

# Cobertura de la dependencia: Una comparación internacional

**Ana Vicente Merino<sup>1</sup>**

Universidad Complutense de Madrid. Departamento de Economía Financiera y Actuarial

**Enrique Pociello García<sup>2</sup>**

Universidad de Barcelona. Departamento de Matemática Económica, Financiera y Actuarial

**Javier Varea Soler<sup>3</sup>**

Universidad de Barcelona. Departamento de Matemática Económica, Financiera y Actuarial

## **SINOPSIS:**

Uno de los retos a los que se enfrentan las políticas sociales es hacer frente a las necesidades derivadas del envejecimiento de la población. El aumento de la esperanza de vida ha de ir acompañado de un incremento de la calidad de vida de las personas mayores, pero a nadie le es ajeno el deterioro progresivo que sufren estas personas y que pone en peligro su calidad de vida, siendo necesario regular el fenómeno de la dependencia, admitiéndose que es entonces cuando se entra en la vejez, aún cuando este concepto es relativo ya que está basado en factores sociales, económicos y culturales por lo que puede considerarse como un hecho personal y social.

En los últimos años parece que ha aumentado la preocupación por dar respuesta a las situaciones de necesidad derivadas de la dependencia. Algunos países ya cuentan con alguna experiencia, pero en nuestro país si bien existen algunas manifestaciones de servicios socio-sanitarios, con diferencias territoriales, no aparecen de forma generalizada. Este equipo de trabajo ya hace algunos años que presenta inquietud por el estudio del fenómeno de la Dependencia, que si bien ya tiene estudios teóricos presenta cierta dificultad sobre su desarrollo ante la falta de experiencia en nuestro país.

Desde el punto de vista actuarial esta falta de datos estadísticos dificulta los trabajos, pero ello no es inconveniente para elaborar un marco teórico que permita realizar valoraciones relativas al seguro de dependencia. En esta secuencia de estudios ha sido necesario ver las experiencias de otros países y en este artículo sólo se ha pretendido sintetizar unas ideas de los países que cuentan con más experiencia en este campo.

## **PALABRAS CLAVE:**

A: actividades de la vida básica, atención formal, atención informal, estado de bienestar, seguridad social, seguro de dependencia, severidad de la dependencia.

<sup>1</sup> anavicente@ccee.ucm.es

<sup>2</sup> epociello@ub.edu

<sup>3</sup> xvarea@ub.edu

## 1. INTRODUCCION

El concepto de dependencia no tiene un significado unívoco, según el contexto donde se utilice puede tomar un significado u otro. De esta forma, podemos hablar de dependencia física si la persona no puede valerse por sí misma; dependencia psicológica si el individuo no dispone de autonomía emocional para el desarrollo de su vida; dependencia jurídica si la persona no puede llevar a cabo de forma autónoma actos jurídicos y dependencia económica si no se dispone de la suficiente capacidad de financiación para cubrir las necesidades sobrevenidas. El término dependencia ha sido definido recientemente por varios organismos internacionales. Todas ellas tienen un núcleo en común aunque, por otro lado, incorporan matices diferenciadores.

El American Institute of Medicine (1986) define dependencia como una modalidad de asistencia socio-sanitaria proporcionada a individuos que requieren de una asistencia básica continuada en el tiempo, debido a un deterioro físico o mental. El Consejo de Europa (1998) define como dependiente a la persona que por razones ligadas a la falta o pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual, tiene necesidad de una asistencia y/o ayuda importante para la realización de las actividades de la vida diaria.

El informe de la Oficina del Defensor del Pueblo define dependencia como la necesidad de atención y cuidados que precisan las personas que no pueden hacer por sí mismas las actividades de la vida cotidiana. Por otro lado, el IMSERSO define el concepto de dependencia en términos muy similares. Es

dependiente aquella persona que como consecuencia de limitaciones severas de orden físico o mental requiere de la ayuda de otra persona para realizar las actividades de la vida diaria.

Por último, la Organización Mundial de la Salud define a persona dependiente como aquélla que no es completamente capaz de cuidar de sí mismo y mantener una alta calidad de vida de acuerdo a sus preferencias, con el mayor grado de independencia, autonomía, participación, satisfacción y dignidad personal posible. Todas estas definiciones tienen en común la asociación a dependencia a una situación de pérdida de autonomía para la realización de actividades básicas cotidianas, situación que se produce con mayor frecuencia durante la vejez de la persona. La protección de la dependencia tiene principalmente un carácter social aunque también está muy relacionada con una cobertura sanitaria. Por un lado, la persona dependiente necesita recibir cuidados para llevar a cabo las actividades cotidianas del día a día. Por otro, asociamos la dependencia a problemas de salud que, por tanto, también requieren de una atención e intervención médica.

El fenómeno de la dependencia, presente en la actualidad en la mayor parte de sociedades occidentales, es especialmente acentuado en España, donde el envejecimiento cobra mayor importancia debido a la extraordinaria disminución de la fertilidad y el aumento de la esperanza de vida. Actualmente la población de 65 años y más asciende aproximadamente al 17% de la población española con más de 6,8 millones de personas. Se estima, que en el año 2050 dicho segmento de edad constituirá más del 30% de la población con casi 13 millones de personas.

**«El American Institute of Medicine (1986) define dependencia como una modalidad de asistencia socio-sanitaria proporcionada a individuos que requieren de una asistencia básica continuada en el tiempo, debido a un deterioro físico o mental. El Consejo de Europa (1998) define como dependiente a la persona que por razones ligadas a la falta o pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual, tiene necesidad de una asistencia y/o ayuda importante para la realización de las actividades de la vida diaria»**

El esquema de cobertura del riesgo de dependencia puede plantearse de forma pública a o bien privada a través de la contratación de productos aseguradores que entre sus prestaciones contemplen coberturas, tanto monetarias como asistenciales (residencias geriátricas, centros especializados, etc.) frente a situaciones de dependencia.

En la actualidad, existen estados como son el caso de Alemania, Francia o Suecia que han optado por un modelo predominantemente público y universalista que alcanza a toda la población, mientras que otros estados, de los cuales el más representativo es Estados Unidos, han impulsado el mercado como principal instrumento de regulación y canalización de la provisión de la cobertura de la dependencia. 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. Dada la naturaleza universal de su cobertura, ésta alcanza a más de 80 millones de personas. Tal como veremos posteriormente, 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 y financiación propias diferenciadas del resto de la protección social. Estados Unidos, en cuyo seno nació el seguro de dependencia durante la primera mitad de los años 70, presenta un sistema de cobertura esencialmente privado, con una gran variedad de fórmulas aseguradoras; ya en 1999, se contabilizan más de 6 millones de pólizas de seguro de dependencia contratadas.

El objetivo del presente artículo es analizar y comparar el sistema de financiación del seguro de dependencia adoptado en los países pioneros en su introducción y desarrollo. En primer lugar, estudiaremos los casos más representativos en que la implantación del seguro de dependencia está más arraigada: Alemania, Francia y Estados Unidos. Posteriormente, analizaremos otros casos en donde el mercado de dependencia ya ha conocido una primera fase de expansión. Finalizaremos, citando las conclusiones más relevantes derivadas del análisis comparativo llevado a cabo en el presente trabajo.

El presente artículo constituye un trabajo previo que se enmarca en una línea de investigación que han emprendido los autores que tiene como meta final el desarrollar un modelo que permita estimar el coste de la atención de la dependencia en España.



## 2. ALEMANIA

Alemania, con una población en 1999 cercana a los 81 millones de personas, se enfrenta a más de 1.900.000 casos de personas dependientes, de las cuales 580.000 se encuentran ocupando residencias o centros asistenciales especializados. Tras la escasa aceptación que tiene el seguro de dependencia privado durante los años 80 y principios de los 90, se decide introducir una ley que desarrolle un seguro de dependencia obligatorio, principalmente público, financiado a partir de las cotizaciones satisfechas por trabajadores y personas ya jubiladas. El resultado es la Ley Federal sobre Seguro de Dependencia de Abril de 1994. Esta Ley que regula el tratamiento de las personas dependientes (el quinto ramo de la seguridad social alemana) constituye en el mundo la primera legislación completa en materia de dependencia. La Ley Federal sobre Seguro de Dependencia de Abril de 1994 pretende implantar un sistema

de financiación de la cobertura del riesgo de dependencia basado en la solidaridad de la población total.

La obligación de adherirse y contribuir al fondo de asistencia a los dependientes viene regulada por un principio según el cual para cada uno de los inscritos, el ente regulador de la cobertura de dependencia debe ser el mismo que el del seguro social de enfermedad al que pertenece. Por tal razón, aquéllos que disfrutaban de asistencia sanitaria proveniente de una compañía aseguradora privada están obligados a suscribir una póliza contra el riesgo de dependencia. El resto de personas se registrarán por el seguro social público.

Después de un arduo debate de más de 20 años sobre las posibles soluciones al problema de la dependencia, se aprueba una ley que instituye un fondo público de asistencia a las personas dependientes. Su gestión recae en entes autónomos de derecho público, que reciben la denominación de «Cajas de asistencia». Son entidades carentes de ánimo de lucro y dotadas de capacidad de gestión bajo supervisión federal. Las «cajas de asistencia» se gestionan bajo criterios privados, tanto en cuanto al régimen de responsabilidad como a los costes. Cada caja de asistencia está dotada de su propio estatuto, que regula su funcionamiento. La aplicación de la Ley consta de dos etapas: en una primera actuación (a partir del 1 de enero de 1995) se garantiza la asistencia social, mientras que en una segunda fase (a partir del 1 de julio de 1996) se introduce la asistencia residencial. Consecuentemente, se decide promover la asistencia domiciliaria con anterioridad a la asistencia en instituciones especializadas. De esta forma, tal como queda recogido en el cuadro 1, se configura un sistema de cobertura del riesgo de dependencia basado principalmente en el seguro obligatorio de dependencia que puede complementarse con un seguro voluntario y privado de vida o de salud, que se desarrollará con escaso éxito.

