

Focus

Octubre 2012

El seguro de
dependencia

SCOR
Global Life



Índice

Prólogo	7
1 • Definición de prestación en seguros privados de dependencia	8
1.1 Dependencia severa y moderada	8
1.2 Rentas anuales / reembolso de gastos	9
1.3 Período de carencia / franquicia	9
2 • Seguros privados y públicos de dependencia: comparación internacional	10
2.1 Francia	10
2.1.1 Sistema de protección social	10
2.1.2 Cobertura privada del seguro	12
2.1.3 Un mercado en continua evolución	13
2.1.4 Valoración y control de riesgos	15
2.2 Estados Unidos	15
2.2.1 Evolución demográfica	16
2.2.2 Principal causa de pérdida de patrimonio entre las personas mayores	17
2.2.3 Prestaciones públicas por dependencia	17
2.2.4 Alianzas público-privadas: buenas intenciones pero resultados limitados hasta la fecha	18
2.2.5 Cobertura privada de dependencia: problemas de tarificación en productos antiguos	19
2.2.6 Seguros privados de dependencia: no hay dos contratos iguales	19
2.2.7 Últimas innovaciones: los productos mixtos	20
2.2.8 Unas pinceladas sobre los seguros colectivos de dependencia	21
2.2.9 Perspectivas futuras	21
2.3 Alemania	22
2.3.1 Seguro obligatorio de dependencia	22
2.3.2 Seguro privado (complementario) de dependencia	25
2.3.3 Distribución de seguros de dependencia	26
2.4 España	27
2.4.1 Estudio de la definición española de dependencia	28
2.4.2 Comparación entre la definición española y la francesa	29
2.4.3 El producto asegurador	30
2.4.4 Distribución	30
2.5 Otros países europeos	31
2.5.1 Suiza	31
2.5.2 Italia	35
2.5.3 Inglaterra y Gales	35

Índice

2.6 Israel	37
2.6.1 Reservas para enfermedad	37
2.6.2 Instituto Nacional de Seguros	38
2.6.3 Regulación de los seguros	38
2.6.4 Seguro privado	39
2.6.5 Reforma del seguro privado	40
2.7 Singapur	40
2.7.1 Contexto	40
2.7.2 Reforma de ElderShield y licitación pública	41
2.7.3 ElderShield – Situación actual	42
2.8 Japón	44
3 • Causas de la dependencia y consecuencias sociales	45
3.1 Estadísticas de causas de siniestros	45
3.2 Demencia	46
3.2.1 Mini examen del estado mental (MMSE)	46
3.3 Tasa de rechazo	46
3.4 Riesgos psicosociales relacionados con la dependencia	46
3.4.1 Costes ocultos de los cuidados informales	46
3.4.2 Impacto en la salud de los «cuidadores informales»	47
3.4.3 Acción preventiva	48
Conclusión	49

Prólogo

El creciente número de personas mayores en la población de los países industrializados occidentales ha aumentado la concienciación de los riesgos y necesidades de cuidados de larga duración, directamente relacionados con el incremento de la esperanza de vida. Las personas que no pueden vivir de forma autónoma dependen de la ayuda de los demás en su vida cotidiana. Esta necesidad de asistencia se refiere a actividades básicas que pueden ir desde desplazarse, hacer la compra, preparar la comida y realizar las demás tareas domésticas, hasta lavarse y comer en los casos más graves. Los cuidados de larga duración tienen un coste que supera a menudo los ingresos de la persona que los necesita, y puede acabar muy rápidamente con su patrimonio y ahorros.

El seguro de dependencia paga los servicios que permiten a una persona vivir de forma autónoma o en un centro especializado, si pierde la capacidad para realizar las actividades básicas de la vida. Las prestaciones se abonan en caso de necesidad parcial o total de cuidados de larga duración por parte de la persona asegurada. En este sentido, es comparable con el seguro de invalidez (seguro de incapacidad laboral). Sin embargo, el siniestro y el período de pago de las prestaciones difieren sustancialmente en función del mercado y del producto.

El seguro de dependencia es relativamente nuevo en comparación con seguros clásicos como los de vida y rentas. Aunque los primeros contratos privados aparecieron en algunos mercados en los años 70, su introducción definitiva en casi todos los mercados sólo se produjo tras varios años (en algunos casos, décadas) de comercialización. En el sector público, los Gobiernos nacionales reaccionaron de manera muy variada frente a las crecientes necesidades de cuidados de larga duración. Respondieron con una gran variedad de sistemas de financiación. En general, los sistemas de salud suelen ser sistemas mixtos, que combinan una financiación pública con algún elemento de financiación privada. La mayoría de los sistemas, aunque no todos, incluyen un seguro (obligatorio) de enfermedad, y casi todos estos programas están de alguna manera financiados directamente por impuestos generales.

Este número de Focus tiene como objetivo presentar a sus lectores la situación actual de los seguros públicos y privados de dependencia en algunos países. También abordará los aspectos básicos del diseño del producto.



1

Definición de prestación en seguros privados de dependencia

Basta con comparar los diferentes términos relativos a los seguros de dependencia para observar que las definiciones de siniestro pueden variar mucho en función del mercado y del producto. Las aseguradoras de dependencia suelen referirse a las llamadas actividades de la vida diaria (AVD)¹, que permiten evaluar la capacidad o la incapacidad de una persona para vivir de forma autónoma. Para ello, se basan en las actividades específicas que realiza la persona asegurada en la vida diaria. Según el mercado, se tiene en cuenta un número de cuatro a seis AVD.

En Estados Unidos, el mayor mercado de seguros de dependencia del mundo, se usan los seis siguientes AVD para valorar la autonomía de las personas:

- Comer
- Lavarse
- Vestirse
- Ir al lavabo
- Movilidad
- Continencia

En la mayoría de los mercados europeos, especialmente en Francia, las compañías de seguros de dependencia valoran la autonomía de las personas según cuatro AVDs:

- Lavarse
- Vestirse
- Comer por sí mismo
- Movilidad (levantarse y acostarse)

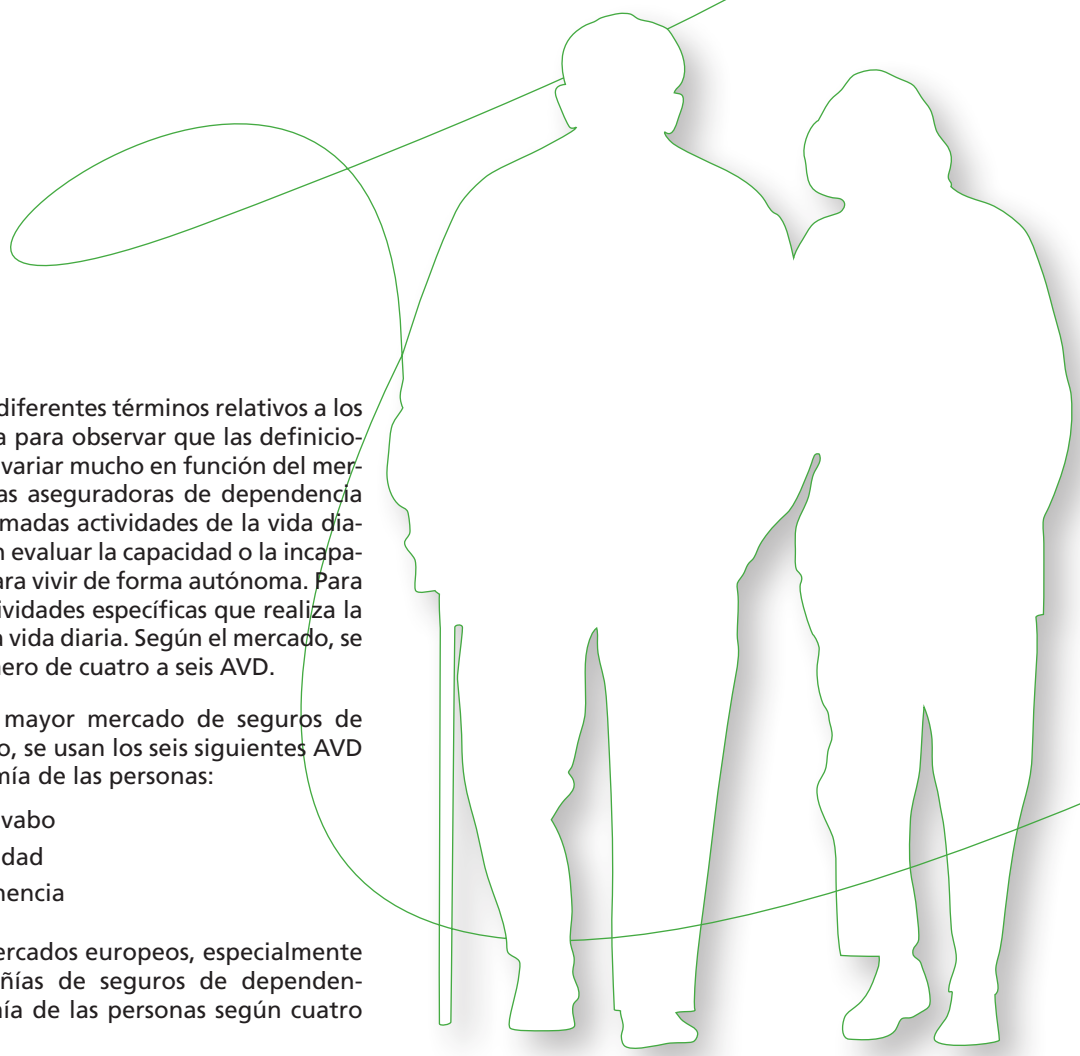
Además de las definiciones utilizadas por las compañías de seguros en materia de dependencia, varios baremos han sido establecidos, en muchos casos por los sistemas públicos de seguridad social. En este documento se usan las llamadas «actividades instrumentales de la vida diaria» (AIVD)², que se refieren principalmente a las actividades domésticas o las habilidades sociales.

Entre las AIVD figuran en particular:

- Llamar por teléfono
- Gestionar el dinero
- Hacer la compra
- Usar los transportes públicos
- Tomar sus medicamentos

1 • Índice AVD de Sidney Katz.

2 • Definición de AIVD de Lawton.



1-1

Dependencia severa y moderada

La mayoría de los proveedores de seguros de dependencia hacen una distinción entre dos grados de dependencia:

- Dependencia severa (total)
- Dependencia moderada (parcial)

El pago de las prestaciones depende de la clase de siniestro. En caso de dependencia moderada, muchos productos ofrecen únicamente un porcentaje definido de la prestación, y en caso de dependencia severa, pagan la prestación en su totalidad.

En las condiciones de la mayoría de las pólizas, se considera una dependencia moderada cuando la persona asegurada no puede realizar la mitad de las AVD enumeradas (dos de cuatro AVD o tres de seis AVD, respectivamente). Se puede considerar una dependencia severa cuando la persona asegurada no puede realizar al menos tres de cuatro AVD o cinco de seis AVD, respectivamente).

La demencia ocupa una posición singular en la definición del siniestro, ya que la persona afectada necesita cuidados permanentes, aunque no sufre necesariamente la pérdida de una o varias AVD. Por consiguiente, la mayoría de los seguros de dependencia incluyen una cláusula especial relativa al inicio de la demencia (por ejemplo, enfermedad de Alzheimer), que se evalúa entonces como una dependencia severa.

1-2

Rentas vitalicias / reembolso de gastos

Una característica esencial del seguro de vida básico es que se paga una prestación fija cuando la persona asegurada fallece. En consecuencia, las prestaciones no están expuestas al riesgo de aumento de los gastos.

En cambio, no se puede saber por adelantado el importe de los gastos de dependencia. Dado que influyen la mortalidad y la morbilidad (es decir, el estado de salud y la longevidad del asegurado), es relativamente difícil tarificar el seguro de dependencia. Una solución utilizada por las compañías de seguros de vida que ofrecen seguros de dependencia es centrarse en la llamada prestación a largo plazo, como si fuera una renta. En los casos en que la persona asegurada necesita cuidados de larga duración (según las condiciones de la póliza), la aseguradora paga una prestación a largo plazo fija durante un período fijo o durante toda la vida del asegurado, sean cuales sean los gastos reales de los cuidados necesarios para la persona asegurada.

Para la aseguradora de dependencia, este método reduce la inflación de los gastos relativos al siniestro y permite la previsibilidad de los gastos y los ingresos. Para el tomador, garantiza el cobro de las prestaciones y el importe de las primas, puesto que el aumento de los gastos relativos al siniestro no afecta al importe de las prestaciones.

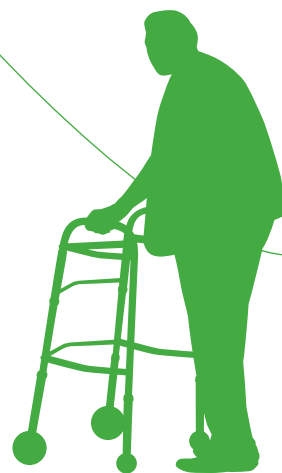
1-3

Período de carencia / franquicia

El período de eliminación suele corresponder al período de tiempo fijado para que el riesgo cubierto se materialice.

Por ejemplo en los seguros de dependencia franceses, el período de carencia condicionado es una característica importante de los productos. En caso de enfermedad, el período de carencia es de un año a partir del inicio del período de seguro, es decir, si la necesidad de cuidados de larga duración se produce durante el primer año, las aseguradoras quedan exentas del pago de las prestaciones. Sin embargo, en caso de necesidad de cuidados relacionada con un accidente, no hay ningún período de carencia, y las prestaciones se pagan inmediatamente. En caso de necesidad de cuidados relacionada con la demencia, el período de carencia es mucho más largo. En la mayoría de los casos, se aplica un período de tres años para contrarrestar la antiselección.

La franquicia corresponde al plazo que transcurre a partir del inicio de un siniestro. Durante este período, aunque se acepte el siniestro, la aseguradora no pagará ninguna prestación; pagará una vez vencido el plazo, si el siniestro sigue vigente. El período suele ser de tres meses, pero puede alcanzar los seis o doce meses.



2

Seguros privados y públicos de dependencia: comparación internacional

2-1

Francia

2-1-1

Sistema de protección social

2-1-1-1

La PSD (Prestation spécifique de dépendance) 1997-2002

En los años 90, las cuestiones relativas a la financiación de los cuidados de larga duración para las personas mayores llevaron al Gobierno francés a establecer un sistema específico para cubrir estas prestaciones. Introducida en los años 70, la ACTP (Allocation compensatrice pour tierce personne), era una prestación económica para las personas con grado de discapacidad superior al 80%, que necesitaban ayuda por parte de terceras personas. No estaba sujeto a un límite de edad. Esta prestación estaba inicialmente dirigida a personas discapacitadas, pero con el envejecimiento de la población, acabó pagándose principalmente a personas mayores, provocando un incremento sustancial del número de beneficiarios y, por lo tanto, del gasto.

Por consiguiente, en 1997 el Gobierno creó la PSD (Prestation spécifique de dépendance), que consistía en:

- Una prestación dirigida a personas de más de 60 años (que ya no tenían derecho a la ACTP).
- Una prestación en función del nivel de autonomía del beneficiario evaluado mediante una sola escala, llamada AGGIR (véase más abajo).
- Una prestación sólo para los casos más severos de dependencia (GIR 1 a 3).
- La introducción de un sistema de recuperación en el patrimonio del beneficiario, que tenía la ventaja de limitar el gasto público, pero también un efecto disuasivo para los beneficiarios potenciales, muchos de los cuales querían dejar una herencia, aunque modesta, a sus hijos.
- Un nivel de prestaciones fijado a nivel local (departamental), lo que llevaba a disparidades regionales.

2-1-1-2

La APA (Allocation personnalisée d'autonomie) desde 2002

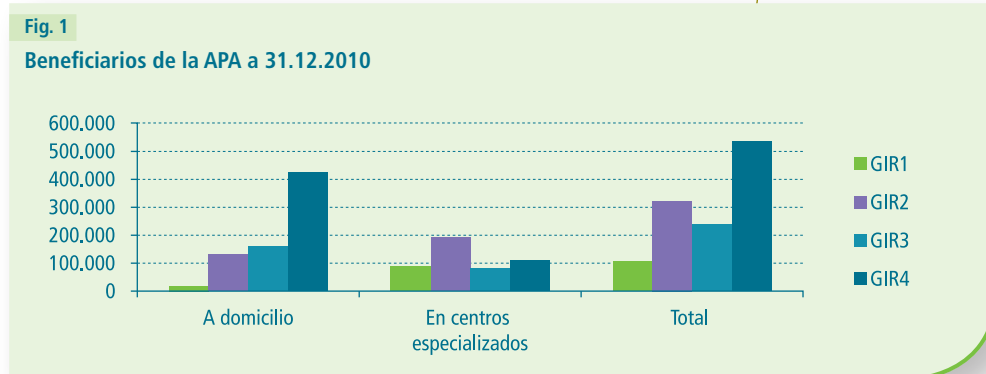
Para limitar los inconvenientes de la PSD, en 2002 se introdujo la APA (Allocation personnalisée d'autonomie).

Esta nueva versión del sistema permite, entre otras cosas:

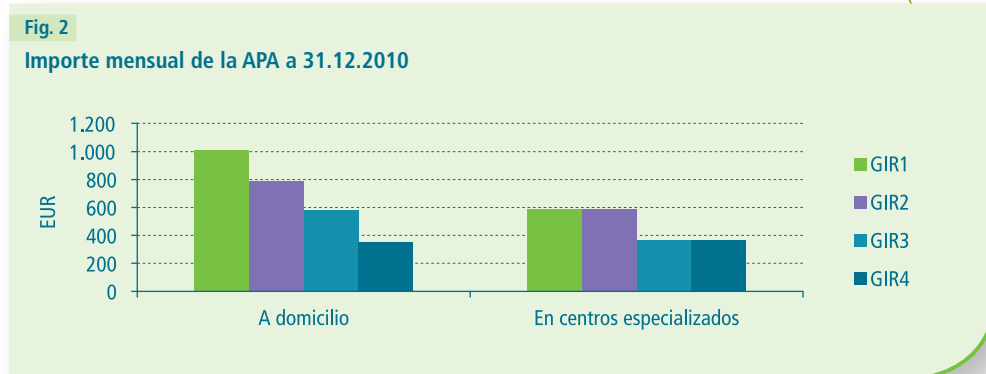
- Una prestación para algunos estados de dependencia parcial (GIR4), que ha llevado a la expansión del número de los beneficiarios potenciales.
- El abandono del concepto de recuperación con la herencia.
- La utilización de una escala nacional de prestaciones.



En diciembre de 2010³, el número de beneficiarios era de 1,2 millones, desglosado de la siguiente manera:



La prestación mensual media pagada a 31.12.2010 era de 495 EUR. La prestación mensual efectiva pagada bajaba a 372 EUR después de la deducción de una posible contribución económica en función de los recursos de la persona (sistema de copago). Evidentemente, cuanto mayor sea el nivel de dependencia, más alta será la prestación.



2-1-1-3

Y en la actualidad...

El creciente coste de este sistema y el incremento del número de beneficiarios potenciales han llevado al Gobierno a reconsiderar totalmente la estructura de las prestaciones sociales para las personas mayores. El objetivo ahora es proporcionar una ayuda suficiente para cubrir los gastos de los cuidados de los últimos días de vida y, al mismo tiempo, garantizar la financiación de estas prestaciones sin abandonar el principio de solidaridad.

Asimismo conviene recordar que a pesar del avance que la PSD y la APA indudablemente suponen, puede que las

personas dependientes tengan que contribuir sustancialmente a sus gastos. Si tenemos en cuenta el hecho de que la pensión mensual media es de aproximadamente 1.200 EUR y los gastos de los cuidados de una persona dependiente pueden fácilmente superar los 2.000 EUR mensuales (e incluso los 3.000 EUR, en casos extremos), queda claro que sigue existiendo un problema de cobertura de estas necesidades.

