

Modelos de financiación del Seguro de Dependencia(*)

ENRIQUE POCIELLO GARCÍA. JAVIER VAREA SOLER.

UNIVERSIDAD DE BARCELONA

En España la cobertura de la dependencia adolece de indefinición jurídica a nivel estatal. Las leyes que abordan directa o indirectamente la dependencia no reflejan la dimensión actual de la problemática que se deriva de ella.

Sin embargo, en otros países como Alemania, Estados Unidos y Francia, cuyos modelos se analizan en este estudio, la experiencia de aplicaciones reales durante varias décadas representan una referencia de gran utilidad.

INTRODUCCIÓN

La Constitución Española, máximo referente del sistema jurídico, define la protección social, a través de un conjunto de derechos económico-sociales, entre los cuales podemos citar: protección a la familia, existencia de régimen público de la Seguridad Social, protección de la salud, competencia del poder público en la organización y tutela de la salud pública, atención para los disminuidos físicos, suficiencia económica, bienestar de las personas en edad avanzada.

Este conjunto de derechos, en su globalidad, configuran la protección social de la dependencia. Pero el problema radica en que los anteriores derechos son, como hemos dicho, económico-sociales, y no fundamentales, por lo que no vinculan de forma expresa a los poderes públicos, hasta que no se desarrolle una legislación específica sobre dicha materia. Por tanto, hasta que no se apruebe una ley de Dependencia estatal, los derechos de los ciudadanos españoles ante esta problemática no estarán perfectamente definidos.

Naturalmente, la problemática no sólo reside en definir las coberturas a que da derecho la pro-

tección social de la dependencia, sino en definir el sistema mediante el cual se financiarán las prestaciones a que da lugar la normativa.

Los principales sistemas de financiación del seguro de dependencia (en orden de creciente participación del sector público) son: ahorro privado, seguro privado, seguro privado incentivado por el sector público, seguro privado obligatorio, constitución de fondos, sistemas de financiación mixta, y por último, esquemas de financiación pública.

En el caso del ahorro privado, la financiación del riesgo recae sobre el individuo y su familia. El ahorro privado se puede llevar a través de los diferentes instrumentos de ahorro existentes en el mercado (cuentas de ahorro, fondos de inversión, derivados, ...) o bien con la utilización de la propiedad inmobiliaria, ya sea, transfiriéndose a una vivienda más económica, vendiendo la nuda propiedad del inmueble, o bien, vendiendo la vivienda propia para ingresar en un centro especializado.

Por otro lado, el seguro privado sin apoyo estatal, si bien constituye un mecanismo eficiente, desde un punto de vista asegurador, adolece de problemas que influyen negativamente en su comercialización, tanto desde el lado de

* Trabajo preparado sobre la base de una beca de Riesgo y Seguro de la Fundación MAPFRE Estudios.

la oferta, cuyo principal problema es la asegurabilidad del riesgo en cuestión (azar moral, selección adversa y falta de estadísticas fiables), como de la demanda, que se ve perjudicada por los elevados importes de sus primas.

El tercer sistema de financiación, se basa en la introducción de incentivos fiscales en la contratación del seguro de dependencia, de forma similar a otras fórmulas de previsión social, como los planes y fondos de pensiones.

El seguro privado obligatorio introduce algunos elementos de solidaridad en el cálculo de la prima como aplicar descuentos en función del tamaño del núcleo familiar.

Respecto a la suscripción de fondos, esta puede ser voluntaria u obligatoria. Existen diferentes modalidades, la primera consistiría en una póliza colectiva de seguro de dependencia, y en segundo lugar tendríamos los fondos de pensiones que ofrecen como garantía complementaria cobertura del riesgo de dependencia.

Los sistemas de financiación mixta combinan la financiación pública con la privada, cubriendo en distinto grado las necesidades derivadas de la situación de dependencia en función de la renta de los individuos.

Por último, los sistemas públicos, persiguen la redistribución de la riqueza, además de la propia cobertura, que también se da en el sistema de financiación privado. Existen dos tipos de modelos públicos. Uno basado en la seguridad social, inspirado, por tanto, en el principio de reparto, y otro basado en la recaudación impositiva.

A continuación, explicaremos los sistemas de financiación adoptados en los países punteros en la difusión del seguro de dependencia: Alemania, Estados Unidos y Francia. El primero de ellos constituye el ejemplo más sólido de cobertura pública, aunque cuenta con un sistema de financiación mixto. En los otros países el peso del seguro privado es mucho mayor, siendo el polo opuesto a Alemania, en cuanto a financiación se refiere, Estados Unidos.

En primer lugar describiremos el sistema de cobertura de la dependencia Alemán. A conti-

nuación pasaremos a ver los puntos más destacados del sistema de financiación americano, y por último, analizaremos las peculiaridades del sistema de financiación francés.

SISTEMA DE FINANCIACIÓN ALEMÁN

Alemania es el país europeo pionero en lanzar productos de dependencia. Las primeras experiencias, dentro del ámbito privado, se remontan a mediados de los años 80. En la actualidad es el mayor mercado de este tipo de coberturas en todo el continente, con más de 80 millones de personas cubiertas.

El estudio del seguro de dependencia en Alemania reviste de especial interés, por cuanto es uno de los pocos países europeos que ha establecido una rama de aseguramiento propia y distinta de las ya existentes y, además, tiene una regulación específica y financiación propia, diferenciada del resto de la protección social.

1. Entorno general

Como respuesta a la creciente preocupación por la cobertura de las situaciones de dependencia y el intenso proceso de envejecimiento demográfico alemán, motivado por una notable disminución de la natalidad junto con un descenso de las tasas de mortalidad de los grupos con más edad, a partir del año 1985 comienza a comercializarse en Alemania el seguro de dependencia, de carácter absolutamente voluntario. Este seguro podrá contratarse tanto en el ramo de vida como en los ramos de salud. Las principales prestaciones que adopta este seguro de dependencia son las siguientes:

- Indemnización diaria por asistencia.
- Reembolso de un porcentaje de los gastos que origine la dependencia hospitalaria o de cuidados a domicilio (máximo 80%).