El cuadro 2 describe el funcionamiento del seguro obligatorio. Aquellas personas con ingresos inferiores a 3.375€/mes juntamente con los funcionarios de la administración pública quedan bajo la tutela

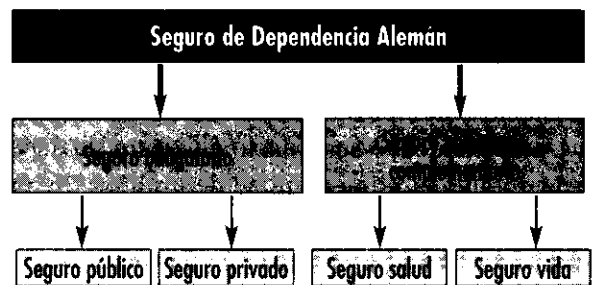
**«La financiación del seguro obligatorio de dependencia está basada en un sistema de reparto en el que las prestaciones son financiadas por las aportaciones corrientes satisfechas. El seguro de dependencia está cofinanciado por trabajadores y empresarios a partes iguales»**

del seguro público de dependencia. El resto de personas pueden escoger entre seguro público o privado. Optan por esta última elección únicamente un 9% de la población alemana.

La Ley Federal sobre Seguro de Dependencia de Abril de 1994 contiene la obligación de adhesión y contribución al fondo providencial de asistencia a los dependientes, por parte, tanto de trabajadores como pensionistas.

**CUADRO 1**

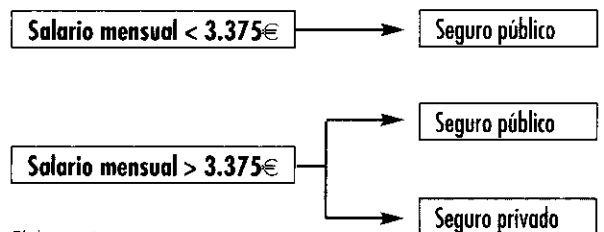
ESTRUCTURA DEL SEGURO DE DEPENDENCIA EN ALEMANIA



Elaboración propia.

**CUADRO 2**

FUNCIONAMIENTO DEL SEGURO OBLIGATORIO DE DEPENDENCIA



Elaboración propia.

La financiación del seguro obligatorio de dependencia está basada en un sistema de reparto en el que las prestaciones son financiadas por las aportaciones corrientes satisfechas. El seguro de dependencia esta cofinanciado por trabajadores y empresarios a partes iguales (Instituto de pensiones y pensionistas en el caso de estos últimos). Inicialmente, se estableció un tipo de cotización del 1% sobre la base de cotización. En la actualidad el tipo se ha elevado hasta el 1,7% (0,85% trabajador y 0,85% empresario). Las cotizaciones así recaudadas se ingresan en las «Cajas de asistencia» que posteriormente se responsabilizarán de gestionar estos patrimonios.

Para tener derecho a recibir las prestaciones del seguro de dependencia se requiere estar asegurado contra dicho riesgo y cotizar un mínimo de 5 años de los últimos 10. En el caso de no alcanzar el número mínimo de años exigidos, se contempla la posibilidad de realizar cotizaciones posteriores con la finalidad de acceder al seguro de dependencia. No existe ningún tipo de restricción en cuanto a la edad del beneficiario.

El régimen de prestaciones se caracteriza por dos principios de general aplicación: la rehabilitación resulta preferible a la asistencia, la asistencia domiciliar tiene preferencia sobre la residencial. Se ofrecen tres tipos de prestaciones: asistencia domiciliar profesional, atención en instituciones especializadas (centros de día, residencias) y prestaciones monetarias exentas fiscalmente. 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 tabla 1 recoge las cuantías máximas de las prestaciones de acuerdo a la severidad de la dependencia.

El sistema alemán está orientado a la financiación de servicios asistenciales y de prestaciones de contenido económico y al fomento del cuidado informal. El cuadro 3 ilustra el conjunto de prestaciones contempladas por el seguro obligatorio alemán. Entre las personas atendidas en su propio domicilio, el 55,3% son dependientes graves, el 34,6% pertene-

**TABLA 1**

PRESTACIONES MENSUALES POR DEPENDENCIA EN ALEMANIA

	Prestaciones monetarias	Asistencia domiciliar 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€

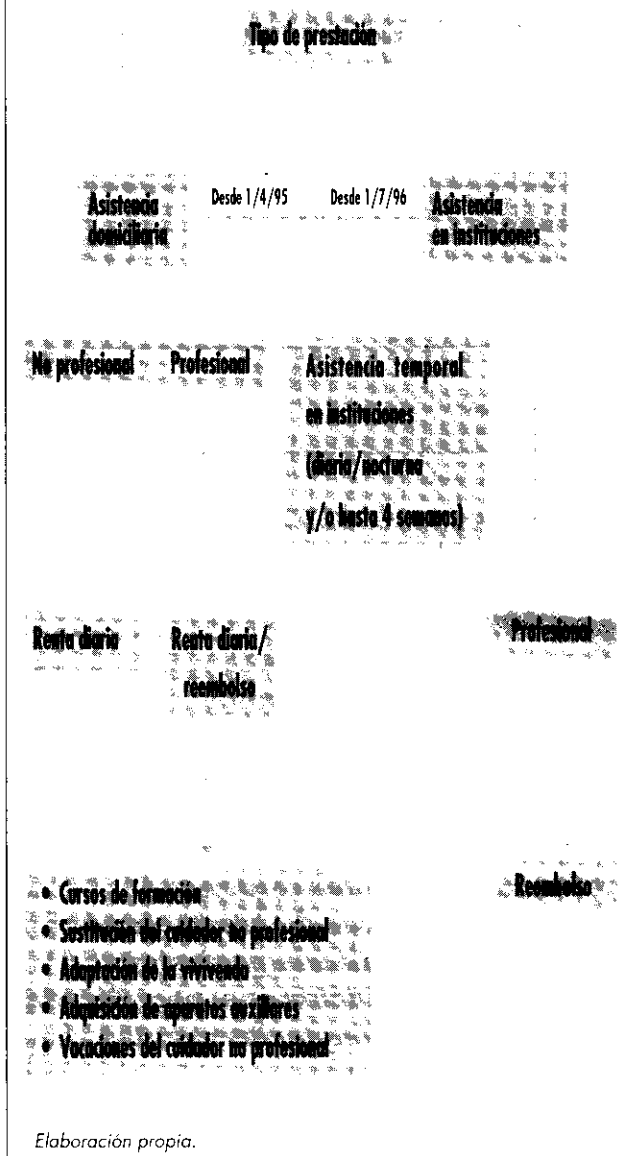
Fuente: Bundesministerium für Gesundheit (2002).

**«El régimen de prestaciones se caracteriza por dos principios de general aplicación: la rehabilitación resulta preferible a la asistencia, la asistencia domiciliar tiene preferencia sobre la residencial. Se ofrecen tres tipos de prestaciones: asistencia domiciliar profesional, atención en instituciones especializadas y prestaciones monetarias exentas fiscalmente»**

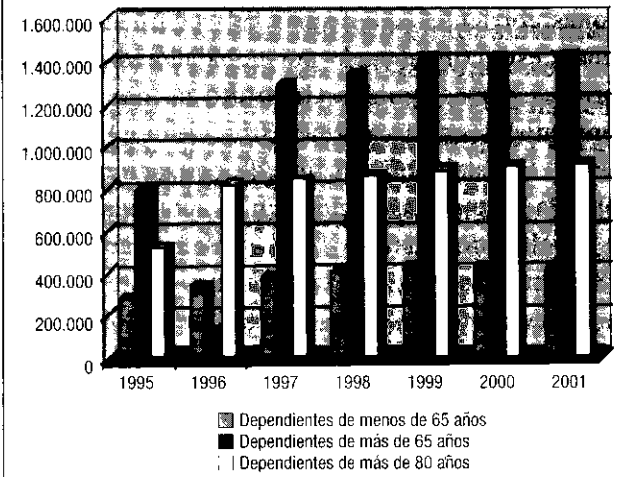
cen a la categoría de dependientes muy graves y únicamente el 10,1% padecen dependencias de severidad moderada. De las personas atendidas en centros residenciales especializados, el 37,9% son dependientes graves, el 42% son dependientes muy graves y el 20,1% son dependientes moderados.

Paralelamente, el desarrollo del seguro de dependencia, tanto en su vertiente privada como pública, ha generado una importante creación de empleo. Se calcula que aproximadamente 70.000 nuevos puestos de trabajo.