En la fecha de redacción de esta publicación, parece poco probable que esta reforma, largo tiempo aplazada, se lleve a cabo antes de las próximas elecciones presidenciales. Cabe señalar que se ha realizado un trabajo considerable durante el proceso de consulta y elaboración del estado de la situación. Se presentaron cuatro informes al Ministerio de Solidaridad y Cohesión Social, en junio de 2011.

³ • Fuente: DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), Résultats de l'enquête trimestrielle sur l'APA au 31 décembre 2010 – Statistiques au 4^e trimestre 2010, N.º 1-2011.

2-1-2

Cobertura privada de seguro

2-1-2-1

Panorama del mercado de seguros de dependencia: cifras clave

El mercado de seguros de dependencia representa 500 millones EUR anuales en primas para una población de más de 5,5 millones de tomadores. Las primas recaudadas se dividen casi a partes iguales entre compañías privadas de seguros⁴ (55% del total) y mutuas de seguros⁵ (45% del total), aunque el 75% de los asegurados tienen un contrato con una mutua. Al mismo tiempo, existe un predominio de las primas relacionadas con productos individuales (75%), mientras que la mayoría de los asegurados están cubiertos por contratos colectivos (75%).

2-1-2-2

Las aseguradoras privadas distribuyen principalmente coberturas individuales

La mayoría de las coberturas individuales son ofrecidas por compañías de seguros. Con el aumento en el canal bancaseguro, los bancos se han convertido en el principal canal de distribución, especialmente para los productos más recientes. El volumen anual de primas asciende a 300 millones EUR, y 22 compañías ofrecen actualmente 40 contratos. El mercado está altamente concentrado; el 70% de los tomadores de seguros y de

las primas recaudadas están en manos de apenas cinco compañías.

Con la excepción de un 10% de asegurados con contrato colectivo obligatorio (14 millones EUR de primas o un 5% del total), casi todos los asegurados tienen un contrato individual. La prima anual media por cabeza es de 345 EUR (para la dependencia total) en el caso de un contrato individual, y de 70 EUR por cobertura en el caso de un contrato colectivo. Las prestaciones pagadas ascendieron a 113 millones EUR en 2009.

2-1-2-3

Diferentes modelos de desarrollo en la economía social

Con unos 3,6 millones de tomadores de seguros, el sector de las mutuas cubre al mayor número de personas. Es de señalar que se trata en gran medida de contratos colectivos que cubren a funcionarios (75% de las primas), aunque una parte más reducida pero significativa de los 123 millones EUR recaudados por las organizaciones sujetas al Código de Mutuas son contratos individuales (31 millones EUR).

Por su parte, las primas recaudadas por las instituciones de previsión representan 117 millones EUR y 600.000 tomadores de seguros. Los contratos ofrecidos son principalmente contratos individuales, y sólo un 10% de las primas (12 millones EUR) procede de contratos colectivos suscritos por empresas para sus empleados. Por último, cabe señalar que el sector está muy concentrado, dado que el actor más importante recauda más del 50% de las primas.

Fig. 3

Cartera al final de 2010 (primas)⁶

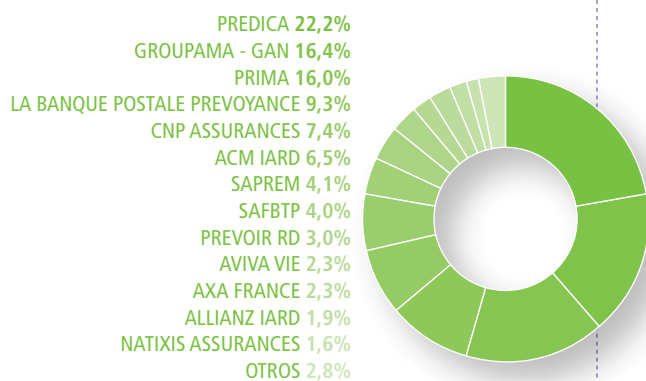
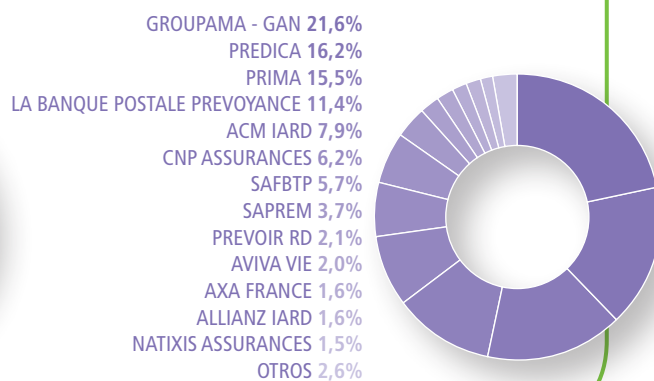


Fig. 4

Cartera al final de 2010 (asegurados)⁷



4 • La frontera entre las compañías de seguros sujetas al Código francés de seguros y las aseguradoras de la economía social puede ser borrosa, ya que las compañías afiliadas a la Federación Francesa de Sociedades de Seguros (Société française des sociétés d'assurance - FFSA) pueden estar controladas por mutuas o grupos controlados conjuntamente, por ejemplo.

5 • Mutualidades y organismos de previsión.

6 • Fuente: FFSA-GEMA, Les contrats d'assurance dépendance en 2010 – Aspects quantitatifs et qualitatifs, abril de 2010.

7 • Fuente: FFSA-GEMA, Les contrats d'assurance dépendance en 2010 – Aspects quantitatifs et qualitatifs, abril de 2010.

2-1-3

Un mercado en continua evolución

Las ofertas de seguros de dependencia se han diversificado mucho desde el lanzamiento de los primeros productos. Ha habido varias generaciones de productos:

- **Años 1980 – Primera generación**

Contratos principalmente individuales de prima constante (generalmente garantizado contractualmente), que sólo cubrían la dependencia total en forma de renta vitalicia basada en AVDs. La edad máxima de ingreso era de 70 años.

- **Años 1990 – Segunda generación**

Aparición de prestaciones para la adquisición de equipos y cobertura de dependencia parcial. La edad máxima de ingreso solía ser de 75 años. Introducción de la escala AGGIR para definir el grado de dependencia (muchas veces combinada con las AVD). Lanzamiento de los primeros contratos colectivos y los servicios de asistencia.

- **Años 2000 – Tercera generación**

Multiplicación del número de prestaciones complementarias (prestaciones por cuidados o descanso temporal del cuidador, prestaciones en caso de fractura, de fallecimiento del cuidador...). Desarrollo de las ofertas de grupo.

2-1-3-1

Definiciones y productos

Amplia variedad de productos y ofertas

Tal como hemos visto, los productos ahora disponibles son mucho más amplios e incluso complicados. Paradójicamente, esta sofisticación ha sido generalmente una respuesta a las dificultades de comercialización encontradas. En efecto, la decisión de suscribir un seguro sigue siendo un paso difícil de dar para muchas personas, por razones a la vez psicológicas (temor al envejecimiento, naturaleza aleatoria de las prestaciones) y económicas (coste a veces alto). Mas que enumerar las garantías disponibles, indicaremos más abajo los principios básicos de cada tipo de cobertura ofrecida.

Estructura de la prima y condiciones del seguro

Hoy en día, coexisten dos grandes familias de productos en el mercado francés: los llamados productos «de prima vitalicia constante» y los productos «de prima de riesgo».

Productos de prima vitalicia constante

El asegurado está cubierto durante toda la vida a cambio del pago de una prima que se mantendrá constante en el tiempo, y podrá eventualmente beneficiarse de una cobertura parcial si cesa el pago de las primas tras un período mínimo de seguro de ocho años (tipo de cobertura ofrecida desde 2000). Aunque la prima pagada por el asegurado se fija en la fecha de ingreso, es revisable

anualmente según los resultados técnicos del contrato ponderados por la evolución del riesgo de dependencia.

La prima del primer año suele ser más alta que para los productos de prima de riesgo, ya que parte de la prima pagada al inicio del contrato servirá para cubrir el riesgo en los años futuros, cuando la prima anual constante será inferior al coste real del año.

Productos de prima de riesgo

Son generalmente contratos de mutuas regulados en los que los beneficiarios suelen estar cubiertos mientras tienen la cobertura de salud ofrecida por su seguro complementario de salud. Si dejan de pertenecer a la mutua, la cobertura cesa, aunque hayan pagado primas durante varios años. La prima pagada por el asegurado es revisable anualmente según la demografía del grupo y los resultados técnicos del contrato. Si se rescinde el contrato, sólo las rentas ya pagadas continuarán pagándose. A veces es posible optar por el mantenimiento de la cobertura, sin examen médico ni período de carencia.

La prima suele ser más baja que para los productos de prima vitalicia constante, ya que la prima pagada cubre únicamente el riesgo de ocurrencia para el año en curso. El contrato se rige por el principio de mutualización intergeneracional.

2-1-3-2

Diferentes planteamientos de la definición de dependencia

Existen dos métodos principales para evaluar la dependencia, las actividades de la vida diaria (AVD) y los grupos Iso-recursos (IRG). En algunos casos pueden combinarse ambos métodos.

Actividades de la vida diaria (AVD)

La dependencia se valora en función del número de actividades de la vida diaria para las que se necesita permanente e irrevocablemente la ayuda de una tercera persona.

Las definiciones comúnmente utilizadas se basan en cuatro, cinco o seis AVD:

- Lavarse
- Andar
- Vestirse
- Comer
- Continencia
- Desplazarse (de la cama a la silla)

Este método se completa a menudo con una prueba para determinar en qué medida el grado de dependencia se debe a causas neuropsiquiátricas (mini examen del estado mental de Folstein, por ejemplo).

Un ejemplo de una definición de dependencia total podría ser el siguiente: «no se realizan tres de las cinco actividades de la vida diaria» (3AVD5). Según el número de actividades utilizadas, podrían aplicarse otras definiciones: 3AVD4, 4AVD6, 4AVD5 ó 5AVD6. Para la dependencia parcial, las

definiciones podrían ser las siguientes: 2AVD6, 2AVD5, 2AVD4 ó 3AVD6.

Grupos Iso-recursos

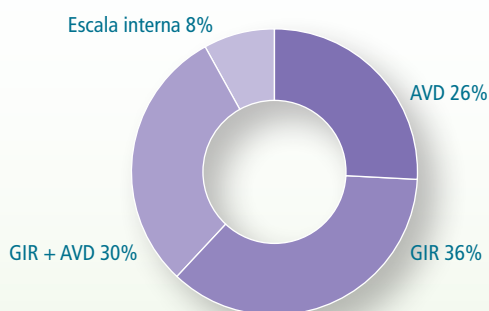
Introducido con la creación de la PSD, este sistema permite valorar la dependencia en función de las necesidades de ayuda. Cada persona entra en una categoría GIR (Grupo Iso-recursos) según su grado de dependencia. Existen seis GIR:

- **GIR1** Personas postradas en la cama o en la silla, han perdido autonomía mental, física, locomotora y social, y necesitan ayuda y cuidados permanentes.
- **GIR2** Personas postradas en la cama o en la silla, que no han perdido todas sus funciones cognitivas, pero necesitan ayuda para la mayoría de las actividades de la vida diaria, o que han perdido sus funciones cognitivas pero aún pueden desplazarse.
- **GIR3** Personas que mantienen sus funciones cognitivas y parte de su capacidad para desplazarse, pero necesitan ayuda, en algunos casos varias veces al día, para las funciones corporales.
- **GIR4** Personas que necesitan ayuda para levantarse, pero una vez de pie, pueden desplazarse por su casa; necesitan ayuda para lavarse y vestirse.
- **GIR5** Personas que pueden desplazarse sin ayuda por su casa, pero necesitan ayuda ocasional para lavarse, preparar la comida y llevar la casa.
- **GIR6** Personas que pueden realizar las actividades de la vida diaria de forma autónoma.

Relación GIR-AVD

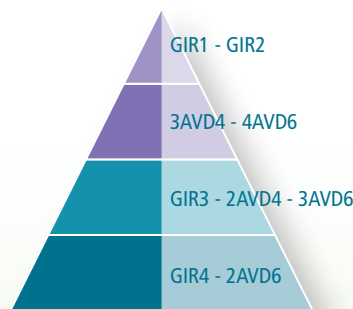
Los métodos GIR y AVD se combinan muy a menudo, aunque algunas coberturas sólo se refieren a la escala AGGIR, y a veces a otros métodos de valoración.

Fig. 5



No siempre es posible establecer una relación perfecta entre los dos métodos para valorar la dependencia. Sin embargo, podemos considerar la clasificación que se muestra más abajo como una guía (las formas más leves aparecen en la base de la pirámide y las más graves en la punta).

Fig. 6



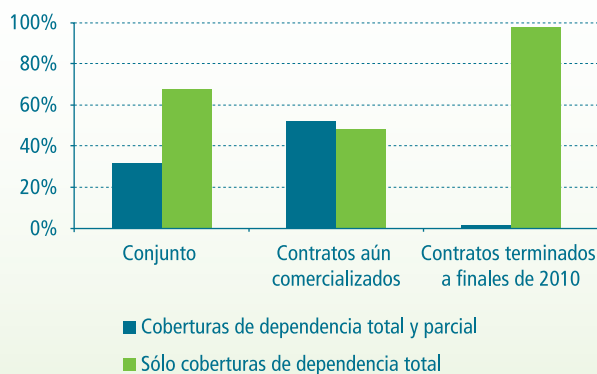
Dependencia total, dependencia parcial y cobertura complementaria

Inicialmente, sólo se ofrecía la cobertura total de dependencia. Progresivamente, para dar más contenido a la cobertura y transmitir un mensaje menos angustiante a la hora de vender el producto, empezó a aparecer la cobertura parcial.

Hoy, la mayoría de los productos de última generación que existen en el mercado incluyen una cobertura principal (renta vitalicia por dependencia total, pagada mensualmente) y una cobertura complementaria (renta por dependencia parcial, comprendida entre el 30% y el 66% de la renta por dependencia total).

Fig. 7

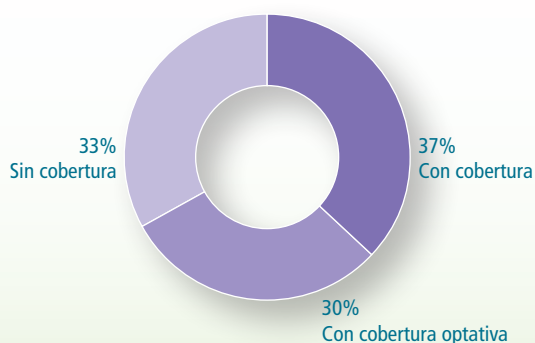
Tipos de asegurados



Estas prestaciones en forma de renta a veces se complementan con una cantidad aleatoria para cubrir equipos médicos, servicios ofrecidos por las compañías de asistencia, y una gama de prestaciones optativas.

Fig. 8

Contratos con prestaciones para equipos



Las opciones ofrecidas incluyen, entre otras cosas, prestaciones para el cuidador, por descanso temporal del cuidador, por fractura, por fallecimiento del cuidador, etc.

2-1-4

Valoración y control de riesgos

Debido a la duración del compromiso y la naturaleza del riesgo, es necesario establecer un sistema de valoración y control de riesgos, que en muchos casos incluirá:

- **Períodos de carencia (con devolución de primas):** frecuentes en los contratos individuales, ausentes en la mayoría de los contratos colectivos. Los períodos de carencia que se suelen observar son los siguientes: un año por enfermedad, y tres años por demencia y otras enfermedades neurodegenerativas. Estos períodos de eliminación permiten reducir la antiselección y los límites de la selección médica.
- **Franquicias:** generalmente en los contratos individuales y a veces en los contratos colectivos. Su objetivo es evitar pagar prestaciones en casos de dependencia a corto plazo, ya que éstos contribuyen sustancialmente al coste de la cobertura. Los períodos de carencia suelen ser de 90 días, salvo para los accidentes (períodos de eliminación absoluta o relativa).
- **Límites de edad de entrada:** no suelen exceder de 75 años. Más allá de esta edad, el riesgo es mayor y el importe de la prima tiene un efecto disuasivo. Además, con el aumento de la edad, la selección médica es muy delicada y el riesgo de rechazo de la cobertura es mucho más alto.

8 • <http://www.cms.gov/NationalHealthExpendData>

- **Selección médica:** se aplica a todos los contratos individuales, y a veces también a contratos colectivos, cuando el número de asegurados es reducido.

El precio está directamente relacionado con la existencia de un período de carencia o de franquicia y el nivel de selección médica. Las tendencias recientes parecen mostrar que la selección médica está evolucionando, flexibilizándose en algunos casos.

2-2

Estados Unidos

Los servicios públicos como Medicare y Medicaid siguen siendo los principales proveedores del seguro de dependencia a largo plazo, ya que financiaron aproximadamente 63 centavos de cada dólar desembolsado en 2010⁸. En comparación, los proveedores privados (con unos siete millones de tomadores de seguros) aportaron 8 centavos.

Durante los últimos treinta años, las aseguradoras privadas han ofrecido productos para ayudar a los jubilados a prepararse para los cuidados que dos tercios de ellos necesitarán en su vida. Sin embargo, los seguros de dependencia han resultado difíciles de valorar coherentemente y de administrar eficazmente. Muchos clientes encuentran el precio disuasorio, ya que les parece alto, pues no son conscientes o simplemente no quieren afrontar la alta probabilidad de que sean inválidos a una edad avanzada. Otros confían en las prestaciones públicas, sin saber o sin haber comprobado la cobertura limitada ofrecida por Medicare, o las condiciones económicas que deben reunir para poder beneficiarse de Medicaid.

Pero hay alguna buena noticia: las aseguradoras tienen ahora acceso a los datos y las herramientas para comprender los riesgos mucho mejor que antes, y las recientes innovaciones que combinan seguros de dependencia y seguros de vida pueden marcar un cambio muy esperado en un mercado fundamental. Sin embargo, si las ventas de las nuevas combinaciones de seguros dependencia/vida sólo atraen al segmento de consumidores con mayor poder adquisitivo, las oportunidades de mercado podrían ser limitadas.

Abordaremos varios temas que afectan al mercado de seguros de dependencia en Estados Unidos:

- **Cambio demográfico**

En las dos próximas décadas, una ola generacional de decenas de millones de estadounidenses entrarán en un período de su vida con alto riesgo de discapacidad. Dos tercios de estas personas mayores quedarán crónicamente incapacitadas antes de fallecer.

- **Presiones sobre las prestaciones públicas por dependencia**

Medicaid nunca fue creado para ser el principal proveedor de seguros de dependencia en el que se ha convertido. Se ejercen presiones para que el programa reduzca

Fig. 9

Necesidad de seguros de dependencia en el mercado estadounidense: mucho más amplia que la capacidad combinada de los sectores público y privado (en millones de personas)

Edad	Población total	Necesidad probable de cuidados de larga duración ⁽¹⁾	Necesidad de cuidados de larga duración, admisible en Medicaid (baja) ⁽²⁾	Necesidad de cuidados de larga duración, admisible en Medicaid (alta) ⁽²⁾	Tamaño estimado del mercado privado de seguros de dependencia (bajo) ⁽³⁾	Tamaño estimado del mercado privado de seguros de dependencia (alto) ⁽³⁾	Número estimado de tomadores de seguros privados de dependencia ⁽⁴⁾
0 a 64 años	267,8	16,0	5,1	6,4	5,3	6,7	2,6
65 años y más	40,1	27,3	8,7	10,9	9,0	11,4	4,4
Total	307,9	43,3	13,9	17,3	14,3	18,2	7,0

De acuerdo con estimaciones conservadoras, el mercado privado de seguros de dependencia en Estados Unidos podría registrar un aumento del número de tomadores de seguros comprendido entre 7 y 11 millones, alcanzando al menos el doble de los niveles actuales.

