
El seguro de dependencia: posibilidades y limitaciones financieras en España

Joan Costa i Font*

LSE Health and Social Care. London School of Economics & CAEPS. Universitat de Barcelona

Resumen

En este artículo se examina la problemática de la financiación de la dependencia en España. Se revisa la evidencia empírica relevante con el fin de evaluar los instrumentos de financiación al alcance, y en especial un seguro de dependencia como mecanismo de cobertura de los gastos asociados a cuidados de larga duración. Se argumenta que el riesgo de dependencia es un riesgo asegurable, si bien la existencia de fallos de mercado apunta a la necesidad de instrumentalizar un seguro obligatorio. El rol del seguro privado es un papel complementario o suplementario. La evidencia empírica apunta a que la opción preferida por la población española es una financiación pública. No obstante, dadas la existencia de diversidad regional de preferencias con relación a los sistemas de financiación, es esperable que el papel del sector privado sea heterogéneo.

Palabras clave: Dependencia. Proyecciones demográficas. Seguro de dependencia.

Summary

This paper examines the financial policy constraints and possibilities of funding long term care in Spain. To this end, we revise the existing empirical evidence to evaluate the financing instrument available, and specially the applicability of a long term care insurance as a means to insure the costs of long term care. We argue that the dependency risks is an insurable risks subjected to market failures that justify the need for a compulsory insurance. The role of the private long-term care insurance in that case is restricted to a complementary or a supplementary role. Evidence from Spanish social attitudes suggests that the public prefers a publicly funded system to private alternatives. However, there are substantial regional differences in that respect.

Key words: Old age dependency. Demographic projections. Long term care insurance.

*Deseo agradecer la financiación de la fundación Maphre Medicina en su labor de apoyo a la investigación en el área social. También, la inestimable colaboración de Adelina Comas, Tania Burchardt, David Casado y José Fernández así como los comentarios de Joan Rovira y Eduard Berenguer durante el transcurso de esta investigación. Cualquier error u omisión es responsabilidad única del autor.

Introducción

Las estimaciones del último Plan Gerontológico referidas a España situaban en una cifra de 750.000 a las personas mayores de 65 años que pueden ser calificadas como mayores dependientes y según la gravedad de su dependencia necesitan de cuidados de larga duración¹. Tradicionalmente, la cobertura pública ha sido muy limitada e intermediada tanto por pruebas de medios, basadas en criterios de renta y necesidad, y abundantes copagos, que en España varían significativamente en cada Comunidad Autónoma dado el carácter descentralizado de la atención sociosanitaria². No obstante, una mayoría de la población desconoce cuál es su nivel de cobertura

pública y menos aun, la co-financiación a la que debería hacer frente en caso de dependencia³.

Este artículo tiene como objetivo examinar la problemática de la financiación de la dependencia en España. Se revisa la evidencia empírica relevante con el fin de evaluar los instrumentos de financiación al alcance. El siguiente apartado tipifica el sistema de provisión de cuidados de larga duración en España, y se presentan estimaciones recientes de gasto proyectado en relación con otros países del entorno de España. El apartado tercero evalúa los diferentes sistemas de financiación y el artículo finaliza con un apartado de discusión en función de la evidencia empírica analizada.

Cuidados de larga duración en España: situación de partida

El diseño de un sistema sociosanitario se presenta hoy como una prioridad debido al envejecimiento de la población, los cambios en las pautas familiares y las reformas en el estado de bienestar.

El envejecimiento de la población

Tal como muestra la tabla I, a medida que un individuo va envejeciendo, su *probabilidad de discapacidad aumenta*. Si más

Edad	% total
16-24	0,6
25-34	2,0
35-44	2,8
45-54	5,3
55-64	12,8
65-69	10,1
70-74	14,8
75-79	21,2
> 80	29,9

Fuente: E.U Household Panel 1994.

Tabla I. Riesgo de discapacidad por colectivos de edad

individuos llegan a edades avanzadas, es previsible un aumento de la presión asistencial. La tabla 2 muestra las proyecciones centrales de Eurostat para la población española. Se puede observar como el envejecimiento de la población se acelera a partir del año 2030 hasta el 2050. Es especialmente significativo como el cohorte de edad que más crece en número es el de los “más mayores”, y se espera un mayor crecimiento en los hombres que en las mujeres. Sin embargo, a pesar de que persisten dudas sobre la hipotética comprensión de la morbilidad, a ello debe añadirse el posible aumento de las expectativas de bienestar de la población asociadas a un incremento general de la renta al envejecer y a una mayor demanda de bienestar a medida que las generaciones son más afluentes.