- Renta diaria más reembolso de costes de asistencia, seguro de vida de renta por necesidad de asistencia permanente.

El nivel de implantación que ha tenido este seguro de dependencia de suscripción voluntaria ha sido bastante bajo, hasta el año 2000 únicamente se habían comercializado 400.000 pólizas. El incesante aumento del gasto derivado por la atención de la dependencia unido al escaso desarrollo del seguro voluntario de dependencia motivó que las autoridades alemanas optasen por introducir una nueva modalidad de seguro de dependencia, de carácter obligatorio (*Pflegeversicherung*) que puede complementarse con un seguro voluntario y privado de vida o de salud.

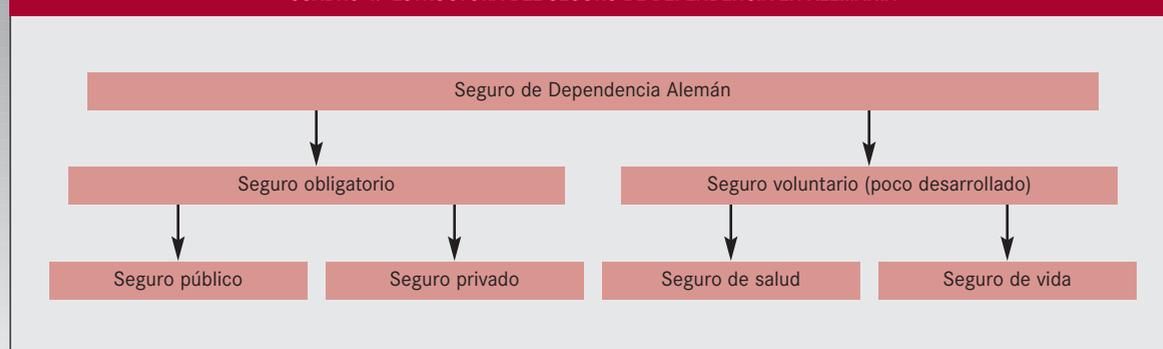
La implantación del seguro obligatorio en 1995 no estuvo exenta de dificultades, tanto en lo que se refiere a su financiación como en relación con su encaje en el sistema de seguridad social en Alemania, de corte bismarckiano.

- Cubrir el riesgo de las situaciones de dependencia como seguro independiente.
- Ayudar al sostenimiento de los gastos ocasionados por la atención de la dependencia.
- Potenciar una red asistencial para personas que necesiten asistencia.
- Promover los principios de prevención y rehabilitación del dependiente antes que el de curación.

2. Ámbito de cobertura

El seguro de dependencia obligatorio se estructura como una extensión del seguro de enfermedad obligatorio. Las personas que disfrutaban del seguro público de enfermedad (trabajadores que no superen un nivel de ingresos de 3.375 €/mes además de los funcionarios) quedan bajo el ámbito del seguro público de dependencia. Las personas con ingresos mensuales superiores a 3.375 €

CUADRO 1. ESTRUCTURA DEL SEGURO DE DEPENDENCIA EN ALEMANIA



La propuesta legislativa fina resultante de todo este debate perseguía articular un sistema de financiación de la cobertura del riesgo de dependencia basado en la solidaridad de la población total (incluyendo pensionistas) con los siguientes objetivos fundamentales.

- Promover la asistencia domiciliaria con anterioridad a la asistencia en instituciones especializadas.

pueden optar entre asegurarse voluntariamente en el seguro público de enfermedad y contratar un seguro de enfermedad privado con derecho a los servicios hospitalarios generales. En el primer caso quedarían incluidos obligatoriamente en el seguro público de dependencia mientras que en el segundo deberían de contratar un seguro privado de dependencia con la misma entidad en que tenga concertada la cobertura de enferme-

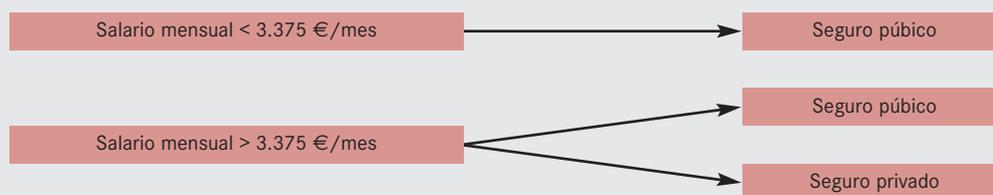
dad. El cuadro 2 recoge el funcionamiento del sistema del seguro obligatorio de dependencia.

Por imperativo de la Ley Federal sobre Seguro de Dependencia, estos seguros privados tienen que garantizar que sus prestaciones y condiciones son equivalentes a las del seguro público de dependencia así como que sus primas son razonables.

fermedad. Las personas jubiladas también están obligadas a contribuir al seguro de dependencia. En tal caso el 50% de la cotización lo paga el mismo pensionista y el 50% restante lo satisface el Instituto de Pensiones.

Las cotizaciones recaudadas se ingresan en las denominadas Cajas de Dependencia que constituyen un patrimonio separado del resto de la

CUADRO 2. FUNCIONAMIENTO DEL SEGURO OBLIGATORIO DE DEPENDENCIA



Sin necesidad de realizar ninguna aportación adicional, la cobertura del seguro de dependencia público se extiende a todos los miembros de la familia incluidos en el seguro de enfermedad. Sin embargo, las familias de los trabajadores que han optado por asegurarse voluntariamente en el seguro privado de enfermedad y por lo tanto en el de dependencia también privado, no tienen estos derechos.

3. Financiación

La financiación del seguro obligatorio de dependencia está basada en un sistema de reparto con lo que las prestaciones son independientes de las aportaciones satisfechas por el asegurado con anterioridad. El seguro de dependencia está cofinanciado por trabajadores y empresarios a partes iguales. Inicialmente, se estableció un tipo de cotización del 1%. En la actualidad el tipo se ha elevado hasta el 1,7% (0,85% trabajador y 0,85% empresario). La base de cotización es la misma que la que se utiliza para el seguro de en-

Seguridad Social y se gestiona por las Cajas de Enfermedad con fondos de estabilización y compensación.