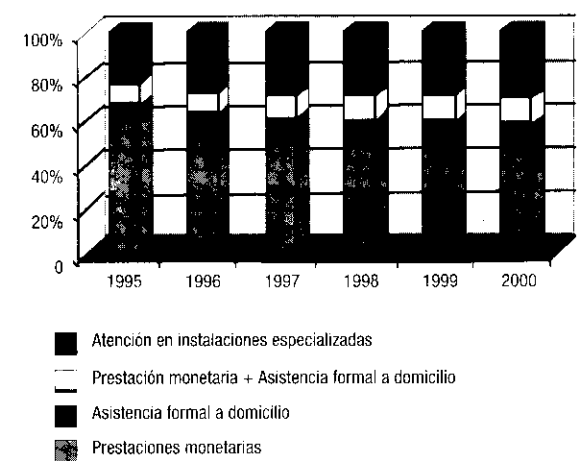
**CUADRO 3**  
ESQUEMA DE PRESTACIONES DEL SEGURO  
DE DEPENDENCIA OBLIGATORIO



**FIGURA 1**  
POBLACION DEPENDIENTE



**FIGURA 2**  
TIPOS DE PRESTACIONES CONCEDIDAS



La figura 1 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 los 65 años.

La figura 2 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 porcentaje de personas consideradas dependientes continuas que optan por prestaciones monetarias en lugar de prestaciones en residencias o centros especializados, a pesar que éstas últimas van aumentando desde 1996. La explicación a esta circunstancia la encontramos en que el hogar es la mejor ayuda a que se adapta a la estructura de las familias alemanas.



### 3. FRANCIA

La esperanza de vida de la población francesa, tanto femenina como masculina, se ha incrementado de forma substancial durante los últimos años. Estudios de reciente publicación señalan que este aumento de la longevidad de la vida no únicamente se mantendrá sino que se acentuará todavía más en los próximos años. Se estima que en el año 2020 una de cada cuatro personas tendrá más de 60 años, de los cuales un 7% padecerá una dependencia severa. Este escenario demográfico explica el elevado potencial del desarrollo del seguro de dependencia.

La cobertura privada de la dependencia se viene produciendo en Francia desde 1986 dando lugar a un mercado con un crecimiento muy importante, que a finales del 2001 ya contaba con más de 1,5 millones de asegurados. La oferta aseguradora se centra principalmente en rentas monetarias de carácter vitalicio, que se ofrecen a modo de prestación complementaria de otros productos (seguros de fallecimiento, pensiones, seguros de invalidez, rentas de supervivencia etc.).

A pesar del considerable desarrollo del mercado asegurador de dependencia, Francia ha optado por un modelo público pero de tipo contributivo que

**«La cobertura privada de la dependencia se viene produciendo en Francia desde 1986 dando lugar a un mercado con un crecimiento muy importante, que a finales del 2001 ya contaba con más de 1,5 millones de asegurados. La oferta aseguradora se centra principalmente en rentas monetarias de carácter vitalicio»**

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. Se recurre a la financiación a cargo de los impuestos generales, sin definir ningún tipo de cotización o aportación específica que recaiga sobre la seguridad social.

De esta forma, las autoridades francesas elaboran la Ley del 97-60 de 24 de enero de 1997 con el objeto de introducir una prestación de carácter asistencial (no incluida, por tanto, en el sistema de la seguridad social) reservada a personas dependientes con escasos recursos económicos. Las prestaciones públicas derivadas dependen de la situación patrimonial del dependiente, además de su grado de severidad.

Esta misma ley desarrolla una tabla de referencia nacional: tabla AGGIR. (Autonomie Gèrontologie-Groupe Iso Resources) que constituye un modelo de análisis destinado a evaluar la pérdida de autonomía a partir del seguimiento y observación de diez actividades efectuadas por los asegurados: mantener coherencia mental, asearse/lavarse, vestirse, alimentarse, tener continencia urinaria y fecal, trasladarse, desplazarse en el exterior, desplazarse en el interior, comunicarse por teléfono. A partir de la evaluación de la dependencia para la realización de las anteriores actividades se definen seis niveles de severidad.

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

fica de dependencia, denominada «Prestación Spécifique Dependance» (PSD) dirigida a personas dependientes con edades no inferiores a 60 años con bajos ingresos económicos (rentas económicas no superiores a 11.000€/año o a 18.000€/año para el caso en el que el beneficiario convive con el cónyuge). 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». Adicionalmente, se atribuye a las regiones del estado francés la potestad respecto a la fijación de las cuantías de las prestaciones. Paralelamente, las autoridades económicas introducen una serie de incentivos fiscales que propician un desarrollo paralelo del mercado asegurador de dependencia.

Con el objeto de universalizar el ámbito de cobertura de la dependencia por un lado, y por otro, evitar la diferenciación regional de las cuantías de las prestaciones públicas se desarrolla la Ley 2001-647 de 20 de julio de 2001 que entra en vigor a partir del año 2002. El resultado es una nueva prestación, «Allocation Personnalisée d'Autonomie» (APA), que substituye la anterior (PSD).

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 2002, (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 periodo de cotización anterior al momento de cobrar la prestación. Para completar la financiación del APA se prevé aumentar la contribución de los beneficiarios.

El beneficiario de la «Allocation Personnalisée d'Autonomie» 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 Personnalisée 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 domicilio 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 1067€. 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 exige a dicha persona de participar en el coste derivado de la asistencia domiciliaria recibida.

Los beneficiarios de la «Allocation Personnalisée d'Autonomie» pueden disponer libremente del uso de la 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.

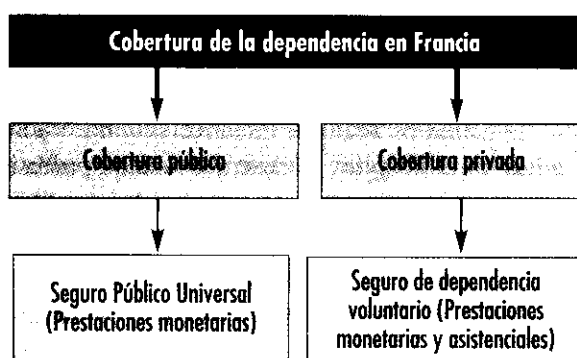


Paralelamente al sistema público de protección de la dependencia, el mercado privado de seguro de dependencia francés ha alcanzado un nivel de desarrollo muy importante, únicamente comparable con Estados Unidos. Se contempla una gama muy variada de productos aseguradores: rentas de dependencia, complementos a rentas de jubilación por hallarse dependiente, contratos colectivos ofrecidos por mutuas de seguros, etc. La suscripción de contratos colectivos ha sido especialmente exitosa.

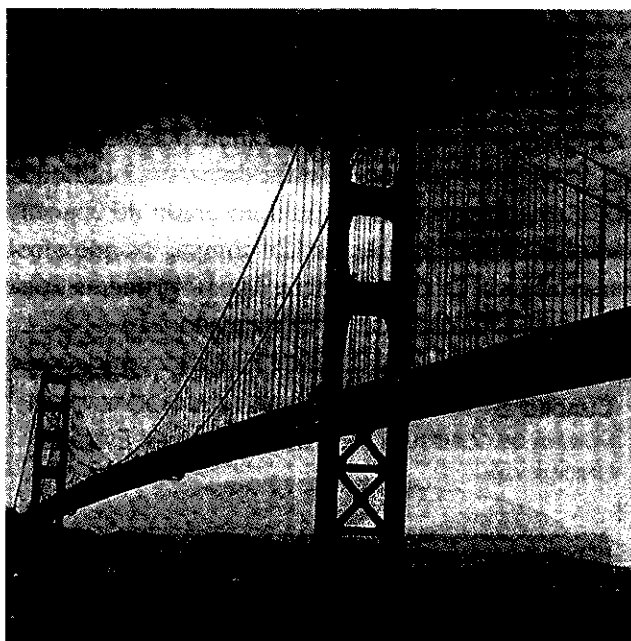
Las fórmulas aseguradoras ofrecidas han ido cambiando en el tiempo. En un principio, se cubrían únicamente situaciones de dependencia de máxima severidad. Con el tiempo, se han ido incorporando coberturas de niveles de dependencia medio y moderado. Las prestaciones ofrecidas, inicialmente monetarias, van transformándose en prestaciones de carácter asistencia. La edad máxima de suscripción aumenta de los 70 a los 75 años. Los importes de renta cubiertos oscilan mayoritariamente entre 300€ y 450€ mensuales. En cualquier caso se fija un importe máximo asegurable en relación con la renta necesaria para costearse la asistencia en un centro especializado en la atención a los ancianos dependientes. Este importe es revalorizable en función de la variación de los costes de asistencia. Con el fin de abaratar las primas, se introducen franquicias y periodos de carencia. El siguiente cuadro recoge el esquema de funcionamiento del seguro de dependencia en Francia.

#### CUADRO 4

SISTEMA DE COBERTURA DE LA DEPENDENCIA EN FRANCIA



Elaboración propia.

