial británico

Glosario de términos utilizados en el mercado residencial británico

- NHS (National Health Service): Servicio Nacional de Salud.
- CQC: Care Quality Commission (integra las funciones de calidad sanitaria y social del Department of Health).
- LTC: Long Term Care (Cuidados de larga duración).
- Care home: institución que ofrece cuidados de larga estancia con bajo nivel de cuidados sanitarios. Atiende personas con dependencia pero carece de dotación de enfermería y terapias de rehabilitación.
- Nursing home: El perfil se corresponde con los centros sociosanitarios desarrollados en algunas CCAA en España. Provee cuidados de enfermería las 24 horas del día, además de asistencia en actividades de la vida diaria, cuidados psicosociales y personales, cuidados paramédicos como fisioterapia y terapia ocupacional. Estas instituciones son principalmente utilizadas por ancianos con enfermedades crónicas, personas con discapacidad física y/o personas con afectación mental (principalmente demencia). Las Nursing homes son las instituciones que proporcionan el nivel más alto de cuidados.
- Residential home: Es una institución que proporciona condiciones de vida ajustadas a las necesidades de los residentes que por lo general no requieren ningún cuidado específico de enfermería más allá de una supervisión.



06

Mercado residencial británico

6.1 Marco regulatorio

6.1.1 Normativa



06 Mercado residencial británico – 6.1 Marco Regulatorio – 6.1.1 Normativa

En los últimos años en Reino Unido se han implantado un conjunto de reformas que introducen considerables cambios en las responsabilidades de los actores del sector sanitario y social (1/2)

- Los Servicios de larga duración (LTC, Long Term Care) en el Reino Unido se gestionan por separado en Gales, Inglaterra, Escocia e Irlanda del Norte. Teniendo en cuenta que el 83% de la población anciana del Reino Unido reside en Inglaterra, la mayoría de uso y gasto de servicios se refiere a Inglaterra.
- La regulación de los servicios sanitarios y sociales está integrada en el mismo ministerio (Department of Health) concretando sus términos en:
 - La Health and Community Care Act 1990 que cubre, entre otros, las provisiones sobre las responsabilidades de los cuidadores formales e informales.
 - La Care Standards Act 2000, que regula la provisión de servicios y las profesiones sociales como los trabajadores sociales.
- El libro blanco de 2006 Our Health, Our Care, Our Say, planteó un importante giro de la atención hospitalaria/institucional a la atención en la comunidad con enfoques más integrados y orientados al ciudadano.
- La Health and Social Care Act de 2012, constituye el último conjunto de reformas que ha introducido considerables cambios como el establecimiento de comités locales conjuntos de las autoridades locales y los Clinical Commissioning Groups del NHS, los servicios sociales y los servicios para niños. Estos comités tienen como responsabilidad valorar las necesidades de su población, y asegurar la colaboración de servicios y la provisión de los mismos de acuerdo con las necesidades.



06 Mercado residencial británico – 6.1 Marco Regulatorio – 6.1.1 Normativa

En los últimos años en Reino Unido se han implantado un conjunto de reformas que introducen considerables cambios en las responsabilidades de los actores del sector sanitario y social (2/2)

- El actual gobierno británico ha definido una política marco respecto a los servicios asistenciales sanitarios y sociales que se encuentra recogida en el borrador de la Care and Support Bill (publicada en Enero 2011), actualmente en proceso de consulta pública. Esta política incluye elementos como:
 - servicios más personalizados, más preventivos y más enfocados a suministrar los mejores resultados para las personas que los usan.
 - usuarios conscientes de los recursos públicos asignados a sus necesidades (su "Personal Care Budget").
 - estimulación del partenariado entre los individuos, la comunidad, el sector voluntario, el NHS y los ayuntamientos. Los ayuntamientos y las organizaciones del NHS deberán trabajar juntos de forma integrada para comprar ("commissioning") los servicios a los proveedores.
- Adicionalmente, en las últimas décadas es de destacar el hecho de que las políticas públicas se han orientado a otorgar un mayor papel a la iniciativa privada en la cobertura de las necesidades sanitarias y sociales.



En Reino Unido, la elegibilidad de los servicios de atención a la dependencia se basa en dos esquemas según la valoración de los problemas clínicos de enfermedad crónica (1/2)

- Existen dos esquemas diferentes para la elegibilidad de los servicios, en función de que predomine un problema clínico de enfermedad crónica o no:
 1. Necesidades de dependencia sin problemas de salud severos: Cobertura en función de los niveles de renta:
 - Cada municipio tiene su sistema propio de evaluación y de plan de cuidados que incluye una evaluación personal y un plan de cuidados que se complementa con una valoración financiera a partir de la que se concluye la obligación o no de pagar todo o parte de los servicios en función del nivel de renta.
 - El National Health Service financia una tarifa de “nursing funded care” en residencias sociales (care homes) y se hace cargo de los cuidados médicos usuales con servicios externos.
 2. Necesidades de dependencia con problemas de salud severos: Las necesidades sanitarias y sociales son cubiertas, con independencia de la renta, por el National Health Service (programa “NHS Continuing Healthcare”, también conocido como “Continuing Care” o “Fully funded healthcare”):
 - Si la persona está en una residencia (nursing home), cubre todos los costes incluidos los de alojamiento.
 - Si la persona está en casa, cubre los costes de: Enfermería, Ayuda personal para las AVDs y cualquier coste casero directamente relacionado con los cuidados.



06 Mercado residencial británico – 6.1 Marco Regulatorio – 6.1.1 Normativa

En Reino Unido, la elegibilidad de los servicios de atención a la dependencia se basa en dos esquemas según la valoración de los problemas clínicos de enfermedad crónica (2/2)

La evaluación de las necesidades de dependencia con problemas de salud severos, la realizan los Clinical Commissioning Groups (antes Primary Care Trusts).

Existe un sistema de evaluación nacional (National Framework for NHS Continuing Healthcare and NHS-funded Nursing Care) y tres instrumentos de evaluación

(disponibles en: <https://www.gov.uk/government/publications/national-framework-for-nhs-continuing-healthcare-and-nhs-funded-nursing-care>):

1. Checklist – valoración de screening inicial
2. Decision Support Tool (DST) – Valoración completa
3. Fast Track Pathway Tool – para uso en casos de emergencia o últimos estadios de la vida.

Hay un Sistema de alegaciones cuando el ciudadano no está de acuerdo con algún aspecto de la evaluación.



06

Mercado residencial británico

6.1 Marco regulatorio

6.1.2 Financiación



06 Mercado residencial británico – 6.1 Marco Regulatorio – 6.1.2 Financiación

En Reino Unido se establecen de forma personalizada la financiación pública tanto de los cuidados sanitarios como de la atención social (1/3)

1. Financiación de cuidados sanitarios por el NHS (National Health Service):

El NHS financia, independientemente del nivel de renta, los cuidados sanitarios para los usuarios elegibles para este tipo de atención que viven en una residencia mediante:

- El pago directo a las nursing homes del precio total del servicio. Las tarifas están entre 3.500 y 4.000 €/semana.
- Pago a las care homes, según tarifa del NHS ("Funded Nursing Care") que oscila entre los 515,7 €/mes en Irlanda del Norte y los 621,6 €/mes de Gales. Escocia paga además una tarifa de cuidados personales.

Financiación del NHS para el Funded Nursing Care/semana	Tarifa mensual 2012/13	Tarifa mensual 2013/14
Inglaterra		
Cuidados sanitarios (estándar)	560,3 €	566,2 €
Escocia		
Cuidados sanitarios	381,6 €	386,8 €
Cuidados Personales	840,5 €	856,0 €
Gales		
Cuidados sanitarios	621,6 €	621,6 €
Irlanda del Norte		
Cuidados sanitarios (subvención única)	515,7 €	515,7 €

Nota: Todos los valores han sido estimados en euros, 1 libra esterlina británica= 1,19 euros (conversión a 19.03.2014)

Fuentes: Laing & Buisson (2014) , Colliers (2013), <https://www.gov.uk/government/news/nhs-funded-nursing-care-rates-increased-for-2013> - NHS-funded nursing care rates increased for 2013
<http://www.payingforcare.org/types-of-state-and-local-authority-support> - Types of state and local authority support



06 Mercado residencial británico – 6.1 Marco Regulatorio – 6.1.2 Financiación

En Reino Unido, se establecen de forma personalizada la financiación pública tanto de los cuidados sanitarios como de la atención social (2/3)

2. Financiación de los cuidados sociales por las Autoridades Locales (sujeta a la valoración de los ingresos del solicitante).

Las Autoridades Locales pueden pagar la totalidad, parte o ninguno de los costes de la atención de cuidados:

- Si los ingresos, incluyendo propiedades, son menos de £14.250 (16.957,5 €), el municipio financia la totalidad de los cuidados.
- Si los ingresos son más de £23.250 (27.667,5 €), el usuario no tendrá ayuda pública.
- Si los ingresos oscilan entre £14.250 (16.957,5 €) y £23.250 (27.667,5 €), el usuario recibe una ayuda por parte de la Autoridad Local para el coste de los cuidados. La cantidad que el usuario ha de pagar es de £1 (1,19 €) por semana por cada £250 (297,5 €) de ingresos por encima de los £14.250 (16.957,5 €) mínimos estipulados.