Cambios en las pautas familiares

La dependencia no es neutral a cambios en las pautas de agrupación familiar, en la fecundidad, en los valores en torno al *papel de la familia como “espacio de protección social”*, innovaciones asistenciales y tecnológicas, y en especial al nuevo papel de la mujer en sociedades socialmente avanzadas por el que progresivamente *deja de ser el cuidador familiar informal*. La mayor complejidad familiar es espe-

	Crecimiento 2000-2030 (%)	Crecimiento 2000-2050 (%)
Hombre		
65-69	36	26
70-74	34	66
75-79	41	105
80-84	88	183
85 +	106	242
Mujer		
65-69	31	15
70-74	28	49
75-79	30	76
80-84	61	121
85 +	85	172
Mayores de 65 años	43	76
Mayores de 85 años	92	193

Fuente: Eurostat (2000).

Tabla 2. Proyecciones centrales de Eurostat

table que se traduzca en una mayor demanda de servicios comunitarios y residenciales.

Tradicionalmente, la provisión y buena parte de la financiación de la dependencia ha recaído en la *ayuda informal* ofrecida generalmente por la propia familia o en su defecto en los limitados mecanismos que el estado o el tercer sector pone al alcance de algunos individuos (entidades religiosas, voluntariado, etc.). Esta situación varía de acuerdo con los valores y la cultura de cada país, y en el caso español presenta una abundante va-

riabilidad regional^{14,5}. En países del sur de Europa como España la familia provee de algo más de dos terceras partes (69 %) de la atención a los mayores dependientes, con lo que la atención comunitaria cuenta con escaso desarrollo; justo al contrario de lo que sucede en el Reino Unido donde tan sólo el 32 % de la población recibe únicamente ayuda informal y la atención comunitaria está altamente desarrollada.

El diferencial Norte-Sur de Europa de debe entre otros factores a la presencia de estructuras familiares multigeneracionales, de manera que mientras que en España la proporción de personas mayores que viven solas es de un 20 %, en Alemania ésta se sitúa en un 41 %⁴. No obstante, si tenemos en cuenta que conforme a las estimaciones sobre participación laboral femenina, el 60 % de las mujeres entre 25 y 44 años están activas en el mercado laboral, el número de cuidadores informales durante los próximos años es probable que se vea sustancialmente reducido.

Financiación y proyecciones de gasto

La interrelación público-privado en la financiación de las prestaciones de bienestar junto con las limitaciones presupuestarias sitúa los cuidados de larga duración en uno de los ejes del debate

sobre la reforma de los estados de bienestar. A diferencia de la atención sanitaria, la atención sociosanitaria es más intensiva en *cuidados*, por lo que una menor parte de esta atención tiende a estar cubierta por parte del sector público. Por otra parte, si bien la atención sociosanitaria tiene como misión el apoyo al dependiente no busca la sustitución total del individuo (el propio individuo financiaría una buena parte de las prestaciones si no fuera dependiente). De ahí que se predique que el dependiente debe participar en la financiación de acuerdo con su capacidad de pago. Es previsible por lo tanto que *una parte importante de ésta siga estando sujeta a co-financiación*. Quizás el principal debate se sitúa en determinar para cada individuo qué nivel de participación en el coste es “óptimo”.

Las proyecciones de las necesidades de gasto en cuidados de larga duración ponen de manifiesto algunas incógnitas con relación al envejecimiento de la población y las pautas familiares que afectan al sistema de financiación. Si bien puede pensarse que un aumento de la esperanza de vida está asociado a un mayor riesgo de discapacidad, y consecuentemente, a un mayor riesgo social de dependencia, resulta aún una incógnita la relación causal entre dependencia, discapacidad y envejecimiento⁶. La dependencia no es un pro-

blema únicamente físico o de salud, sino que está asociado a cambios en las pautas de atención informal en el seno de la familia; por lo que el riesgo de discapacidad puede no tener una evolución lineal con las pautas demográficas, dado que si bien la población envejece, la morbilidad puede estar reduciéndose, en cuyo caso produciría un movimiento hacia delante en la edad de inicio de la dependencia.