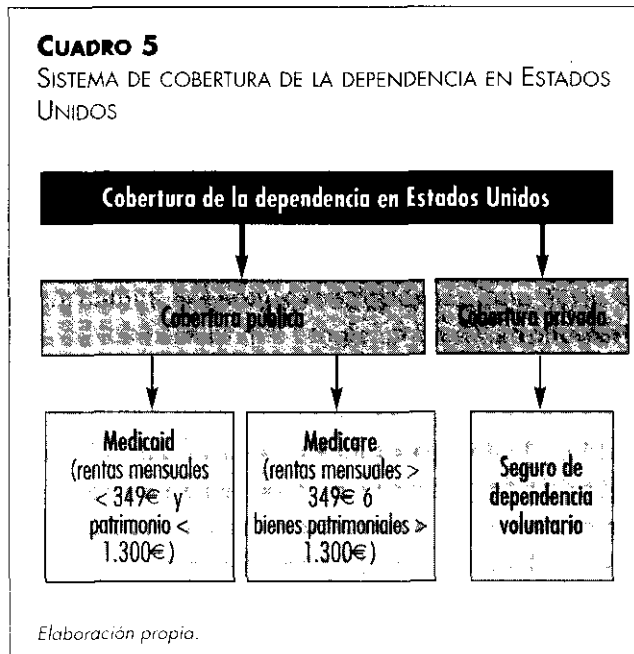


#### 4. EEUU

Estados Unidos, país pionero en la introducción del seguro de dependencia en 1974, tiene un seguro de dependencia de financiación predominantemente privado. Estados Unidos junto con Francia son los dos principales mercados de seguros privados de dependencia. La implantación del estado de bienestar en Estados Unidos en relación a aspectos como la previsión del seguro de dependencia no ha alcanzado el nivel de otros países europeos, como Alemania, Suecia, etc. Factores como la enorme heterogeneidad de la clase trabajadora o algunas sentencias judiciales en contra de adopción de políticas de bienestar generosas explican este hecho.

En Estados Unidos, las personas dependientes tienen acceso a dos instituciones públicas: Medicare y Medicaid, dependiendo de cuál es su nivel económico. El Medicaid está reservado a aquellas personas con recursos escasos (rentas mensuales inferiores a 349€ y bienes patrimoniales diferentes a la vivienda habitual valorados en menos de 1.300€). El resto de personas, que en el caso de la población mayor de 65 años constituye más del 95% del total, queda englobado en el Medicare. Las propias autoridades de Estados Unidos fomentan la suscripción de

pólizas de dependencia mediante ventajas fiscales que ofrecen solamente ciertos productos (Tax qualified products). El resultado es un inmenso mercado de seguro privado de dependencia no obligatorio que ya en 1999 alcanza la cifra de casi 6,7 millones de pólizas. Es un mercado con un grado de concentración muy elevado, de las 120 compañías que ofrecen el seguro de dependencia, las 10 primeras concentran el 75% de la cuota de mercado.



En 1995 se estimó que la población dependiente se encontraba entorno a los 12 millones de personas, de los cuales, aproximadamente un 55% se corresponde con personas de más de 65 años.

Los estados gozan de plenas competencia en materia de definición de las prestaciones de dependencia ofrecidas por el Medicaid, así como sus cuantías. Al respecto, la ley federal únicamente obliga a los estados a proveer atención domiciliar de las personas dependientes. No obstante, la mayoría de estados contemplan ayudas tanto económicas como asistenciales que incluyen la financiación en instituciones y residencias especializadas. A pesar de que la intervención del Medicaid está pensada para personas con bajo nivel de renta y escaso patrimonio personal, el Medicaid constituye un pilar fundamental sobre el que se sustenta la cobertura de la dependencia. Se

**«Los estados han introducido medidas de contención del gasto del Medicaid en asistencia a la dependencia: limitación del número de camas disponibles en residencias para personas dependientes, recortes de las prestaciones concedidas a los pacientes residentes en instituciones especializadas, etc.»**

calcula que 2/3 de las personas dependientes que ocupan una plaza en una residencia acaban contando con la cobertura del Medicaid.

Los estados han introducido medidas de contención del gasto del Medicaid en asistencia a la dependencia: limitación del número de camas disponibles en residencias para personas dependientes, recortes de las prestaciones concedidas a los pacientes residentes en instituciones especializadas, etc.

Medicare es un programa social de ámbito nacional que se nutre de las cotizaciones obligatorias de los trabajadores y de primas complementarias satisfechas una vez alcanzada 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, en general, las primas complementarias del Medicare ascienden a 200€/mes. Para aquellas personas que hayan cotizado entre 30 y 39 trimestres la anterior cuantía se reduce a 110€. Si el periodo de cotización asciende a 40 o más trimestres, no existe obligación de pagar primas complementarias. Las principales prestaciones de dependencia ofrecidas por Medicare, todas ellas limitadas en el tiempo, son las siguientes:

- 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 prevé una franquicia de 95€/día. A partir de entonces el paciente no puede obtener ninguna ayuda adicional por parte del Medicare.

**«Los contratos colectivos de adhesión facultativa siguen representando un potencial de desarrollo muy a tener en cuenta para un futuro próximo. Se considera, que las ventas podrían verse favorecidas por una simplificación de los productos que los consumidores consideran opacos»**

- Asistencia en domicilio que debe ser proporcionada en el domicilio sin ser 24 horas/día, intermitente (no diaria).

- 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.

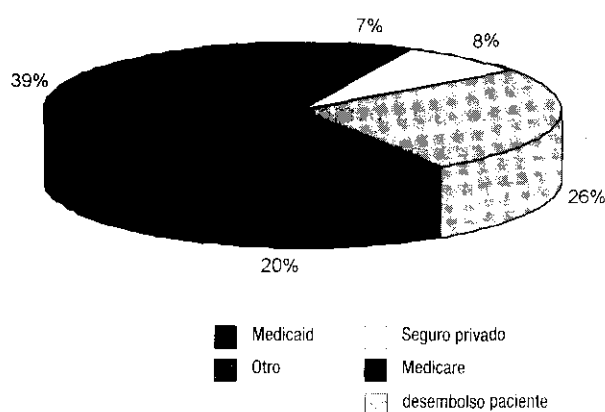
En este contexto, el seguro privado de dependencia está especialmente indicado para aquellas personas que hayan agotado las prestaciones de dependencia del Medicare y que, por patrimonio personal y percepción de rentas económicas no tengan acceso al Medicaid.

Antes de aceptar el seguro, la compañía aseguradora somete al asegurado a un cuidadoso 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 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 son más importantes para la valoración de la dependencia que las lesiones médicas que sufre el paciente. Cuanto más activa 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 figura 3 muestra la distribución de este gasto en el año 1998. De acuerdo a Feder (2000) estos porcentajes se han mantenido bastante estables en el tiempo entre los años 1993 y 1998 a excepción del gasto en seguro de dependencia privado que ha incrementado porcentualmente su presencia en un 1% entre estos años.

**FIGURA 3**

FINANCIACION DE LA ATENCION DE LA DEPENDENCIA



Fuente Feder (2000).

Los primeros productos de seguros de dependencia aparecen en 1975 aunque su nivel de desarrollo no merece ser considerado como destacable hasta el año 1985. El mercado privado de seguros ofrece una gran variedad de productos. Al respecto, conviene destacar el gran desarrollo que han experimentado formulas aseguradoras que contemplan soluciones indemnizatorias de reembolso de los gastos derivados de la atención de la dependencia dentro de unos límites diarios o mensuales establecidos. Los productos, en su mayoría de previsión, proponen un amplio abanico de opciones (duración de la indemnización, duración de la franquicia, cobertura contra la inflación, etc.). Los contratos colectivos de adhesión facultativa siguen representando un potencial de desarrollo muy a tener en cuenta para un futuro próximo. Se considera, que las ventas podrían verse favorecidas por una simplificación de los productos que los consumidores consideran opacos.

Los criterios utilizados en la detección y reconoci-

miento 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.

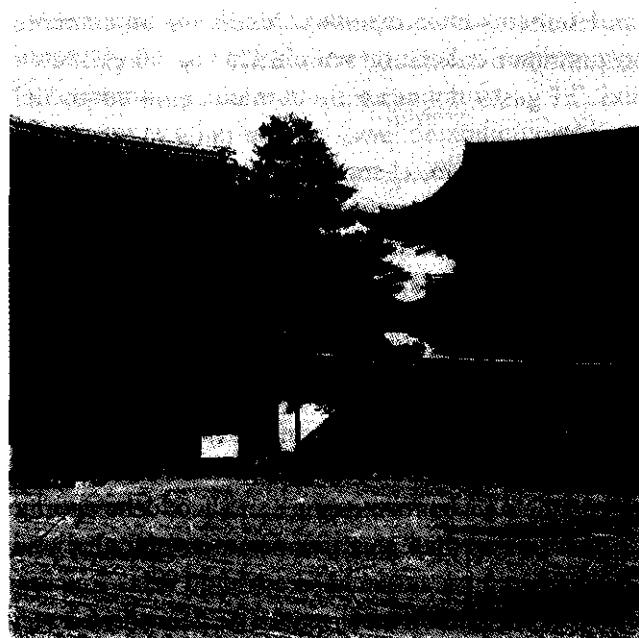
La extrema variedad de productos de dependencia ofrecidos por el mercado asegurador americano dificulta realizar una descripción tipo. Los primeros productos se diseñaron con el objeto de pagar una indemnización de entre 13€ y 45€ diarios solamente si el asegurado recibía tratamiento en una residencia 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 mantenga 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.



## 5. JAPON

El seguro de dependencia en Japón se encuentra en una primera fase de crecimiento. El sistema japonés de cobertura de la dependencia es fundamentalmente público ya que el nivel de desarrollo alcanzado por el mercado de seguro privado de dependencia todavía se puede considerar como incipiente.

Estimaciones del año 2000 muestran como el 12,4% de la población anciana, 2,7 millones de per-

sonas en total, son beneficiarios potenciales de las prestaciones del seguro de dependencia. Japón, por un lado, con una de las poblaciones del mundo más envejecidas y con más poder adquisitivo, y, por otro, con un sistema de asistencia informal, tradicional pilar de la seguridad social japonesa, que está entrando en crisis debido a un cambio en las pautas y hábitos de comportamiento de la familia y dentro de ella la mujer, como institución tradicional, presenta un potencial de crecimiento del seguro de dependencia absolutamente innegable.