Desde la implantación del seguro obligatorio de dependencia en 1995 hasta 1998 los ingresos generados por el seguro público a través de cotizaciones superan a los gastos incurridos, generando un superávit que va disminuyendo con el tiempo. A partir del año 1999 este saldo comienza a ser deficitario.

Para tener derecho a recibir las prestaciones del seguro de dependencia se requiere estar asegurado contra dicho riesgo y cotizar un mínimo de años (a fecha del 2002, 5 años de los últimos 10) con la singularidad de que cuando un asegurado solicita la concesión de las prestaciones del seguro de dependencia y no puede serle reconocida por la falta de la cotización necesaria previa, puede seguir cotizando hasta que reúna la carencia suficiente para que se le reconozcan las prestaciones correspondientes.

Se ofrecen tres tipos de prestaciones: asistencia domiciliar profesional, atención en instituciones

especializadas (centros de día, residencias) y prestaciones monetarias. Éstas últimas están pensadas para remunerar la asistencia informal recibida por parte de familiares y amigos que ayudan al dependiente. A su vez estas prestaciones pueden combinarse entre sí. Las prestaciones son independientes del nivel de ingresos del dependiente. La siguiente tabla recoge las cuantías máximas de las prestaciones de acuerdo a la intensidad de la dependencia.

Datos gubernamentales recogidos en la tabla reflejan como cerca de 1,9 millones de personas son beneficiarios del seguro de dependencia obligatorio, de los cuales aproximadamente 1,3 millones de personas reciben asistencia en el propio domicilio y 0,6 millones están atendidos en centros especializados.

Entre las personas atendidas en su propia casa, el 55,3% son dependientes graves, el 34,6% perte-

TABLA 1. PRESTACIONES MENSUALES POR DEPENDENCIA EN ALEMANIA

	Prestaciones monetarias	Asistencia domiciliaria profesional	Atención en instituciones especializadas
Dependencia grave	205 €	384 €	1.023 €
Dependencia muy grave	410 €	921 €	1.279 €
Dependencia continua	665 €	1.432 €	1.432 €
Casos especialmente severos		1.918 €	1.688 €

Fuente: Bundesministerium für Gesundheit (2002).

Cuando el asegurado dependiente ha sido declarado beneficiario, puede elegir entre recibir la ayuda o asistencia de familiares o conocidos que no son profesionales, o bien dirigirse a profesionales o instituciones específicas y reconocidas para este tipo de asistencia personal. El propio beneficiario es el que decide qué tipo de asistencia personal es el que desea recibir. En el caso de las prestaciones monetarias, la persona que recibe la compensación económica por los servicios que presta no se le computa como ingresos a efectos fiscales. Las prestaciones de dependencia se reconocen con independencia de la edad.

Las cuantías recogidas en la tabla 1 se reconocen al beneficiario, son cuantías máximas y dependen del coste real de la atención prestada en los centros con los que existe concierto suscrito entre las Cajas de Enfermedad y la Confederación de Centros Asistenciales. La prestación económica no cubre el coste del alojamiento ni de la manutención.

El cuadro 3 recoge el conjunto de prestaciones contempladas por el seguro obligatorio alemán.

necen a la categoría de dependientes muy graves y el 10,1% restante son dependientes continuos. De las personas atendidas en centros residenciales especializados, el 37,9% son dependientes graves, el 42% son dependientes muy graves y el 20,1% son dependientes continuos.

En los últimos años se ha observado una disminución del porcentaje de personas incluidas en la categoría de dependencia continua a favor de los otros dos niveles de menos severidad.

La tabla 2 muestra la distribución de los beneficiarios de prestaciones por dependencia atendiendo a diferentes grupos de edades. Obsérvese como la incidencia de la dependencia no está exageradamente concentrada en el grupo de personas de edades más avanzadas puesto que casi el 20% de los beneficiarios no alcanzan la edad de jubilación.

No obstante, el riesgo de incurrir en situación de dependencia está altamente vinculado con la edad, variando aproximadamente entre el 0,5% de las personas en edad laboral hasta el 32% para personas que han alcanzado los 80 años.