Tanto las pautas en relación con la atención informal como las proyecciones de población dependiente pueden tener un impacto sobre el gasto público y sobre la necesidad de reforma del sistema de financiación. Desde una perspectiva de gasto, la dependencia no supera el 0,6 % del producto interior bruto (PIB), si bien es esperable un cambio drástico en este sentido. En un estudio reciente⁵ se ha estimado que la población con atención informal aumentará en 126 % y el gasto en dependencia ascendería al 1,3 % del PIB en España entre 2000 y 2050, frente a un 65 % del Reino Unido. Se diseñó la hipótesis por la que los servicios informales se redujeran en España al nivel del Reino Unido, de ser así del 2000 al 2050 habría 1,3 millones de personas mayores menos dependientes que recibirían atención informal, lo que supondría que un 45 % de la población recibiría servicios de atención a domicilio y

ello llevaría a aumentar el gasto público en dependencia a 1,94 % del PIB. Por lo tanto, las pautas de la atención informal pueden tener un impacto significativo en el gasto esperado en dependencia, y con ello en la seguridad financiera de la población para hacer frente a sus necesidades en edades avanzadas.

Suponiendo que las pautas de dependencia y atención permanecerán constantes, que toda demanda será absorbida por una oferta y que los costes unitarios y la productividad se ajustaran con las proyecciones de inflación de la Unión Europea, la figura 1 muestra como la trayectoria del gasto en cuidados de atención en España sigue la pauta de otros países europeos. Sin embargo, cambios en las pautas de morbilidad, atención informal así como en la evolución de la productividad e inflación ocasionan una importante incertidumbre en las proyecciones de gasto.

El riesgo de dependencia y los instrumentos de financiación

Un riesgo asegurable

Los resultados del apartado anterior indican que los cuidados de larga duración a nivel individual *pueden ser catastróficos*. Esto es, si bien la probabilidad de dependencia grave (incapacidad de reali-

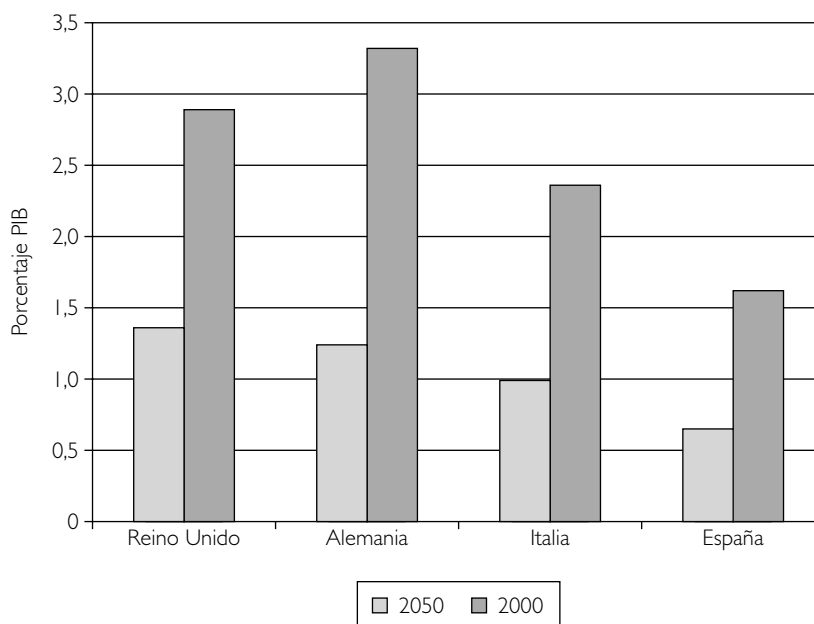


Figura 1. Proyecciones de base del gasto en cuidados de atención a largo plazo. Porcentaje del producto interior bruto (% PIB).

zar dos o más actividades de la vida diaria) no es elevada, la pérdida de riqueza derivada del coste de los cuidados formales de larga duración, en caso de que se prolonguen suficientemente, puede ser *catastrófica*⁷⁻⁹. Sin embargo, se trata de una contingencia asegurable colectivamente.

Los cambios en las pautas familiares pueden limitar la capacidad de atención informal no remunerada. La protección pública actual en España es limitada, comparada con otros ámbitos de bienestar

como la sanidad. Finalmente, existen pocos instrumentos tributarios (no contributivos) para diseñar un sistema de financiación *ad hoc*. Es importante estudiar las posibilidades de financiación al alcance. Los esquemas financieros de los cuidados de larga duración pueden clasificarse en tres tipos: *personales* (tales como el ahorro), *no-personales* (tales como esquemas no contributivos y tributarios) y finalmente *interpersonales* (entre ellos el seguro social o voluntario). Los diferentes sistemas en la Unión Europea y EE.UU.