Fuentes: <http://www.census.gov/population/www/projections/files/nation/summary/NP2009-T2-C.xls>, The Henry J. Kaiser Foundation. Long-Term Care: Medicaid's role and challenges [Publication #2172]. Washington, DC: Author, 1999, LIMRA 2010 Group Versus Individual Products Survey.

Supuestos

(1) el 63% de los titulares de una póliza de dependencia tienen 65 años o más, el 68% de las personas de 65 años y más necesitarán un Seguro de dependencia: ésta es una estimación conservadora en base a las necesidades de la población en general (refleja el efecto de la selección médica en el seguro de dependencia) • (2) entre el 32 y el 40% de todas las personas de 65 años y más podrán beneficiarse de la cobertura de dependencia de Medicaid (rango de medida disponible) • (3) entre el 50 y el 55% de las personas que no tengan derecho a Medicaid representan el Mercado potencial de dependencia (lo que nos da un objetivo dentro del 52% estimado de empresarios que suscriben pólizas colectivas de dependencia) • (4) el 63% de los titulares de un póliza de dependencia tienen 65 años o más.

sus gastos en un momento en que el número de jubilados se está disparando. La diferencia entre los gastos y las prestaciones continuará solventándose mediante otras fuentes, incluidos los seguros privados de dependencia.

• **Acuerdo público-privado**

Las aseguradoras y los Gobiernos han intentado asociarse para fomentar la participación del consumidor en el mercado privado de seguros de dependencia, pero hasta ahora estos intentos no han dado resultado.

• **Problemas de tarificación en productos antiguos**

Hace treinta años, las aseguradoras vieron una oportunidad de vender seguros privados de dependencia pura. Las ventas fueron inicialmente fuertes, llegando a su máximo en los años 80. Sin embargo, en esa época las aseguradoras se dieron cuenta de que estaban subestimando los riesgos. Desde entonces, algunas compañías empezaron a reducir las ventas, limitar las prestaciones, subir los precios y, más recientemente, salir del mercado.

• **Innovaciones prometedoras**

En los últimos años se han introducido productos que combinan coberturas de dependencia y de vida. Estas ofertas están experimentando un fuerte crecimiento de ventas, que eclipsan las ventas de los seguros antiguos de dependencia pura.

9 • Beyond 50.2003: A Report to the Nation on Independent Living and Disability, 2003, 11 de enero de 2005.

10 • Rogers, S., & H. Komisar. Who needs Long-Term Care? Fact Sheet, Long-Term Care Financing Project. Washington, DC: Georgetown University Press, 2003.

2-2-1

Evolución demográfica

En el transcurso de las dos próximas décadas, se jubilarán las generaciones nacidas después de la Segunda Guerra Mundial (entre 1945 y 1964). Según las proyecciones de 2009 de la Oficina del Censo de los Estados Unidos (US Census Bureau), la población de 65 años y más pasará de 40,1 millones en 2010 a 54,3 millones en 2020 y alcanzará 70,8 millones en 2030.

«Este año, unos nueve millones de hombres y mujeres de más de 65 años necesitarán cuidados de larga duración», indican en la Web de Medicare. Sin embargo, esto sólo mide el volumen de prestaciones de este año. El número de personas que necesitarán cuidados de larga duración en un futuro próximo es mucho más alto. Según la American Association of Retired Persons, «la probabilidad de discapacidad para al menos dos actividades de la vida diaria o de deterioro cognitivo es del 68%» para las personas de 65 años y más⁹. En base a este porcentaje, unos 23 millones de personas mayores de entre 65 y 85 años podrían necesitar una asistencia a largo plazo en el futuro. Unos 8 millones de personas mayores reúnen los requisitos para beneficiarse de Medicare y Medicaid, por lo que quedarían unos 15 millones para el sector privado.

Sin embargo, las personas mayores no representan la totalidad, sino sólo el 63% del mercado de seguros de dependencia¹⁰. Unos 8 millones de personas de 64 años

Fig. 10

Coste anualizado de los cuidados a largo plazo realizados a domicilio por grupos de discapacidad (coste en USD del año 2000)

Edad	Discapacidad reducida o moderada	AVD sólo	DC sólo	AVD y DC	Coste medio
Hombres					
65+	20.562	41.795	13.502	39.801	37.287
75+	20.809	43.483	16.985	39.180	37.916
85+	25.756	44.819	13.667	38.884	38.841
95+	21.471	45.571	No disponible	39.431	40.023
Mujeres					
65+	25.641	41.047	24.890	49.819	43.842
75+	24.610	41.900	26.955	50.352	44.705
85+	25.084	43.729	28.681	52.276	47.042
95+	21.894	48.218	33.108	56.824	52.148

Según los datos de 1984-2007, los costes medios de los cuidados son más caros a edades mayores debido principalmente a la mayor probabilidad de discapacidad severa, y existe una diferencia significativa en los costes según el sexo.

Fuente: Society of Actuaries National Long-Term Care Survey data 1984-1994 • <http://www.soa.org/files/pdf/news-healthcare-stallard.pdf>

y menos corren un riesgo de discapacidad, aunque al ser más jóvenes, suelen estar cubiertas por contratos colectivos de seguros de dependencia.

A partir de los datos de la American Association of Long-Term Care Insurance, un analista¹¹ ha evaluado que el número potencial de seguros de LTC en el mercado privado será de entre 15 y 18 millones de personas. Este número crecerá con la aumento de población de jubilados.

2-2-2

Principal causa de pérdida de patrimonio entre las personas mayores

Según la encuesta sobre el coste de los cuidados de larga duración realizada por Genworth en 2011¹², el siniestro de dependencia dura un promedio de tres años, con posibilidad de duraciones mucho más largas (entre cinco y ocho años para la mayoría de los casos de Alzheimer). Según la clase de cuidados recibidos, el coste puede ir de un valor medio de 39.135 USD anuales para una ayuda en la vida diaria, a un máximo de 77.745 USD anuales para una habitación privada en un centro especializado.

Dado que el empleado medio de 55 años y más tiene 50.000 USD de ahorros (véase Employee Benefit Research Institute, 2011 Retirement Confidence Survey), un siniestro de dependencia no asegurado representa un desastre financiero. «El gasto relacionado con una enfermedad

crónica es la principal causa de pérdida de patrimonio entre los estadounidenses mayores», según el Dr. Robert Pokorski, Jefe de estrategia médica en The Hartford¹³. La persona mayor discapacitada puede agotar rápidamente sus ahorros, verse obligada a vender sus activos y pedir ayuda de sus familiares, algunos de los cuales echarán mano de sus propios ahorros de jubilación, reducirán su horario laboral o incluso dejarán su trabajo para cuidar a su ser querido, lo que ocasiona pérdidas potenciales de ahorros por valor de cientos de miles de dólares.

El coste económico de estos cuidados informales, en gastos e ingresos perdidos, es de decenas de miles de millones de dólares anuales.

2-2-3

Prestaciones públicas por dependencia

2-2-3-1

Medicare

Medicare fue inicialmente creado como un sistema de financiación para cubrir las necesidades de cuidados sanitarios de los beneficiarios de la Seguridad Social. Nunca fue diseñado para ser un programa de seguro

11 • Alan Schmitz.

12 • http://www.genworth.com/content/products/long_term_care/long_term_care/cost_of_care.html

13 • LOMA Resource, septiembre de 2011.

de dependencia. Los requisitos para obtener una ayuda pueden ser muy particulares y en muchos casos Medicare no cubrirá todos los gastos de dependencia. A pesar de todo, ofrece prestaciones en varios casos de cuidados médicos en un plazo relativamente corto.

Los cuidados en centros especializados, de una duración máxima de 100 días y en determinadas situaciones, representan la cobertura de cuidados de larga duración más visible de Medicare. Los beneficiarios deben necesitar atención profesional diaria (siete días a la semana de cuidados de enfermería o cinco días a la semana de cuidados de rehabilitación). Además, el beneficiario debe haber estado hospitalizado durante al menos tres días en los treinta días anteriores a la admisión en un centro especializado certificado por Medicare, y abonar un copago diario (133 USD en 2009) desde el 21º al 100º día de cuidados. Después, Medicare ya no paga ninguna prestación por los cuidados en centro especializado¹⁴. El coste medio diario por cuidados en centros especializados semiprivados es de 192 USD (Genworth). Por lo tanto, no sólo el importe del copago es alto, sino que en caso de necesidad de cuidados tras el 100º día, la persona tendrá que sufragar la totalidad de los gastos.

Medicare también cubre las prestaciones sanitarias de los beneficiarios a domicilio con necesidad demostrada de cuidados de enfermería o servicios de terapia por intermitentes o a tiempo parcial. En estas situaciones, cuando se cumplen los criterios, no se requiere copago y no se limita el número de visitas cubiertas. Asimismo existen prestaciones para pagar determinados equipos médicos de uso domiciliario, como andadores, bastones, sillas de ruedas y sillas inodoros, que pueden ayudar a las personas dependientes. El programa también cubre los cuidados terminales, incluyendo los cuidados prestados por médicos, enfermeros, terapeutas y auxiliares sanitarios a domicilio, para personas cuya esperanza de vida es inferior a seis meses.

2-2-3-2

Medicaid

Diseñado inicialmente para ayudar a las personas sin recursos o con recursos bajos, Medicaid se ha convertido en el principal proveedor de servicios de dependencia en Estados Unidos. Según los datos del Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales para 2010, Medicaid sufraga aproximadamente el 33% de los gastos de dependencia, mientras que Medicare paga el 30%, las demás fuentes públicas representan una parte más reducida, y los proveedores privados aportan el 8% en coberturas colectivas e individuales. «Medicaid financia actualmente casi

el 34% de los cuidados sanitarios a domicilio y el 43% de los gastos en centros especializados del país», así como una amplia gama de otros servicios relacionados con la dependencia, lo que constituye un total de 106.400 millones USD¹⁵.

Las condiciones de recursos de Medicaid varían según los Estados. Los beneficiarios de la prestación complementaria Supplemental Security Income (SSI) suelen ser automáticamente elegibles. Las demás personas con patrimonio e ingresos limitados pueden tener derecho a Medicaid en determinadas condiciones. Medicaid examina elementos del patrimonio como las cuentas de ahorro para determinar la elegibilidad, pero la vivienda, el coche y los muebles del domicilio no suelen entrar en el cálculo. En algunos Estados, la persona puede ser elegible por Medicaid si cumple las condiciones de recursos, una vez deducidos de sus ingresos y patrimonio sus gastos en centros especializados y otros cuidados sanitarios. Esto se llama «Medicaid spend-down». Generalmente, los Estados también autorizan a los residentes en centros especializados cubiertos por Medicaid a conservar 2.000 USD de patrimonio e ingresos de 30 USD mensuales aproximadamente¹⁶.

Los gastos de Medicaid deberían de incrementarse muy rápidamente en las próximas décadas. Se prevé que el número de nuevos jubilados ocasione un aumento del 7,5% anual de los beneficiarios de Medicaid a finales de la década, más que duplicando los niveles estimados para 2010¹⁷. De aquí a 2030, los Estados gastarán en general el 35% de su presupuesto de explotación en Medicaid, del cual la mitad se dedicará a los cuidados de larga duración. Los Estados ya están luchando para encontrar oportunidades de reducción de costes. Algunos han empezado a limitar la financiación de los cuidados comunitarios y domiciliarios, a pesar de su coste sustancialmente más bajo que los cuidados institucionales¹⁸.

2-2-4

Alianzas público-privadas: buenas intenciones pero resultados limitados hasta la fecha

Los responsables políticos, los proveedores de cuidados y los investigadores universitarios colaboran regularmente, conduciendo la investigación y compartiendo conocimientos sobre dependencia. Las aseguradoras privadas y los Gobiernos también han intentado asociarse con el fin de fomentar la participación de los clientes con ingresos bajos o medios en el mercado privado de seguros de dependencia. En efecto, los Estados quieren reducir la presión en sus presupuestos Medicaid y las compañías tienen interés en impulsar las ventas. Ambos desean promover la inclusión de los seguros de dependencia en la planificación financiera a largo plazo en los consumidores.

Para alcanzar estos objetivos, en 2005 se introdujeron programas estatales de alianza en materia de seguros

14 • Kaiser Family Foundation, http://www.kff.org/medicare/7067/med_longterm.cfm

15 • Deloitte, Issue Brief, 2010.

16 • Kaiser Family Foundation.

17 • Truffer CJ, Keehen S, et al, *Health Affairs*, 29(3): 522-5292008.

18 • Deloitte.

y, en particular de dependencia («Partnership LTCI Programs»), que ofrecían ventajas fiscales y protección de activos, con el fin de reducir la tendencia a gastar su patrimonio para luego beneficiarse de Medicaid. El programa atrajo un número sorprendente de solicitantes con altos ingresos y no consiguió invertir el descenso a largo plazo de las ventas de los nuevos seguros de dependencia en Class Act.

2-2-5

Cobertura privada de dependencia: problemas de tarificación en productos antiguos

Cuando en los años 80 se introdujeron los seguros de dependencia en el mercado estadounidense, no existía ninguna experiencia anterior sobre el producto, por lo que las aseguradoras examinaron los productos que les parecían similares, como los seguros de vida y salud. Los primeros contratos eran de dependencia pura y cubrían sólo los gastos de cuidados de larga duración. Los consumidores pronto se dieron cuenta de que los precios de los seguros de dependencia eran muy atractivos respecto a las prestaciones ofrecidas: durante los primeros años la curva de crecimiento de ventas fue constante.

Sin embargo, en los años 90, la experiencia demostró que muchas de las hipótesis de riesgo en materia de dependencia habían sido demasiado optimistas; el primer signo apareció cuando las tasas de cancelación de contratos resultaron mucho más bajas de lo previsto. En el período 1984-1999, las tasas de cancelación de los seguros individuales de dependencia eran dos veces menores a las tasas de cancelación de los seguros individuales de vida (5% frente al 10% en el segundo año del contrato), y las líneas de los dos productos convergían hacia una tasa de cancelación del 4% al décimo año. Según este modelo, las aseguradoras que habían supuesto tasas de cancelación iguales a las de los seguros de vida para tarificar estos productos se enfrentaron a un número de siniestros aproximadamente un 30% superior a lo previsto (en número de pólizas).

Los tipos de interés fueron objeto de otra serie de hipótesis que dieron quebraderos de cabeza a los diseñadores de productos de dependencia. A finales de los años 80, los tipos de interés bajaron más o menos a la mitad de los niveles vigentes a principios de la década. Para los diseñadores de productos de dependencia de la época, los tipos del 7% en los bonos del Tesoro de Estados Unidos a 10 años eran históricamente bajos. Pero como se demostró en las décadas posteriores, los rendimientos podían bajar y, de hecho, bajaron mucho más, de forma que en septiembre de 2011, las nuevas emisiones de bonos del Tesoro a 10 años tenían un rendimiento inferior al 2%. Si los rendimientos de la cartera media eran del 5% y no del 7% en los contratos más antiguos a 20 años, los rendimientos de la inversión podrían ser un 30% inferiores a las previsiones en la duración del total de las pólizas.

Más que el riesgo de cancelación y de tipo de interés, la tarificación del seguro de dependencia consiste en evaluar con precisión las probabilidades de que un número de tomadores más alto de lo previsto declare un siniestro y de que la duración de los cuidados sea más larga de la prevista. Como para otros productos, las aseguradoras subestimaron el aumento de la esperanza de vida: en los últimos treinta años, se ha observado una mejora continua y rápida de la longevidad en edades más altas.

Con la experiencia de los productos, las aseguradoras empezaron a adaptar sus ofertas y a subir los precios. El número de tomadores de seguros retrocedió. Algunas aseguradoras dejaron el mercado. En algunos casos en los que los reguladores lo autorizaron, las aseguradoras subieron los precios de las pólizas en vigor. La tendencia continua a la baja de las ventas de contratos individuales se sigue observando actualmente. Además, aunque todavía más de 100 compañías venden seguros de dependencia, el mercado se ha concentrado; dos tercios de las ventas de nueva producción están dominadas por cinco compañías.

2-2-6

Seguros privados de dependencia: no hay dos contratos iguales

El reembolso de los gastos en los contratos privados de dependencia complementa el pago de las prestaciones en el marco de Medicare, Medicaid y demás programas públicos. La necesidad de comprobar el pago de las prestaciones de los programas federales y estatales representa una carga de trabajo importante en la administración de los contratos, pero si no lo realizan, las aseguradoras corren el riesgo de reembolsar al cliente una parte de los gastos de cuidados ya cubierta por Medicare y Medicaid.

La cobertura de seguro de cuidados de larga duración puede variar sustancialmente. Algunos contratos pueden cubrir únicamente los cuidados en centros especializados. Otros pueden incluir la cobertura de toda una gama de servicios como los cuidados en centros de día para adultos, la ayuda diaria, los equipos médicos, así como los cuidados a domicilio formales e informales. La mayoría de los tomadores de seguros individuales de dependencia compran su cobertura a los 40 ó 50 años, cuando su estado de salud aún es bueno y las primas son más bajas. Sin embargo, el seguro de dependencia puede comprarse a edades avanzadas. Los contratos tienen un precio medio de 1.800 USD anuales para una cobertura total de cuatro años cuando se suscriben a la edad de 65 años, y de 5.900 USD cuando se suscriben a los 79 años. Sin embargo, las personas ya con Alzheimer u otra enfermedad grave pueden verse en la incapacidad de suscribir una póliza, sea cual sea el precio.

Los altos precios constituyen la principal objeción planteada a la hora de suscribir un seguro de dependencia.

Sin embargo, existen numerosas formas de estructurar el contrato para que los precios sean más atractivos. Por ejemplo, las pólizas pueden prever períodos de franquicia, durante los cuales los tomadores de seguros deberán pagar sus cuidados: cuanto más largo sea el período de franquicia, más baja será la prima. Los consumidores también pueden elegir la duración de las prestaciones en número de años. Una cobertura vitalicia es muy cara, pero un período de cuatro años de prestaciones será mucho más barato y cubrirá el 90% de los siniestros por dependencia.

Asimismo se puede especificar un nivel de cobertura según un importe diario. Dado que puede ser difícil determinar el coste real de la cobertura con muchos años de antelación, la mayoría de las aseguradoras proponen cláusulas de protección contra la inflación para seguir el aumento del coste de los cuidados de larga duración, pero esta opción puede ser muy cara. Una encuesta realizada por Bankers World en 2009 mostró que una cláusula de protección contra la inflación en un contrato individual suscrito por una persona sola de 60 años, que prevé un período de prestaciones de tres años y un período de carencia de 90 días, incrementaba la prima media de 714 a 1.707 USD.

En la mayoría de los planes de seguro de dependencia, los tomadores pueden beneficiarse de alguna cobertura cuando ya no pueden realizar entre dos y seis actividades de la vida diaria, si están discapacitados para otras actividades. Las prestaciones diarias (gastos de dependencia) varían entre 40 y 350 USD para la duración de la cobertura especificada en la póliza (dos años, cinco años o vitalicia). Si el tomador reúne los requisitos para percibir las prestaciones, el contrato seguirá vigente sin pago de primas. En el caso de contratos para una pareja, se concederá un descuento.

Por último, la mayoría de los contratos de seguro de dependencia ofrecen determinadas ventajas fiscales: se llaman Tax-Qualified o TQ. Según la edad, el tomador de seguro puede deducir algunas o todas las primas de su contrato TQ en concepto de gastos médicos en su declaración de renta federal. Además, los pagos recibidos en el marco de un contrato TQ no suelen estar sujetos al impuesto federal¹⁹.