Para remediar esta situación, en 1989, el gobierno japonés emprende un plan de actuación estratégica que contempla como objetivos prioritarios: el desarrollo de las instituciones especializadas en la atención de personas dependientes, crecimiento del número de centros de día, aumento de la oferta de servicios domiciliarios en el hogar del dependiente, etc. La ejecución del plan resulta exitosa con lo cual, resulta evidente cómo el sector de atención formal de dependencia ha experimentado un extraordinario desarrollo. Entre las más de 21.800 instituciones que en 1999 ofrecían asistencia a personas ancianas, 8.000 eran residencias, 7.400 eran centros de días, 5.600 eran centros de soportes 79 instituciones especializadas en estancias de tiempo cortas. El desarrollo de la atención de la dependencia durante los años 90 ha sido muy importante puesto que en 1993 el número de instituciones que ofrecían asistencia a personas ancianas era inferior a 9.000. Hasta hace pocos años las aseguradoras no estaban autorizadas a intervenir ni operar con residencias de personas mayores. Consecuentemente, tanto la oferta de residencias como el de instituciones especializadas es un mercado dominado por entidades sin ánimo de lucro. De esta forma, en 1996, el 90% de residencias estaban gestionadas por entidades sin ánimo de lucro y el resto por entes locales. En la actualidad, las entidades sin ánimo de lucro intervienen en la provisión de un 98% del total de camas disponibles para personas dependientes.

La implantación del seguro de dependencia en Japón resulta peculiar. Tras un comienzo incierto, a inicios de los años 90, en el que algunas compañías aseguradoras se lanzan a ofrecer los primeros pro-

ductos de dependencia, en 1997 las autoridades japonesas deciden elaborar una ley que instaure un seguro de dependencia obligatorio, de suscripción obligatoria y cobertura universal, que comenzará a entrar en vigor a partir del año 2000. Con el nuevo sistema, el estado se hace cargo de la atención y cuidado de las personas dependientes, liberando las familias de este tradicional menester.

La introducción de la provisión pública del seguro de dependencia ha supuesto un cambio radical con el sistema de asistencia tradicional basado en el apoyo de la familia. La iniciativa privada, inicialmente única protagonista de la introducción de la cobertura de dependencia en Japón, ha experimentado una desaceleración significativa a raíz de la implantación del seguro público de dependencia en el año 2000. Con el nuevo escenario, las aseguradoras reaccionan lanzando nuevos productos que pasan a complementar la cobertura pública.

El seguro de dependencia obligatorio está financiado en un 50 % por impuestos (25% impuestos de ámbito nacional, 12,5% impuestos de ámbito local y 12,5% por impuestos de ámbito regional) y en el 50% restante por primas de seguro. Tanto los trabajadores con más de 40 años como la población pensionistas están obligados a satisfacer estas primas. El resto de población contribuye indirectamente a la financiación del seguro de dependencia mediante el pago de sus impuestos. Empleado y empleador satisfacen conjuntamente las primas del seguro de dependencia de los trabajadores. En el caso de personas jubiladas, la cuantía de estas primas se deduce

**«El seguro de dependencia en Japón se encuentra en una primera fase de crecimiento. El sistema japonés de cobertura de la dependencia es fundamentalmente público ya que el nivel de desarrollo alcanzado por el mercado de seguro privado de dependencia todavía se puede considerar como incipiente»**

de la cuantía que perciben en concepto de pensión de jubilación.

La gestión del seguro de dependencia obligatorio es municipal; en total hay 3.200 entidades gestoras. Por tanto, es el propio municipio quien decide la cuantía del presupuesto local de cobertura de la dependencia en función de las previsiones realizadas sobre oferta y demanda de atención de dependencia. Las primas del seguro de dependencia pagadas por los trabajadores, recaudadas a nivel nacional, se reasignan localmente de acuerdo a criterios demográficos y de nivel de ingresos de la población.

Con el objeto de limitar el riesgo de azar moral, las personas dependientes que soliciten prestaciones del seguro de dependencia obligatorio adquieren el compromiso de sufragar anualmente el 10% del coste total originado por la provisión de la prestación solicitada. Los pacientes con anterioridad a la entrada en vigor del seguro obligatorio quedan exentos de esta contribución.

El acceso a las prestaciones del seguro de dependencia obligatorio se basa en la necesidad de asistencia, no depende, por tanto, ni de la situación financiera ni de la estructura familiar del paciente. Esta cobertura abarca tanto la asistencia en residencias como en el propio hogar del dependiente. Excepto en los casos en los que la dependencia es muy moderada, todos los pacientes pueden escoger entre asistencia en residencias y asistencia domiciliaria. Ésta última incluye atención realizada por parte de enfermeras, rehabilitación, asesoramiento médico y varios servicios comunitarios. Adicionalmente se ofrece la posibilidad de realizar estancias cortas en instituciones especializadas así como ayudas económicas para la adecuación del hogar del dependiente a sus necesidades.

La cobertura del seguro de dependencia obligatorio está principalmente pensada para personas con edades avanzadas. Las personas menores de 65 años únicamente tienen acceso a las prestaciones del seguro de dependencia en el caso de padecer enfermedades de envejecimiento prematuro tales como el Alzheimer.

El método de evaluación de la existencia de dependencia, sumamente sofisticado, está basado en

**TABLA 2**

PRESTACIONES DEL SEGURO DE DEPENDENCIA OBLIGATORIO

Nivel de necesidad	Cuantía mensual máxima	Duración de estancias cortas en residencias para dependientes
1	511€	7 días por cada 6 meses
2	1.377€	14 días por cada 6 meses
3	1.618€	14 días por cada 6 meses
4	2.222€	21 días por cada 6 meses
5	2541€	21 días por cada 6 meses
6	2.976€	42 días por cada 6 meses

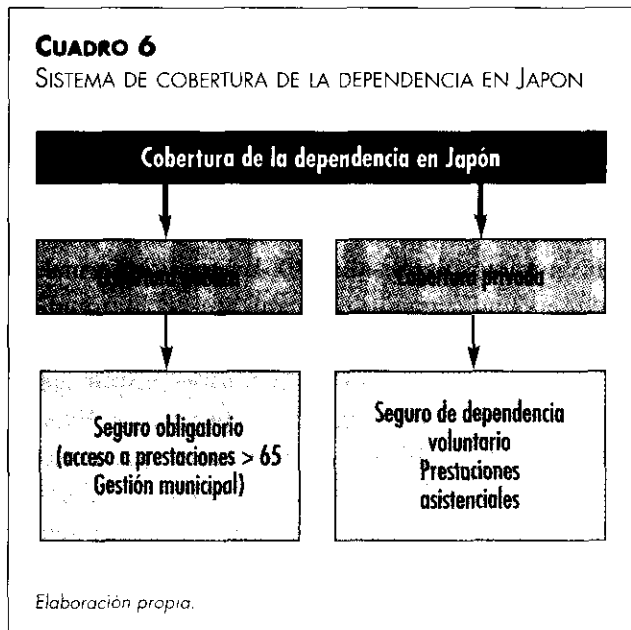
Tokyo Metropolitan Government (2000)

una encuesta en que se realizan 85 preguntas relacionada con la capacidad de desarrollar actividades propias de la vida diaria, con diferentes grados de severidad como posible respuesta a cada una de ellas. Cada 6 meses la persona dependiente debe someterse a examen para volver a evaluar su nivel de severidad. La siguiente tabla recoge las prestaciones máximas contempladas por el seguro obligatorio de dependencia de acuerdo con el nivel de severidad del paciente.

El seguro de dependencia privado, hasta el año 2001, no otorgaba prestaciones monetarias ofreciendo básicamente soluciones indemnizatorias de reembolso de gastos derivados de la atención de la dependencia. A partir de ese instante, se invierte la tendencia: los contratos de reembolso pasan a ser substituidos por contratos con prestaciones monetarias.

El seguro privado se ha comercializado, con escaso éxito, como un producto complementario al de vida. Con el fin de limitar el riesgo asumido por las aseguradoras, éstas han introducido medidas tales como la limitación de los años de pago de la prestación, introducción de franquicias, periodos de carencia, etc. En su conjunto, el funcionamiento del

seguro de dependencia se puede resumir en el siguiente cuadro.



La introducción del seguro obligatorio de dependencia constituye una interesante experiencia que rompe con el esquema de una sociedad muy tradicional en donde el rol de la mujer como cuidadora informal del marido, padres, etc. estaba asumido con total naturalidad. Las semejanzas entre el seguro de dependencia obligatorio japonés y alemán son evidentes aunque, por otro lado, existen diferencias muy significativas:

- El diseño del seguro obligatorio japonés, al contrario de lo que sucede en Alemania, ofrece cobertura total de la situación que origina la dependencia de la persona.

- El sistema japonés de evaluación del grado de incidencia de la dependencia es más riguroso y sofisticado que el alemán.

- El seguro de dependencia alemán promueve la asistencia informal a través de prestaciones monetarias pensadas para los cuidadores informales (familiares, amigos, etc.). El seguro japonés excluye este tipo de prestaciones.

El carácter obligatorio de la subscripción del seguro de dependencia elimina el problema derivado de la selección adversa. Por otro lado, el hecho de que una parte del coste de asistencia del dependiente

corra a su cargo, un 10%, reduce el riesgo por azar moral.