	Año de implementación	Financiador dominante	Existencia de aseguramiento alternativo
Alemania	1985	Seguridad Social 1,7% de las contribuciones	Aseguramiento público con reembolso fijo según dependencia y opción de aseguramiento privado para altos niveles de renta
Reino Unido	1991	<i>Community Act Care</i> , plan de asistencia de acuerdo con las necesidades y financiero con impuesto generales	Sistema de pensiones y seguros privados de dependencia complementario a los seguros de vida
Francia	1996	<i>Presentation Spécifique Dependence</i> (PSD)	Complementario a los seguros de vida
Holanda	1968	Sistema de seguro social contributivo con diferenciación de primas	Complementario al seguro sanitario
EE.UU.	1974	Seguro privado para una parte de la población sin recursos	Sistema de seguros privados y cobertura pública parcial sujeta a test de medios

Tabla 3. Esquemas comparativos de los sistemas “básicos” de aseguramiento de la discapacidad

difieren en el peso del sector público así como en el papel del seguro de dependencia¹⁰. Sin embargo, en todos ellos subsiste un tipo de prestación pública complementada por un seguro privado (tabla 3). El seguro privado ha sido el instrumento desarrollado en EE.UU. mientras que en Europa se ha optado por esquemas públicos, en algunos casos contributivos (por ejemplo, Alemania) y en otros financiados mediante impuestos generales (por ejemplo, Reino Unido y países escandinavos).

Limitaciones de los instrumentos personales (autoseguro)

La financiación de la dependencia puede recaer en el propio individuo a través

de la capacidad de previsión y ahorro, o la propiedad de la vivienda u otros activos que permitan al dependiente financiar sus necesidades de atención futura. No obstante, es posible que una parte importante de la población no tenga una capacidad de ahorro o de inversión suficiente o que en su caso esté limitada por una escasez de liquidez además de colisionar con el deseo de una parte de la población a dejar sus recursos en herencia¹¹. Sin embargo, este sistema sin duda sería poco equitativo si se planteara como un esquema de financiación generalizado al favorecer a aquellos individuos con mayores niveles de renta, y por ello con mayor capacidad de generar ahorro, y/o a aquéllos con un menor

Limitaciones generales

Existencia de azar moral, ya que para el dependiente o su familia al haber contratado una póliza anima a solicitar la elegibilidad como dependiente

Existencia de selección adversa, aquéllos cuya probabilidad de dependencia es mayor son los que presentan una mayor probabilidad de asegurarse

Incertidumbre en relación con la duración de la dependencia, lo que limita la cobertura a una duración definida

Problemas de equidad, ya que aquellos individuos con mayor riesgo tienen más dificultades para ser asegurados

Problemas regulatorios referentes a las condiciones de prestación como a su calidad

Si bien introducen una mayor capacidad de elección, existe evidencia que apunta a que los consumidores se enfrenten a problemas de desinformación dada la complejidad de la contingencia

Falta de comprensión del riesgo cubierto y equivocaciones en el tipo de cobertura asegurada

Miopía por parte del consumidor para la compra de seguro en edades tempranas

Elevados costes de administración en comparación con sistemas de seguro obligatorio

Limitaciones en España

La cobertura pública no está claramente delimitada, lo que no favorece la penetración en dicho mercado por parte de las compañías aseguradoras

España carece de un marco fiscal que incentive este tipo de productos, si bien las estimaciones indican una elevada sensibilidad al precio por lo que una deducción fiscal podría impulsar el mercado

La falta de experiencia y la ausencia de información estadísticas dificulta la tarificación

Indefinición de un criterio de elegibilidad le otorga una dificultad añadida

Elevada sensibilidad al precio⁸

Tabla 4. Limitaciones del seguro privado de dependencia

riesgo. Por otra parte, un sistema de autoseguro no elimina la incertidumbre en relación con la disponibilidad futura de recursos. Finalmente, estos instrumentos no es previsible que sean menos eficientes en términos esperados que sistemas de aseguramiento.

El seguro privado

La segunda posibilidad anunciada es el desarrollo de un mercado de seguros privados. A diferencia del autoseguro, este sistema desarrolla una cobertura de riesgos, si bien limitada solamente a la población asegurada. De hecho, existe un mercado de seguro privado de dependencia en los EE.UU desde 1974, si bien escasamente cubre al 6 % de la población y el 1 % del gasto total en dependencia¹². También se ha desarrollado como modo suplementario de financiación en algunos países europeos. En el Reino Unido existen 23.000 pólizas en funcionamiento y 14 empresas ofrecen este tipo de productos. Entre las pólizas que se ofrecen destacan las pólizas contratadas en el momento de utilización del servicio por una cantidad fija por un período definido. Sin embargo, sería un sistema limitado tal como se describe en la tabla 4.