Límites ingresos del solicitante -Ayuda de la Autoridad Local para gastos personales	Ingresos y Ayudas año 2012/13	Ingresos y Ayudas año 2013/14
Inglaterra		
Inferior	£ 14.250 (16.957,5 €)	£ 14.250 (16.957,5 €)
Superior	£ 23.250 (27.667,5 €)	£ 23.250 (27.667,5 €)
Ayuda para gastos personales por semana	£ 23,50 (27,9 €)	£ 23,90 (28,4 €)
Escocia		
Inferior	£ 15.250 (18.147,5 €)	£ 15.500 (18.445 €)
Superior	£ 24.750 (29.452,5 €)	£ 25.250 (30.047,5 €)
Ayuda para gastos personales por semana	£ 23,50 (27,9 €)	£ 23,90 (28,4 €)
Gales		
Límite estándar	£ 23.250 (27.667,5 €)	£ 23.750 (28.262,5 €)
Ayuda para gastos personales por semana	£ 24,00 (28,56 €)	£ 24,50 (29,15 €)
Irlanda del Norte		
Inferior	£ 14.250 (16.957,5 €)	£ 14.250 (16.957,5 €)
Superior	£ 23.250 (27.667,5 €)	£ 23.250 (27.667,5 €)
Ayuda para gastos personales por semana	£ 23,50 (27,9 €)	£ 23,90 (28,4 €)

Nota: Todos los valores han sido estimados en euros, 1 libra esterlina británica= 1,19 euros (conversión a 19.03.2014)

Fuente: <http://www.payingforcare.org/types-of-state-and-local-authority-support> - Types of state and local authority support



En Reino Unido, se establece de forma personalizada la financiación pública tanto de los cuidados sanitarios como de la atención social (3/3)

En el caso de la atención residencial, las autoridades locales financian estos servicios en función de los ingresos, activos y recursos familiares del solicitante tal y como se ha indicado anteriormente. Si están por encima del límite máximo no tendrá ayuda pública, si están por debajo del límite mínimo se le financia cerca de la totalidad, y si están en un tramo intermedio, la ayuda se ajustará de forma personalizada.

A partir de lo anterior se establece de forma específica cuanto pagará el estado al operador y cuanto debe asumir el residente.

- El estado paga al operador específicamente el coste que ha estimado global por residente.
- El residente paga "su parte" al agente público directamente, no al operador. Así, el operador solo cobra por estos cuidados al estado. Por tanto, el operador no puede repercutir al residente ningún coste adicional por cuidados sanitarios o sociales.

Actualmente, los municipios y el NHS ingleses, están pagando en promedio sólo 2.578 €/mes para la atención residencial en 2013/14, aproximadamente entre 160 y 670 euros mensuales menos que el "precio justo de mercado" de 3.042 € en promedio, y un rango de entre 2.738 y 3.248 €/mes. Se valora que los centros ajustan sus costes a estas tarifas o compensan la diferencia con las tarifas pagadas directamente por el residente (el copago supone un 40% de los ingresos de las residencias privadas. Actualmente se está tramitando una ley (Care Bill 2014) para poner un límite al gasto personal que tienen que asumir los residentes, a partir del cual se financiaría por el Estado.

Nota: Todos los valores han sido estimados en euros, 1 libra esterlina británica= 1,19 euros (conversión a 19.03.2014)

Fuente: <http://www.payingforcare.org/types-of-state-and-local-authority-support> - Types of state and local authority support
<http://www.laingbuisson.co.uk/MediaCentre/PressReleases/FairPriceforCarefifthedition.aspx>



Otras ayudas públicas

- Personal expenses allowance: Es dinero para gastos personales que destina la administración para todos los residentes y que corresponde a £23,90/semana (28,4 €/sem) (Inglaterra, Escocia y Norte de Irlanda) y £24,50/semana en Gales.
- Personal care allowance: Es una ayuda realizada en Escocia para el coste de la atención personal.
- Disability attendance allowance: Es una tasa libre de impuestos que reciben las personas mayores de 65 años que necesitan ayuda para cuidados personales debido a discapacidades. La cantidad a percibir varía según el nivel de discapacidad y dependencia, pero oscila entre £53/semana (63,07 €) a £79,15/semana (94,18 €/sem) en 2013.
- Council tax reduction: Los que viven en residencias o aquellos que tienen como “casa principal” un hospital, no tienen que pagar los impuestos establecidos por los ayuntamientos.

Nota: Todos los valores han sido estimados en euros, 1 libra esterlina británica= 1,19 euros (conversión a 19.03.2014)
Fuente: <http://www.payingforcare.org/types-of-state-and-local-authority-support> - Types of state and local authority support



06

Mercado residencial británico

6.1 Marco regulatorio

6.1.3 Acreditación y Calidad



06 Mercado residencial británico – 6.1 Marco Regulatorio – 6.1.3 Acreditación y Calidad

La Care Quality Commission (CQC) tiene una responsabilidad básica de asegurar niveles esenciales de la seguridad y la calidad de la salud y los servicios de atención social para mayores (1/3)

Autorización y registro de proveedores:

- La Health and Social Care Act de 2008 fusionó los organismos social, sanitario y de salud mental, constituyendo la Care Quality Commission (CQC), el regulador independiente de los proveedores de asistencia sanitaria y social para adultos en Inglaterra.
- En virtud de la Ley de Salud y Asistencia Social de 2008, todos los proveedores de las actividades reguladas, incluidos los públicos, tienen que registrarse en CQC y cumplir una serie de requisitos esenciales de seguridad y de calidad. Las normas nacionales establecen mínimos aceptables en seis áreas clave:
 1. La participación y la información de las personas usuarias: opiniones, consentimiento, pagos, etc.
 2. Atención personalizada, tratamiento y apoyo: cuidado y bienestar de los usuarios, nutrición, cooperación con otros proveedores, etc,
 3. Seguridad: Protección de las personas y el medio ambiente (prevención de abusos, limpieza y control de infecciones, gestión de la medicina, seguridad y sostenibilidad de los locales y equipos, etc)
 4. Adecuación en dotación de personal adecuado en capacidades, calificaciones, experiencia, etc. (no establece ratios)



06 Mercado residencial británico – 6.1 Marco Regulatorio – 6.1.3 Acreditación y Calidad

La Care Quality Commission (CQC) tiene una responsabilidad básica de asegurar niveles esenciales de la seguridad y la calidad de la salud y los servicios de atención social para mayores (2/3)

5. Calidad y gestión: quejas, notificaciones de muerte, incidentes, registros, etc.
 6. La adecuación de la gestión: registro de administradores y sus principales características.
- Los administradores registrados tienen que someterse a una verificación de antecedentes penales y necesitan un certificado para demostrar capacitación en liderazgo.
 - El despliegue de las competencias de la CQC se realiza mediante los procesos de:
 - *Registro*. Sólo el 1% del total de los servicios de atención social inspeccionados se desviaron de los estándares mínimos establecidos en Inglaterra. (CQC, 2012d).
 - *Inspección y supervisión*. De frecuencia anual coordinada por la percepción de riesgo. En este momento se busca un modelo de inspección que quiere reducir la variabilidad de criterios basándose en cinco áreas clave: seguridad, eficiencia, cuidado y atención, liderazgo, y sensibilidad hacia las necesidades de las personas. La CQC se ha comprometido también a publicar mejor información de las inspecciones y los ejercicios de puntuación para ponerlos a disposición del público como ayuda en la elección de proveedor.



La Care Quality Commission (CQC) tiene una responsabilidad básica de asegurar niveles esenciales de la seguridad y la calidad de la salud y los servicios de atención social para mayores (3/3)

- *Activación de medidas en caso de no cumplimiento* que se concretan en:
 - Poderes para perseguir proveedores no registrados de las actividades reguladas.
 - Poderes civiles para asegurar el cumplimiento limitando o cambiando lo que una institución registrada tiene permitido hacer o para impedir (temporal o permanentemente) la realización de actividades reguladas.
 - Poderes para perseguir, multar y advertir a las personas registradas que no cumplen los requisitos legales. Antes de una acción legal, la CQC debe tomar medidas de cumplimiento que no tienen forma de acciones civiles o criminales pero que informan a la persona registrada que no está cumpliendo la legislación relevante. Se utiliza un modelo de respuesta regulatoria escalada para determinar el tipo de acciones dependiendo de que el impacto de los no cumplimientos sea juzgado menor, moderado o mayor.



06

Mercado residencial británico

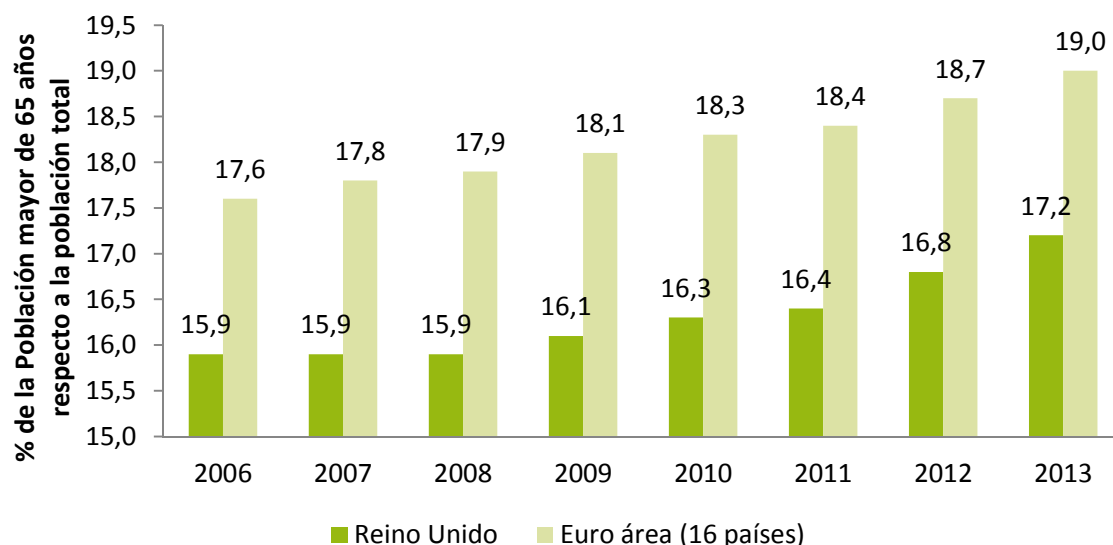
6.2 Demanda



06 Mercado residencial británico – 6.2 Demanda

En 2013, la población mayor de 65 años en Reino Unido correspondía al 17,2% de la población total, mostrando un incremento del 14% respecto a 2006

Evolución del número de la población mayor de 65 años en Reino Unido (2006 – 2013)



- En 2013 la población de Reino Unido asciende a 63,8 millones de habitantes, de los cuales cerca de 11 millones tienen más de 65 años:
 - El porcentaje de personas mayores de 65 años respecto a la población total en Reino Unido representa un 17,2%, por debajo de la media europea (16 países) de 19%.
- La esperanza de vida al nacer en 2010, según la Office National Statistics, es de 78,2 años en los varones y 82,3 años en las mujeres.