2-2-7

Últimas innovaciones: los productos mixtos

El contrato individual, tal como se acaba de describir, no constituye una oferta sencilla. Es difícil de negociar, tarifificar y administrar. Los riesgos son complejos y difíciles de controlar. Además, hasta los años 2000 no existían datos históricos fiables para comprender la mortalidad y la morbilidad a edades muy avanzadas. Hoy en día, las aseguradoras conocen mucho mejor los riesgos subyacentes. Algunas se han cansado y, en el marco de las

medidas de reducción del riesgo adoptadas después de 2008, han abandonado el mercado o han subido los precios hasta niveles disuasorios. Otras, viendo una oportunidad, han diseñado dos nuevas modalidades de prestaciones por dependencia, relacionándolas con seguros de vida individuales.

Los productos mixtos linked-benefit existen desde hace varios años, pero no empezaron a despegar antes de 2009. La primera razón fue la sencillez del nuevo diseño: la prestación por dependencia se suele vender como un complementario liberado de la prestación por fallecimiento, dando prioridad a la suscripción de mortalidad, y dado que la exposición en dólares estaba limitada por la aseguradora, la mayor parte de la incertidumbre relativa a los siniestros en los contratos de dependencia pura quedaba excluida. De esta forma, la combinación dependencia/vida representa un riesgo más fácil de evaluar y, por lo tanto, resulta más económicamente atractiva para los consumidores.

Los productos con cláusula de adelanto de las prestaciones siempre han estado disponibles en los casos de enfermedad terminal, pero el éxito del diseño del producto de dependencia/vida ha animado a algunas aseguradoras a explorar las posibilidades de extender esta opción clásica a los contratos individuales de vida para cubrir los gastos de dependencia. Al contrario del producto combinado linked-benefit, la cláusula de adelanto por dependencia es una prima adicional pagada en el marco del contrato básico. El importe que se puede pagar por enfermedad terminal, enfermedad grave o enfermedad crónica se limita al volumen de la prestación por fallecimiento, y se reduce a cero o a un importe residual fijo para poder pagar alguna prestación por fallecimiento a los beneficiarios. Estos tipos de contratos tienden a venderse con un importe nominal superior al de las combinaciones de seguros de dependencia/vida: los compradores suelen tener mayor edad y más poder adquisitivo, aunque los compradores más jóvenes están mostrando ahora más interés en los productos con cláusula de adelanto.

¿Qué resultados han tenido estos nuevos seguros frente a los seguros de dependencia pura? En 2010, las nuevas primas en contratos de dependencia pura alcanzaban 524 millones USD, lo que representó un aumento del 13% respecto al año anterior. Por el contrario, las ventas de todos los productos mixtos (productos linked-benefit y productos con cláusula de aceleración) ascendían a 813 millones USD en 2009, y aumentaron un 57% llegando a 1.280 millones USD en 2010. En número de pólizas, un 45% de las ventas se referían a productos linked-benefit, y un 55% a productos con cláusula de adelanto (fuente: LIMRA).

19 • <http://www.medicare.gov/LongTermCare/Static/LTCInsurance.asp?dest=NAV%7CPaying%7CPrivateInsurance#TabTop>

20 • LIMRA Group Versus Individual Products Report 2011.

2-2-8

Unas pinceladas sobre los seguros colectivos de dependencia

Los seguros colectivos de dependencia en Estados Unidos sólo representan el 19% de las primas en vigor. Hasta ahora su número nunca se ha aproximado al de los seguros individuales de dependencia. Sin embargo, en términos de vidas aseguradas, se han convertido en un segmento muy importante del mercado. El 34% de las personas aseguradas tienen un seguro de dependencia por medio de pólizas colectivas, sea a través de una empresa o una asociación. En términos de nuevo negocio, las pólizas colectivas son aún más importantes ya que el 44% de los nuevos tomadores de seguro suscribieron una cobertura colectiva en 2010.

El aumento de los seguros colectivos de dependencia se debe en primer lugar la venta de nuevas pólizas colectivas a empresas y en segundo lugar a la expansión de las pólizas colectivas ya existentes. La extensión de las prestaciones y el aumento de las pólizas de asociaciones han contribuido a ello en menor medida. 2009 fue comprensiblemente un año malo, ya que pocas compañías crearon nuevos establecimientos o ampliaron sus plantillas con el inicio de la crisis financiera. Las ventas de contratos colectivos se han reanudado en los dos últimos años: aunque las ventas de seguros de dependencia disminuyeron hasta mediados de 2011, terminaron el año con un aumento del 16%. Este crecimiento se debe a la duplicación de las ventas (+109%) de contratos colectivos de dependencia a nuevos adherentes a pólizas de empresas existentes. Al igual que los contratos individuales de dependencia, los contratos colectivos de dependencia están muy

concentrados. Cinco aseguradoras reúnen el 93% del mercado en términos de nuevas primas. Una fuerte disminución de las ventas de una de estas compañías podría tener un impacto importante en las cifras del sector.

A pesar de la crisis, las ventas de contratos colectivos de dependencia en la última década muestran un aumento modesto pero constante. Las empresas están interesadas en suscribir seguros colectivos. Más de la mitad (52%) de las empresas consultadas en la encuesta de LIMRA 2011 indicaron que contemplaban proponer un seguro de dependencia a sus empleados²⁰. Asimismo, a los consumidores les gusta la comodidad de suscribir un seguro por medio de su empresa con primas relativamente bajas respecto a una cobertura individual y, para algunos trabajadores, es la oportunidad de suscribir un seguro de dependencia que, de lo contrario, no sería asequible.

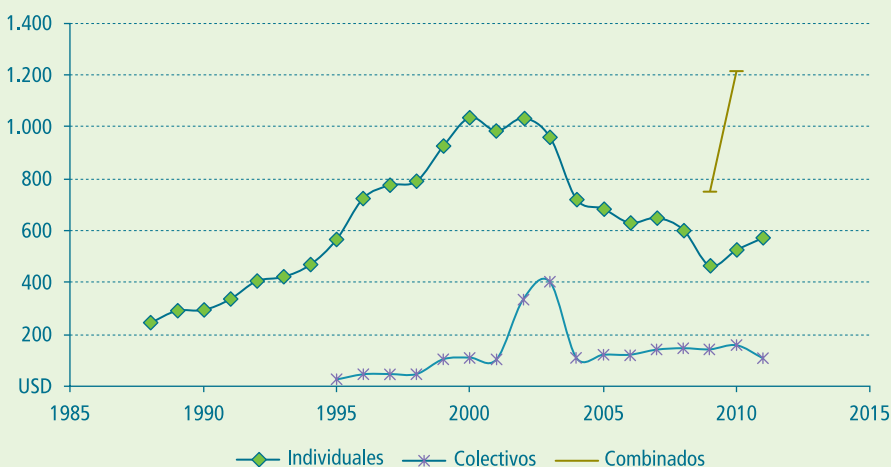
2-2-9

Perspectivas futuras

Como se ha mencionado anteriormente, la comercialización de coberturas colectivas de dependencia presenta desafíos, pero las perspectivas son buenas. ¿Qué hay de la cobertura individual? El número de ventas de seguros mixtos es muy superior al de las emisiones de nuevas primas de dependencia pura, ¿pero seguirá siendo así? Además, las ventas de seguros mixtos tienen un largo camino que recorrer para superar los 8.900 millones USD anuales de primas en vigor en los seguros de dependencia pura. La mala tarificación de los contratos antiguos representa un lastre importante en los rendimientos de muchas aseguradoras.

Fig. 11

Nuevas primas en seguros de dependencia: individuales, colectivos y mixtos
(en millones de USD)



En 2010, se vendieron 235.000 contratos individuales de dependencia por 525 millones USD en nuevas primas. Ese mismo año, se vendieron 26.000 productos mixtos con cobertura de dependencia por 1.200 millones USD en nuevas primas, es decir unas 20 veces más por póliza.

Algunas compañías han elegido limitar sus pérdidas en el segmento y abandonar el mercado. Otras han decidido continuar.

Los nuevos productos mixtos son el medio más sencillo de ofrecer la tan necesaria cobertura de dependencia y se basan ante todo en la experiencia de mortalidad de la aseguradora de vida. Si bien la era del seguro vitalicio de dependencia ha llegado a su fin para muchas aseguradoras, las últimas innovaciones tienen mucho éxito entre algunos consumidores.

La cuestión sigue siendo la siguiente: estos seguros combinados, principalmente vendidos a consumidores de alto poder adquisitivo, ¿pueden adaptarse a mercados de masa formados por clientes de ingresos medios? Si tal fuera el caso, entonces el mercado de seguros individuales de dependencia en Estados Unidos podría experimentar un renacimiento.

2-3

Alemania

El mercado alemán de seguros de dependencia está determinado por el sistema obligatorio de seguro de dependencia (5º pilar de la seguridad social), introducido en 1995. Debido a su fuerte presencia (es obligatorio para toda persona con seguro de salud público o privado tener un seguro de dependencia), la demanda de cobertura privada adicional ha sido relativamente baja durante muchos años. Desde que se inició el nuevo debate sobre la viabilidad financiera del seguro público de dependencia, la concienciación pública ha aumentado sustancialmente.

El temor a enfermar y necesitar cuidados a una edad avanzada era el tercer mayor temor (55%) de la mayoría de los alemanes, según la encuesta anual de la compañía de seguros R+V en 2011. Desde entonces se ha convertido en su primera preocupación sobre su bienestar personal.

2-3-1

Seguro obligatorio de dependencia

2-3-1-1

Definición de dependencia en el seguro obligatorio de dependencia

La definición de dependencia y su clasificación en tres niveles ha sido establecida por ley. Si bien el grado de dependencia se determina por su definición (véase más abajo), la clasificación en niveles de dependencia I a III se basa luego en la necesidad de cuidados diarios básicos²¹ y domésticos.

«Necesita cuidados cualquier persona que, debido a su enfermedad o discapacidad física, psicológica o mental necesita ayuda (en mayor o menor medida) para

las actividades normales y regulares de la vida diaria durante al menos seis meses.»

En el espíritu del apartado anterior, las enfermedades o discapacidades son las siguientes:

- Pérdida, parálisis u otro trastorno funcional del sistema músculo-esquelético,
- Trastorno funcional de los órganos internos o sensoriales,
- Trastorno del sistema nervioso central, tal como apatía, confusión, olvido, así como psicosis endógena, neurosis o discapacidad mental.

El seguro obligatorio de dependencia establece tres principales niveles de gravedad:

- **1. Necesidad sustancial de cuidados (nivel I de dependencia)**
La persona necesita ayuda al menos una vez al día para al menos dos actividades en cuidados básicos. La duración de los cuidados es de al menos 1,5 hora al día.
- **2. Fuerte necesidad de cuidados (nivel II de dependencia)**
La persona necesita ayuda para cuidados básicos al menos tres veces al día en diferentes momentos del día. La duración de los cuidados es de al menos 3 horas al día.
- **3. Necesidad severa de cuidados (nivel III de dependencia)**
La persona necesita ayuda para cuidados básicos durante todo el día y toda la noche. La duración de los cuidados es de al menos 5 horas al día.

• **4. Casos graves**
Si la necesidad de cuidados supera el nivel III de dependencia, se clasifica como caso grave.

• **5. Capacidad diaria limitada (nivel 0 de dependencia)**
Las personas que no llegan al nivel I de dependencia, pero que necesitan cuidados debido a una «capacidad diaria limitada» se clasifican en el nivel 0 de dependencia²².

2-3-1-2

Beneficiarios del seguro obligatorio de dependencia público y privado

De acuerdo con el principio según el cual el seguro de dependencia forma parte del sistema general de salud, las personas con seguro público también deben tener una cobertura de dependencia (seguro obligatorio de dependencia) mediante un seguro público de salud con una Ersatzkasse (compañía de seguros sustituta). En consecuencia, las personas con seguro privado²³ deben

21 • Los cuidados básicos incluyen la ayuda para comer, desplazarse y lavarse.

22 • El llamado nivel 0 de dependencia se estableció con la reforma del seguro público de dependencia del 1º de julio de 2008 principalmente para ofrecer prestaciones a los pacientes con demencia, que no cumplieran con las definiciones anteriores de los niveles de dependencia I a III.

23 • En algunas circunstancias, las personas con seguro público pueden cambiar a un seguro privado de salud. Sin embargo, tienen que demostrar que su nivel de ingresos es superior al límite máximo del cálculo de las cotizaciones aplicable al seguro de salud. Si bien las primas del seguro público de salud se determinan en porcentaje de los ingresos, las primas del seguro privado de salud se determinan según la edad y el sexo.

24 • Teniendo en cuenta una contribución personal apropiada.

tener una cobertura contra el riesgo de dependencia con una compañía privada de seguros.

A 31 de diciembre de 2009, se registraban aproximadamente 70 millones de personas aseguradas o coaseguradas por un seguro obligatorio público de salud. Al mismo tiempo, más de 9 millones de personas estaban cubiertas por un seguro obligatorio privado de salud.

2-3-1-3

Prestaciones reguladas en concepto de seguro obligatorio de dependencia

El cuadro que sigue indica las principales prestaciones pagadas por el seguro público de dependencia en vigor desde el 1º de enero de 2010. Las prestaciones figuran

por tipos de cuidados y niveles de dependencia. No se incluyen las medidas previstas para mejorar el entorno del hogar que, sea cual sea el nivel de dependencia, pueden ascender a 2.557 EUR por medida²⁴.

Los gastos para equipos técnicos y demás materiales para la salud serán reembolsados en su totalidad. Sin embargo, en algunas circunstancias, el tomador de seguro deberá abonar un copago del 10% hasta un máximo de 25 EUR por equipo. Los gastos en materiales para la salud serán reembolsados hasta un máximo de 31 EUR mensuales.

De acuerdo con la reforma del sistema de cuidados de salud llevada a cabo en 2008, las prestaciones enumeradas en el cuadro abajo aumentarán a partir del 1º de enero de 2012. Los nuevos importes figuran en el cuadro siguiente:

Fig. 12

Prestaciones del seguro alemán obligatorio de dependencia en 2010

Tipo de cuidados	Frecuencia de pago	Nivel I de dependencia (en EUR)	Nivel II de dependencia (en EUR)	Nivel III de dependencia (casos graves) (en EUR)
Cuidados a domicilio Prestaciones en especie Prestaciones por cuidados	Mensual Mensual	440 225	1.040 430	1.510 (1.918) 685
Cuidados informales Por familiares Por otras personas	Hasta 4 semanas al año	225 1.510	430 1.510	685 1.510
Cuidados a corto plazo Gastos de cuidados	Anual	1.510	1.510	1.510
Cuidados de día y de noche con estancia parcial en centros especializados	Mensual	440	1.040	1.510
Prestaciones adicionales para personas que necesitan ayuda sustancial para cuidados básicos	Anual	2.400	2.400	2.400
Cuidados con estancia completa en centros especializados	Mensual	1.023	1.279	1.510 (1.825)

Fig. 13

Prestaciones del seguro alemán obligatorio de dependencia a partir de 2012

Cuidados a domicilio Prestaciones en especie Prestaciones por cuidados	Mensual Mensual	440 235	1.100 440	1.550 (1.918) 700
Cuidados informales Por familiares Por otras personas	Hasta 4 semanas al año	235 1.550	440 1.550	700 1.550
Cuidados a corto plazo Gastos de cuidados	Anual	1.510	1.550	1.550
Cuidados de día y de noche con estancia parcial en centros especializados	Mensual	440	1.100	1.550
Prestaciones adicionales para personas que necesitan ayuda sustancial para cuidados básicos	Anual	2.400	2.400	2.400
Cuidados con estancia completa en centros especializados	Mensual	1.023	1.279	1.550 (1.918)

2-3-1-4

Beneficiarios del seguro obligatorio de dependencia público y privado

A finales de 2009²⁵, alrededor de 1,6 millones de personas recibían prestaciones por cuidados a domicilio por parte del seguro obligatorio de dependencia. Con alrededor de 1,5 millones de personas, el seguro público obligatorio se lleva la parte del león.

En el mismo período, las prestaciones por cuidados en centros especializados fueron mucho más bajas. A finales de 2009, unas 741.000 personas recibían prestaciones de seguro, de las cuales 39.000 por el seguro privado de dependencia obligatorio.

2-3-1-5

Primas del seguro de dependencia obligatorio

Si bien las primas de los seguros de dependencia obligatorios público y privado no difieren unas de otras, se definen de forma diferente en los dos sistemas.

Desde el 1º de julio de 2008, las primas del seguro público de dependencia están fijadas en el 1,95% de los ingresos brutos (hasta entonces, eran del 1,75%). Los ingresos brutos estimados se basan en los ingresos anuales del asegurado, hasta el límite máximo del cálculo de las cotizaciones²⁶. Las personas sin hijos y de más de 23 años deben pagar una prima adicional²⁷ del 0,25% de los ingresos brutos estimados, por lo que su prima asciende al 2,2%. La contribución de las empresas a las

primas representa el 50% de este importe. No obstante, esta regla no se aplica a la prima adicional en el caso de las personas sin hijos. Como en el seguro básico de salud, los cónyuges y los hijos pueden estar coasegurados sin prima adicional.

El cálculo de las primas por las compañías privadas de seguro obligatorio se basa en métodos actuariales. Sin embargo, la ley limita el nivel de la prima para que los asegurados privados no se encuentren en desventaja. Las empresas también contribuyen en un 50% al pago de las primas.

2-3-1-6

Desarrollo financiero del seguro de dependencia obligatorio público y privado

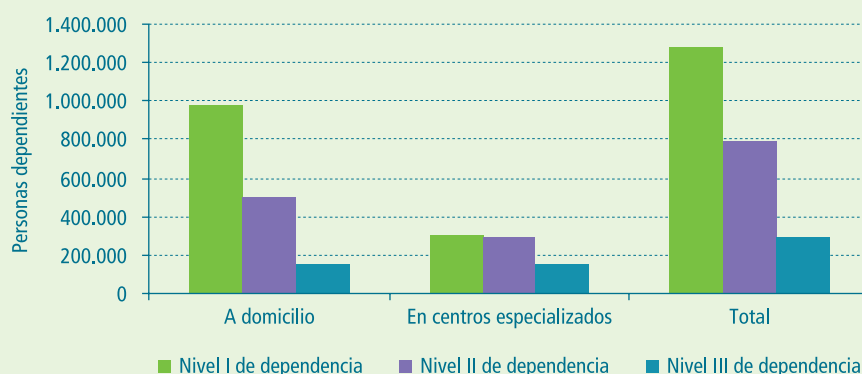
La carga sensiblemente más pesada del seguro de dependencia público obligatorio respecto a su equivalente privado queda claramente reflejada en los resultados anuales.

El aumento significativo del seguro público de dependencia se debe al hecho de que después de la introducción del seguro general obligatorio de dependencia, inicialmente sólo se recaudaron las primas. Los siniestros empezaron a tramitarse y a pagarse después de un año, con objeto de crear una reserva para financiar los siniestros existentes y futuros.

Se produjo una ligera anomalía en 2006 debido a la modificación del método de recaudación introducida en 2006, que supuso el pago de 13 primas mensuales.

Fig. 14

Número de beneficiarios de cuidados a domicilio en Alemania (a finales de 2009)



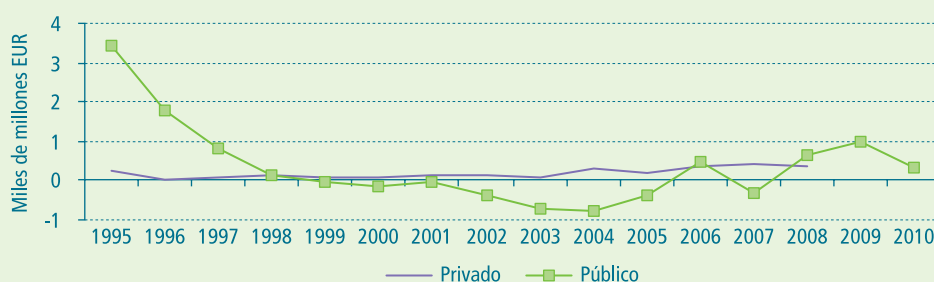
25 • Las cifras de las prestaciones del seguro de dependencia privado obligatorio se refieren al período que se termina el 31.12.2008.