## 6. SUECIA

Tradicionalmente, Suecia, a igual que otros países centroeuropeos y escandinavos con elevados niveles de desarrollo del estado de bienestar como Alemania, Noruega o Luxemburgo, ofrece una cobertura completa y universal del seguro de dependencia de naturaleza fundamentalmente pública lo que dejaba a la actuación de las compañías aseguradoras en un segundo plano. En la actualidad, una cifra aproximada de 250.000 personas de más de 65 años sufre algún tipo de severidad de dependencia.

La seguridad social regula las responsabilidades de los municipios en cuanto a la asistencia de personas en situación de dependencia. El sistema de seguridad social establece que toda persona dependiente que lo necesite tiene derecho tanto a ser atendido en casa como a ocupar una plaza en una residencia o institución especializada. Los municipios se encuentran obligados por ley a investigar las necesidades asistenciales por dependencia de la población local y, por otro lado, a promover el bienestar social de la comunidad.

**«La ley sueca reconoce la posibilidad de que la persona dependiente permanezca en casa y viva de forma independiente tanto tiempo como sea posible. Los municipios ofrecen servicios de ayuda en casa y centros de día para las personas que residen en su hogar»**

La ley sueca reconoce la posibilidad de que la persona dependiente permanezca en casa y viva de forma independiente tanto tiempo como sea posible. Los municipios ofrecen servicios de ayuda en casa y centros de día para las personas que residen en su hogar. Desde el año 1992, los municipios también son responsables de la gestión de residencias y otros centros institucionales de internamiento de personas dependientes. Adicionalmente, los municipios se responsabilizan de la provisión de viviendas especiales adaptadas a las necesidades de las personas dependientes, administran las ayudas económicas para adaptar la vivienda del dependiente, etc. A pesar de por el alto grado de atención formal de la dependencia, el sistema sueco se caracteriza porque el grado de atención informal es igualmente elevado.

La financiación de la atención a la dependencia es fundamentalmente local, aunque también colaboran en ella, tanto las personas dependientes y el mismo estado sueco a través de la concesión de subvenciones a municipios y subvenciones a los usuarios de servicios de atención a la dependencia dependientes de la edad. Gran parte del coste socio-sanitario de la atención de la dependencia es sufragado de forma pública.

El sistema sueco de cobertura de la dependencia no recurre a la asistencia social para financiar su cobertura. Únicamente aquellas personas con más de 65 años con pensiones bajas a causa de que no han completado el periodo de cotización mínimo exigido por la ley sueca que exige 40 años de residencia, han de recurrir a la asistencia social para hacer frente a la cobertura de situaciones futuras de depen-

dencia. En 1998, la cifra estimada de personas que se encontraban en esta situación únicamente alcanzaba a 10.700 personas, un 0,6% de la población pensionista, de los cuales el 94% eran inmigrantes. Por tanto, dado que los municipios están obligados a proporcionar atención de la dependencia a cualquier persona que lo necesite, se puede decir que la cobertura pública de la dependencia abarca toda la población sueca.

Hasta inicios de los años 90, la atención formal de la dependencia recaía básicamente en los municipios. La provisión privada se limitaba a servicios complementarios muy específicos como, por ejemplo, la limpieza del hogar del dependiente. Existía, por tanto, un amplio consenso sobre que tanto la salud como la dependencia eran servicios públicos.

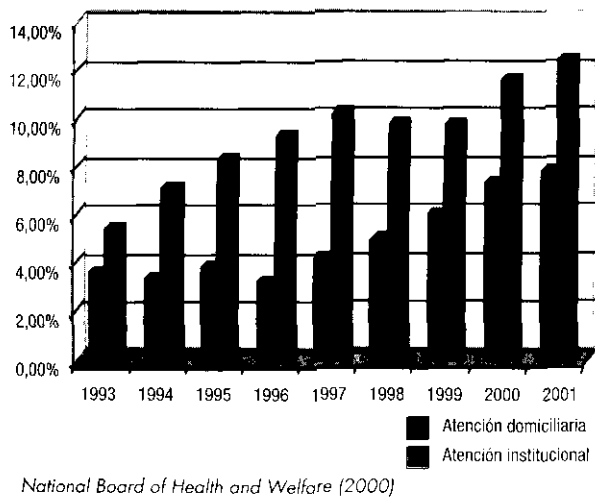
A partir de ese momento, Suecia se encuentra sumida en su peor crisis económica desde la década de los años 30, con graves problemas de endeudamiento y déficit público. El sistema asistencial sufre una reducción sustancial cualitativa y cuantitativa que genera descontento con la calidad de los servicios asistenciales. Esta coyuntura económica adversa obliga a las autoridades suecas a recortar la dotación presupuestaria destinada a la atención de la dependencia, la cual además se concentra en las personas económicamente más desprotegidas. Todo ello, favoreció la irrupción de un emergente mercado privado de seguros de dependencia. A diferencia de otros estados europeos, Suecia orienta el sistema de provisión del seguro de dependencia hacia el sector privado asegurador. La sociedad sueca en su conjunto asimila sin complejo este cambio de orientación en el sistema de cobertura y protección de la dependencia.

Durante la década de los años 90, se abrió el mercado a la iniciativa privada lo cual, propició un rápido crecimiento de la demanda privada a aseguradoras y empresas privadas. En ese periodo de tiempo el presupuesto municipal en servicios de atención a la dependencia provistos por el sector privado se cuadruplicó. Esta tendencia se mantendría durante los años siguientes. La figura 4 recoge el impacto que produjo la irrupción de la iniciativa pública en la atención de la dependencia.



FIGURA 4

CRECIMIENTO DE LA ATENCION FORMAL.



La provisión privada irrumpe con más fuerza en zonas metropolitanas y en ciudades importantes. A modo de ejemplo, de acuerdo al National Board of Health and Welfare, en Estocolmo, el sector privado se hace cargo de más del 45% de la atención de dependientes en residencias especializadas mientras que en una ciudad pequeña de poco más de 100.000 habitantes como Jönköping esa tasa no alcanza el 6%.

Paralelamente a este crecimiento de la provisión privada, el mercado asegurador privado ha ido experimentando un proceso de concentración destacable que explica que en la actualidad el mercado está dominado por 9 grandes compañías que proporcionan el 70% de la cobertura privada de la dependencia. En los últimos años, el creciente protagonismo adquirido por las compañías aseguradoras ha conducido a que éstas creasen sus propias instituciones que asumen la responsabilidad de administrar y gestionar los servicios derivados de la atención de la dependencia, función que tradicionalmente habían venido desempeñando hasta entonces, los municipios. Al mismo tiempo, los contratos de provisión de servicios necesarios en la atención de la dependencia contratados por los municipios a compañías aseguradoras también han ido en aumento. El desarrollo de la provisión privada gestionada a través de los municipios ha contribuido a que la prestación de

**«El modelo de cobertura de la dependencia sueco se apoya en el sector público. No obstante, a raíz de los cambios económicos y demográficos acaecidos durante los años 90, el sistema social sueco de atención de la dependencia ha evolucionado»**

los servicios de atención a la dependencia sea considerablemente más eficiente y menos costosa, que ha favorecido a las arcas municipales.

Con el objeto de evitar el empobrecimiento de las personas ancianas derivado de la realización de desembolsos monetarios dirigidos a la cobertura del gasto en dependencia, el 1 de julio del año 2002 entró en vigor una ley que limitaba las cuantías anuales de los desembolsos realizados por las personas dependientes: 165€/mes en concepto de servicios personales y 173€/mes en concepto de costes en residencias. La ley establece una indización anual de acuerdo a la tasa de inflación de estas cuantías máximas.

Esta misma ley contempla la posibilidad que los municipios carguen impuestos para financiar los servicios asistenciales asociados a la atención de la dependencia. Cada municipio puede diseñar libremente la estructura de este impuesto. Únicamente, se establecen unos principios que todos municipios deben respetar:

- La cuantía del impuesto debe ser justa.
- El importe del impuesto no debe exceder el coste de producción del seguro.
- El importe del impuesto debe ser inferior a la cuantía de la pensión que cobra la persona dependiente, de forma que le quede una cuantía neta a su disposición con la cual pueda satisfacer sus gastos personales, los gastos de vivienda, etc. La Ley del 1 de julio de 2002 establece que como mínimo esta cuantía neta debe ascender a 458€ en caso que el anciano viva solo o 386€ si el anciano convive con más personas.

En la práctica, el diseño del impuesto varía en cada municipio. Unos optan por un impuesto con un único tipo impositivo único, otros por un impuesto progresivo, otros hacen depender la cuantía del impuesto del consumo realizado por el contribuyente en servicios socio-sanitarios (número de visitas, duración de las visitas, etc). El mecanismo de asignación final de recursos a los diferentes municipios tiene en cuenta factores exógenos a la gestión municipal tales como la estructura demográfica, la densidad de población anciana, etc. Este sistema de redistribución tiene en cuenta variables como la edad, sexo, estado civil o la profesión.