Según las proyecciones la media de incremento interanual de la población mayor de 65 entre 2015 y 2025 es del 1,67%.

Fuente: Eurostat.

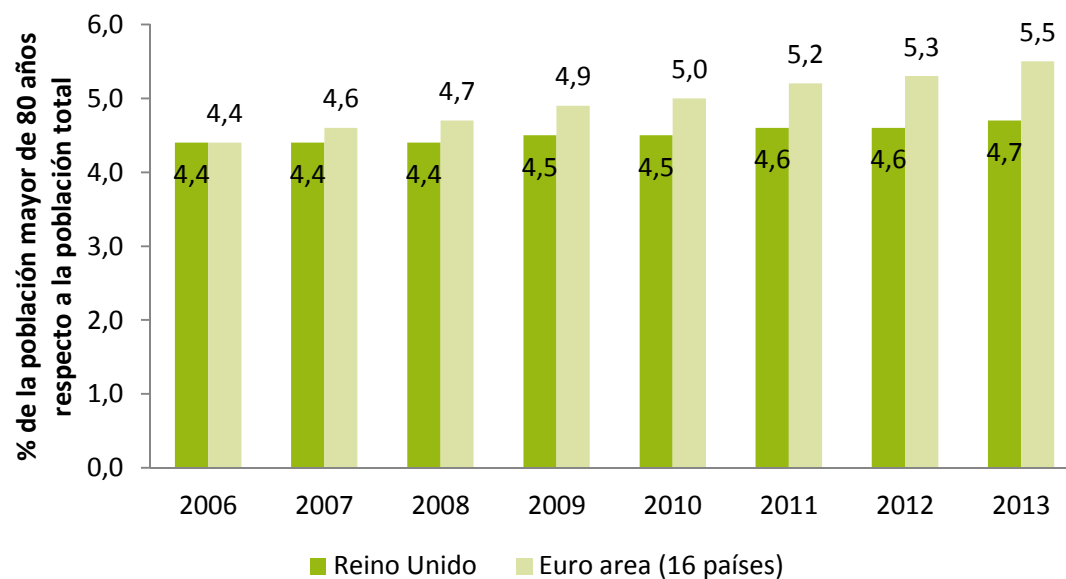
Office National Statistics - Life expectancy at birth and at age 65 by local areas in the United Kingdom, 2004–06 to 2008–10, October 2011



06 Mercado residencial británico – 6.2 Demanda

La población mayor de 80 años representa el 4,7% de la población total en Reino Unido, mostrando un incremento respecto a 2006 del 13%

Evolución de la población mayor de 80 años en reino Unido (2006 – 2013)



- En 2013, 3 millones de habitantes tenían más de 80 años en Reino Unido.
- El porcentaje de personas mayores de 80 años respecto a la población mayor de 65 años representa un 27%.
- El porcentaje de personas mayores de 80 años, en 2013, es inferior a la media de la Euro área de los 16 países.

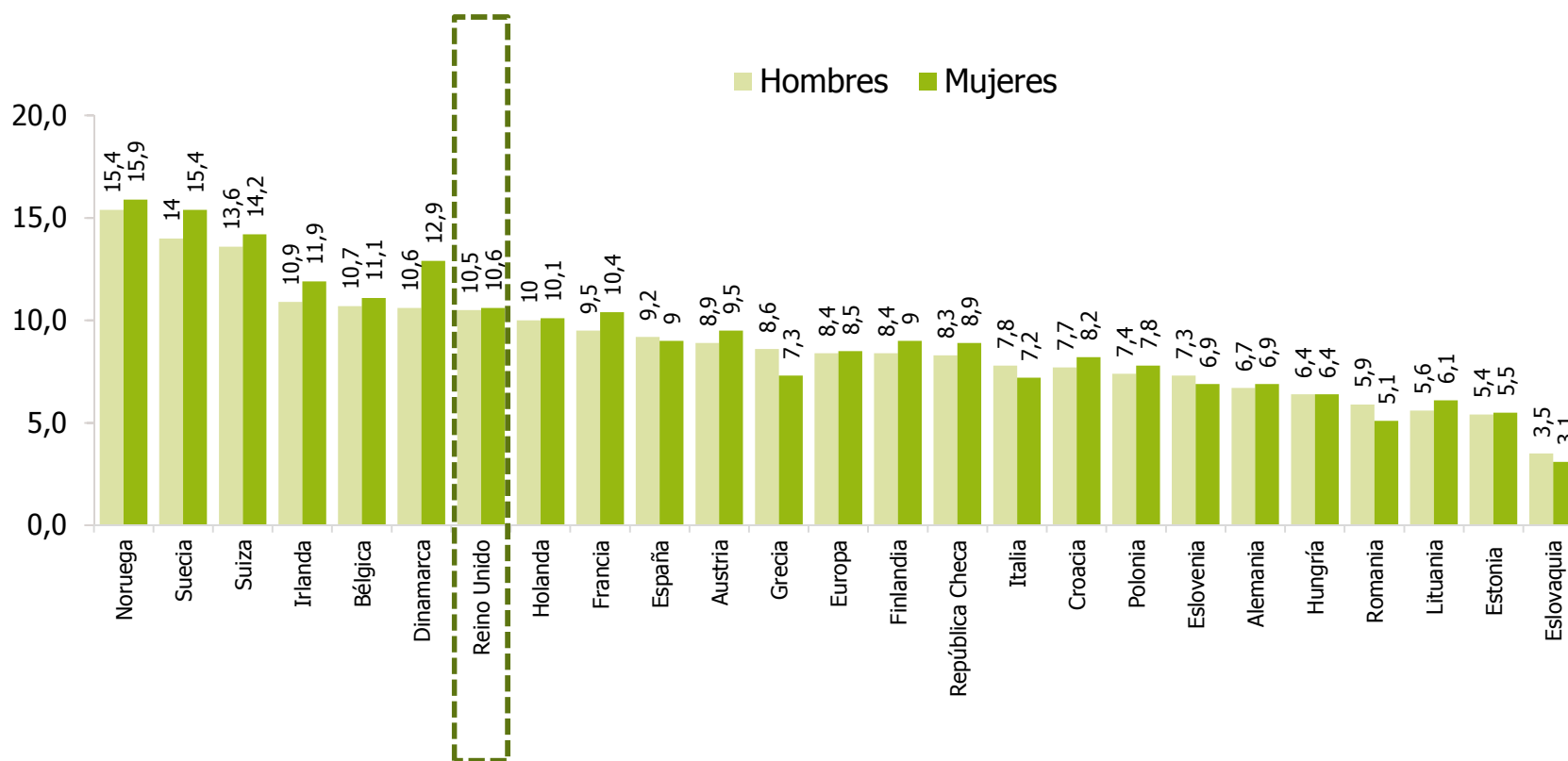
Fuente: Eurostat.



05 Mercado residencial alemán – 5.2 Demanda

Los años de vida en buena salud a los 65 años en Reino Unido, son 10,5 en los hombres y 10,6 en las mujeres

Años de vida en buena salud a los 65 años, países europeos, 2012



Fuente: European Health and Life Expectancy Information System (EHLEIS); Eurostat Statistics Database. 2013



06

Mercado residencial británico

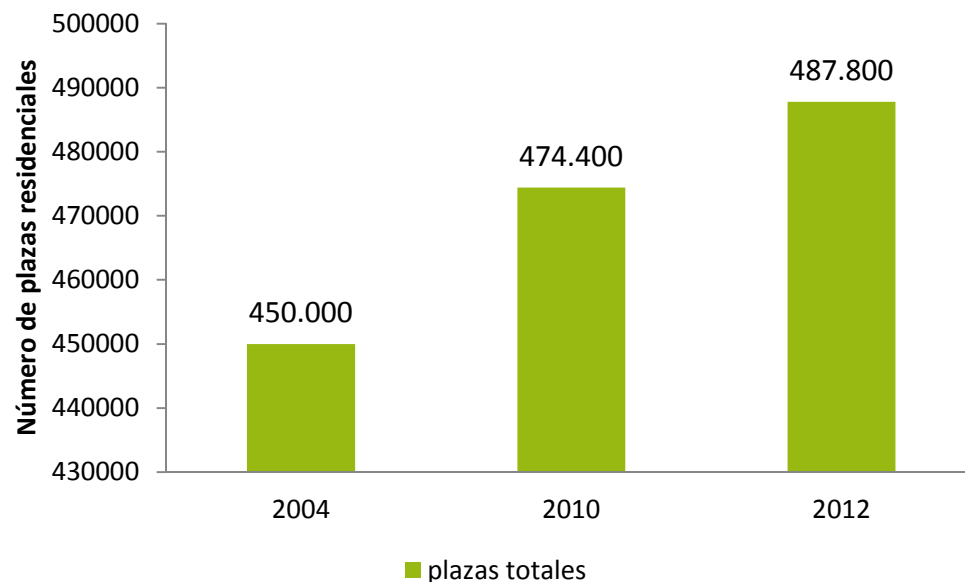
6.3 Oferta



06 Mercado residencial británico – 6.3 Oferta

La oferta de plazas residenciales en 2012 mostró un incremento del 8,2% respecto a 2004

Evolución de las plazas residenciales en Nursing Home y Residential Home (2004-2012)



En septiembre 2012, el número de plazas totales en Reino Unido (tanto del sector público como privado) en los centros residenciales para cuidados de larga duración de las personas mayores y con discapacidad física fue de 487.800 plazas incrementándose respecto al año anterior en 3600 plazas.