26 • En enero de 2010, el límite máximo del cálculo de las cotizaciones del seguro de dependencia público obligatorio estaba fijado en 45.000 EUR anuales ó 3.750 EUR mensuales respectivamente.

27 • Desde el 1º de enero de 2005, las personas aseguradas que no tienen hijos deben pagar una prima adicional del 0,25%. Se excluyen de esta regla las personas nacidas antes del 1 de enero de 1940 o que no han alcanzado la edad de 23 años. Esta prima adicional es pagada exclusivamente por el asegurado. Las empresas no contribuyen al pago de la misma.

Fig. 15

Comparación de los resultados anuales del seguro de dependencia privado y público (1995 – 2010)



2-3-2

Seguro de dependencia privado (complementario)

2-3-2-1

Gama de productos de las aseguradoras de vida

Además del seguro obligatorio de dependencia y el seguro complementario de dependencia ofrecido por las aseguradoras privadas de salud, el sector de seguros de vida ha establecido productos de seguro de dependencia. El modelo de rentas que se ha instaurado en Alemania para este seguro es el mismo que existe en otros mercados

europeos de seguros de vida. El predominio del seguro público de salud y la confianza en la seguridad económica ofrecida en caso de dependencia han afectado de forma muy negativa las ventas de contratos adicionales, desde principios de los años 2000. Sin embargo, el debate público sobre la financiación futura del seguro de dependencia público y la creciente concienciación de los riesgos de dependencia han generado desde entonces un nuevo aumento de las ventas de seguros de dependencia.

A continuación se presentan las estadísticas de la GDV²⁸ sobre las pólizas nuevas y las pólizas vigentes de las aseguradoras de vida alemanas:

Fig. 16

Aumento de la cartera de seguros privados de dependencia de las compañías de seguros de vida (2002 – 2011)

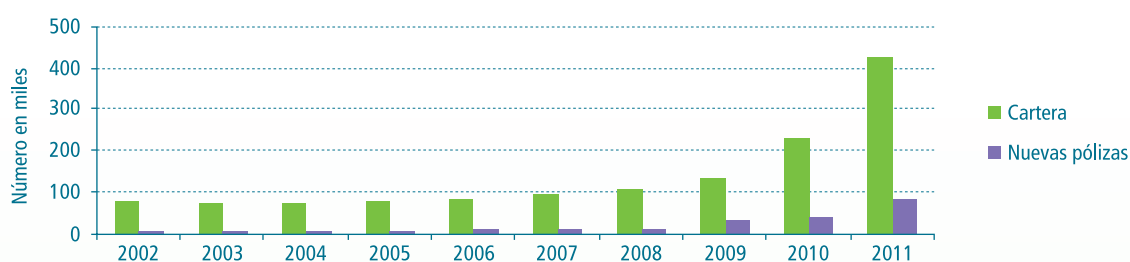
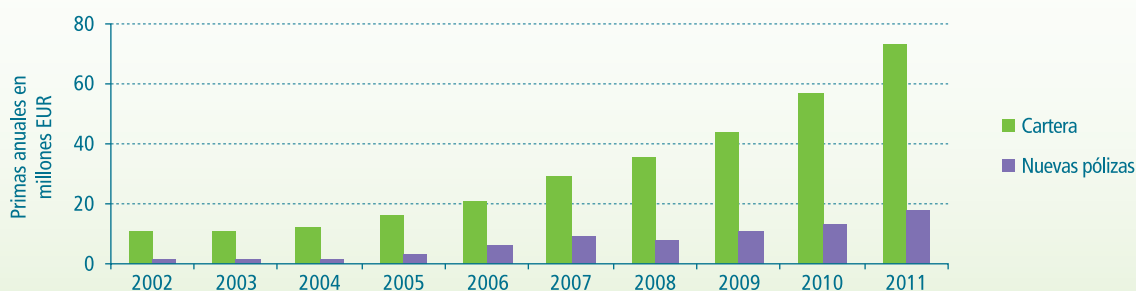


Fig. 17

Primas anuales de los seguros privados de dependencia de las compañías de seguros de vida (2002 – 2011)



28 • Asociación de Aseguradoras Alemanas.

A finales de 2010, la renta asegurada media en la cartera de pensiones por dependencia (incluyendo los seguros adicionales de rentas de dependencia) ascendía a 10.856 EUR anuales. En las nuevas pólizas, por el mismo año, la renta media alcanzaba unos 13.004 EUR.

2-3-2-2

Gama de productos de las aseguradoras de salud

Además del seguro obligatorio de dependencia, las aseguradoras privadas de salud ofrecen seguros complementarios de dependencia. Con alrededor de 1,1 millones de pólizas, las prestaciones por cuidados diarios, es decir, el producto comparable con las rentas de dependencia de las aseguradoras privadas de vida, desempeña un papel importante.

Estas cifras reflejan el hecho de que, entre la población, el seguro de dependencia se percibe como un producto de seguro de salud. También explican el crecimiento claramente distinto de las carteras de seguros de rentas de dependencia y de prestaciones por cuidados diarios.

Independientemente de las prestaciones por cuidados diarios, las aseguradoras privadas de salud ofrecen coberturas complementarias por gastos de dependencia que, en caso de siniestro, reemplazará en todo o parte los gastos condicionados de cuidados de larga duración.

La principal diferencia entre las ofertas de las aseguradoras de vida y de salud no radica necesariamente en las garantías aseguradas. Un aspecto fundamental de la cobertura de prestaciones por cuidados diarios de las aseguradoras de salud es la posibilidad de ajustar las primas cada año, algo que no existe en el ámbito de las rentas de dependencia. Asimismo, en caso de siniestro, las primas deben seguir pagándose en los seguros de prestaciones por cuidados diarios o las coberturas complementarias por gastos de dependencia, mientras que se prevé la exención del pago de las primas en los seguros de rentas de dependencia.

2-3-3

Distribución de seguros de dependencia

Para las compañías alemanas de seguros de salud, el seguro complementario de dependencia (en particular el seguro complementario de prestaciones por cuidados diarios) ha demostrado tener mucho éxito. Independientemente de la oferta para los tomadores de seguros multirisgos, es decir, las personas que por su nivel de ingresos o por su posición tienen un seguro privado de salud, las aseguradoras privadas ofrecen una cobertura adicional a las personas con seguro público de salud. Durante algún tiempo se ha utilizado para este fin un

Fig. 18

Primas anuales de los seguros complementarios de dependencia de las aseguradoras privadas de salud (2002 – 2010)

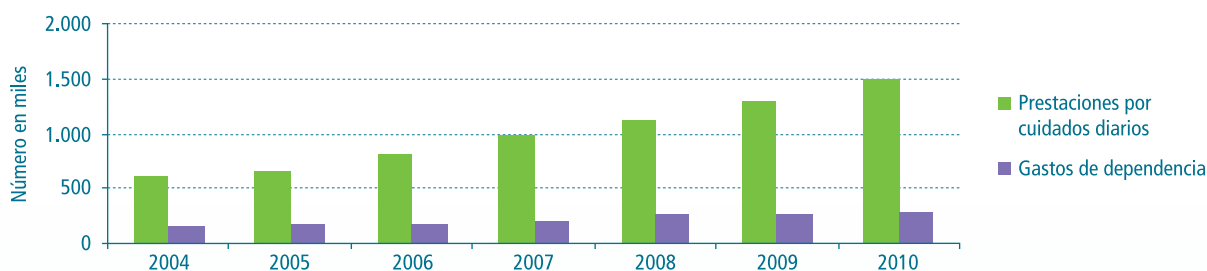
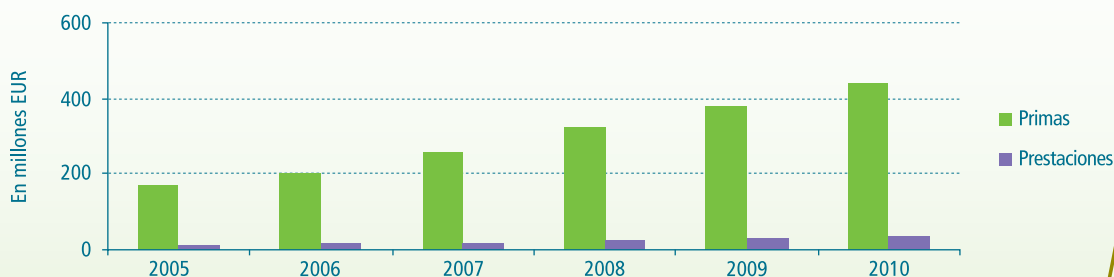


Fig. 19

Primas y prestaciones de los seguros complementarios de dependencia de las aseguradoras privadas de salud (2005 – 2010)



acuerdo con aseguradoras públicas y Ersatzkassen (compañías de seguros sustitutas). En el pasado, la cobertura complementaria se vendía muy a menudo en un paquete, lo que facilitaba la distribución del producto. Al hacerse más difícil el paso del seguro público al privado, el número de solicitantes de seguros multiriesgos ha bajado significativamente. Además, las coberturas adicionales incluidas en los seguros de salud sirven de trampolín para la distribución y también se ofrecen en campañas de correo electrónico.

La situación es diferente para las aseguradoras de vida que estudian desde hace años un producto apropiado para las personas mayores, con objeto de abrir este segmento de clientes a la distribución. Durante décadas, las aseguradoras de vida alemanas no ofrecieron ningún otro producto asegurador que el de renta pura al grupo de edad de 60 años y más. En consecuencia, se produjo un desplazamiento de los fondos desde las carteras de las aseguradoras de vida hacia las cuentas bancarias de los clientes. En busca de productos de reinversión, las aseguradoras de vida alemanas descubrieron las rentas de dependencia como una posible solución. Lo que empezó con la adaptación del seguro de accidentes²⁹ a las personas mayores llevó a la comercialización generalizada de los seguros de rentas de dependencia. Debido a la estructura de las ventas, las primeras rentas de dependencia se basaron exclusivamente en la definición de los siniestros del seguro obligatorio de dependencia. Desde entonces, esta definición se sigue utilizando además de la definición generalmente aceptada de AVD.

2 - 4

España

La Ley 39/2006 de Dependencia, aprobada por la Cámara de Diputados española sirve de base para configurar el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) como cuarto pilar del sistema de cobertura social, después del sistema nacional de salud, el sistema educativo y el sistema de pensiones desarrollados a lo largo de los últimos años.

Tras la aprobación de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, el 20 de abril de 2007 se aprobó el Decreto 504/2007 que detallaba el baremo para determinar el grado de dependencia.

Basado en definiciones ya existentes de las AVD de otros programas europeos y norteamericanos, el baremo que acompaña la ley española de dependencia prevé

tres grados de dependencia (Dependencia Moderada, Dependencia Severa y Gran Dependencia) con dos niveles para cada grado:

- **Dependencia moderada:** El dependiente necesita ayuda para realizar ABVD (Actividades Básicas de la Vida Diaria) al menos una vez al día o necesita una ayuda limitada para su autonomía personal.
- **Dependencia severa:** El dependiente necesita ayuda para realizar varias ABVD dos o tres veces al día pero no necesita ayuda de forma permanente por parte de terceras personas o necesita una ayuda extensiva para su autonomía personal.
- **Gran dependencia:** El dependiente necesita ayuda para realizar varias ABVD varias veces al día y, dada su pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, le es indispensable la ayuda continua de una tercera persona o necesita ayuda generalizada para su autonomía personal.

La ley prevé una puesta en marcha paulatina hasta el 2015 dando preferencia al cuidado de los Grandes Dependientes.

Los principios recogidos en la ley son los siguientes:

- El carácter público de las prestaciones
- La universalidad del acceso a la cobertura en condiciones de igualdad en todo el Estado español
- La atención a las personas en situación de dependencia de forma integral e integrada
- La transversalidad de las políticas de atención a las personas en situación de dependencia
- La valoración de las necesidades de las personas atendiendo a criterios de equidad
- La personalización de la atención
- El establecimiento de medidas de prevención y rehabilitación
- La promoción de las condiciones precisas para que las personas en situación de dependencia puedan gozar de la mayor autonomía posible
- La permanencia de las personas dependientes en su entorno siempre que sea posible
- La calidad, sostenibilidad y accesibilidad de los servicios
- La participación de las personas dependientes y, en su caso, de sus familias y entidades que les representen según lo previsto en la ley
- La colaboración de los servicios sociales y sanitarios en la prestación de los servicios a los usuarios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia
- La participación de la iniciativa privada y del tercer sector (organizaciones privadas de carácter social que responden a criterios de solidaridad sin ánimo de lucro) en los servicios y prestaciones
- La cooperación interadministrativa

²⁹ • A principios de los años 2000, se lanzaron en el mercado numerosos productos de seguros de accidentes que, de una definición ampliada del accidente (por ejemplo, rotura de vértebra cervical o de fémur), también incluían servicios completos de asistencia.

- La integración de las prestaciones establecidas en la ley en las redes de servicios sociales de las Comunidades Autónomas
- La inclusión de la perspectiva de género teniendo en cuenta las distintas necesidades de hombres y mujeres
- Las personas en situación de gran dependencia serán atendidas de manera preferente

De acuerdo con lo previsto por el sistema, las prestaciones de Atención a la Dependencia establecidas por la ley podrán materializarse en un servicio o una prestación económica, presentando esta segunda forma un carácter excepcional. En cualquier caso, esta prestación económica siempre estará relacionada con un servicio.

2-4-1

Estudio de la definición española de dependencia

La definición española de dependencia se basa en la estimación de la ayuda que necesita la persona evaluada para realizar 10 actividades, que a su vez se subdividen en diferentes tareas.

A cada actividad se le atribuyen una serie de puntos, cuya suma es igual a 100.

Actividad	Puntos
Comer y beber	17,8
Regulación de la micción / defecación	14,8
Lavarse	8,8
Otros cuidados personales	2,9
Vestirse	11,9
Mantenimiento de la salud	2,9
Transferencias corporales	7,4
Desplazarse dentro del hogar	12,3
Desplazarse fuera del hogar	13,2
Tareas domésticas	8



El número de puntos por actividad se distribuye entre las tareas en las que se subdivide la actividad.

En la siguiente tabla se recoge el detalle de la primera actividad indicada en el baremo, que es «comer y beber».

Comer y beber	100%
Abrir botellas y latas	10%
Cortar o partir la comida en trozos	25%
Usar cubiertos para llevar comida a la boca	25%
Sujetar el recipiente de bebida	15%
Acercarse el recipiente de bebida a la boca	15%
Sorber las bebidas	10%

Para cada actividad se evalúa el nivel de ayuda necesaria para la ejecución, y se le asigna un coeficiente.

No necesita ayuda	0%
Supervisión / Preparación	90%
Asistencia física parcial	90%
Asistencia física máxima	95%
Asistencia especial	100%

La puntuación final se obtiene de la suma de los porcentajes de las subtareas que la persona valorada no puede desempeñar, ponderada por el coeficiente del grado de apoyo en cada tarea y el valor de la actividad correspondiente.

El grado de dependencia se determina en función del número de puntos obtenido.

Grado	Nivel	Puntos
I (Moderada)	1	25 - 39
I (Moderada)	2	40 - 49
II (Severa)	1	50 - 64
II (Severa)	2	65 - 74
III (Gran)	1	75 - 89
III (Gran)	2	90 - 100

En caso de personas afectadas por una enfermedad mental o discapacidad intelectual, así como con afectaciones en su capacidad perceptivo cognitiva, se empleará además una tabla específica de pesos de las tareas, seleccionando como puntuación final aquella que resulte más beneficiosa para la persona valorada.

2-4-2

Comparación entre la definición española y la francesa

El modelo de dependencia francés es claramente exportable a este mercado. Se realizó un análisis pormenorizado de las definiciones de la cobertura en ambos países. El objetivo de este estudio, por tanto, fue el de tratar de ver cuánto se aproximan los dos conceptos de dependencia.

Si se detallan las actividades incluidas en cada una de las definiciones de dependencia, observamos que la definición española incorpora actividades de la vida diaria no contempladas por la francesa.

Realizamos una primera comparación teórica a partir de las actividades contempladas por ambos sistemas. A continuación, efectuamos un segundo análisis basándonos en una población real, extraída de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (INE 1999).

Esta encuesta proporciona una base de datos muy completa:

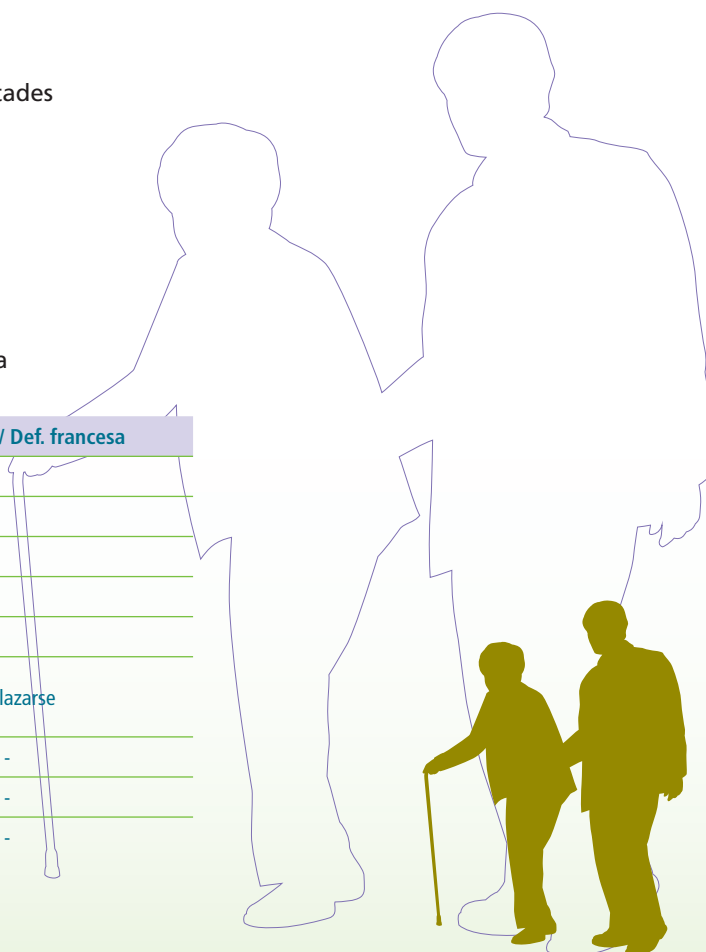
- Edad, sexo, región de residencia
- Actividades en las que se encuentran las dificultades (entre 36)
- Para cada actividad:
 - Tipo de ayuda recibida y necesaria
 - Gravedad en la pérdida de capacidad para realizar la actividad
 - Previsión de la evolución de la pérdida
 - Deficiencia que causa la pérdida
 - Edad en el origen de la pérdida
 - Carácter temporal o permanente de la pérdida

Actividades / Def. española	Actividades / Def. francesa
Comer y beber	
Regulación de la micción / Defecación	
Lavarse	
Vestirse	
Transferencias corporales	
Desplazarse dentro del hogar	Desplazarse
Desplazarse fuera del hogar	
Otros cuidados personales	-
Mantenimiento de la salud	-
Tareas domésticas	-

Para cada persona incluida en el perímetro de la definición, se evalúa el nivel de dependencia español y el nombre de la AVD perdida (def. francesa).