CUADRO 3. PRESTACIONES DEL SEGURO OBLIGATORIO ALEMÁN

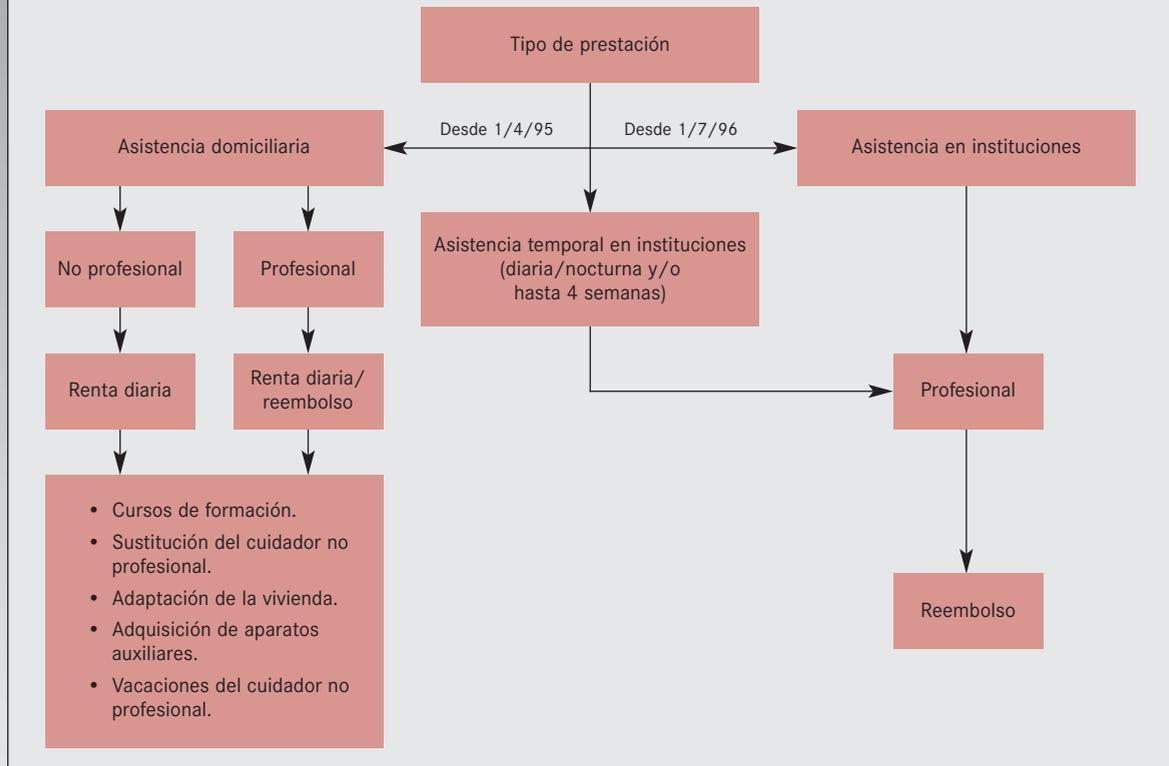


TABLA 2. BENEFICIARIOS POR DEPENDENCIA

Año	Entre 0 y 65 años		Más de 65 años		Más de 80 años	
	Número	Prob. de caer dependiente	Número	Prob. de caer dependiente	Número	Prob. de caer dependiente
1995	270.892	0,4%	790.526	6,3%	5.18.259	15,6%
1996	333.181	0,5%	123.565	9,5%	810.842	24,8%
1997	376.659	0,5%	1.284.051	10,0%	838.494	26,4%
1998	400.820	0,6%	1.337.298	10,3%	852.732	27,7%
1999	418.135	0,6%	1.408.227	10,7%	889.204	29,6%
2000	412.315	0,6%	1.409.789	10,5%	896.470	30,1%
2001	411.658	0,6%	1.427.944	10,4%	916.002	30,4%

Fuente: Bundesministerium für Gesundheit (2002).

La tabla 3 ilustra la distribución de los beneficiarios según las prestaciones recibidas. Nótese como más del 50% de beneficiarios obtienen prestaciones monetarias. Al respecto, sorprende el alto por-

centaje de personas consideradas dependientes continuas que optan por prestaciones monetarias en lugar de prestaciones en residencias o centros especializados. Evers (1998) encuentra explicación

TABLA 3. TIPOS DE PRESTACIONES

Año	Prestaciones Monetarias (I)	Asistencia Domiciliaria profesional (II)	(I) + (II)	Atención en instituciones especializadas
1995	83,0%	7,7%	9,3%	–
1996	60,4%	6,8%	9,7%	31,1%
1997	56,3%	6,9%	9,9%	26,8%
1998	56,6%	7,5%	10,5%	28,4%
1999	52,2%	8,1%	11,4%	28,6%
2000	50,7%	8,5%	11,5%	29,3%
2001	50,0%	8,4%	11,9%	29,7%

Fuente: Bundesministerium für Gesundheit (2002).

a este comportamiento en que la asistencia en el hogar es la mejor ayuda que se adapta a la estructura de las familias alemanas. Por otro lado, la tabla 3 evidencia como la atención formal recibida en centros residenciales va aumentando desde el año en que se introdujo, 1996.

SISTEMA DE FINANCIACIÓN DE ESTADOS UNIDOS

El seguro de dependencia nació en Estados Unidos en 1974. Se trata, por tanto, del país donde el seguro de dependencia lleva más tiempo siendo comercializado. Las primeras compañías que comercializaron seguros de dependencia fueron compañías medianas y con cierto grado de especialización. El modelo de cobertura de la dependencia es claramente privado, con una gran variedad de productos.

1. Entorno general

Al contrario de la opinión más extendida, Estados Unidos a finales del siglo XIX tuvo un am-

bicioso programa de atención social para las personas de edad más avanzada; más del 25% del gasto federal se dedicaba a satisfacer las pensiones para los veteranos de la guerra civil americana y sus familias.

A pesar de este primer antecedente, la implantación del estado del bienestar nunca ha alcanzado el nivel de los países europeos, especialmente Alemania. Existen diferentes explicaciones que justifican esta situación. Por un lado, la gran diversidad de la clase trabajadora americana, por otro, las sentencias de gran trascendencia posteriormente adoptadas por la corte suprema de la justicia de los Estados Unidos.

La política social del siglo XX se puede caracterizar por una extendida antipatía en contra de la adopción de políticas de bienestar generosas. En este sentido merecen destacarse dos reformas sociales:

- La política del «New Deal» iniciada con la llegada a la presidencia del demócrata F. Delano Roosevelt en 1933 en un momento de profunda depresión económica (el 25% de la población activa en paro). El New Deal reúne un conjunto de medidas de intervención gubernamental más orientadas a los problemas económicos que a los sociales. Sus objetivos eran apoyar y relanzar la actividad, enfren-

tándose con los más graves problemas que la aquejaban. En 1935 se introdujo un sistema de seguridad social que incluía entre sus coberturas el seguro de desempleo y las pensiones de jubilación.

- La política de «War on poverty» iniciada en 1964 por Lyndon B. Johnson en la que se introdujeron una serie de reformas en el mercado de trabajo y en el campo de la educación. Al mismo tiempo creció el gasto federal en programas de asistencia social. Además la seguridad social se completó con dos nuevos programas asistenciales dirigidos a incrementar el acceso a dos instituciones de salud públicas: Medicare (para personas con recursos) y Medicaid (para personas sin recursos o que han consumido los recursos que tenían).

De acuerdo a su nivel económico, las personas que perciben rentas mensuales inferiores a 349 € acceden al Medicaid. El resto de personas quedan englobadas en el Medicare. Tal como hemos anticipado en la introducción de esta sección, el sistema estadounidense de cobertura de la dependencia es fundamentalmente privado e individual. En 1999 ya existían aproximadamente 6,7 millones de pólizas distribuidas a través de 120 compañías,

de las cuales, las 10 primeras concentran el 75% de la cuota de mercado, un claro indicador del elevado grado de concentración del mercado. El cuadro 4 sintetiza la estructura de la cobertura de la dependencia en Estados Unidos.