La oferta de plazas privadas (comerciales y no lucrativas) corresponde al 92% de la oferta total en 2012, la oferta de plazas públicas solo representa el 8% de la oferta total.

Nota: A 2012 no disponemos de la oferta de número de centros ni de la distribución porcentual de plazas privadas lucrativas y no lucrativas).

Fuente: Competition in the Care Homes Market - A report for the OHE Commission on Competition in the NHS. August 2011

Care of Elderly People UK 2012/13, Laing & Buisson



06 Mercado residencial británico – 6.3 Oferta

La cobertura de plazas residenciales para personas mayores en Reino Unido en 2012 es de 4,5%

- Reino Unido dispone de una ratio de 4,5 plazas residenciales por cada 100 habitantes mayores de 65 años, en 2012.
- La cobertura media en 2012 de plazas residenciales del sector privado (comercial y no benéfico) es de 4,2 plazas por cada 100 habitantes mayores de 65 años.
- La cobertura media en 2012 de plazas públicas es de 0,4 plazas por cada 100 habitantes mayores de 65 años.

El ratio en Reino Unido demuestra que el mercado de residencias para la tercera edad en ese país está desarrollado, con una casi total influencia del sector privado.



06

Mercado residencial británico

6.4 Operadores privados



06 Mercado residencial británico – 6.4 Operadores privados

Los 5 principales operadores del sector privado agrupan el 17,2% de la oferta de plazas privadas

Posición	Empresa	Nº de plazas	% de plazas respecto al total privado	Nº de centros	Plazas /centro
1	Four Seasons Health Care	24.812	5,53%	469	53
2	Bupa Care Homes	21.364	4,76%	295	72
3	HC-One Ltd	12.637	2,81%	235	54
4	Barchester Healthcare Ltd	12.239	2,73%	190	64
5	Care UK	6.218	1,38%	105	59
Subtotal		77.270	17,21%	1.294	60
6	Methodist Homes	4.664	1,04%	91	51
7	Anchor Trust	4.353	0,97%	95	46
8	Orchard Care Homes	3.877	0,86%	73	53
9	European Care Group	3.723	0,83%	93	40
10	Runwood Group Ltd	3.672	0,82%	57	64
11	Minster Care Group	3.583	0,80%	74	48
12	Orders of St John Care Trust	3.327	0,74%	70	48
13	Sanctuary Care Ltd	3.232	0,72%	70	46
14	Maria Mallaband Care Group Ltd	3.193	0,71%	62	52
15	Life Style Care	2.862	0,64%	37	77
Subtotal		36.486	8,13%	722	51
Total oferta privada		449.000			

El valor anual estimado del mercado es 15,2bn £ (18,1bn €), en 2011: 14,6bn £ (17,4bn €).

Su distribución es la siguiente:

- Sector privado comercial: 11.1bn £ (13,2 bn €), en 2011: 10.5bn £ (12,5 bn €);
- Sector voluntario o sin ánimo de lucro: 2.2 bn £ (2,6 bn €), en 2011: 2bn £ (2,38 bn €);
- Sector público: 1.9bn £ (2,2 bn €), 2011: 2bn £ (2,38 bn €).

Nota: Todos los valores han sido estimados en euros, 1 libra esterlina británica= 1,19 euros (conversión a 19.03.2014) – No disponemos de la distribución de plazas privadas lucrativas y no lucrativas

Fuente: New directory provides financial details of major long term care providers. Laing & Buisson, May , 2013.



06 Mercado residencial británico – 6.4 Operadores privados

El sector residencial en Reino Unido se ve cada vez más polarizado

- La polarización del mercado se evidencia a partir del análisis de los principales operadores, tres de los cuatro grupos más grandes incluyendo el líder del mercado Four Seasons Health Care, se están volviendo cada vez más representativos en el mercado, lo cual se refleja en los márgenes operativos. Four Seasons, Bupa Care Homes y HC-One todos tienen la mayor proporción de residentes financiados públicamente.
- Esta dependencia de la financiación pública ha implicado para estos cuatro operadores un descenso significativo en EBITDAR (*Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation, and Amortization*) desde que comenzaron las medidas de austeridad. Mientras tanto, la mejor rentabilidad operativa de un 30% se encuentra en el Grupo Barchester Healthcare que concentra mayor proporción de residentes privados.
- De la capacidad total de 487.800 plazas para la atención de cuidados que actualmente operan en el país, las que son propiedad y administradas por el estado han disminuido un 11% y en 2012 disponen de 38.800 plazas. Los proveedores privados en cambio han aumentado su número de plazas en 8.300 llegando a disponer de un total de 449.000 plazas.

En 2012 había 432.000 personas ocupando las plazas residenciales, en comparación con las 422.000 personas en el año anterior, lo que representa un crecimiento del 2,2%. La tasa de ocupación del sector residencial en 2012 es de 89,9% mientras que en 2011 era de 88,5%.

Fuente: Councils rely on a 'hidden tax' on older care home residents. Laing & Buisson. January 2013



06 Mercado residencial británico – 6.4 Operadores privados

Los precios de los proveedores privados dependen del tipo de servicio y de donde se encuentre la Care home

- Los precios de la atención residencial varían significativamente en los distintos territorios del Reino Unido.
- Se puede llegar a pagar entre 2.385 y 3.081 €/mes por la atención residencial. Si se requiere atención de enfermería la cantidad se incrementa, variando entre 3.184 y 4.478 euros al mes.

Región	Care Home Precio mensual €	Nursing Care Precio Mensual €
East Midlands	2.607	3.184
East of England	2.906	4.122
London	3.081	4.230
Norht East	2.427	3.076
North West	2.411	3.416
Northern Ireland	2.401	2.937
Scotland	2.860	3.529
South East	3.060	4.478
South West	2.839	3.936
Wales	2.530	3.362
West Midlands	2.550	3.648
Yorkshire and the Humber	2.385	3.219

Nota: Todos los valores han sido estimados en euros, 1 libra esterlina británica= 1,19 euros (conversión a 19.03.2014)

Fuente: <http://www.payingforcare.org/care-home-fees>



06 Mercado residencial británico – 6.4 Operadores privados

Las tarifas pagadas por las autoridades locales a los operadores por la prestación de la atención residencial son cada vez más ajustadas

Gap entre el "Precio justo del mercado" y las tasas pagadas por los municipios (autoridades locales) para la atención residencial, por semana por residente, en €/mes. Promedio de Reino Unido(2013/2014)

	Tarifa Mínima (Floor)	Tarifa Máxima (Ceiling)
Atención residencial anciano frágil	2.738 €/mes	3.094 €/mes
Atención residencial demencias	2.883 €/mes	3.249 €/mes
<i>Tasa pagada por los municipios (autoridades locales) por atención residencial incluyendo demencia</i>		
		2.578 €/mes

- Según un estudio publicado por Laing Buisson, en 2013 las tasas medias pagadas por los municipios (autoridades locales) están entre 160 y 671 €/mes por debajo del nivel "piso" mínimo o "precio justo" del mercado. Se indica también en el informe que la mayoría de las care homes dependen para su viabilidad comercial de los pagadores privados puros que subsidian fuertemente residentes pagados públicamente .

Nota: Todos los valores han sido estimados en euros, 1 libra esterlina británica= 1,19 euros (conversión a 19.03.2014)

Fuente: <http://www.laingbuisson.co.uk/MediaCentre/PressReleases/FairPriceforCarefifthedition.aspx>



06 Mercado residencial británico – 6.4 Operadores privados

El pago de la atención de los cuidados por parte del residente 'pagador privado' es cada vez mayor

- Los datos presentados en la última edición de la *The Care of Elderly People UK Market Survey 2012-13*, muestran que:
 - 175.000 residentes mayores de 65 años (43,4%) pagan el coste total de su atención de cuidados a largo plazo en 2012.
 - Más de 56.000 residentes (14%) pagan parte de su atención de cuidados y disponen de alguna ayuda de las autoridades locales.

Esto significa que un total de 231.000 residentes pagan la totalidad o parte de la atención de los cuidados, lo cual marca un máximo histórico del 57% del total de residentes mayores en residencias privadas. El 43% restante de los residentes o bien tenía su atención de cuidados pagada en su totalidad por las autoridades locales (143.000 residentes) o por el NHS en el marco del programa de atención médica continua (29.000 residentes).

- Existe por supuesto una variación regional, con una proporción mucho mayor de los pagadores privados "puros" en las zonas ricas del país, incluyendo el South East (55% de los residentes), South West (53%) y el Este de Inglaterra (50%). North East, Irlanda del Norte y la Isla de Man, por su parte, tienen el nivel más bajo de sólo 22%, en comparación con la media del Reino Unido del 43%.
- También se indica en el informe que ante la congelación o poco aumento de las tarifas pagadas por ayuntamientos, el coste a pagar por el residente por la atención de cuidados es cada vez mayor.