Los resultados extraídos son coherentes con la primera comparación, por lo que podemos afirmar que es posible cuantificar de forma precisa cada nivel de dependencia español en función de la pérdida de AVD de la definición francesa.

El modelo francés encaja claramente con el contenido de la ley española. Las bases técnicas derivadas de nuestra experiencia en Francia, ante la ausencia de información estadística en España sobre la incidencia y longevidad de la población en situación de dependencia, podría ofrecer un punto de partida coherente y más apropiado.



2 - 4 - 3

El producto asegurador

Actualmente en España se han lanzado varios productos y modalidades de cobertura, que alcanzan prestaciones en forma de capital y en forma de renta, pudiendo ser éstas temporales o vitalicias.

Sin embargo, y a pesar de los esfuerzos, la penetración del seguro es muy baja, como puede observarse en el cuadro siguiente:

Fig. 20

	N.º ASEGURADOS	PRIMAS EMIT. NETAS ANULAC.		PROVISIONES TÉCNICAS		
	A 31.12	Ene-Dic 2009	Δ interanual	A 31.12.2009	Δ interanual	Δ desde enero
2009	15.477	2.164.294,05	5.100,39%	3.300.966,93	21.511,64%	21.511,64%
2010	17.453	2.420.809,90	9,47%	4.358.006,84	31,26%	31,26%

	RESCATES DISPOS / ANTICIPADAS	VENCIMIENTOS	SINIESTROS	RENTAS PAGADAS	MOVILIZACIONES
2009	0,00	0,00	0,00	33.828,10	0,00
2010	0,00	0,00	0,00	20.830,37	0,00

Fuente: ICEA

Las dificultades que el sector público español está afrontando tanto en lo que respecta a la financiación como a la prestación del servicio a los dependientes, acrecienta la importancia de que sea el sector privado quien de manera complementaria al Estado deba asumir un papel fundamental a la hora de dar respuesta a las necesidades de las personas en situación de dependencia.

2 - 4 - 4

Distribución

El producto puede ser comercializado tanto desde el canal bancario como desde el canal tradicional.

Como en todo proceso de lanzamiento al mercado de un producto asegurador, al igual que se estudió detenidamente la estructura del producto, coberturas, condiciones de selección, periodos de carencia, tarifas, etc., es necesario cuidar el contenido del mensaje que se transmite, para resaltar los argumentos que mejor puedan llegar al cliente:

- El mercado español se dirige mayoritariamente a un segmento de población especialmente sensible: las

personas mayores se niegan a ser encasilladas como tales, son consumidores experimentados y prudentes, con tiempo de analizar, comparar y decidir.

- El discurso publicitario debe centrarse en la solución, no en el problema, sugiriendo la edad pero sin proclamarla: para muchos la dependencia es tema tabú. Los valores a comunicar van más por la senda de la comodidad, seguridad y tranquilidad, puesto que las personas desean conservar su autonomía y dignidad, su independencia funcional y económica.
- No se puede crear un producto destinado a cubrir el 100% de los gastos de dependencia, que como ya

hemos mencionado, pueden llegar a ascender a 3.000 euros mensuales. Por ello, será necesario adaptar el importe de la renta vitalicia mensual para que complemente el resto de recursos, como la ayuda informal, la pensión de jubilación, la prestación pública por dependencia y el eventual ahorro generado. Por tanto, el producto es complementario, y no competencia, de otras figuras que ya existen en el mercado, como la hipoteca inversa. Difícilmente la rentabilidad que una persona pueda obtener a través de esta figura será suficiente para compensar el coste de dependencia.

- Además, es importante incidir en la concienciación sobre la necesidad, y no en eventuales incentivos fiscales. Evidentemente, la ayuda fiscal es deseable, y necesaria, pero no suficiente para lograr el éxito del producto. Basarnos únicamente en la premisa fiscal puede deformar el espíritu de la cobertura.
- Lógicamente, habrá que adaptar adecuadamente el producto al canal de distribución. Sea cual fuere éste, será necesario enfocar la venta hacia la creación de la necesidad, y extremar las precauciones para transmitir al cliente lo que realmente está comprando, para prevenir elevadas tasas de cancelación.

2-5

Otros países europeos

2-5-1

Suiza

El seguro privado de dependencia no tiene éxito en Suiza. Para comprender las razones, hay que examinar el sistema suizo de seguridad social, que está muy desarrollado y ofrece una ayuda económica sustancial en caso de dependencia.

Además del seguro obligatorio de salud, el Invalidenversicherung o IV (y/o el Alters- und Hinterlassenenversicherung o AHV) también intervienen en los casos de dependencia.

El seguro de salud paga prestaciones diarias definidas por cuidados en caso de estancia en centros especializados, y el IV y AHV pagan prestaciones de asistencia. Las prestaciones del seguro de salud y las prestaciones de asistencia del IV y AHV respectivamente se pagan independientemente de la situación económica del asegurado. Si ésta lo requiere, se conceden prestaciones complementarias además de las prestaciones de asistencia del IV y AHV. La concesión se determina en función de un análisis del patrimonio de la persona dependiente.

La clasificación de la dependencia en el IV y AHV consta de tres niveles de dependencia y es idéntica en ambos casos. Se puede comparar con las seis AVD habituales del sector privado internacional según Katz³⁰. Sin embargo, el seguro de salud utiliza una clasificación diferente, los llamados niveles BESA³¹.

La clasificación del seguro de salud está definida por ley³² y se basa en la necesidad de asistencia regular para las tareas cotidianas o de supervisión complementaria.

2-5-1-1

Seguro de invalidez

Durante la vida laboral, es decir, hasta la edad general de jubilación (64 años para las mujeres y 65 años para los hombres), el IV paga las prestaciones de asistencia en caso de siniestro.

Las condiciones de pago de las prestaciones son las siguientes:

- El asegurado tendrá su residencia permanente en Suiza
- La dependencia será de nivel 1 a 3
- No habrá siniestro en concepto de seguro de accidente o seguro militar
- El período de eliminación será de 1 año

El siniestro se produce en caso de necesidad de asistencia permanente debido a razones médicas relacionadas con las AVD, o de necesidad de supervisión. Además, se asegura la asistencia para las actividades de la vida diaria (en situación de incapacidad para vivir solo, necesidad de apoyo fuera del hogar, o riesgo de aislamiento). En este caso, se supone un grado de invalidez de al menos el 25%.

Las prestaciones difieren según el nivel de dependencia y han sido duplicadas para los cuidados a domicilio en la cuarta revisión del IV con el fin de favorecer que la persona afectada permanezca en su domicilio.

Las prestaciones de asistencia son independientes de los ingresos o del patrimonio del asegurado.

Las principales causas de dependencia son las enfermedades y los defectos congénitos, con menos de un 5% para los accidentes.

Nivel	Centros especializados	Domicilio
1	228 CHF mensuales	456 CHF mensuales
2	570 CHF mensuales	1.140 CHF mensuales
3	912 CHF mensuales	1.824 CHF mensuales

Fig. 21

Beneficiarios de prestaciones de asistencia y rentas del IV según las causas de invalidez, diciembre de 2009³³

Causas de invalidez	Beneficiarios de prestaciones de asistencia	Pensionistas inválidos	Probabilidad de dependencia
Defectos congénitos	14.400	28.500	50,3%
Enfermedades	15.100	193.400	7,8%
Accidentes	1.400	22.200	6,5%
Total	30.900	244.100	12,7%

30 • Véase capítulo 2.2

31 • BESA (Bewohnerinnen-Einstufungs- und Abrechnungssystem) significa «Sistemas de clasificación y contabilización de residentes».

32 • 831_201, Art. 37: Hilflosigkeit: Bemessung.

33 • BfS; IV-statistic, diciembre de 2009.

Alrededor del 13% de los rentistas reciben prestaciones de asistencia del IV. Entre estos beneficiarios, los porcentajes de dependientes por enfermedad y accidente son más o menos los mismos (el 7,8% y el 6,5% respectivamente, es decir el 14,3% para el conjunto), mientras que el porcentaje de rentistas por defecto congénito o invalidez es del 50%.

El análisis de las causas de invalidez en casos de enfermedad y accidente muestra que las enfermedades y las lesiones del sistema nervioso son de lejos las causas más frecuentes de dependencia severa.

En el caso de enfermedades, las psicosis son la causa más frecuente con el 35% de las prestaciones de asistencia, seguidas por las enfermedades del sistema nervioso con el 30%. Las enfermedades del sistema nervioso son la causa más frecuente de dependencia severa con el 65% de las personas dependientes³⁴.

En el caso de accidentes, las enfermedades del sistema nervioso son la causa más frecuente con el 49% de las personas dependientes, seguidas por las lesiones óseas con el 40%. Aquí también las enfermedades del sistema nervioso son la causa más frecuente de dependencia severa con el 62% de las personas dependientes³⁵.



2-5-1-2

Seguro de longevidad y supervivencia (AHV)

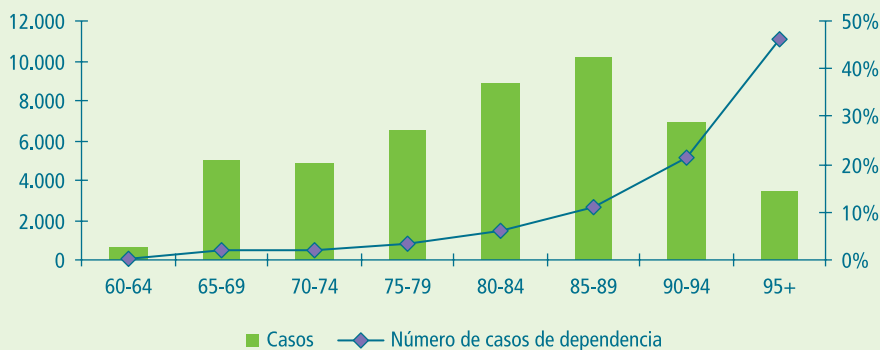
El seguro de longevidad y supervivencia, AHV (Alters- und Hinterlassenversicherung) paga las prestaciones de asistencia en caso de dependencia a la edad de jubilación, es decir, 64 años para las mujeres y 65 años para los hombres.

Las condiciones de pago son las mismas que para el seguro de invalidez, pero adicionalmente el asegurado debe recibir una renta del AHV. Los niveles de prestaciones son los mismos que para el seguro de invalidez de grado 2 y 3, pero sin distinción entre los cuidados en centros especializados y los cuidados a domicilio.

Si el asegurado ya recibía prestaciones de asistencia del IV, recibirá el mismo importe del AHV en forma de renta de longevidad.

Si bien sólo el 0,5%-1% de los asegurados del IV reciben prestaciones de asistencia, este porcentaje va en aumento entre los asegurados del AHV. En el grupo de edad de 80-84 años, es ya del 5%. En las edades de 85-89 años, representa más del 10%, y en las edades de 90-95 años, representa el 20%. Entre las personas mayores de 95 años, casi uno de cada dos rentistas es dependiente.

Fig. 22
Número de beneficiarios de prestaciones de asistencia del AHV en 2009, por grupos de edad y en porcentaje de rentistas, según las estadísticas de la seguridad social suiza en 2009



34 • BFS, IV-statistic, diciembre de 2009.
35 • BFS, IV-statistic, diciembre de 2009.

2-5-1-3

Prestaciones complementarias

Además de las prestaciones de asistencia, el asegurado dependiente puede recibir prestaciones complementarias, tras una evaluación de su situación económica. Estas prestaciones dependen de los ingresos regulares y del patrimonio de la persona.

En 2009, las prestaciones complementarias medias del AHV ascendían a 2.879 CHF mensuales para los asegurados que vivían en centros especializados y a 898 CHF para los asegurados que vivían en su casa. Debido a las reducidas reservas financieras de las personas que se volvieron dependientes antes de jubilarse, las prestaciones complementarias medias del IV son significativamente superiores: 3.275 CHF mensuales para cuidados en centros especializados y 1.027 CHF mensuales para cuidados a domicilio³⁶.

Para una cuarta parte de las personas solas que viven en su casa y reúnen los requisitos, las prestaciones complementarias ascienden a menos de 500 CHF mensuales. Sin embargo, para más del 40% de las personas que viven en centros especializados y reúnen los requisitos, el importe es superior a 3.000 CHF mensuales³⁷.

El importe elevado de las prestaciones complementarias para las personas que viven en centros especializados se debe a los altos costes de estos centros. Los beneficiarios que viven en su casa, en cambio, pueden recibir prestaciones complementarias debido a sus bajos ingresos³⁸.

2-5-1-4

Seguro de salud

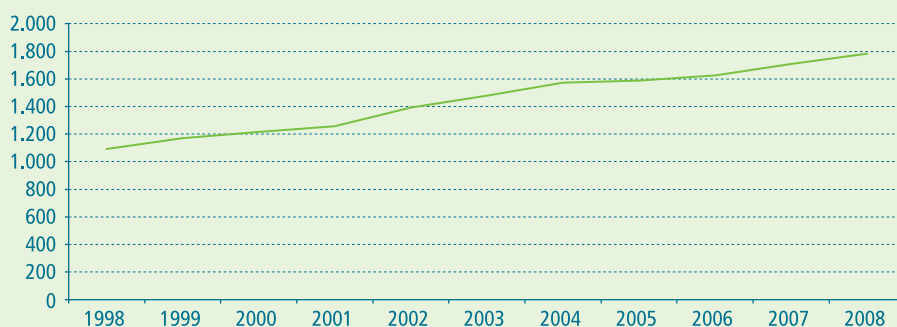
Desde 1998, los costes de los centros especializados, que corren a cargo del seguro de salud, han aumentado una media de 4,5% anual. Para las prestaciones por dependencia, los costes ascendieron a unos 1.800 millones CHF en 2008, lo que corresponde al 7,9% de la totalidad de los costes del OKP³⁹.

El seguro de salud utiliza una clasificación diferente del IV y del AHV para la evaluación de la dependencia, los llamados niveles BESA. Para los cuidados en centros especializados, los costes de dependencia y los costes de cuidados se calculan según estos niveles, que se basan en la necesidad diaria de cuidados calculada en minutos.

La clasificación BESA consta de cinco niveles:

- Nivel 0: ninguna necesidad de cuidados
- Nivel 1: necesidad ocasional / reducida de cuidados y tratamiento
- Nivel 2: necesidad leve de cuidados y tratamiento
- Nivel 3: necesidad moderada de cuidados y tratamiento
- Nivel 4: necesidad extensa / severa de cuidados y tratamiento

Fig. 23

Costes de dependencia del seguro de salud en millones de CHF⁴⁰

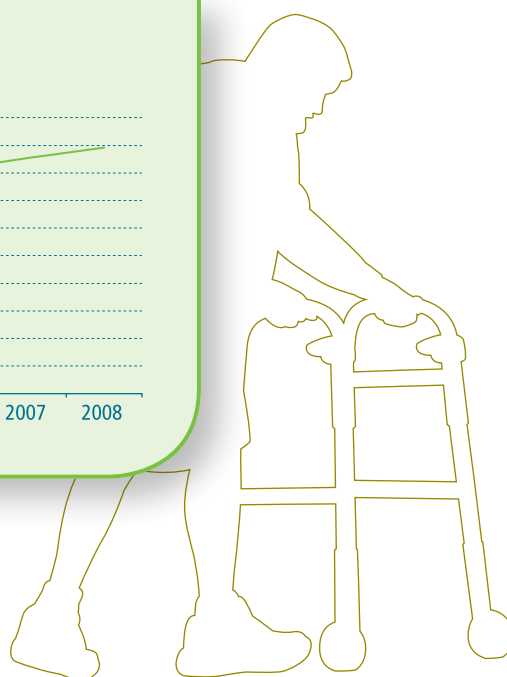
36 • BFS, Statistik der Ergänzungsleistungen zur AHV und IV, 2009.

37 • BFS, Statistik der Ergänzungsleistungen zur AHV und IV, 2009.

38 • BFS, Statistik der Ergänzungsleistungen zur AHV und IV, 2009.

39 • OKP (Obligatorische Krankenpflegeversicherung) significa «seguro obligatorio de dependencia».

40 • Statistik der Obligatorische Krankenpflegeversicherung, 2008.



2-5-1-5

Contribuciones personales para centros especializados

Las contribuciones personales que los asegurados deben pagar (o la absorción de costes por las entidades en concepto de prestaciones complementarias) en caso de estancia en centros especializados incluyen los gastos de alojamiento, los gastos de cuidados y la contribución personal.

Si bien la diferencia entre mujeres y hombres no es tan grande en las rentas del IV, es enorme en las rentas de longevidad del sistema de pensiones laborales, puesto que éstas son casi dos veces más altas para las mujeres en todos los niveles de cuidados.

Basándose en hipótesis medias para las prestaciones recibidas en el marco de las pensiones de longevidad y las pensiones de invalidez (primer y segundo pilar), se pueden determinar las siguientes diferencias según el sexo, el tipo de renta y el nivel de cuidados.

Los pagos de los organismos de seguridad social se ajustan según los niveles de cuidados, de forma que las diferencias absolutas, al contrario de los porcentajes, no cambian de manera considerable. Esto facilita la identificación de las necesidades, independientemente del nivel de cuidados.

En el marco de las prestaciones condicionadas al patrimonio, las personas sin patrimonio o con poco patrimonio reciben, en caso de diferencia, prestaciones complementarias que no son prestaciones de la seguridad social. Para las demás personas, el siniestro de dependencia genera una merma del patrimonio.

A continuación se examinará detenidamente la cobertura privada en el ámbito del seguro de salud y de vida.

2-5-1-6

Cobertura del seguro de dependencia privado en Suiza

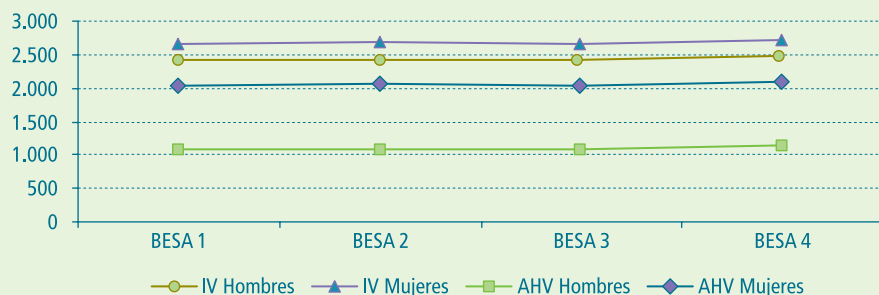
En Suiza existen seguros de dependencia privados en forma de seguros de vida y seguros de salud.

En los seguros de vida, el producto existente paga una renta vitalicia a las personas de 65 años y más que necesitan al menos 60 minutos de cuidados diarios, tras un período de eliminación de dos años y un período de carencia de tres meses. En los centros especializados homologados, la renta se paga al 100%. En los demás centros, o en caso de cuidados a domicilio, se paga el 25%. Las enfermedades incluidas en la lista de enfermedades graves, tales como la diabetes con incapacidad en las piernas o la demencia, existentes antes de la edad de los 65 años o la suscripción de la póliza, al igual que el derecho a prestaciones de invalidez, motivan la exclusión de las prestaciones.

En los seguros de salud, existen varios proveedores, que ofrecen diferentes modelos de reembolso de costes. El asegurado elige una cantidad de hasta 300 CHF diarios, con la que pagará la asistencia a domicilio para cuidados, o la alimentación y el alojamiento en centros especializados. El período de eliminación se fija en dos años o puede ser determinado por el asegurado entre seis meses y tres años. La duración de las prestaciones es vitalicia o se limita a 10 años, según el proveedor. La necesidad regular de cuidados básicos y de tratamiento por el OKP es una condición imprescindible para recibir las prestaciones. En algunos casos, se pueden reducir las prestaciones, por ejemplo, si el tomador ha suscrito varias pólizas de seguro.