2. Ámbito de cobertura

La cobertura del riesgo de dependencia puede considerarse universal puesto que a todas personas con falta de recursos económicos alcanza su cobertura a través de la intervención del Medicaid. Por su parte, la asistencia prestada por Medicare alcanza un segmento de población mayor muy importante: 33,9 millones de un total de 35 millones de edad avanzada censada en 1999.

En 1995 se estimó que la población dependiente se encontraba en torno a los 12 millones de personas, de los cuales, de acuerdo a Feder (2000), 6,6 millones tenían más de 65 años. La mayor parte de la asistencia es informal. De acuerdo con la encuesta de dependencia realizada a nivel nacional en 1994, el 16,7% de personas en edad avanzada estaban recibiendo atención por dependencia. A continuación segmentamos esta información en función de diversos criterios como son sexo, edad, raza y estado civil.

CUADRO 4. SISTEMA DE COBERTURA DE LA DEPENDENCIA EN ESTADOS UNIDOS

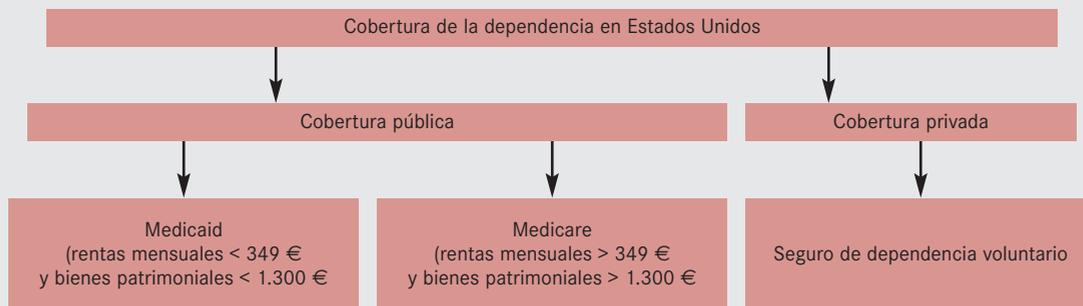


TABLA 4. TASA DE PREVALENCIA DE ACUERDO CON EL SEXO

	Población	Tasa de prevalencia
Mujeres	19.715.000	19,9
Hombres	13.412.000	12,1

Fuente: AHRQ (2000).

3. Financiación

La cobertura de la dependencia está financiada tanto de forma pública, a través de las instituciones del Medicare y Medicaid, como privada, a través de la posibilidad de contratación de seguros de dependencia.

El Medicaid, tal como explicamos anteriormente, está pensado para personas con bajo nivel de renta y escaso patrimonio personal. La definición de las prestaciones ofrecidas por el Medicaid es competencia estatal, es decir, cada estado establece sus propias prestaciones. En la mayor parte de estados, el Medicaid ofrece, entre sus prestaciones sociales, asistencia institucional. En la actualidad, de acuerdo a Edebalk (2000), el Medicaid constituye un pilar fundamental sobre el que se apoya la cobertura de la dependencia, a pesar de que, inicialmente no se creó con esta función. Se calcula que 2/3 de los pacientes que ocupan una plaza en una residencia acaban contando con la cobertura del Medicaid.

Los estados han intentado contener el gasto en asistencia del Medicaid a la dependencia adoptando para ello varias medidas: limitando el número de camas disponibles en residencias para personal dependiente, restringiendo las prestaciones concedidas a los pacientes residentes en instituciones especializadas.

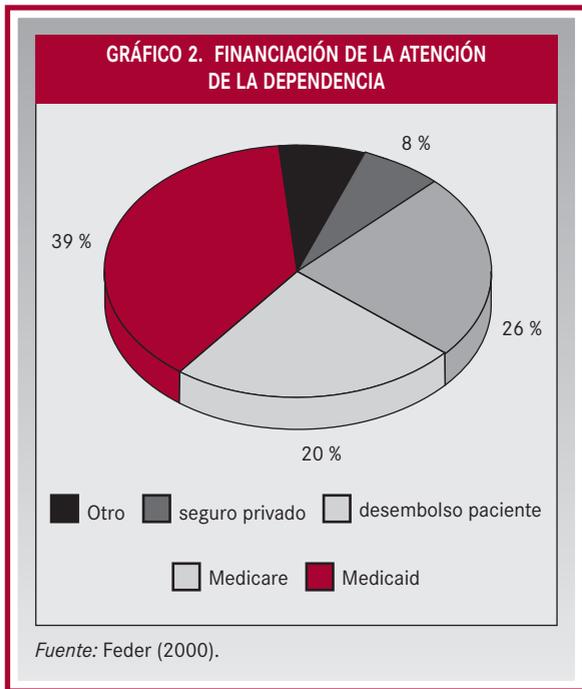
Medicare es un programa social de ámbito nacional que se nutre de las cotizaciones de los trabajadores y de primas complementarias pagadas después de la jubilación. El tipo de cotización es del 2,9% del salario bruto (1,45% a cargo del trabajador y el 1,45% restante a cargo del empleador). No existe límite superior en cuanto a la base

de cotización. En la actualidad, las primas complementarias del Medicare ascienden a 200 € mensuales en general. Para aquellas personas que hayan cotizado entre 30 y 39 trimestres la anterior cuantía se reduce a 110 €. Para tener derecho a ser beneficiario del Medicare se requiere un mínimo de 40 trimestres. La mayor parte de los trabajadores, al haber cotizado un período superior a estos 40 trimestres, no están obligados a pagar estas primas complementarias.

El seguro privado de dependencia está especialmente pensado para aquellas personas que hayan agotado las prestaciones de dependencia del Medicare, tal como mostraremos posteriormente limitadas en el tiempo, y que excedan las condiciones económicas impuestas para acceder a la ayuda del Medicaid. Este seguro tiene un carácter absolutamente voluntario y normalmente se contrata de forma individual.