Nota: Todos los valores han sido estimados en euros, 1 libra esterlina británica= 1,19 euros (conversión a 19.03.2014)

Fuente: Councils rely on a 'hidden tax' on older care home residents. Laing & Buisson. January 2013

06

Mercado residencial británico

6.5 Constataciones

06 Mercado residencial británico

El sistema británico cuenta con una avanzada regulación de las obligaciones sanitarias y sociales en la prestación de servicios de LTC

Se han desarrollado las políticas de orientación al usuario y continuidad de cuidados

Para las personas con enfermedades importantes asociadas, la atención a la dependencia es financiada, de forma gratuita, por el NHS (incluyendo los cuidados residenciales y la atención domiciliaria). La valoración se realiza mediante instrumentos estandarizados y la elaboración de un plan de cuidados. Existen unas tarifas definidas de los cuidados sanitarios y sociales en las cuatro naciones que forman el Reino Unido (Inglaterra, Escocia, Gales e Irlanda del Norte).

La atención a la dependencia sin problemas de salud severos es financiada por los municipios mediante una evaluación de necesidades y de medios económicos. La valoración se realiza por cada municipio con instrumentos y criterios diferentes. Los niveles de renta que determinan el copago están definidos en cada nación.

Se ha incrementado significativamente la proporción de residentes que pagan total o parcialmente su atención, que llega en la actualidad al 57% en las residencias privadas.

Se regula la coordinación entre el NHS, los ayuntamientos y la atención primaria. Las reformas de los últimos años han tendido a consolidar la capacidad de participación y elección de los ciudadanos, y la atención comunitaria respecto a la residencial y hospitalaria.

Varias experiencias piloto han ensayado la eficacia de la integración de cuidados en atención sanitaria y social al paciente crónico complejo.

La calidad ha experimentado un importante desarrollo en base a la acreditación, con un sistema basado en el control de resultados de la atención prestada a los usuarios de los servicios

La Care Quality Commission ha refundido las autoridades regulatorias con un importante desarrollo de la inspección. Constituye la autoridad que regula e inspecciona el registro y la acreditación de establecimientos.

La CQC ha desarrollado los instrumentos de evaluación así como el sistema de inspecciones en gran detalle. La evaluación contiene no sólo indicadores cuantitativos sino también valoraciones cualitativas y persigue determinar evidencias que justifiquen los resultados obtenidos por la atención prestada.

Los establecimientos son inspeccionados al menos una vez al año, pagando las inspecciones adicionales que resulten de incumplimientos por su parte.

Recientemente se ha implantado la publicación de los resultados de la inspección.

06 Mercado residencial británico

El parque residencial británico está menos desarrollado que en otros países compensado por el incremento de políticas comunitarias

La cobertura de plazas residenciales es de 4,5 por cada 100 personas mayores de 64 años, algo inferior a la media considerada óptima de la zona euro.

En las últimas década se han experimentado decrecimientos importantes del número de plazas, especialmente a expensas de las "nursing homes" que han decrecido por las políticas de atención comunitaria y de mayor uso de residencias sin enfermería.

Se debe considerar como un sector maduro, con escaso crecimiento global (1% anual) y más en las residencias de cuidados (care homes) que en las nursing homes.

El sector privado es ampliamente dominante en el mercado británico

El sector privado (empresarial y benéfico) representa el 92% de la oferta total, frente al 8% de la oferta pública.

La tendencia mantenida en los últimos años ha sido hacia el incremento del share privado en servicios residenciales.

El sector privado muestra un importante grado de concentración

El 17,2% de las plazas privadas son gestionadas por los 5 primeros operadores.

Los 15 operadores privados principales agrupan el 25,3% de la oferta privada.

El sector privado constituye un importante segmento de la economía británica

El valor del mercado privado es de 15,2 bn de libras de los cuales 11,1 bn corresponden al sector empresarial.

Los márgenes de explotación han sufrido decrecimientos significativos como consecuencia de las medidas de austeridad recientes.

07

Mercado residencial sueco



07

Mercado residencial sueco

7.1 Marco regulatorio

7.1.1 Normativa



07 Mercado residencial sueco – 7.1 Marco Regulatorio – 7.1.1 Normativa

Suecia cuenta con programas sociales universales e integrales, y en particular para el cuidado de personas mayores (1/2)

- La Ley de Servicio Social de 1982 y la Ley de Salud y Servicios Médicos de 1983 proporcionan a las personas mayores el derecho a reivindicar y acceder a los servicios de salud pública y asistencia social (Socialstyrelsen, 2009).
- En 1992, el gobierno sueco puso en marcha una gran reforma (la llamada reforma Adel) adjudicando a las municipalidades la responsabilidad principal en el cuidado de ancianos y los incentivos financieros para reducir las hospitalizaciones. Los Consejos comarcales (county councils) son responsables de proporcionar los servicios de salud en el hogar, pero pueden transferir esta responsabilidad a los municipios si así lo acuerdan. Más de la mitad de los municipios de Suecia han asumido esta responsabilidad.
- Desde el año 1992 los 290 municipios de Suecia son responsables de la atención de salud para pacientes hospitalizados de larga estancia y la atención a las personas mayores. Las diputaciones provinciales son responsables de los pacientes hasta que son dados de alta del hospital, mientras que la responsabilidad de las residencias y centros de rehabilitación corresponde a los municipios. Esto exige una fuerte coordinación entre los municipios y los county councils.
- Existen cuatro proyectos de ley que han sido particularmente importantes para la comercialización de los servicios de cuidado de ancianos y de bienestar en Suecia:
 1. La Ley de Gobierno Local , que entró en vigor en 1991 y que modificó la legislación anterior para hacer posible que los municipios establecieran acuerdos entre comprador y proveedor y externalizar servicios a proveedores privados

Fuente: Highlights from A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-Term Care, OECD Publishing, 2013.



07 Mercado residencial sueco – 7.1 Marco Regulatorio – 7.1.1 Normativa

Suecia cuenta con programas sociales universales e integrales, y en particular para el cuidado de personas mayores (2/2)

2. La Ley sobre Contratación Pública (LOU), que entró en vigor en 1992 y fue reemplazada por una nueva ley en 2007, que regula el proceso de externalización de acuerdo con la legislación de la UE.
 3. La Ley sobre el Sistema de libre elección en el Sector Público (LOV), que entró en vigor en 2009, lo que facilita la introducción de modelos de elección del consumidor y sin un proceso de licitación y contratación de servicios con empresas privadas.
 4. La Ley sobre deducciones fiscales sobre los servicios de atención en el hogar (RUT), que entró en vigor en 2007. Esta ley no regula las necesidades evaluadas de servicios de atención a personas mayores, pero es relevante ya que interactúa con la Ley sobre el Sistema de elección.
- Existen iniciativas políticas recientes que incluyen un esfuerzo educacional para la atención de los cuidados de larga duración y el refuerzo de los cuidadores. También se han tomado medidas para garantizar una mejor coordinación entre los county councils y los municipios en el cuidado de los ancianos más frágiles, así como para evaluar el sistema de libre elección (desarrollo de la calidad, los costos y la eficiencia, y el desarrollo del mercado de los servicios de cuidado a personas mayores).



La Ley de Servicios Sociales establece que las personas mayores deben poder vivir y llevar una vida independiente en condiciones de seguridad y tener una existencia activa y significativa en compañía de otras personas

- La gestión y la planificación de la atención a las personas mayores se divide entre tres Autoridades: el gobierno central, los county councils y las autoridades locales. Cada una tiene una función diferente en el sistema de bienestar de Suecia. Están representados por los órganos políticos elegidos directamente y financian sus actividades mediante el cobro de impuestos y tasas dentro de los marcos establecidos por la Ley de Servicios Sociales.
- Cualquier persona con residencia permanente en Suecia y que tiene alguna discapacidad será elegible para la prestación de cuidados solamente si así lo determina una evaluación de cuidados requeridos.
- Los tipos disponibles de cuidado formal en Suecia son la atención institucional, la atención domiciliaria y los cuidados de enfermería en casa. Las ayudas para las actividades diarias, servicios de comidas, alarmas de seguridad personal, adaptación de la vivienda y los servicios de transporte son servicios adicionales suministrados por los municipios y ampliamente extendidos que también se incluyen y están regulados por la ley.
- La transición de la asistencia institucional a la atención domiciliaria ha permitido además, que las personas mayores mantengan una vida independiente durante mucho más tiempo. Aún así, el crecimiento de la atención domiciliaria como sustituto de la atención institucional ha sido intensamente cuestionado últimamente.

Fuente: Highlights from A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-Term Care, OECD Publishing, 2013.



07

Mercado residencial sueco

7.1 Marco regulatorio

7.1.2 Financiación



07 Mercado residencial sueco – 7.1 Marco Regulatorio – 7.1.2 Financiación

La mayoría de los servicios de cuidados de larga duración son financiados a través de los impuestos municipales y las subvenciones del gobierno sueco

- La mayor parte de los servicios de cuidados de larga duración (85%, en 2010) son financiados por los impuestos municipales y las subvenciones del gobierno.
- En 2010, el costo total de la atención de personas mayores en Suecia fue 95,9 mil millones SEK (10,7 mil millones de euros).
- Las subvenciones del gobierno a los municipios cubren 11-12% de los costes de la LTC (*Long term care*). Los costes restantes se financian a través de copagos de usuario (3-8 %).
- El nivel de copago del usuario se fija en función de sus ingresos (Colombo et al., 2011). Los costes de salud pagados por los propios usuarios son subsidiados según criterios establecidos en los programas de tarifas específicas.