El esquema de la tabla 4 pueden resumirse en: dificultades de determinar

la probabilidad de ocurrencia de la necesidad de cuidados, el hecho de ser riesgos independientes con elevados costes administrativos comparados con modelos de aseguramiento obligatorio. Asimismo, estarían afectados por problemas de selección adversa y riesgo moral, falta de conocimiento de la cobertura pública y miopía en la percepción del riesgo. Para considerar un ejemplo numérico, el pago de 300 euros anuales desde los 40 años financiaría unos 2.000 euros anuales de atención. Pero esta atención sería insuficiente para cubrir una dependencia severa, si éste fuera el caso ello implicaría el pago de unos 1.000 euros, lo que supone que superaría la renta de un 15 % de la población española. Por lo tanto, la póliza deseada por la población es una póliza excesivamente cara.

Fórmulas mixtas

Una alternativa recogida es el desarrollo de un sistema mixto de seguro público privado. Existen diversas fórmulas implementables en España que van desde una cobertura pública sujeta a una previa cobertura privada hasta una participación del sector público en el riesgo, pasando por sistemas de subsidios e incentivos fiscales. Ello permitiría reducir considerablemente los costes asociados

a la compra de un seguro de dependencia, a la vez que eliminaría parte de las incertidumbres que limitan la oferta de seguros privados de dependencia. La limitación de este tipo de instrumentos redundaría en que acaban atribuyendo al sector público parte del riesgo financiero de dependencia, y mantienen algunos de los problemas del seguro privado a la vez que pueden introducir considerables argumentos sobre la equidad del sistema dado que la compra del seguro puede estar motivada por el mantenimiento de un capital, lo que excluye entonces el papel redistribuidor de un esquema público.

Sistemas de seguro social

Un sistema de seguro social obligatorio o de seguridad social supone desarrollar un sistema de contribuciones asociadas donde se desarrolla una cobertura de riesgos más amplia, de manera que muchas de las limitaciones que se enunciaban en la tabla 4, con respecto al seguro voluntario, quedarían corregidas. Este sistema fue implementado en Alemania en 1994, bajo una ampliación de las prestaciones ofrecidas dentro del sistema de seguridad social para cubrir las necesidades derivadas del envejecimiento de la población. Es un sistema obligatorio para todos los ocupados o que

presentan alguna forma de renta y se financian mediante contribuciones iguales entre empleados y empleadores. En el caso de empleados con altos niveles de renta, pueden escoger alternativamente planes de seguro de dependencia privados. El reembolso de los beneficios del seguro social se realiza en función del grado de dependencia que padezcan, y en función del medio escogido de percibir la prestación (pago monetario, pago del servicio o atención residencial). La principal limitación de este sistema está en la dependencia del ciclo económico así como la dificultad de diseñar un sistema de prestaciones eficiente. Pero existe una delimitación y estandarización de las prestaciones, por lo que los costes de administración y de información por parte del consumidor se reducen considerablemente.

Sistemas tipo de atención social financiada con impuestos

Pretenden cubrir a toda la población de una forma uniforme mediante una financiación mediante impuestos. En la mayoría de los casos, la provisión se descentraliza a entes locales bajo criterios estandarizados de elegibilidad. Éste sería el sistema propio de los países escandinavos, Reino Unido e Irlanda. Está basado en objetivos redistributivos, es decir “to-

dos pagan pero sólo unos pocos se benefician de la gratuidad del sistema”. Esencialmente, consiste en ofrecer una red de servicios residenciales y comunitarios a la población¹², si bien la contribución depende de la capacidad económica del dependiente donde se producen elevados copagos en países como es el caso del Reino Unido, donde la prueba de medios tiene en cuenta el valor de la vivienda. No obstante, el establecimiento de un sistema de asistencia social choca con los desincentivos al ahorro ya que solamente los individuos con menores recursos tendrán asistencia gratuita o a bajo coste para la familia. Por lo tanto, salvo transferencias intergeneracionales tempranas, este sistema incentiva la liquidación del patrimonio previa a una situación de dependencia.

Los efectos de la prueba de medios son importantes en términos de utilización de servicios. Mientras que en Dinamarca donde hay acceso gratuito a residencias asistidas el 20 % toman esta opción, en el Reino Unido donde existen abundantes co-pagos esta cifra se reduce al 10 %. Por otra parte, las pruebas de medios pueden dar lugar al desarrollo de un seguro privado complementario. En la actualidad el número de pólizas de seguro privado vendidas en el Reino Unido es de unas 30.000.