Antes de aceptar el seguro, la compañía aseguradora somete al asegurado a un proceso de selección. Con tal fin, el asegurado, además de pasar un completo y riguroso examen médico, debe aportar su historial médico y responder al asegurador una serie de preguntas respecto de su estilo de vida. Los criterios de selección para el seguro de dependencia son diferentes a los criterios de selección de los seguros de vida. En vida puede haber riesgos asegurables, que no lo son tanto para la dependencia. En efecto, se cree que las actitudes y el estilo de vida de la persona es más importante para la valoración de la dependencia que las lesiones médicas que sufre el paciente. Cuanto más activo sea el suscriptor potencial, menor será el riesgo. Algunos especialistas señalan que los tratamientos médicos pueden prevenir un 10%, mientras que el estilo de vida y las actitudes y las costumbres pueden prevenir entre un 40% y un 70%.

El gasto en atención de la dependencia ha aumentado continuamente en las últimas décadas. La gráfica 2 muestra la distribución de este gasto en el año 1998. De acuerdo a Feder (2000) y Tilly (2001) estos porcentajes se han mantenido bastante estables en el tiempo entre los años 1993 y 1998 a excepción del gasto en seguro de depen-



dencia privado que ha incrementado porcentualmente su presencia en un 1% entre estos años.

Podemos considerar dos tipos de prestaciones públicas: las otorgadas por Medicare y las concedidas por Medicaid. La primera de ellas ofrece las siguientes prestaciones, todas ellas limitadas en el tiempo:

- Asistencia en residencias para mayores y asistencia en domicilio. Se requiere haber estado ingresado 3 días antes en el hospital, necesitar cuidados profesionales y que la residencia esté concertada con Medicare. Durante los primeros 20 días la cobertura es del 100% del importe aprobado, desde el día 21 hasta el 100, se preve una franquicia de 95 €/día. A partir de entonces el paciente no puede obtener ninguna ayuda adicional por parte del Medicare.
- Asistencia en domicilio que debe ser proporcionada en el domicilio sin ser 24 horas/día, intermitente (no diaria). La compañía que presta el servicio debe estar concertada con Medicare.

- Estancias en residencias para enfermedades terminales de pacientes con enfermedades crónicas y esperanza de vida inferior a 6 meses.
- Estancias en hospitales. Medicare únicamente proporciona cobertura económica los 60 primeros días. El gasto del resto de días corren a cargo del paciente.

Medicaid lleva a cabo una función similar a la realizada por Medicare, a excepción de que va dirigida a personas sin medios económicos suficientes. Corresponde a cada estado la definición de las prestaciones que lleva a cabo Medicaid en su territorio. Al respecto, la ley federal únicamente obliga a los estados a proveer atención domiciliaria a las personas dependientes. No obstante, la mayor parte de estados incluyen la asistencia residencial aunque no todas las residencias aceptan a pacientes de Medicaid.

El mercado privado de seguros ofrece una gran variedad de productos. Los criterios utilizados en la detección y reconocimientos de la dependencia tienden a ser más y más similares. De esta forma, el criterio se basa en la imposibilidad para desarrollar las actividades de la vida diaria (AVD) y en la mayoría de los casos también se pide que el asegurado incurra en gastos como consecuencia del cuidado que requiere. El uso del criterio de las AVD está muy extendido en el seguro de dependencia.

La extrema variedad de productos de dependencia ofrecidos por el mercado asegurador americano dificulta realizar una descripción tipo. Los primeros productos se diseñaron con el objeto de pagar una indemnización de entre 13 € y 45 € diarios solamente si el asegurado recibía tratamiento en una residencia especializada para personas mayores. La duración máxima de la prestación era de 4 a 5 años y se otorgaba exención de pago de primas una vez producido el ingreso hospitalario. Esta primera generación de productos se vendía a las personas que recibían la prestación de Medicare.

Actualmente, las coberturas son mucho más amplias y las pólizas cubren no sólo el pago en

residencias especializadas sino también en centros de atención de día o incluso asistencia domiciliaria. Se suele ofrecer un producto flexible que combina varias coberturas con límites de indemnización diarios o semanales con un tope máximo de reembolso.

El desarrollo de los productos otorgando la cobertura de asistencia domiciliaria ha dado lugar a un cambio muy importante en el diseño de productos y en los criterios a seguir a efectos del pago de la indemnización. Normalmente, el coste de la asistencia domiciliaria tiene un coste inferior en un 50% al del internamiento en una residencia especializada.

En Estados Unidos existe una fórmula específica que combina las residencias con los cuidados de la salud y los servicios sociales que se denomina «Continuing Care Retirement communities» (CCRC). Esta cobertura está especialmente desarrollada en los estados de California, Florida y Pensylvania. La mayoría de CCRC pertenece a importantes corporaciones, la mayoría de las cuales han sido creadas por entidades sin ánimo de lucro, muchas de ellas de carácter religioso. Estas comunidades varían en cuanto a su contenido y financiación.

Generalmente, las CCRC actúan como residencias que prestan servicios de todo tipo, incluido los característicos de una persona en situación de dependencia. Generalmente se financian mediante una cuota de entrada y un pago mensual. Los únicos servicios que no suelen cubrirse son los servicios médicos que normalmente están cubiertos por Medicare y otras prestaciones de salud que normalmente están cubiertas por otros seguros que frecuentemente se exige a los residentes que mantengan en vigor. Hay que tener bastante cuidado en la selección de las CCRC puesto que algunas han llegado a tener problemas económicos. Existe un área de posible cooperación entre aseguradores y la CCRC, de manera que ésta última puede ofrecerse al asegurado a cambio del pago de unas primas.

FRANCIA

El seguro de dependencia privado comenzó a comercializarse a partir de 1986. El mercado francés es puntero en términos de volumen y experiencia. Es un mercado con un crecimiento anual muy significativo con más de 1,5 millones de asegurado. El seguro de dependencia está principalmente ofertado por aseguradores del ramo de vida que ofrecen garantías globales en forma de rentas mensuales.