07 Mercado residencial sueco – 7.1 Marco Regulatorio – 7.1.2 Financiación

En el caso de la atención residencial, se ha fijado una tasa de cuidados máxima a pagar por el usuario que es igual en todo el país (1/2)

Para la estimación del coste de atención residencial, se distinguen tres elementos clave: Tasa de cuidados, Alquiler-Alojamiento, Comidas. (Adicionalmente pueden incluirse también costes relacionados con consumibles tales como muebles y artículos de hogar).

Tasa de cuidados : La tarifa es la misma si el alojamiento se gestiona de forma municipal o privada. Sin embargo, la tarifa puede variar entre municipios. El importe de la tasa de cuidados se calcula individualmente basándose en los ingresos y la capacidad de contribución del usuario.

- Tasa máxima: El usuario nunca pagará más del máximo que se encuentra actualmente en 1780 SEK (198 €) mensuales (2013) y es la mismo en todo el país.
- Cantidad reservada: Después de haber pagado impuestos, y el costo de la tarifa de alojamiento y cuidados, el usuario debe mantener, para gastos personales, por lo menos 5.023 SEK (558 €) al mes si es soltero y 4.245 SEK (472 €) si es casado (para cada cónyuge). Si no dispone de esa cantidad su Tasa de cuidados se reducirá.

Alquiler: La renta generalmente está determinada por la ley de alquiler basada en el mercado y por el llamado principio de valor de utilidad y es examinada por la Junta de Alquiler. El alquiler varía dependiendo del tamaño y estándar del alojamiento. El importe promedio del alquiler es de 5.000 SEK/mes (555 €).

Nota: Todos los valores han sido estimados en euros, 1 euro = 9 coronas suecas (conversión a 16.04.2014)
Fuente:<http://seniorval.se/bra-att-veta/vad-kostar-det-3>



07 Mercado residencial sueco – 7.1 Marco Regulatorio – 7.1.2 Financiación

En el caso de la atención residencial, se ha fijado una tasa de cuidados máxima a pagar por el usuario que es igual en todo el país (2/2)

Comidas: La cuota incluye generalmente desayuno, almuerzo y cena además de merienda y tentempié nocturno. El importe promedio de las comidas es de 2.800 SEK al mes (311 €).

El importe total de tasas a pagar por el usuario por la atención residencial asciende a 9.580 SEK (1067 €), cantidad que puede variar entre regiones.

El precio medio de la atención residencial por residente es de 49.500 SEK (5.500€). De los cuales el usuario paga 9.580 SEK (1.064 €) y el importe restante , 40.000 SEK (4.445 €), es financiado por los municipios, subvenciones municipales del gobierno y los county councils.

Los servicios residenciales están exentos de IVA.

Nota: Todos los valores han sido estimados en euros, 1 euro = 9 coronas suecas (conversión a 16.04.2014)
Fuente:<http://seniorval.se/bra-att-veta/vad-kostar-det-3>



07

Mercado residencial sueco

7.1 Marco regulatorio

7.1.3 Acreditación y Calidad



07 Mercado residencial sueco – 7.1 Marco Regulatorio – 7.1.3 Acreditación y Calidad

Suecia dispone de un conjunto de registros clínicos bien desarrollados para medir la calidad de la atención de los cuidados a largo plazo (LTC)

La medida de la calidad en LTC se basa en la aplicación de registros tales como:

- El Registro de Alarmas Principal, iniciado en 2009, reúne a los datos individuales de las caídas (incidencia), úlceras por presión y la desnutrición. Este registro ayuda a identificar a personas mayores en situación de riesgo que podría ser objetivo de intervenciones preventivas. Para el año 2012, 274 municipios (de 290) informaron datos en el registro.
- El Registro de Paliativos, que comenzó en 2007, recopila información sobre los insumos estructurales (tales como camas y acceso al personal, plan de cuidado) asociados con fines de atención, así como la información sobre las muertes. En 2011, alrededor del 53% de todas las muertes se reportaron en el registro.
- El Registro de Demencia Sueco (SveDem), iniciado en 2007, recoge información sobre la edad, sexo, índice de masa corporal, calificaciones de los exámenes de estado mini-mental, el tratamiento diagnóstico médico, apoyo de la comunidad, y el tiempo de derivación para el diagnóstico.
- El Registro Sueco de comportamiento y síntomas psiquiátricos en pacientes con demencia, iniciado en 2010, tiene como objetivo recoger datos individuales sobre el cuidado y tratamiento de personas con demencia con el comportamiento y síntomas psiquiátricos.

Además, desde 2008, se aplican las encuestas de satisfacción de los usuarios a nivel nacional para medir la satisfacción del usuario con los servicios de cuidados de larga duración en los diferentes municipios.



La Junta Nacional de Salud y Bienestar Social revisa la calidad de los servicios de salud y de atención social, sin embargo no existe un sistema formal para la acreditación de los servicios

Regulación y Control:

- La Junta Nacional de Salud y Bienestar Social es la responsable de la supervisión e inspección, a través de la vigilancia, el seguimiento y la evaluación de los servicios de cuidados de larga duración sobre la base de las normas mínimas. Sin embargo, las inspecciones se basan únicamente en las quejas presentadas por los beneficiarios.
- Desde julio de 2013, la Inspección de Salud y Asistencia Social de la Junta se encargará de la supervisión. Se establecerán normas comunes de calidad para inspeccionar todas las instalaciones que proporcionan LTC, incluyendo la atención domiciliaria, la atención residencial y hogares de ancianos. Por el momento, no existe un sistema formal de acreditación de los servicios.
- Además de la legislación nacional, cada municipio establece sus propios requisitos para los servicios de atención a las personas mayores. Los municipios pueden optar por ofrecer atención a las personas mayores directamente o bien, mediante la compra de los servicios a proveedores privados. El seguimiento de la atención se lleva a cabo a nivel local por los inspectores de los propios municipios. Cada municipio ha creado su propio método de evaluación para analizar si el proveedor cumple con los requisitos preestablecidos; así pues, la división de responsabilidades entre el gobierno nacional y la municipalidad local se superpone.



Los municipios son los responsables de los programas de entrenamiento de los trabajadores de cuidados de larga duración, así como de la promoción de incentivos a las instituciones de cuidados que cumplen los objetivos acordados

Calificación y certificación del personal

No hay requisitos o normas de calificación para los trabajadores de LTC, y los municipios son responsables de establecer el programa de entrenamiento. Se están implementando nuevas iniciativas para mejorar y aumentar las habilidades de los trabajadores de cuidados de larga duración y los administradores, con la participación voluntaria de municipios.

La mejora del sistema a través de incentivos:

El pago por resultados

Desde 2010, los incentivos basados en el rendimiento se están concediendo a los municipios que alcancen los objetivos de desempeño acordados, si promueven la reducción de las hospitalizaciones innecesarias entre las personas de edad avanzada o en el número de personas mayores que son re-hospitalizados antes de 30 días de su traslado inicial, y el uso de medicamentos inadecuados. Los incentivos económicos también se ofrecen para la inclusión de la información de paciente anciano en los registros de la demencia y de alerta Superior.



Las Comparaciones Abiertas son un mecanismo de seguimiento, evaluación y control de la atención de los cuidados sanitarios y cuidados de los mayores en las instituciones residenciales

Información pública

Suecia ha establecido un sistema de "Comparaciones Abiertas" que compara entre los diferentes condados una serie de indicadores de atención de la salud, así como también algunos aspectos del cuidado de los mayores.

La Guía de mayores es otra iniciativa del Gobierno. Es una web estructurada como una guía que proporciona los datos estructurales de los servicios de ayuda a domicilio, atención de día y de atención institucional para aumentar la transparencia de la información y proporcionar información sobre los procesos de atención para satisfacer las necesidades de los usuarios de cuidados de larga duración. La principal fuente de datos provienen de las encuestas de satisfacción de los usuarios y, en menor medida, a partir de datos del registro (NBHW, 2009).



07

Mercado residencial sueco

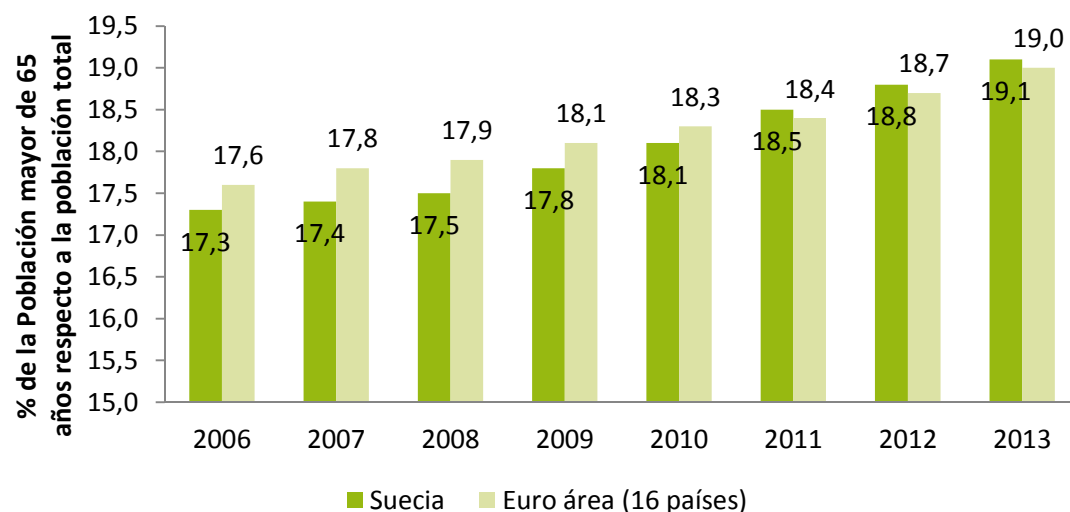
7.2 Demanda



07 Mercado residencial sueco – 7.2 Demanda

En 2013, la población mayor de 65 años en Suecia correspondía al 19,1% de la población total, mostrando un incremento del 17% respecto a 2006

Evolución del número de la población mayor de 65 años en Suecia (2006 – 2013)



En 2013 la población sueca asciende a 9,5 millones de habitantes, de los cuales cerca de 1,8 millones tienen más de 65 años:

- El porcentaje de personas mayores de 65 años respecto a la población total sueca representa un 19,1%, igualando la media europea (16 países) de 19%.