Las preferencias de la población española

Con el fin de determinar qué cobertura sería deseable en España, una opción es analizar las preferencias de la población. En el caso del acceso a una residencia pública, los resultados del último barómetro sanitario de 2002 indican que un 43 % está dispuesto a contribuir en función de sus posibilidades económicas, un 27 % opina que ésta debería ser un porcentaje de su pensión, un 18 % no cree justo tener que contribuir con ninguna cantidad y un 6 % estaría dispuesto a pagar una cantidad fija al mes. Existen algunas diferencias regionales, si bien en todos los casos la contribución varía de acuerdo con la capacidad de pago. Ante la pregunta sobre cuál es la forma más adecuada de proporcionar asistencia al mayor dependiente, un 13 % aboga por una atención residencial, mientras que un 32 % prefiere algún tipo de atención informal y un 30 % cree que es el estado el que debe ofrecer servicios domiciliarios o en un 15 % servicios especializados. El voluntariado como forma ideal de provisión es marginal. Todo ello apunta a la necesidad de desarrollar un sistema de servicios comunitarios públicamente financiado, si bien debería existir tanto un sistema de ayudas monetarias

para aquellos que opten por la atención informal a la vez que apuntan un papel complementario o suplementario para el seguro privado.

La tabla 5 pone de manifiesto la heterogeneidad regional en las preferencias en torno a la provisión de cuidados de larga duración. Mientras que en Extremadura la mayoría prefiere la atención residencial, en la Rioja, Galicia Asturias y Castilla y León prefieren la atención familiar y en las demás la opción preferida es un sistema de atención domiciliaria público. Por otra parte esta heterogeneidad se pone de manifiesto cuando se pregunta sobre las preferencias sobre instrumentos de financiación pública en la tabla 6. Mientras que existe un porcentaje elevado de la población que entiende que no debe intervenir, en Canarias, Cataluña, País Vasco, Madrid, Rioja la opción preferida es la de un sistema algo redistributivo, basado en la capacidad económica, si bien en Aragón y Extremadura son especialmente relevantes la financiación con cargo a las pensiones.

Discusión

La dependencia constituye un importante riesgo tanto social como financiero que demanda una cobertura adecuada a las necesidades y preferencias de la po-

	Residencia	Vivir en familia	SAD (privada)	Centros de día	SAD (pública)	Otros	NS/NC
Total	13,1	22,7	11,5	15,4	30,2	2,10	5,05
Andalucía	15,6	24,0	12,8	11,8	28,8	4,55	5,95
Aragón	13,8	13,8	13,8	17,0	35,1	7,68	3,20
Asturias	7,7	42,9	17,6	11,0	16,5	3,19	4,40
Baleares	13,0	6,5	11,7	18,2	39,0	6,99	9,09
Canarias	10,6	16,3	10,6	15,4	41,3	5,82	0,00
Cantabria	5,8	18,8	18,8	8,7	34,8	0,00	13,05
Castilla-La Mancha	15,3	19,8	9,9	19,8	30,6	13,40	1,80
Castilla y León	10,4	31,2	18,7	17,4	17,4	3,19	3,50
Cataluña	10,9	25,9	7,3	15,7	32,1	4,93	5,85
Extremadura	26,4	14,9	9,2	18,4	25,3	5,05	1,15
Galicia	9,1	30,5	8,4	20,1	22,7	0,65	8,40
La Rioja	6,0	41,8	10,4	3,0	17,9	7,79	19,39
Madrid	18,0	12,3	12,3	19,7	28,5	11,51	5,25
Murcia	2,3	5,8	29,1	10,5	45,3	3,51	5,80
Navarra	7,2	10,1	17,4	18,8	30,4	10,16	8,70
País Vasco	15,7	22,8	3,9	15,0	35,4	9,48	6,30
Valencia	11,8	28,9	9,1	11,2	36,4	4,35	1,60

Fuente: *Barómetro, 2000.*

SAD: servicios de atención domiciliaria.

Tabla 5. *Preferencias de la población en torno a los servicios de larga duración*

blación. La financiación de la dependencia está sufriendo importantes reformas en Europa, y se vislumbra el inicio de una inmediata reforma de la misma en España. Dado que no existe ningún sistema exento de limitaciones, es esperable que la implantación de nuevos sistemas de financiación en España recurra a una combinación entre sector público y privado

en la que el seguro privado de dependencia para los mayores¹³ puede desempeñar un papel de complementariedad en ayuda a la asistencia social.