Se preve que en el año 2020 una de cada cuatro personas tendrá más de 60 años. Además de éstos un 7% de ellos sufrirán un grado de dependencia severo. La esperanza de vida, tanto en los hombres como en las mujeres se ha incrementado de forma substancial durante los últimos años. Todas estas cifras indican un gran mercado potencial para el seguro de dependencia. La cobertura pública insaturada en el año 1997 garantiza unos gastos limitados en caso de asistencia domiciliaria o de estancia en una residencia u hospital. Los incentivos fiscales introducidos en este mismo año propiciaron un desarrollo de la oferta de seguros privados de dependencia.

1. Entorno general

La cobertura privada de la dependencia se viene realizando en Francia desde 1986, año en el cual se comercializaron las primeras pólizas de dependencia. En el año 1996 el volumen de primas representaba unos 54 millones de €. Si comparamos las pólizas vendidas con las personas que necesitan el cuidado que el seguro de dependencia ofrece, observamos que el potencial del mismo es inmenso. El principal producto de seguro de dependencia que se comercializa es el de rentas vitalicias independientes o complementarias de otras prestaciones (fallecimiento, invalidez).

Con la entrada en vigor de la Ley 97-60 de 24 de enero de 1997 se establece la cobertura pública de la dependencia mediante una prestación es-

pecífica de dependencia, denominada «Prestación Spécifique Dependance» (PSD) dirigida a aquellas personas con más de 60 años con bajos ingresos que padecen algún tipo de dependencia. Es una prestación que no pertenece a la seguridad social sino que forma parte del sistema asistencial social francés.

La cuantía de la prestación pública se define de acuerdo al grado de dependencia que la anterior clasificación otorga a la persona dependiente. Tal como explicaremos con detalle más adelante, el acceso a esta prestación es muy restrictivo. La cuantía de esta prestación se define de forma distinta en cada región del estado francés.

Para evitar la proliferación de cuantías de prestaciones en función del lugar de residencia del beneficiario y el diferente tratamiento de la protección en función de los recursos y prioridades políticas de cada región se ha substituido la anterior prestación por una nueva denominada «Allocation Personnalisée d'Autonomie» (APA).

2. Ámbito de cobertura

La cobertura privada del seguro de dependencia, tal como hemos señalado anteriormente supera el millón y medio de asegurados. Las dependencias asegurables que contempla los productos del seguro privado son: dependencia de las personas mayores de 65 años, dependencia irreversible y la dependencia valorada médicamente. Dado el gran potencial que ofrece el mercado francés, se preve que esta cifra aumente significativamente en los próximos años.

El ámbito de la cobertura pública viene dado por el marco legislativo que constituye la Ley 97-60 de 24 de enero de 1997, la cual inicialmente introduce una prestación específica de dependencia, denominada «Prestación Spécifique Dependance» (PSD). El derecho a cobrar esta prestación depende de que el interesado no disponga de ingresos superiores a 11.419 € en el caso de que la persona viva sola o de 18.631 si convive habitualmente con otra persona. Estos

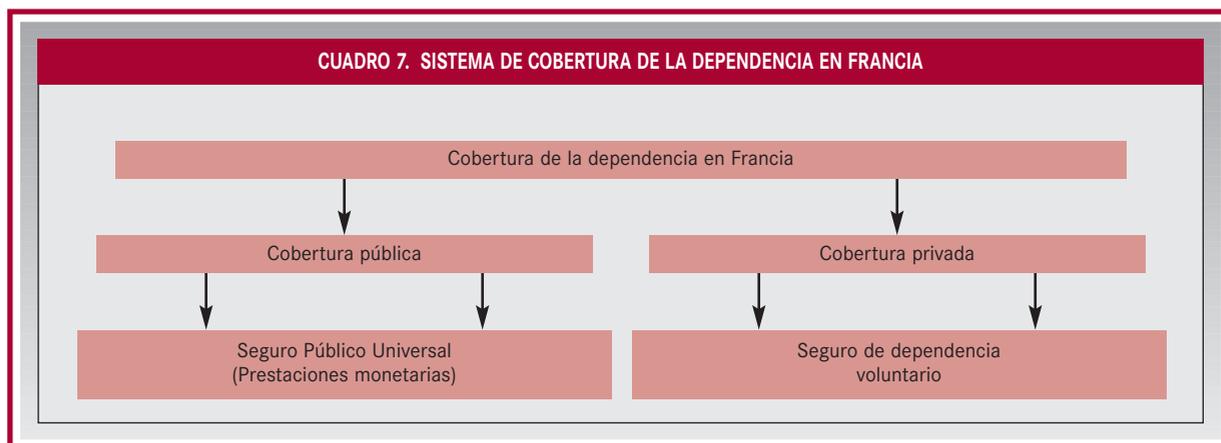
requisitos económicos, bastante exigentes, limitan el acceso a esta pensión a poco más de 135.000 personas a fecha de marzo del año 2001. Según estimaciones realizadas a finales del año 2001 se calcula que aproximadamente 260.000 personas dependientes, clasificadas en un grado medio de dependencia, no gozaban de ningún derecho para percibir la «Prestación Spécifique Dependance».

Para garantizar a todas las personas clasificadas como dependientes un derecho general a las prestaciones, la entrada en vigor de la Ley 2001-647 de 20 de julio de 2001 substituyó, a partir de enero de 2002, a la anterior prestación por la denominada «Allocation Personnalisée d'Autonomie» (APA). Con la introducción de la «Allocation Personnalisée d'autonomie» en enero de 2002, se pretende cubrir las necesidades de cerca de 500.000 personas en el año 2003, (8,8% de la población mayor de 65 años), 558.000 en el año 2003, 700.000 en el 2004 y 800.000 a partir de 2005 (14% de la población mayor de 65 años). La cuantía de la prestación, como más adelante se verá, dependerá tanto del grado de severidad de la dependencia como de los ingresos del interesado. A fin de garantizar la universalidad de la cobertura, no se exige ningún período de cotización anterior al momento de cobrar la prestación. Para completar la financiación del APA se preve aumentar la contribución de los beneficiarios.