La esperanza de vida al nacer en 2013, según la SCB Statistics Sweden, es de 80,2 años en los varones y 83,8 años en las mujeres.

Según las proyecciones la media de incremento interanual de la población sueca mayor de 65 entre 2015 y 2025 es del 1,53% .

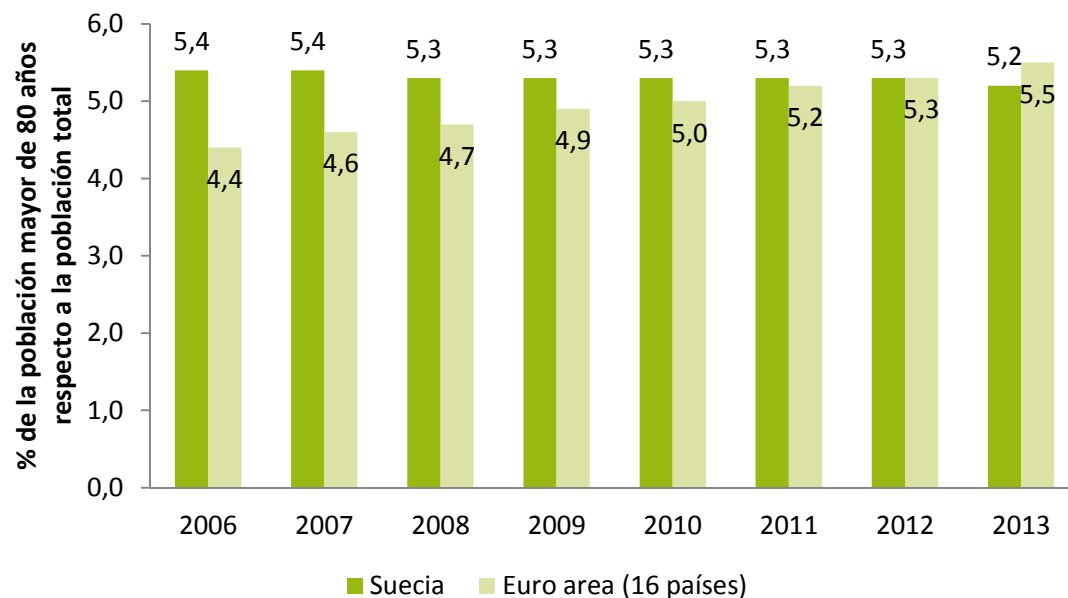
Fuente: Eurostat: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tps00001&plugin=1>
<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tps00028&plugin=1>
SCB Statistics Sweden.



07 Mercado residencial sueco – 7.2 Demanda

La población mayor de 80 años representa el 5,2% de la población total en Suecia, mostrando un incremento respecto a 2006 del 25%

Evolución de la población mayor de 80 años en Suecia (2006 – 2013)



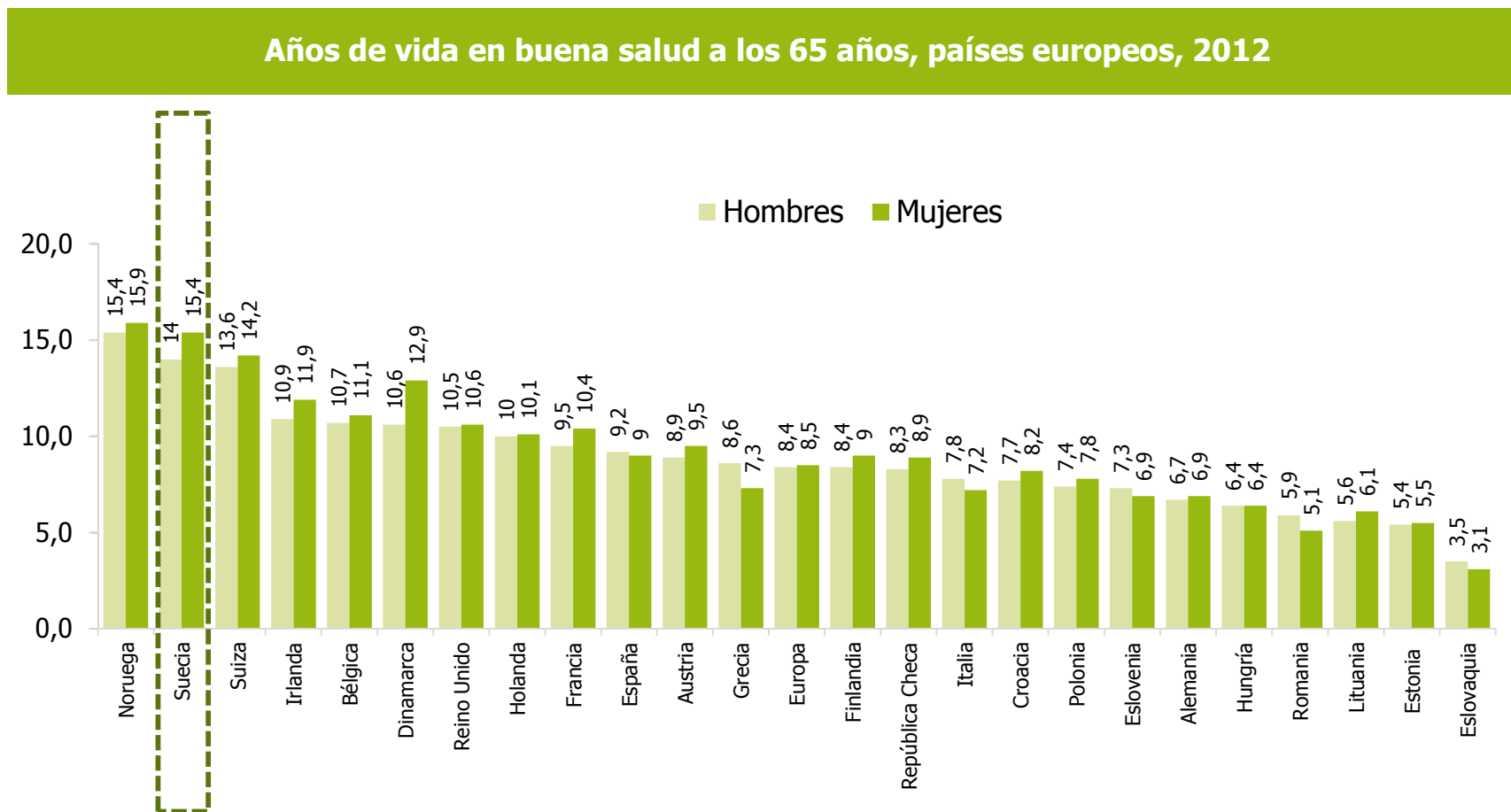
- En 2013, cerca de 497.000 habitantes tenían más de 80 años.
- El porcentaje de personas mayores de 80 años respecto a la población mayor de 65 años representa un 27%.
- En 2013, el porcentaje de personas mayores de 80 años casi iguala la media de la Euro área de los 16 países.

Fuente: Eurostat: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tps00001&plugin=1>
<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=1&pcode=tps00010&language=en>



05 Mercado residencial sueco – 7.2 Demanda

Los años de vida en buena salud a los 65 años en Suecia, son 14 en los hombres y 15,4 en las mujeres



Fuente: European Health and Life Expectancy Information System (EHLEIS); Eurostat Statistics Database. 2013



07

Mercado residencial sueco

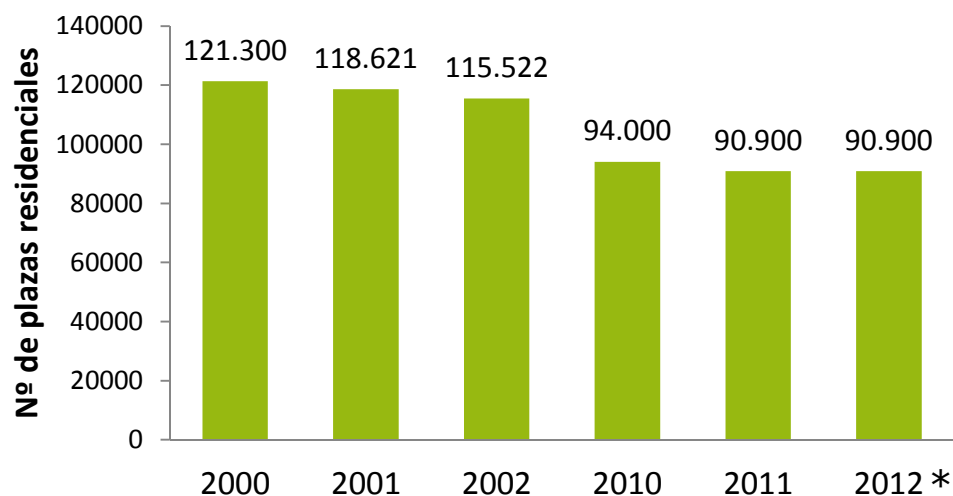
7.3 Oferta



07 Mercado residencial sueco – 7.3 Oferta

La oferta de plazas residenciales en 2012 mostró un caída del 25% respecto al año 2000 compensada por el notable incremento de los servicios de ayuda a domicilio. Aún así la cobertura sigue siendo elevada

Evolución de las plazas residenciales (2000-2012)



Cobertura de 5,1 plazas por cada 100 mayores de 65 años.