También existe una aseguradora de salud que ofrece un seguro con prestaciones a tanto alzado según un sistema de 100 puntos, similar a los de Francia y España. Se asignan puntos por 10 actividades de la vida diaria: 0 (sin necesidad de cuidados), 5 (necesidad parcial de cuidados) ó 10 (necesidad total de cuidados). La cantidad elegida, que puede ir hasta 180 CHF diarios, se paga entonces en función de cuatro porcentajes posibles: 25%, 50%,

Fig. 24
Diferencia media según el sexo, el tipo de renta y el nivel de cuidados



75% ó 100%. La duración de la prestación es vitalicia y el período de eliminación es de tres años para las enfermedades, no siendo aplicable en caso de accidente.

Las ventajas del seguro de dependencia dentro del marco del seguro de vida radican en las primas garantizadas y la exención de las primas en caso de siniestro. En cambio, el reembolso de los gastos, modelo común en seguros de salud, no implica la imposición de las prestaciones. Las rentas sí son imponibles.

Ninguna de las soluciones de las compañías privadas de seguros ha sido satisfactoria hasta ahora. La razón es doble. Por una parte, las primas son caras, y por otra, el análisis de las diferencias es compleja y la situación personal del asegurado puede cambiar durante un período de seguro tan largo. Tanto es así que el mejor consejo a la hora de la suscripción puede resultar inapropiado en el momento del siniestro y hacer que el asegurado no reciba las prestaciones públicas adicionales que, de lo contrario, hubiera cobrado.

2-5-2

Italia

En una situación comparable a la de su homólogo en España, el seguro de dependencia en Italia ha llevado una existencia discreta. Aunque unas 20 aseguradoras italianas ofrecen seguros privados de dependencia desde hace varios años, la demanda sigue siendo bastante limitada. Una de las razones puede ser la importancia de los vínculos familiares en Italia, pero en ese país también se pueden observar desde hace tiempo los efectos de las evoluciones sociales.

El diseño de los seguros de dependencia italianos está principalmente basado en el francés (modelo AVD).

2-5-3

Inglaterra y Gales

Aunque todos los países europeos prevén un aumento del porcentaje de personas dependientes en los años y décadas venideros, el desarrollo de los seguros públicos y privados de dependencia ha sido muy lento en algunos países de la Unión Europea.

De hecho, las prestaciones públicas en Inglaterra y Gales⁴¹ no son suficientes para garantizar los recursos necesarios que las personas esperan tras una pérdida de autonomía. Sin embargo, el mercado privado de seguros de dependencia no se ha beneficiado de ello y se encuentra en un estado moribundo.

A principios de los años 1990, algunos proveedores se lanzaron a ofrecer prestaciones por dependencia pre-financiadas, que combinaban una cobertura de riesgo puro con un seguro de ahorro. En 15 años vendieron

menos de 50.000 pólizas de dependencia y en julio de 2010 la última aseguradora presente en este mercado cesó la actividad alegando falta de demanda.

Este fracaso tiene múltiples razones. Se debe en parte a la mentalidad británica y a la convicción errónea de que el Estado cuidará de las personas dependientes dentro del marco de la protección pública “de la cuna a la tumba”. Incluso entre las personas conscientes de que las prestaciones públicas serán pocas, el seguro de dependencia sigue considerándose como demasiado caro, especialmente para la mayoría de las personas que no han ahorrado lo suficiente para su jubilación y tienen una pensión de jubilación limitada. Existe también una falta evidente de concienciación a la hora de jubilarse, cuando la prestación de dependencia pre-financiada podría ser relativamente asequible, de que el Estado sólo cuidará de las personas con poco patrimonio (menos de 23.250 GBP) e ingresos limitados. Dado el gran número de propietarios de viviendas en el Reino Unido, la mayoría de las personas no cumplen al menos con el criterio patrimonial, ya que el valor de su vivienda es varias veces superior a este importe mínimo. Las personas que no reúnen los requisitos para recibir prestaciones del Estado tienen que vender su casa⁴² para financiar sus propios cuidados, si no disponen de otros activos. Esta política resulta muy impopular, ya que en general las personas desean legar sus bienes a su familia y consideran en este caso que el Estado les quita la casa a sus hijos. Las personas dependientes que sí reúnen los requisitos mínimos pueden beneficiarse de las prestaciones de los servicios sociales y del National Health Service (NHS), financiado por el Estado. Los servicios sociales pagan prestaciones por cuidados a domicilio y en centros especializados. Sin embargo, hay muchas incoherencias en el sistema ya que según el lugar de residencia, los niveles de financiación en la zona donde la persona vive y la causa de la dependencia, no siempre se pagan las prestaciones. Por ejemplo, en Inglaterra los pacientes de cáncer cobran la totalidad de las prestaciones, mientras que los pacientes de Alzheimer no reciben ninguna ayuda económica.

Uno de los productos que sin embargo ha conseguido implantarse en el Reino Unido es la llamada Immediate Needs Annuity. Este producto se compra cuando la persona está tan grave que necesita ayuda permanente inmediata y su esperanza de vida es muy reducida. No obstante, resulta caro para muchas personas, dado que la póliza se suscribe en situación de necesidad inmediata. El seguro ofrece protección contra el riesgo de cuidados domiciliarios de larga duración y de extinción de la herencia. Es en realidad una forma de seguro de longevidad, pero para las personas dependientes.

En los últimos años, la dependencia ha ido subiendo en la agenda política, pero ha tenido dificultades para ganar presencia en el debate político. En 1997, se creó una

41 • Las normas en Escocia son más generosas y actualmente los cuidados se financian más fácilmente.

42 • No existe esta exigencia cuando el cónyuge vive en la residencia principal.

comisión real sobre el seguro de dependencia, que en 1999 recomendó el abono gratuito de prestaciones por dependencia a todas las personas dependientes. En 2000, esta recomendación se plasmó en el plan del NHS, que ofrece prestaciones de dependencia por cuidados en centros especializados y a domicilio, financiadas por el Estado. Más recientemente, el entonces Gobierno Laborista volvió a plantear la cuestión en un Libro Verde sugiriendo una modalidad de alianza entre el Estado y las personas por la que los gastos de dependencia serían financiados más equitativamente entre los diferentes grupos de ingresos mediante un sistema estructurado en el que las personas pagarían un determinado porcentaje de los gastos en función de sus ingresos. El nuevo Gobierno está examinando este proyecto y la comisión independiente creada para recomendar un sistema de financiación justo y sostenible para la atención social de los adultos en Inglaterra (Commission on Funding of Care and Support, llamada la Dilnot Commission) presentó sus propuestas en julio de 2011.

Las principales recomendaciones fueron las siguientes⁴³:

- Proteger a las personas contra costes extremos en caso de dependencia recomendando una contribución vitalicia máxima de 35.000 GBP que todo adulto tendría que pagar, más allá de la cual recibiría una ayuda total del Estado.
- Aumentar el nivel a partir del cual se otorgaría una ayuda sin condición de recursos que oscilaría entre 23.250 y 100.000 GBP.

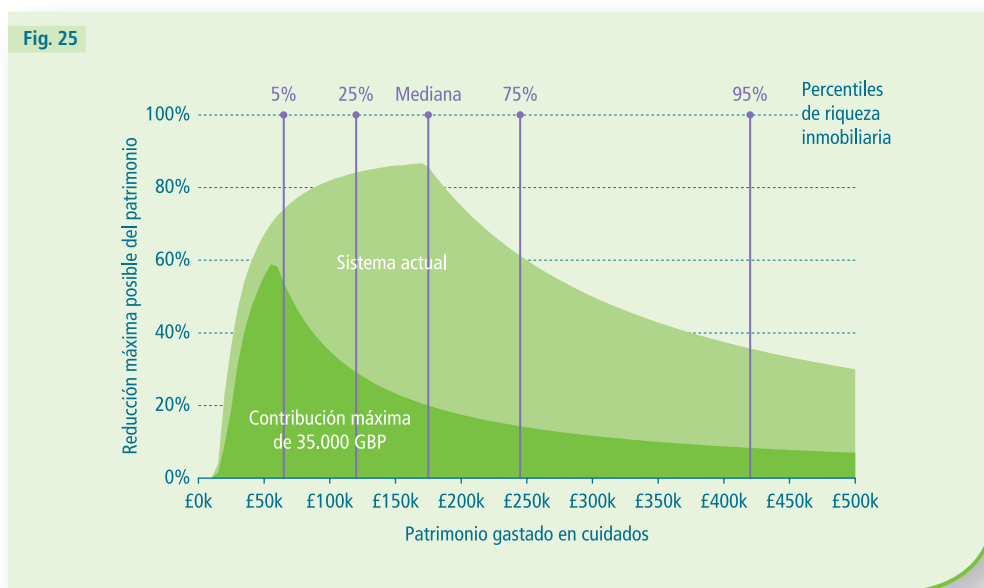
El impacto de estas recomendaciones en la proporción máxima de reducción del patrimonio se indica en el gráfico que sigue.

Estas propuestas siguieron los puntos de vista expresados en el Libro Verde del anterior Gobierno, en la medida en que se diseñaron para que el sistema fuera mucho más justo y se redujeran la incertidumbre y las preocupaciones asociadas al riesgo de costes de dependencia muy altos.

El coste adicional de la propuesta (respecto al sistema actual), si se hubiera adoptado en 2010, habría sido de 1.700 millones GBP, es decir un 0,14% del PIB. La comisión independiente estimó que era muy bajo habida cuenta del nivel actual de los gastos públicos de dependencia muy reducido para personas mayores respecto a los gastos de salud y seguridad social para el mismo grupo de personas.

En caso de adopción, se prevé que las recomendaciones estimulen la oferta y la demanda de seguros privados, puesto que la limitación del riesgo tendrá un aspecto más concreto para el público, y las aseguradoras tendrán más facilidades para diseñar productos adecuados y asequibles. Estos productos podrían vincularse a vehículos fiscalmente eficaces tales como rentas de invalidez (vinculadas a pensiones), productos de movilización de capital (vinculados a bienes inmobiliarios) o seguros pre-financiados (vinculados a ahorros fiscalmente eficaces o conversiones de seguros de vida a seguros de enfermedad grave).

Corresponde ahora al Gobierno decidir si aprueba o no las recomendaciones. Ésta es una decisión muy difícil dado que el Reino Unido se enfrenta a su mayor déficit público desde hace 50 años. Sin embargo, según la opinión pública y el conjunto de los partidos políticos, se necesita una reforma en este ámbito. El calendario actual prevé una implementación como muy pronto en 2013.



43 • El informe completo se puede consultar en www.dilnotcommission.dh.gov.uk/2011/07/04/commission-report/

2-6

Israel

En Israel existen tres proveedores de seguros de dependencia diferentes, a saber, el sector público, los fondos para enfermedad y las aseguradoras privadas.

En el sector público existen varios organismos encargados de la dependencia:

- Ministerio de Trabajo: para la población activa.
- Seguro Nacional: cuidados a domicilio de hasta 18 horas semanales para los jubilados con bajos ingresos.
- Ministerio de Sanidad: cuidados en centros especializados para los jubilados con bajos ingresos (son los llamados «LTC Codes»).

El Ministerio de Sanidad regula los fondos para enfermedad y el Ministerio de Finanzas, las compañías de seguros:

- Fondos para enfermedad: coberturas colectivas de dependencia en las que los fondos son tomadores de seguro y las compañías se hacen cargo del riesgo; cuentan con unos 4 millones de asegurados, lo que representa el 75% de los asegurados.
- Aseguradoras privadas: coberturas individuales y, en el pasado, coberturas colectivas suscritas principalmente por empresas; desde finales de 2011, las coberturas colectivas de dependencia en seguros privados no están autorizadas como coberturas a corto plazo.

2-6-1

Reservas para enfermedad

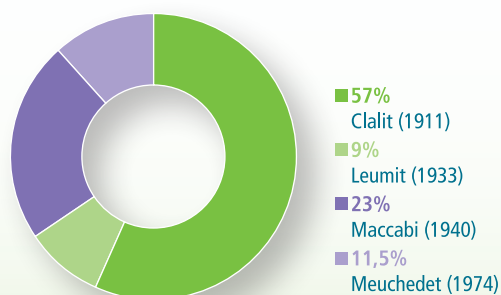
Cuatro fondos para enfermedad ofrecen seguros básicos de salud:

- Creado en 1911, Clalit es el más grande, ya que integra a más de la mitad de la población israelí.
- Creado en 1933, Leumit (que significa «nacional») es el más pequeño.
- Creado en 1940, Maccabi cubre a un cuarto de la población.
- Creado en 1974, Meuchedet es el más reciente.

Desde 1995, todos los residentes en Israel deben tener un seguro básico de salud mediante uno de los cuatro fondos para enfermedad. La cobertura está determinada por el Ministerio de Sanidad, y la contribución de cada miembro se basa en su salario hasta un límite máximo. La elección del fondo por parte de los beneficiarios es libre, y la aceptación es obligatoria por parte del fondo. Hay competencia entre los fondos en términos de servicios, hospitales y redes de médicos.

Fig. 26

Fondos para enfermedad en Israel



Además de la cobertura básica de salud, los fondos para enfermedad ofrecen un seguro complementario a sus miembros, que ofrece la libre elección de médico en el hospital, servicios extendidos y medicamentos que no figuran en el lote básico. Inicialmente esta cobertura complementaria también incluía una cobertura de dependencia. Esto podría explicar la alta tasa de penetración del seguro de dependencia en Israel. Más de cuatro millones de personas están aseguradas mediante los fondos para enfermedad y existen más de 320.000 contratos individuales. Queda por ver lo que ocurrirá con las personas anteriormente cubiertas por contratos colectivos. El número de asegurados en contratos colectivos ascendía a 580.000 a finales de 2009.

La ley de reconciliación presupuestaria de 1998 estableció que los fondos para enfermedad podrían ofrecer este seguro de dependencia únicamente mediante un contrato colectivo con una compañía privada de seguros. Por consiguiente, se separaron la cobertura complementaria y la dependencia. Esta última está ahora asegurada por compañías de seguros, y el fondo es el tomador de la póliza. Las personas que tenían una cobertura de dependencia mediante un fondo para enfermedad en 1998 fueron automáticamente cubiertas por el nuevo contrato colectivo con la compañía privada. Aunque el precio subió, no hubo un número significativo de cancelaciones.

Las coberturas de dependencia mediante fondos para enfermedad son coberturas colectivas que siguen estando autorizadas por la nueva normativa. Las causas del siniestro son la incapacidad de realizar 3/6 AVD y la demencia. Las prestaciones son reembolsos de gastos en centros especializados hasta el importe mensual asegurado, a veces con una franquicia del 20%, y de algunas horas semanales de cuidados (en algunas pólizas), o pagos mensuales por cuidados a domicilio independientemente de los gastos reales. La duración de los pagos es de 5-6 años en tres coberturas y vitalicia en la cuarta. La garantía disminuye después de 3 años en una de las coberturas temporales, y después de 3 y 5 años en la cobertura vitalicia.

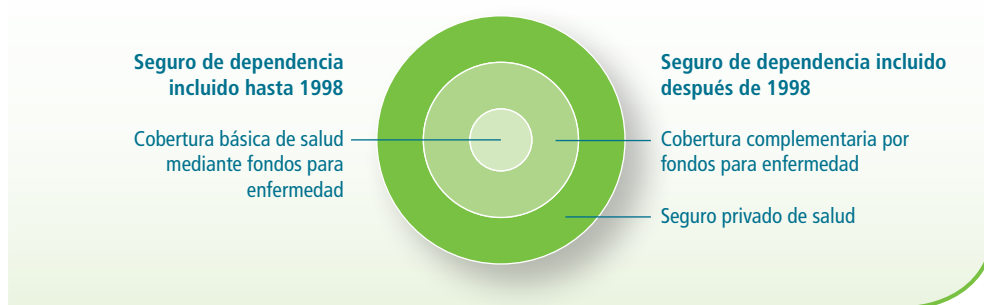
En algunas coberturas, las prestaciones dependen de la edad de ingreso del asegurado. Sólo en una se prevé un período de carencia para nuevos miembros, y un período de eliminación de 1-3 meses tras un siniestro. Todos los nuevos miembros son objeto de un proceso de selección de riesgos en estos contratos colectivos.

por 3 AVD y del 100% por 4 y más AVD o demencia. La norma del mercado es del 100% por 3 AVD y, si una de las AVD incluye la incontinencia, del 100% por 2 AVD.

En los contratos colectivos, se garantiza la continuidad (continuidad de la cobertura asegurada) al asegurado.

Fig. 27

Cobertura de dependencia proporcionada por fondos para enfermedad en Israel



2-6-2

Instituto Nacional de Seguros

En 1980 el Parlamento aprobó una ley marco por la que se autorizaba al Instituto Nacional de Seguros (National Insurance Institute – NII) a recaudar cotizaciones para el seguro de dependencia, y en abril de 1988 se introdujeron prestaciones que complementan los servicios ya existentes. Desde abril de 2011, la financiación corresponde al 0,14% del salario para los empleados y al 0,09% para los empresarios; la contribución del Estado asciende al 0,02%.

Según el nivel de dependencia, la seguridad social concede una ayuda total de 9,75 a 18 horas semanales. Sin embargo, esta ayuda se limita a las personas mayores ya jubiladas. Puede ser una de las razones por las que una alta proporción de personas jóvenes han suscrito un seguro privado de dependencia en Israel.

En 2009 más de 135.000 personas, de las cuales un 70% de mujeres, recibieron prestaciones por parte del programa de seguro de dependencia. Alrededor de una tercera parte tienen más de 85 años y un 16% tienen menos de 75 años. La mitad de los beneficiarios viven solos.

2-6-3

Regulación de los seguros

El mercado de seguros de dependencia en Israel está muy regulado.

La cobertura se determina en función de 6 AVD definidas por la Comisión de Seguros. Para los seguros individuales, la cobertura mínima consiste en el pago del 50%

Las prestaciones podrían ser inferiores a las de los contratos individuales. En los contratos colectivos de los fondos para enfermedad, se paga ahora el 100% de la prestación por 3/6 AVD y demencia. En los demás contratos colectivos, principalmente ofrecidos como coberturas de bajo coste por parte de las empresas a sus empleados, la estructura de prestaciones puede ser diferente.

Para todas las coberturas de dependencia, las primas pueden ser constantes o renovables anualmente, pero a partir de los 65 años, todas deben ser constantes y, a partir de 2012, el aumento se limitará al 4%. Esta medida pretende evitar aumentos extremos de las primas entre los 64 y 65 años y, por lo tanto, un riesgo más alto de cancelación que no va en el sentido de la satisfacción de las necesidades.

Los ajustes de las primas siempre deben ser aprobados por las autoridades regulatorias, en particular para evitar el dumping de precios. Además, es obligatorio aceptar a las personas hasta la edad de ingreso de 85 años en un seguro individual.

En 2012 la Comisión publicó una nueva normativa para autorizar únicamente los contratos vitalicios en el mercado privado de seguros de dependencia.

2-6-3-1

Cuidados a domicilio y en centros especializados

En el sector público, alrededor del 70% de las personas dependientes reciben cuidados a domicilio, mientras que en el sector privado, son alrededor del 80%. En el sector público, no hay pagos por cuidados a domicilio, al contrario del sector privado. El sector público ofrece servicios en estos casos.

2-6-4

Seguro privado

Fue en 1978 cuando se lanzó el primer seguro de dependencia. Sin embargo hubo que esperar varios años para que el producto se implantara realmente en el mercado. En una población de unos 7,4 millones de habitantes, el seguro privado de dependencia alcanza una alta penetración del mercado, con 4 millones de asegurados. Hoy en día, los cuatro grandes fondos públicos de salud (obligatorios) ofrecen a sus clientes una amplia cobertura de dependencia en forma de contratos colectivos. Al contrario de los fondos de seguros de salud, estos seguros de dependencia no son obligatorios. Además de los seguros colectivos, las aseguradoras israelíes ofrecen seguros de dependencia en contratos individuales, pero con primas significativamente más altas.