El modelo de cobertura de la dependencia sueco se apoya en el sector público. No obstante, a raíz de los cambios económicos y demográficos acaecidos durante los años 90, el sistema social sueco de atención de la dependencia ha evolucionado en tres direcciones:

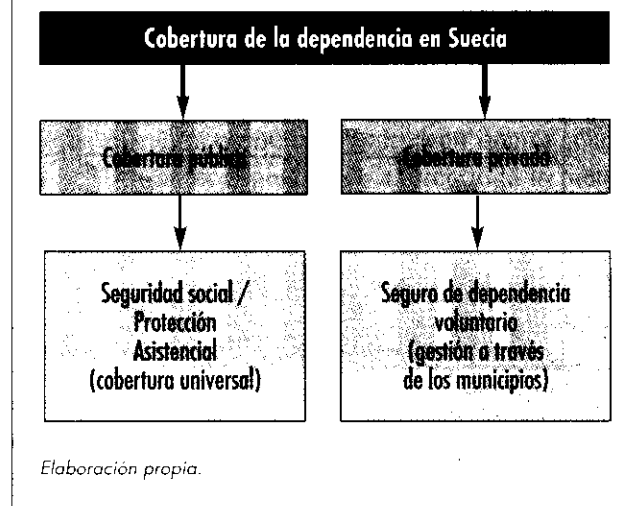
- Concentración de los servicios públicos en personas con mayor edad.
- Descentralización de la responsabilidad de atención de la persona dependiente: del estado a las regiones, de las regiones a los municipios y de los municipios a las propias familias del dependiente.
- Rápida irrupción de la provisión privada.

A pesar de estos cambios, Suecia sigue conservando su tradicional bienestar y disfrutando de uno de los sistemas de cobertura pública de la dependencia más generosos y completos de la Unión Europea. El papel dominante de los municipios en la provisión de cobertura de la dependencia evita riesgos normalmente asociados al seguro de dependencia como son la selección adversa.

Por su parte, la participación del mismo dependiente en la sufragación del coste de la dependencia contribuye a disminuir el riesgo de azar moral. La enorme confianza depositada en la cobertura pública de las situaciones de dependencia viene motivada por una profunda convicción de la sociedad sueca de ofrecer los mismos servicios a toda la población sin tener en cuenta la situación económica del dependiente. Sin embargo, las cada vez mayores diferencias entre los servicios ofrecidos por los municipios cuestionan la anterior justificación.

**CUADRO 7**

SISTEMA DE COBERTURA DE LA DEPENDENCIA EN SUECIA



## 7. REINO UNIDO

La amplitud del fenómeno de envejecimiento, derivado de la caída de las tasas de mortalidad y de fertilidad y los trastornos socioeconómicos que lo acompañan ha llevado al desarrollo del seguro de dependencia. El seguro de dependencia a fecha de hoy todavía es un mercado emergente en el que

hay pocas compañías aseguradoras y en el que el número de pólizas de seguros contratadas es muy bajo y tiene un ámbito universal. La cobertura de la dependencia corre a cargo principalmente de la administración pública. Si bien el coste de los cuidados en instituciones corre a cargo del sistema público, la mayoría de los cuidados de larga duración a domicilio está sujeta a condiciones de ingresos.

En el Reino Unido, la asistencia de la dependencia no se basa en el desarrollo de una rama de la Seguridad social como sucede en Alemania sino que se fundamenta en múltiples sectores gestionados en parte por el Servicio Sanitario Nacional, en parte por las autoridades locales y el resto por parte de los particulares.

**«En el Reino Unido, la asistencia de la dependencia no se basa en el desarrollo de una rama de la Seguridad social como sucede en Alemania sino que se fundamenta en múltiples sectores gestionados en parte por el Servicio Sanitario Nacional, en parte por las autoridades locales y el resto por parte de los particulares»**

Tradicionalmente, la provisión de la cobertura del riesgo de dependencia se ha realizado a través de un sistema público con prestaciones no contributivas. El sistema de cobertura pública se basa en la intervención de las administraciones locales. Éstas asumen la responsabilidad de asignar las residencias y demás instituciones especializadas a aquellas personas que lo necesitan por encontrarse en situación de dependencia.

En 1988 el gobierno británico impulsa una reforma que se implanta definitivamente en 1993, orientada a mejorar el sistema de financiación pública de la atención a la dependencia. Con esta reforma, los entes locales asumen más protagonismo

en la gestión de las prestaciones con lo que se introduce más racionalidad en la asignación de recursos destinados a la dependencia.

En 1997 se crea un comisión, «The Royal commission on Long Term Care» cuyo objeto es estudiar el problema que supone la financiación del coste de la dependencia. En él han participado todas las partes sociales involucradas. El resultado final ha sido un documento orgánico que contiene un análisis completo que busca solucionar a corto y largo plazo el problema del déficit público que suscita la cobertura de la dependencia. Dicho análisis arroja cifras referidas a 1996 muy interesantes: aproximadamente 610.000 personas recibe asistencia domiciliar de una autoridad pública local, 570.000 reciben asistencia de enfermeras en su domicilio («Community nursing»), una cifra próxima a 260.000 personas reciben asistencia en centros diurnos, unas 670.000 personas reciben ayudas privadas, unas 480.000 personas viven en instituciones de recuperación, 289.000 viven en casas de reposo («Residential care»), 157.000 personas viven en residencias sanitaria («Nursing home care») y, por último, 34.000 reciben asistencia en hospitales.

En el año 2000 el gobierno introduce las recomendaciones elaboradas por la anterior comisión de estudio. Entre otras medidas destacamos las siguientes: ampliar el margen de cooperación entre el estado y las autoridades locales, mejorar el procedimiento de evaluación de la dependencia de aquellas personas que solicitan atención institucional.

En Reino Unido, existen dos fuentes principales de financiación de la dependencia: la administración local y la seguridad social. En los últimos años las autoridades locales han ido ganando terreno, paralelamente. Las administraciones locales disponen de dos instrumentos básicos de financiación: subvenciones estatales e impuestos locales. Las subvenciones estatales son asignadas anualmente de acuerdo a una fórmula de localización del gasto. En la práctica, las administraciones locales, gastan en atención a la dependencia más que la cuantía asignada por el Estado. Los impuestos municipales, que sirven para financiar la dependencia, gravan, principalmente la propiedad privada.

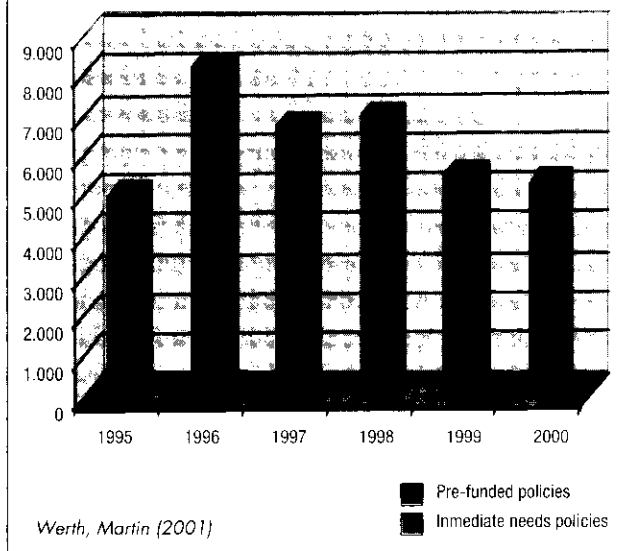
Los recursos gestionados por las administraciones locales son asignados individualmente a las personas que necesitan atención por dependencia según su patrimonio personal. En la valoración de este patrimonio se considera el hogar del dependiente únicamente si éste no tiene parientes cercanos ni cuidadores informales que puedan atender sus necesidades básicas.

A partir del 2001, la seguridad social se responsabiliza financieramente de la atención residencial. Los servicios proporcionados por la seguridad social generalmente son gratuitos. Su principal fuente de financiación es la impositiva (80%), con predominio de la imposición indirecta.

Desde el año 1991, el mercado privado de seguros de dependencia ha ido creciendo paulatinamente hasta alcanzar en la actualidad un volumen de 40.000 pólizas vendidas. El mercado privado de seguros de dependencia ofrece principalmente dos tipos de productos cuya evolución mostramos posteriormente:

- Rentas dirigidas a personas que gozan de buena salud, para protegerles de los costes de una posible futura dependencia («Pre-funded policies»).
- Rentas monetarias dirigidas a personas que ya son dependientes («Immediate needs policies»).

**FIGURA 5**  
SUSCRIPCIÓN DE SEGUROS PRIVADOS DE DEPENDENCIA EN REINO UNIDO



**«Los recursos gestionados por las administraciones locales son asignados individualmente a las personas que necesitan atención por dependencia según su patrimonio personal. En la valoración de este patrimonio se considera el hogar del dependiente únicamente si éste no tiene parientes cercanos ni cuidadores informales que puedan atender sus necesidades básicas»**

El estado financia tanto la asistencia residencial como los servicios de asistencia domiciliaria. Las autoridades locales son las encargadas de valorar las necesidades de las personas que demandan atención por dependencia.

El objetivo de mantenimiento de la residencia en el domicilio está fuertemente anclado en la sociedad inglesa. Por ello, la mayor parte de la atención prestada se recibe en el propio domicilio de la persona dependiente. La atención institucional se recibe bien en residencias para personas mayores (residential homes) o bien en instituciones especializadas en la atención de las necesidades socio-sanitarias requeridas por los dependientes (nursing houses).