Es plausible que el sistema mantenga algún tipo de co-financiación, ya que de lo contrario estaría protegiendo los activos de una parte de la población, con lo que los objetivos de equidad queda-

	No contribuir de la pensión	Como porcentaje	Cantidad al mes	De acuerdo con la capacidad económica	Otras
Total	18,6	27,7	6,7	43,6	3,5
Andalucía	15,7	32,5	5,2	43,4	3,1
Aragón	6,4	41,5	7,4	36,2	8,5
Asturias	23,1	28,6	7,7	37,4	3,3
Baleares	15,6	32,5	3,9	37,7	10,4
Canarias	30,8	24,0	8,7	35,6	1,0
Cantabria	16,2	26,5	5,9	38,2	13,2
Castilla-La Mancha	13,5	32,4	11,7	39,6	2,7
Castilla y León	12,5	27,8	16,7	39,6	3,5
Cataluña	21,3	22,1	6,6	46,0	4,0
Extremadura	3,4	46,0	12,6	35,6	2,3
Galicia	15,6	25,3	5,2	51,3	2,6
La Rioja	26,9	23,9	3,0	38,8	7,5
Madrid	24,1	20,6	4,4	48,2	2,6
Murcia	20,0	22,4	2,4	45,9	9,4
Navarra	17,4	26,1	2,9	49,3	4,3
País Vasco	24,4	22,8	6,3	43,3	3,1
Valencia	18,7	32,6	4,3	43,9	0,5

Fuente: CIS, Barómetro Sanitario 2000.

Tabla 6. Preferencias de las población en torno a la financiación de los cuidados de larga duración

rían mermados. La sostenibilidad de un sistema de financiación pública de la dependencia dependerá sustancialmente del mantenimiento de esquemas de participación en el coste. Es previsible que un seguro de dependencia privado pueda tener un papel complementario para aquellos individuos cuya prueba de medio dé lugar a co-pagos elevados. No

obstante, además de un desarrollo normativo, la extensión de los seguros privados demanda una fiscalidad complementaria así como el establecimiento de un sistema de evaluación de dependencias que de momento cuenta con escaso desarrollo.

El coste de la financiación de la dependencia es una preocupación para las cla-

ses medias, que no pueden solicitar ayuda pública sometida a prueba de medios y no tienen suficientes recursos para hacer frente al coste de la financiación por sí mismas. Dado que la población parece presentar una cierta miopía cuando se trata de la compra de un seguro de dependencia en edades tempranas (la compra acostumbra a realizarse a edades cercanas a los 60 años, y la prima del seguro de dependencia es elevada) a menudo, cuando percibe la necesidad de compra de un seguro de dependencia ésta ya no es una opción atractiva por su elevado coste como por su beneficio percibido. En el marco de la indefinición de la cobertura pública, es esperable que el seguro privado se presente como *un instrumento de compra esperada infrecuente*⁹. En efecto, la compra de un seguro involucra importantes costes de información para el consumidor y costes de administración elevados para el asegurador. Por otra parte la existencia de una prestación pública y la indefinición de la cobertura pública son una limitación al diseño de un seguro privado. Existen problemas de diseño a resolver, por ejemplo, la posibilidad de recuperar parte de las primas en ausencia de dependencia.

Las cuestiones que plantea la financiación pública de la dependencia abren el debate sobre los límites de la responsa-

bilidad del estado en la protección social. Se trata de delimitar si el seguro de dependencia (ya sea público o privado) es un instrumento para garantizar la atención personal a los colectivos afectados, o por el contrario un instrumento al servicio de una redistribución intergeneracional de recursos en donde los principales beneficiados son los hijos al recibir una herencia más cuantiosa¹⁴. No obstante, no todos aquellos que utilizan prestaciones de larga duración mueren como consecuencia directa de la dependencia, y aunque este fuera el caso algunos trabajos sugieren que de alguna manera el seguro sanitario también protege de la pérdida de riqueza derivada de una enfermedad aguda grave, que en el caso de muerte conlleva la transmisión de la propiedad a los herederos¹⁵. Ello dependerá del diseño de la póliza de dependencia que a su vez estará limitada por la regulación específica ya sea estatal o autonómica.

Entre las opciones que se contemplan destaca una financiación íntegramente pública (responsabilidad pública), mediante presupuestos o contribuciones contributivas. En el otro extremo está que sea un seguro completamente privado o bien se financie mediante instrumentos financieros similares (responsabilidad privada). Si bien es más probable

que se opte por una tercera opción que acostumbra a denominarse un modelo mixto, donde se garantiza el control público de la asistencia y la financiación pública tiene objetivos de equidad si bien no más allá de lo necesario para eliminar la neutralidad de la financiación. De hecho, la tardanza del Ejecutivo en dar vía libre al nuevo seguro, que ya se planteó en la Ley de Presupuestos de 1999, parece estar motivada en lograr un acuerdo con el sector asegurador, ya que al fin y al cabo sería el que comercializara en la práctica el producto. En lo que parecen estar de acuerdo todas las partes implicadas, y también las organizaciones de discapacitados, es que un producto así debe conllevar una serie de ventajas fiscales que lo incentiven entre los ciudadanos.