3. Financiación

El estado francés ha optado por adoptar un modelo público pero de tipo contributivo que comienza a regularse en 1997 con la entrada en vigor de la Ley de dependencia 97-60 de 24 de enero de 1997, posteriormente derogada parcialmente por la Ley 2001-647 de 20 de julio de 2001. La denominada «Allocation Personnalisée d'Autonomie» (APA) se financia a cargo de los impuestos generales sin recurrir a la introducción de una cotización o aportación específica dentro de la seguridad social.

CUADRO 7. SISTEMA DE COBERTURA DE LA DEPENDENCIA EN FRANCIA



El coste previsto inicialmente para el año 2002 era de 2.554 millones de €. Dos terceras partes de su coste corren a cargo de las regiones, otra parte la financian los regímenes obligatorios de jubilación de base y por último, con una afectación del 0,1% de la cotización social generalizada, actualmente integrada en el Fondo de Solidaridad para la jubilación.

Para el año 2004 se estima que el coste anual de dicha prestación se elevará a 3.455 millones de €. Se teme que la financiación futura de esta prestación sea difícil. No obstante, en ningún caso ha llegado a plantearse un recorte de las cuantías de las prestaciones por dependencia, puesto que ha sido una de las medidas políticas adoptadas que han contado con mayor apoyo popular.

La Ley de dependencia 97-60 de 24 de enero de 1997, preve importantes incentivos fiscales para la contratación de seguros de dependencia privados. Este marco jurídico ha impulsado la aparición de una amplia oferta de seguros privados de dependencia.

La denominada «Allocation Personalisée d'Autonomie» no es una prestación englobada en el sistema de seguridad social del estado francés, pero tampoco se ha previsto que sea de asistencia social. Esta concepción ambigua ha sido criticada muy duramente porque tal como relata textualmente Ferreras, F. (2002) «se ha perdido una oportunidad para la creación de una nueva rama

de la acción protectora de la seguridad social (la quinta pata o quinto pilar) como así ha sido en otros países», refiriéndose al caso alemán.

La introducción de esta prestación de dependencia ha supuesto una modernización del sistema francés de protección social pese a que, según la unánime opinión de la doctrina, hubiera sido más eficaz y fiable establecer una cotización específica que garantizase de forma permanente la financiación futura de la prestación de la dependencia.

Dada la universalidad de la prestación pública de dependencia, el acceso a la misma no se encuentra condicionado a un determinado número de años cotizados en la seguridad social. El beneficiario de la prestación debe tener una edad no inferior a los 60 años y, naturalmente, debe necesitar de la ayuda y asistencia de una tercera persona para realizar las tareas más fundamentales de la vida diaria. También se exige la residencia estable y regular dentro del territorio francés. La prestación se reconoce con independencia de los ingresos del beneficiario y de la unidad familiar a la que pertenece.

La «Allocation Personalisée d'Autonomie» es una prestación de carácter económico y de igual cuantía en todo el territorio nacional a diferencia de la anterior prestación pública: Prestación Spécifique Dependance. Con esta prestación se pretende que el dependiente, en la medida de lo posible, permanezca en su domici-

lio habitual. Para ello, se elabora un plan de mantenimiento por un equipo médico-social que valora el grado de dependencia, las necesidades personales y el entorno social de la persona dependiente.

La cuantía de la prestación económica depende de la situación económica de la persona dependiente y su unidad familiar. Así, una persona clasificada con el máximo grado de dependencia, con unos ingresos mensuales de no más de 915 € mensuales, tiene derecho a una prestación económica mensual de 1.067 €. En el mismo supuesto pero con un nivel de ingresos mensuales superior a los 3.049 € tendría una prestación económica de únicamente 213 €/mes. La cuantía de la prestación es revalorizable anualmente de acuerdo al índice de precios al consumo.

Para evitar el riesgo de selección adversa, el beneficiario de la prestación está obligado a sufragar parte del coste de ayuda a domicilio que se le preste, teniendo en cuenta sus ingresos mensuales, aunque en ningún caso tendrá que hacer frente al 100% del coste. Además, si el beneficiario tiene unos ingresos mensuales inferiores a 915 €, la ley exime a dicha persona de participar en el coste derivado de la asistencia domiciliar recibida.

Los beneficiarios de la «Allocation Personnalisée d'Autonomie» pueden disponer libremente del uso de las prestaciones económicas a que tienen derecho cobrar, de acuerdo a las necesidades personales de cada dependiente y de la oferta de cuidados. Por su parte, serán las administraciones

locales las responsables de gestionar esta prestación de dependencia.

BIBLIOGRAFÍA

- BENJAMIN, S. (1992): «Using the value of their houses to fund long term care for the elderly». *Transactions of the 24rd International Congress of Actuaries*, Montreal, vol. 4, pp. 19-34.
- BLONDEAU, J. y DUBOIS, D. (1997): «Financing Old-age Dependency in Europe: Towards Overall Management of Old-age». *The Geneva Papers on Risk and Insurance*, nº 22, pp. 46-59.
- BOOTH, P. M. (1996): «Long term care for the elderly: a review of policy options». *Actuarial research*, nº 86. Department of Actuarial science and Statistics. City University London.
- JONES, B. L. (1997): «Methods for the analysis of CCRC data». *North American Actuarial Journal*, nº 1 (2), pp. 40-54.
- POCIELLO, E. y VAREA, J. (2004): «El seguro de dependencia, una visión general». *Cuadernos de la Fundación MAPFRE Estudios*, Madrid.
- RIVERA, J. (1998): «Seguro de dependencia. Pólizas y cobertura. Seguimiento de Mercado y RR. II.», Madrid.
- RODRÍGUEZ, G. (2000): «La protección Social de la Dependencia». IMSERSO. Madrid.
- YUNG-PING, C. (1994): «Financing long-term care: an intergenerational social insurance model». *The Geneva papers on Risk and Insurance*, nº 19, pp. 490-195.