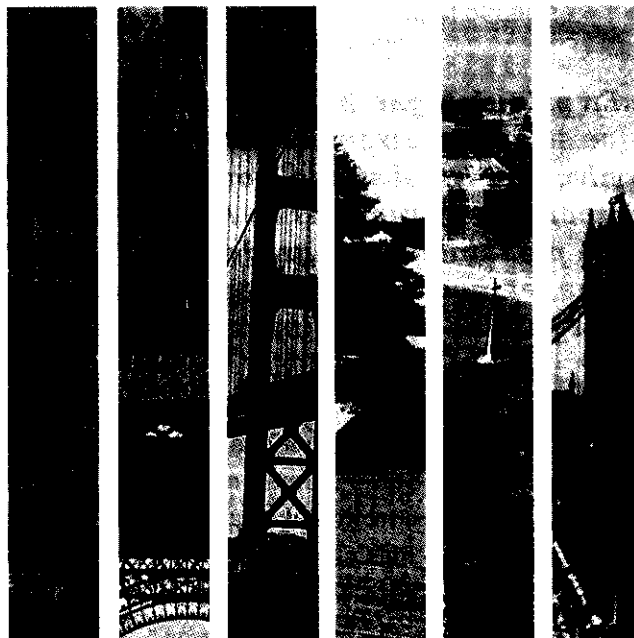
Tradicionalmente, gracias al papel desempeñado por el voluntariado, la atención informal juega un papel más destacado que en otros países. En la actualidad, se considera que un 80% de personas mayores reciben cuidados informales. No obstante, la desatención por parte de las autoridades tanto locales como estatales a que se ha visto sometido este colectivo ha provocado que la atención informal vaya perdiendo protagonismo con el tiempo.

La cobertura de la dependencia en este país es fundamentalmente pública. Desde 1993 las prestaciones públicas ofrecidas dependen de los recursos del paciente. El informe de la Royal Commission emitido en 1999 recomienda que los tratamientos a personas dependientes deben ser cubiertos por el estado. De esta forma, desde el año 2001, se contempla un acceso gratuito a las nursing houses durante los tres

primeros meses prorrogable de forma indefinida en caso que la persona dependiente posea un patrimonio personal no superior a 18.000€. Desde ese mismo año se contempla el tratamiento en domicilio gratuito.

La atención formal de la dependencia es prevista principalmente por el estado y las administraciones locales que lo configuran. El coste de los cuidados en instituciones corre a cargo del sistema público. Esto explica que el mercado de seguros privados esté escasamente desarrollado y únicamente se hayan comercializado hasta la fecha de hoy una cifra inferior a 40.000 pólizas.

**«La cobertura de la dependencia en este país es fundamentalmente pública. Desde 1993 las prestaciones públicas ofrecidas dependen de los recursos del paciente. El informe de la Royal Commission emitido en 1999 recomienda que los tratamientos a personas dependientes deben ser cubiertos por el estado»**



## 8. CONCLUSIONES

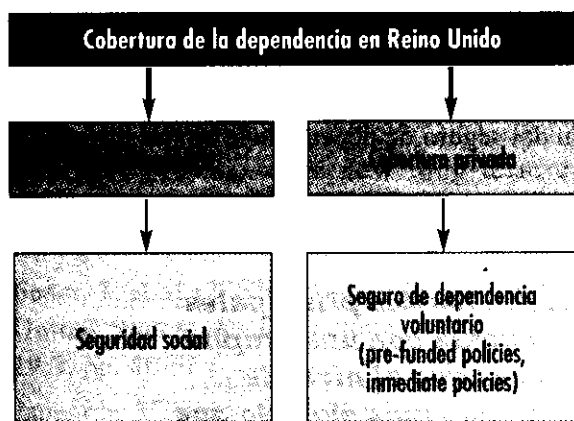
En el trabajo realizado hemos explicado el funcionamiento del seguro de dependencia en estados donde se encuentra plenamente consolidado (Alemania, Francia y Estados Unidos) y otros en los cuales el seguro de dependencia se encuentra en una primera fase de expansión (Japón, Suecia y Reino Unido). La mayor parte del resto de mercados, sobre todo en la Unión Europea, incluida España, son mercados emergentes que están pendientes de la definición de un marco estatal de la cobertura de la dependencia así como de la introducción y establecimiento de ventajas fiscales que estimulen la suscripción de pólizas de dependencia.

En primer lugar, hemos analizado los casos de Alemania y Francia que se caracterizan por haber establecido un seguro público de carácter universal. No obstante, son modelos que presentan diferencias importantes; mientras en Alemania, el seguro público de dependencia está plenamente integrado en la Seguridad Social dentro de una quinta rama, el modelo francés apuesta por un modelo asistencial (fuera de la seguridad social) financiado por diversos departamentos estatales.

Por otro lado, Estados Unidos y Francia constitu-

**CUADRO 8**

SISTEMA DE COBERTURA DE LA DEPENDENCIA EN REINO UNIDO



Elaboración propia.

**«En primer lugar, hemos analizado los casos de Alemania y Francia que se caracterizan por haber establecido un seguro público de carácter universal. No obstante, son modelos que presentan diferencias importantes; mientras en Alemania, el seguro público de dependencia está plenamente integrado en la Seguridad Social dentro de una quinta rama, el modelo francés apuesta por un modelo asistencial (fuera de la seguridad social) financiado por diversos departamentos estatales»**

yen los dos principales mercados de seguros privados de dependencia y cuenta con una amplia experiencia anterior. Son sistemas muy diferentes ya que el nivel de desarrollo del estado de bienestar en Francia es mucho más elevado que en Estados Unidos. Esto es, Estados Unidos es el único caso de los que hemos tratado en el trabajo que verdaderamente apuestan por una cobertura privada de la dependencia. Para el caso de la dependencia esto se pone de manifiesto en que en Francia las prestaciones públicas de dependencia son más fáciles de obtener que en Estados Unidos en donde las prestaciones de Medicare son únicamente temporales.

Japón y Suecia constituyen dos exponentes de estados que tradicionalmente han apostado por una cobertura pública de las situaciones de dependencia. Japón ha optado por un modelo de seguro público de dependencia de carácter obligatorio, similar al desarrollado en Alemania. En Suecia, conviene remarcar la creciente pre-

sencia del seguro privado de dependencia en los últimos años. En ambos modelos, la gestión que realizan los municipios y autoridades locales de los servicios que requiere la atención de la dependencia es imprescindible.



Reino Unido, por su parte, ofrece un modelo de cobertura de la dependencia básicamente público, apoyado en un mercado de seguro de dependencia muy débil en el que las fórmulas aseguradoras de la dependencia no han tenido la aceptación que inicialmente se había previsto.

En España, permanecemos a la espera de una definición legal de la dependencia que defina un marco público de cobertura e introduzca incentivos fiscales que animen la suscripción de pólizas de dependencia. A nuestro entender, el conocimiento de las experiencias detalladas en el presente trabajo resulta determinante para diseñar este marco de actuación, tan necesario para la implantación del seguro de dependencia en nuestro país.

**«Por otro lado, Estados Unidos y Francia constituyen los dos principales mercados de seguros privados de dependencia y cuenta con una amplia experiencia anterior. Son sistemas muy diferentes ya que el nivel de desarrollo del estado de bienestar en Francia es mucho más elevado que en Estados Unidos»**

## 9. BIBLIOGRAFIA UTILIZADA

- Amaradio, Lisa (1998), «Financing Long- Term Care for Elderly Persons: What are the Options?», *Journal of Health Care Finance*, 1998; 25(2):75-84.
- Barr, N. (1992), «Economic Theory and the Welfare State: A Survey and Interpretation», *Journal of Economic Literature* XXX.
- 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. (197), 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.
- Bundesministerium für Gesundheit (2002), *Zahlen un Fakten zur Pflegeversicherung*, Berlin.
- Campbell, J. C And Ikegami, N. (2000), «Long-Term Care Insurance comes to Japan», *Health Affairs* 2000; 19 (3) : 26-39.
- Cohen, Marc (1998), «Emerging Trends in the Finance and Delivery of Long- Term Care: Public and Private opportunities and challenges», *The Gerontologist* Vol. 38, No.1, 80-89.
- Evers, A (1998), «The new long-term care insurance program in Germany», *Journal of Aging & Social Policy*, vol. 10(1).
- Feder, J. et al (2000), «Long- Term Care in the United States: An Overview», *Health Affairs* 19:3, pp. 40-56.
- Japanese Ministry of Health, Labour and Welfare (2002), Internet information. <http://www.mhlw.go.jp/english/index.html>
- Jones, B.L. (1997), Methods for the analysis of CCRC data. *North American Actuarial Journal*, nº 1 (2), pp 40-54.
- McGrail et al (2000), «Age, Costs of Acute and Long- Term Care and Proximity to Death: Evidence for 1987-88 and 1994-95 in British Columbia», *Age and Ageing*, 2000; 29; 249-253.
- National Board of Health and Welfare (2000), *Social Services in Sweden 1999. Needs, Intervention, Development*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- 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.
- Rodriguez, G. (2000), *La protección Social de la Dependencia*. IMSERSO. Madrid
- Schneider, U. (1999), «Germany's Social Long-Term Care Insurance: Design, Implementation and Evaluation», *International Social Security Review*, Vol.52:2.
- Sundstrom, G., Johansson, L. and Hassing, L.(2002), «The Shifting Balance of Long- Term Care in Sweden», in *The Gerontologist*, Vol. 42, No. 3, pp. 350-55.
- Tokyo Metropolitan Government (2000), *Supporting Nursing Care Through Society. Long Term Care Insurance System*.
- Werth, Martin (2001), *Long Term Care, Faculty and Institute of Actuaries*.
- 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.