La disminución del número de plazas de atención residencial en Suecia, contrasta con el favorecimiento de la ayuda domiciliaria a los mayores. En 2013, 219.7000 personas mayores recibían ayuda a domicilio frente a 89.000 mayores que estaban en una residencia. En comparación con 2012, el número de mayores residentes ha disminuido en un 1,65% (en 2012, 90.500 mayores estaban en una residencia).

El ratio de servicios residenciales en Suecia (5,1 plazas por cada 100 habitantes), demuestra que el mercado de residencias para la tercera edad en ese país está desarrollado, con cada vez mayor influencia del sector privado.

*número de plazas en 2012 tomando como referencia el valor de 2011

Fuente: Socialstyrelsen.

Información Experto del sector en Suecia –Contacto Antares. No se dispone de datos relacionados con la oferta de número de centros.



07 Mercado residencial sueco – 7.3 Oferta

La oferta pública es predominante en número de plazas

La distribución de las plazas residenciales en Suecia en 2012 según su titularidad es la siguiente:

- El 72% de la oferta total corresponde a plazas residenciales públicas, un total de 65.448 plazas públicas.
- El 28% de la oferta total, corresponde a las plazas residenciales privadas, un total de 25.452 plazas privadas.
- El 86% de la oferta de plazas privadas son plazas residenciales privadas comerciales, un total de 21.889 plazas.
- La oferta de plazas privadas lucrativas corresponde al 14% de la oferta privada, es decir 3.563 plazas.

Fuente: Socialstyrelsen,

Reforms in Long-Term Care Policies in Europe. Investigating Institutional Change and Social Impacts. 2013.

Department of Social Work, Stockholm Studies in Social Work 30 "Marketisation in Nordic eldercare: a research report on legislation, oversight, extent and consequences". 2013

Información Experto del sector en Suecia –Contacto Antares. No se dispone de datos relacionados con la oferta de número de centros.



07

Mercado residencial sueco

7.4 Operadores



06 Mercado residencial británico – 6.4 Operadores privados

En 2012, el 86% de todas las instalaciones de cuidado residencial privadas eran gestionadas por empresas y cerca de la mitad (46%) eran dirigidas por dos grandes grupos (1/2)

- En 2005 las tres principales empresas de atención residencial fueron compradas por empresas de capital privado. Hoy Attendo Care es propiedad de la firma de capital privado europeo IK Investment Partners la cual compró la compañía a la empresa de capital riesgo Bridgepoint en 2006.
- En Suecia, Attendo gestiona 172 unidades de atención a mayores en varios municipios suecos: 98 en cuidado residencial y 74 en servicios de atención domiciliaria. La compañía también proporciona apoyo a las personas con discapacidad (por ejemplo en 80 unidades de vivienda) y de asistencia social para las familias y los niños incluyendo 17 unidades de vivienda para niños refugiados de reciente llegada.

Posición	Empresa	Nº de plazas	% de plazas respecto al total privado	Nº de centros	Plazas /centro
1	Attendo	10.069	39,56%	98	48
2	Carema			81	
3	Aleris			30	
Subtotal		10.069	39,56%	209	48
Total oferta privada		25.452			

Fuente: Department of Social Work, Stockholm Studies in Social Work 30 "Marketisation in Nordic eldercare: a research report on legislation, oversight, extent and consequences". 2013



06 Mercado residencial británico – 6.4 Operadores privados

En 2012, el 86% de todas las instalaciones de cuidado residencial privadas eran gestionadas por empresas y cerca de la mitad (46%) eran dirigidas por dos grandes grupos (2/2)

- Carema Care, es propiedad de las empresas de capital privado Triton y KKR, que compró la compañía en 2010. En Suecia, Carema ofrece servicios de cuidado para personas mayores en 129 unidades (81 asilos y 48 grupos de cuidados en el hogar) y en más de 200 instalaciones de atención a personas con trastornos psiquiátricos o discapacidades de aprendizaje.
- La tercera gran compañía en atención de adultos mayores, Aleris, nace en 2005 tras la fusión entre CarePartner y ISS Health Care. El mismo año la empresa fue comprada por la empresa de capital privado EQT, que en 2010 vendió Aleris a Investor AB, una sociedad financiera de cartera sueca. En los tres países, la atención a los mayores constituye una pequeña parte de la facturación (entre 17% y 22%) (Aleris 2011). En Suecia, la empresa gestiona 19 centros de atención residencial y 18 unidades de atención domiciliaria.

A pesar de que estos grandes actores privados se han adjudicado contratos para gestionar instalación de cuidado residencial que son propiedad de la Autoridad Local, cada vez más operadores están construyendo sus propias instalaciones a fin de entrar en un acuerdo marco con uno o varios municipios. Por ejemplo, 30 de las 98 instalaciones de atención a mayores gestionadas por Attendo son propiedad de la empresa. Los usuarios pagan la misma tarifa al igual que en otras instalaciones gestionadas públicamente o por operadores privados. Algunos centros privados son anunciados como 'hotel' ofreciendo servicios de alta calidad a los usuarios que pueden pagar más para conseguir más variedad y nivel de servicios.

Fuente: Department of Social Work, Stockholm Studies in Social Work 30 "Marketisation in Nordic eldercare: a research report on legislation, oversight, extent and consequences". 2013



Según un estudio realizado por la Agencia Sueca para el crecimiento económico y Regional, la competitividad de las empresas de atención a mayores es buena

- El valor adicional de las empresas del sector de atención a personas mayores ascendió un 71% en cuatro años.
- El crecimiento fue más extenso en servicios de atención domiciliaria para personas mayores: las empresas vieron su valor aumentado en un 268%, el número de empleados aumentó un 163% y el número de empresas aumentó en un 98% entre 2005 y 2009. Las cifras correspondientes para el cuidado residencial para mayores fueron 93%, 98% y 26% respectivamente.
- Según Statistics Sweden (SCB 2012b), las empresas con operaciones en el sector de atención a mayores muestran mejores resultados financieros que otras compañías suecas. En 2010, su rentabilidad sobre activos totales fue del 13% frente al 8% para todas las empresas de propiedad privada. También su liquidez y solvencia estaban por encima de la media para todas las empresas.

07

Mercado residencial sueco

7.5 Constataciones

El sistema sueco cuenta con un importante marco regulatorio de obligaciones sanitarias y sociales en LTC

Suecia cuenta con programas sociales universales e integrales y, en particular, para el cuidado de personas mayores.

La Ley de Servicios Sociales establece que las personas mayores deben poder vivir y llevar una vida independiente en condiciones de seguridad y tener una existencia activa y significativa en compañía de otras personas.

Los cuidados sanitarios son subsidiados en base a tarifas específicas por los consejos comarcales (county councils). Los cuidados sociales son financiados a partir de los impuestos municipales y subvenciones del gobierno a los municipios.

Cualquier persona con residencia permanente en Suecia y que tiene alguna discapacidad será elegible para la prestación de cuidados solamente si así lo determina una evaluación de cuidados requeridos.

Existen iniciativas políticas recientes que favorecen la atención de los cuidados de larga duración y el refuerzo de los cuidadores

Se han tomado medidas recientes para garantizar una mejor coordinación entre los consejos comarcales (county councils) y los municipios en el cuidado de los ancianos más frágiles, así como para evaluar el sistema de libre elección (desarrollo de la calidad, los costos y la eficiencia, y el desarrollo del mercado de los servicios de cuidado a personas mayores).

La calidad ha experimentado un importante desarrollo en base a un conjunto de instrumentos de medida y comparación de resultados

Suecia dispone de un conjunto de registros clínicos bien desarrollados para medir la calidad de la atención de los cuidados a largo plazo (LTC) .

La Junta Nacional de Salud y Bienestar Social supervisa e inspecciona la calidad de los servicios de salud y de atención social, sin embargo no existe un sistema formal para la acreditación de los servicios.

El sistema de "Comparaciones Abiertas", constituye un mecanismo de seguimiento, evaluación y control que compara entre los diferentes condados una serie de indicadores de atención de la salud, así como algunos aspectos del cuidado de los mayores en las instituciones residenciales.

07 Mercado residencial sueco

El parque residencial sueco aunque ha disminuido en los últimos años, mantiene una elevada oferta

La cobertura de plazas residenciales en Suecia es de 5,1 por cada 100 personas mayores de 65 años.

Esta oferta de plazas residenciales ha disminuido un 25% entre el año 2000 y el 2012, disminución que ha ido paralela al incremento notable de los servicios de ayuda a domicilio que ha tenido lugar en este periodo. Aún así la cobertura residencial sigue siendo elevada.

El sector residencial es en Suecia un sector maduro, con poco crecimiento.

El sector público domina la oferta residencial

El sector privado (empresarial y benéfico) representa el 28% de la oferta total, frente al 72% que representa la oferta pública.

Sin embargo, cada vez más, los operadores están construyendo sus propias instalaciones y se postulan para entrar en el acuerdo marco con uno o varios municipios para la prestación de servicios a los mayores.

En Suecia, el share del sector privado empresarial es pequeño y muestra una importante concentración

El 46% de las plazas privadas comerciales son gestionadas por los 3 primeros operadores. Éstos agrupan el 11,01% de la oferta total y el 39,5% de la oferta total privada (comercial y no lucrativa).

El sector privado de atención a mayores presenta un claro valor en el sector económico sueco

El valor adicional de las empresas del sector de atención a personas mayores ascendió un 71% en cuatro años.

Las empresas con operaciones en el sector de atención a mayores muestran mejores resultados financieros que otras compañías suecas. También su liquidez y solvencia estaban por encima de la media de las empresas del país.