Una cobertura pública generalizada, como es el caso de los países escandinavos puede traer consigo una reducción del peso del sector privado. De la experiencia alemana puede afirmarse que existe un papel para el seguro privado complementario. Dadas las diferencias regionales significativas en sus preferencias sobre la financiación y la provisión de cuidados, ello apunta a que no sería eficiente el diseño de un modelo único de financiación, y que debería ser suficientemente abierto y flexible para que

todos puedan financiar y utilizar el sistema de provisión preferido. Es muy probable que de desarrollarse un sistema de protección pública de la dependencia, ello lleve como consecuencia la sustitución de ayuda informal a servicios formales.

Por otra parte una forma de incentivar el mercado del seguro de dependencia es asociarlo a otros instrumentos ya existentes, tales como planes de pensiones, seguros de vida y seguros sanitarios. En EE.UU. en 1996, 15 compañías comercializaban este tipo de productos, y está documentado que cerca de un 7% de las pólizas de vida incorporaban una extensión para cubrir la dependencia¹⁶. Se predica que esta combinación reduciría el problema de selección adversa ya que la dependencia puede ser tratada como una contingencia adicional al retirado, como una extensión de la cobertura a enfermedades crónicas o como una extensión del seguro por causa de vida (en dependencia). No obstante, para poder desarrollar estos instrumentos es necesario el desarrollo de unos mecanismos institucionales que ofrezcan información así como una regulación específica inexistente hasta el momento. Junto con la regulación resulta relevante la instrumentalización de programas de información en relación con la dependencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Casado D. Relaciones entre niveles asistenciales: Coordinación Sociosanitaria: En: Coordinación e Incentivos en Sanidad, XXI Jornadas Asociación de Economía de la Salud. Oviedo: AES, 2001; 201-15.
3. Casado D, López Casanovas G. Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Colección Estudios Sociales. 2001; 6. Fundació La Caixa.
3. CIS Encuesta sobre la soledad de las personas mayores. CIS (Centro de Estudios Sociológicos) 1998. Disponible en: www.cis.es.
4. Pickard L. Trends in and projection for informal Care. European Study of Long-Term Care. Brussels: European Commission, 2003.
5. Comas A, Costa-Font J, Gori C, di Maio A, Patxot C, Pickard L, et al. European Study of Long Term care Expenditure. Report to the European Commission. Employment and Social Affairs DG & PSSRU Discussion Paper 1840, 2003.
6. Manton K. Changing concepts of morbidity and mortality in the elderly population. The Milbank Quarterly 1982;60:183-244.
7. McCall N, Rice T, Sangl J. Consumer Knowledge of Medicare and Supplemental Health Insurance Benefits. Health Service Research 1986;20: 633-57.
8. Costa J, Patxor C. Financing long-term care in Spain. Berlin: Working Paper ENERPI, 2003 (updated).
9. Costa J, Rovira J. El seguro de dependencia en España: una estimación de la disponibilidad a pagar. Fundació Salut, Empresa i Economia 2001.
10. Jacobzone S. Ageing and care for frail elderly persons: an overview of international perspectives. OECD: Labour market and Social. Occasional papers n.º 38. Paris: OCDE, 1999.
11. Kane RL, Kane R, Ladd RC, Veazie WN. Variation in state spending for long term care: factors associated with more balanced systems. Journal of Health Policy, Politics and Law 1998;23:363-89.
12. Lutzky S, Alexih L. Enabling informed consumer choice in long-term care insurance market. Journal of Ageing and Social Policy 1999;10: 27-44.
13. Rodríguez Cabrero G. El problema de la dependencia: conceptualización y debates. En La protección social de la dependencia. Madrid: IM-SERSO, 1999.

- 14.** Rivlin AM, Weiner JM. Caring for the disabled elderly: who will pay? Washington D.C: The Brookings institution, 1988.
- 15.** Feder J. Improving financing for long-term care: the political challenge. *Journal of Ageing & Social policy* 1999;10(3):1-6.
- 16.** Chen Y. Finding long-term care, Paper presented at Retirement Implications of Demographic and Family Change Symposium, San Francisco: 2002.