Los primeros seguros de dependencia israelíes estaban basados en el principio del reembolso de gastos. La definición de un siniestro ya había sido determinada según el modelo AVD, en que se usarían principalmente 6 AVD. En caso de pérdida de al menos 5 AVD (dependencia total) se abonaba generalmente el 100% de las prestaciones. En caso de pérdida de 4 AVD, se abonaba un 75%, pero el período de pago en los primeros seguros de dependencia estaba limitado a 3-5 años.

En 2003, debido a la complejidad del producto, las autoridades hicieron una profunda reforma de la regulación del seguro de dependencia, restringiendo las condiciones marco mediante diferentes circulares. Aparte de las recomendaciones para una definición precisa del siniestro, se determinaron claramente las obligaciones

de comprobación en caso de siniestro. Asimismo para poder pagar prestaciones a las personas con dependencia parcial, se redujo el límite inferior de siniestro en la pérdida de 3 AVD. En este caso, se pagará el 50% de las prestaciones aseguradas.

En los contratos individuales presentes en el mercado, se da por sentado que en caso de pérdida de 3 ó 2 AVD, entre ellos la incontinencia, se pagará el 100% de las prestaciones aseguradas.

Aparte del período de pago de las prestaciones habitualmente limitado a 3-5 años, las aseguradoras israelíes ofrecen períodos de pago vitalicios. La reorientación del seguro de dependencia en 2003 llevó a un ajuste de las primas, dado que eran bastante bajas en todo el mercado. En promedio, las primas aumentaron en un 40-50%, aunque esto no afectó mucho el éxito del producto.

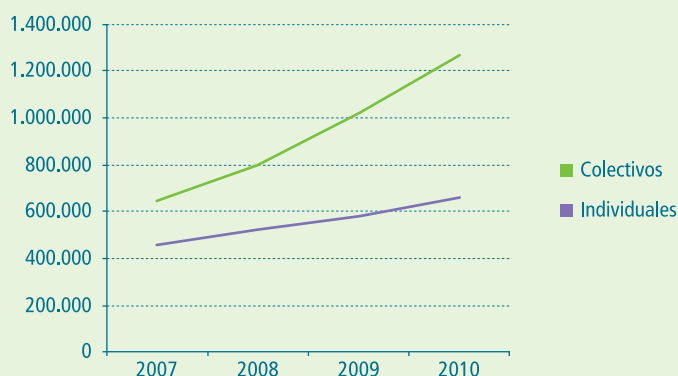
En Israel existen exclusiones según el estado de salud en el momento de la suscripción; son de un año hasta la edad de 65 años y de seis meses pasada esta edad. Se aplican también a la demencia, por lo que difieren significativamente del modelo francés, que establece un período de eliminación de tres años. Sin embargo, se realiza un proceso de selección muy estricto.

El seguro privado ha registrado un aumento anual de aproximadamente un 20% entre 2003 y 2009⁴⁴. Una tercera parte de las primas proceden del seguro privado.

Teniendo en cuenta las coberturas mediante fondos para enfermedad de 2007 a 2010, el crecimiento de las primas en seguros privados de dependencia se muestra más abajo:

Fig. 28

Evolución de las primas en el seguro de dependencia privado



44 • Fuente: Ministerio de Finanzas de Israel.



2-6-5

Reforma del seguro privado

El Ministerio de Finanzas envió a las compañías de seguros un documento de consulta sobre varios aspectos, en particular los siguientes:

- Primas renovables anualmente hasta los 65 años y más: la solicitud de primas constantes conduce a un incremento a la edad de 65 años de hasta cinco veces el importe de la prima a la edad de 64 años, en seguros individuales.
- Opción de continuidad en contratos colectivos por razones de precio: los asegurados no saben que al dejar el contrato colectivo, se quedarán sin seguro de dependencia o deberán pagar una prima elevada. En edades jóvenes, las ventajas de los contratos colectivos son muy limitadas y las necesidades pueden cubrirse con un seguro de enfermedad grave o de accidente personal.

En 2012 la Comisión publicó varias normas relativas a estos aspectos. Para las primas renovables anualmente, el aumento máximo autorizado es del 4%. Esta medida podría producir un aumento del número de contratos de prima constante.

Para los contratos colectivos, al igual que para los contratos individuales, se trata de que el período de seguro sea para toda la vida del tomador de seguro (y no pueda ser rescindido por la compañía de seguros).

En lo que se refiere a la tarificación, los subsidios cruzados entre tomadores de seguro, grupos de edades y sexos ya no están autorizados. Sólo se autoriza a efectos de tarificación un máximo de 5 años por grupo de edades.

2-7

Singapur

2-7-1

Contexto

Lanzado en 2002 bajo los auspicios del Ministerio de Sanidad de Singapur (MOH), ElderShield es un sistema nacional de seguro contra la discapacidad severa, que pretende ayudar a los ciudadanos y residentes permanentes de Singapur a pagar cuidados intermedios a largo plazo si quedan gravemente discapacitados.

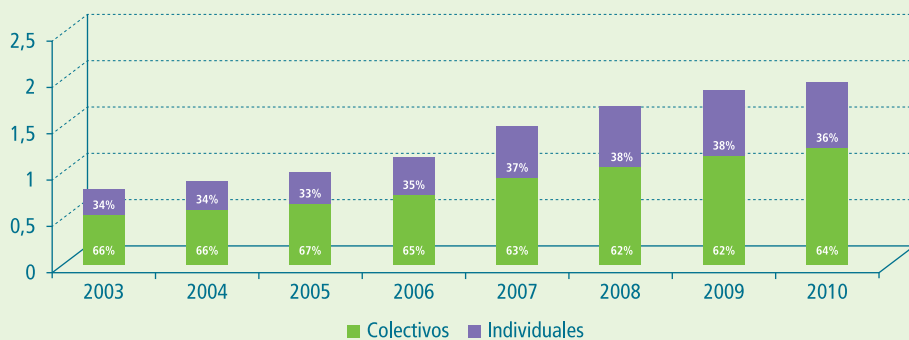
Siguiendo las prácticas del sector de seguros en materia de discapacidad severa, los tomadores que no pueden realizar tres o más de las seis actividades de la vida diaria (AVD) como lavarse, vestirse, comer, ir al lavabo, desplazarse o cambiar de posición reciben una prestación económica mensual de 300 SGD (alrededor de 150 EUR) durante un máximo de 60 meses. Sin embargo, no existen criterios de evaluación distintos para los deterioros cognitivos.

Para asegurar la coherencia en la evaluación de los siniestros, se creó un grupo de médicos de los sectores privado y público (68 en total a febrero de 2011). Estos médicos recibieron una formación especializada con el fin de adquirir las competencias necesarias para evaluar los siniestros en función de las AVD.

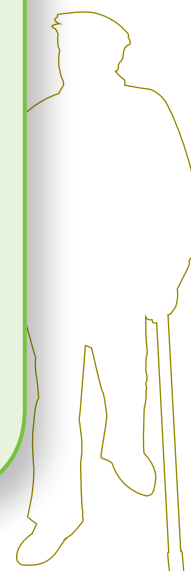
El sistema nunca fue diseñado para pagar la totalidad de los gastos de cuidados, sino para ofrecer una cobertura básica y mantener las primas asequibles para todos, especialmente para las personas con bajos ingresos. La elección de una cantidad de 300 SGD mensuales se consideró

Fig. 29

Total de primas brutas en la rama de seguros de dependencia durante los años 2003-2010 (en miles de millones NIS, porcentajes)



Fuente: Análisis de los datos de informes anuales de compañías de seguros basados en los informes no consolidados de las compañías, realizado por la División Mercados de Capital, Seguros y Ahorros.



suficiente para cubrir una proporción significativa de la parte de los gastos subvencionados en centros especializados a cargo del paciente, y sufragar los gastos de las personas que optarían por cuidados a domicilio. Cuando se lanzó el plan, los datos parecían mostrar que la mayoría de las personas necesitarían ayuda económica por discapacidad severa durante un período de 5 años.

En Singapur, no es raro que las personas mayores vivan con sus hijos adultos. De hecho, menos del 10% de las personas mayores de 80 años viven solas. Habida cuenta de este dato, y de acuerdo con la filosofía del Gobierno de promover el apoyo familiar y los servicios comunitarios para los cuidados de las personas mayores, el pago del seguro se hace en efectivo y no está vinculado al reembolso de la atención institucional.

Para fomentar una amplia participación, se introdujo un sistema opt-out en el que todos los miembros del fondo obligatorio de pensiones de Singapur, el Central Provident Fund (CPF), de 40 a 69 años estarían automáticamente incluidos sin proceso de selección, con posibilidad de exclusión voluntaria, lo que contribuiría a reducir la selección adversa. Desde el lanzamiento del plan, todos los miembros del CPF que cumplen 40 años y los nuevos miembros del CPF de 40 a 69 años están automáticamente incluidos. Las primas se deducen de las cuentas CPF de los miembros, lo que ayuda a soportar el gasto, puesto que no hay desembolso inmediato de efectivo y, además, las contribuciones al CPF son deducibles de los impuestos. Asimismo, aunque la cobertura es vitalicia, los miembros sólo tienen que pagar las primas por un período limitado (hasta los 65 años en la mayoría de los casos). Las primas están determinadas según la edad de ingreso y son constantes durante todo el período de pago. Sin embargo, su importe no está garantizado, aunque no se puede revisar más de una vez cada cinco años y no debe ser superior en más del 20% al importe anterior.

Para promover la colaboración del sector privado y la competencia, la explotación de ElderShield se concedió inicialmente por un período de cinco años a dos aseguradoras privadas, Great Eastern Life y NTUC Income, tras un proceso de licitación. Hasta ahora ElderShield se ha considerado como uno de los ejemplos de la experiencia única de Singapur en materia de participación del sector privado de seguros en un plan nacional de seguros. Si bien fue el Gobierno quien ideó el plan nacional de seguros, el sector privado es el encargado de la tarificación y la explotación, en consulta con el Gobierno.

2-7-2

Reforma de ElderShield y licitación pública

En abril de 2007, el Ministerio de Sanidad lanzó una licitación abierta para seleccionar las aseguradoras que se encargarían de ElderShield por un nuevo período de cinco

años (octubre de 2007 - septiembre de 2012). La intención era reformar la estructura de ElderShield con efecto a partir de octubre de 2007, de acuerdo con los siguientes fines:

- Mantener un «ElderShield básico» para todos los singapurenses, que ayudara a pagar los gastos básicos de cuidados intermedios de larga duración.
- Permitir a las aseguradoras privadas ofrecer «ElderShield complementarios» con prestaciones y primas adicionales al ElderShield básico.

Las aseguradoras fueron invitadas a licitar por:

- El derecho a ofrecer el plan ElderShield básico como sistema opt-out a los miembros del CPF que reunieran los requisitos, a partir de octubre de 2007.
- El derecho a ofrecer planes ElderShield complementarios, que serían comercializados como sistemas opt-in, es decir, con posibilidad de inclusión voluntaria. Los tomadores de seguros podrían pagar las primas desde cuentas MediSave hasta los límites de retirada especificados, que actualmente ascienden a 600 SGD anuales.

Las aseguradoras fueron invitadas a presentar una oferta de precio para las primas del plan. La selección de las aseguradoras tuvo en cuenta varios factores como las primas propuestas, la efectividad de los planes de negocio propuestos para ElderShield, la pericia y la experiencia en planes de discapacidad severa o dependencia, así como el nivel de inversión en recursos para administrar pólizas y siniestros ElderShield.

2-7-2-1

Resultados de la licitación pública

El 19 de junio de 2007, el Ministerio de Sanidad anunció los resultados de la licitación. Aviva fue seleccionado como tercera aseguradora para competir con los dos titulares, Great Eastern Life y NTUC Income. Aviva propuso la oferta de prima más competitiva, y Great Eastern Life y NTUC Income aceptaron alinearse con estos precios.

Asimismo se anunciaron varias mejoras en el plan ElderShield:

- El pago mensual por el plan ElderShield se aumentó de 300 SGD a 400 SGD y el período máximo de pago se extendió de 60 a 72 meses para los casos en que el tomador de seguro quedara gravemente discapacitado.
- Las primas mensuales se aumentaron en sólo 2 SGD.
- El nuevo plan siguió siendo un sistema opt-out. Los miembros del CPF que alcancen la edad de 40 años serán automáticamente incluidos, a no ser que decidan lo contrario.

Sin embargo, estas mejoras no serán automáticas para los tomadores de seguros existentes, que necesitarán pasar por un proceso de selección médica antes de poder

cambiar al nuevo plan o comprar el ElderShield complementario. Para cambiar de plan, también tendrán que pagar un ajuste de prima. El Ministerio de Sanidad trabajó con las aseguradoras de ElderShield para escalonar la prima de ajuste en un período de cinco años con el fin de facilitar su pago por los tomadores.

2-7-2-2

Reducciones de primas

El contrato ElderShield contenía una cláusula de reducción de prima por la cual las aseguradoras se comprometían a ofrecer una reducción a los tomadores de seguros, si el historial de siniestros resultaba inferior al proyectado. Según un comunicado de prensa del Ministerio de Sanidad del 22 de junio de 2007, la reducción se evalúa en 60 millones SGD, lo que representa aproximadamente el 7% de las primas pagadas.

2-7-3

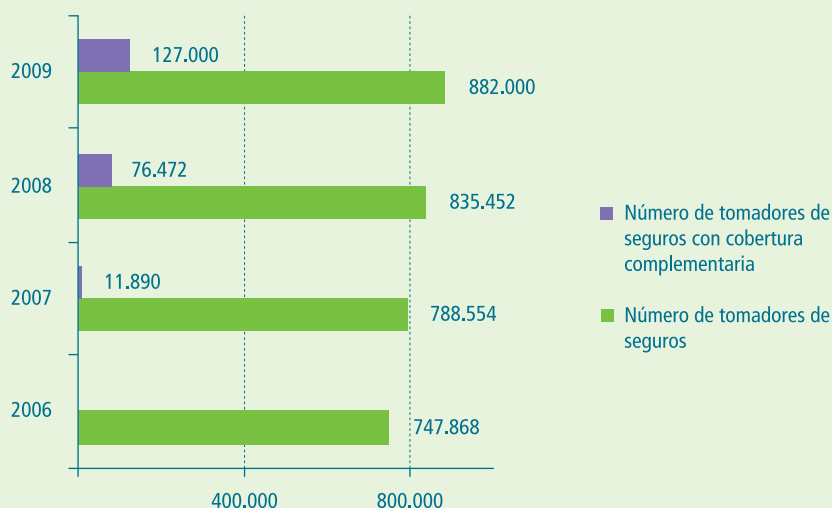
ElderShield – Situación actual

Según las cifras publicadas a finales de 2009, el número de tomadores de seguros de ElderShield alcanzaba 882.000 (55% de las personas elegibles a la cobertura) de

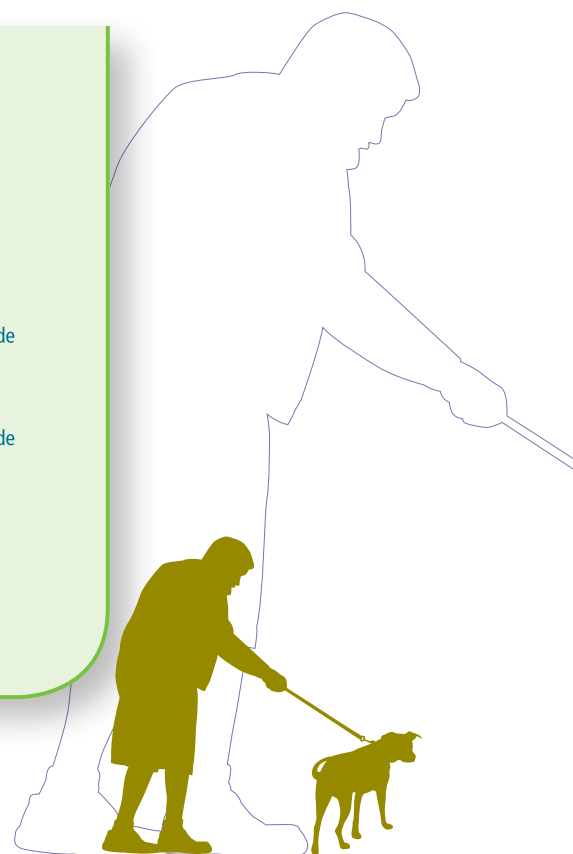
los cuales 127.000 (14%) habían comprado planes ElderShield complementarios. La tasa de exclusión voluntaria bajó del 38% en 2002 (lanzamiento del plan) a aproximadamente el 14% en 2006, y debería de situarse por debajo del 10% en los años más recientes.

Fig. 30

Número de tomadores del seguro

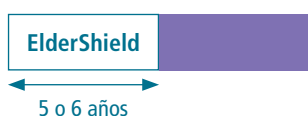


Fuente: Ministerio de Sanidad de Singapur.



2-7-3-1

Descripción de las prestaciones complementarias ofrecidas actualmente

I – Seguros complementarios que son extensiones del ElderShield básico**¿Cuándo empezarán los pagos?**

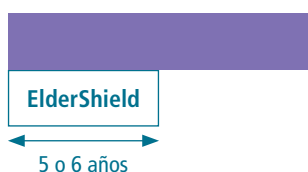
Empezarán en el mes siguiente después de que su seguro básico ElderShield le haya abonado el 60º o 72º pago (según haya suscrito un plan ElderShield300 o ElderShield400).

¿Cuánto durará el período máximo de pago?

Según el tipo de seguro complementario suscrito, el período máximo de pago será fijo (cuatro o cinco años) o vitalicio. Todos los pagos mensuales cesarán con el fallecimiento.

Seguros complementarios posibles:

ElderShield ValuePlus 300 y 400, ElderShield Lifetime Care 300 y 400.

II – Seguros complementarios que se superponen al ElderShield básico**¿Cuándo empezarán los pagos?**

Empezarán en el mismo mes que su seguro básico ElderShield.

Durante los primeros 60 ó 72 meses (según haya suscrito un plan ElderShield300 o ElderShield400), recibirá los pagos de ambas pólizas. Después, sólo el seguro complementario continuará sus pagos hasta alcanzar el período máximo de pago.

¿Cuánto durará el período máximo de pago?

Según el tipo de seguro complementario suscrito, el período máximo de pago será de seis o diez años. Todos los pagos mensuales cesarán con el fallecimiento.

Seguros complementarios posibles:

ElderShield Comprehensive y ElderShield Care.

III – Seguros complementarios que se integran en el ElderShield básico**¿Cuándo empezarán los pagos?**

Empezarán en el mismo mes que su seguro básico ElderShield. Durante los primeros 60 ó 72 meses (según haya suscrito un plan ElderShield300 o ElderShield400), el seguro complementario abonará un pago además del pago del ElderShield básico.

Por ejemplo, un tomador de ElderShield400 que suscriba un seguro complementario con prestaciones de 1.000 SGD mensuales recibirá prestaciones como se indica en el cuadro abajo:

	Primeros 72 meses	A partir del 73º mes
Del seguro ElderShield400	400 SGD	0 SGD
Del seguro complementario ElderShield	600 SGD	1.000 SGD
Total	1.000 SGD	1.000 SGD

¿Cuánto durará el período máximo de pago?

Según el tipo de seguro complementario suscrito, el período máximo de pago será de doce años o vitalicio. Todos los pagos mensuales cesarán con el fallecimiento.

Seguros complementarios posibles: MyCare y PrimeShield

Desde el lanzamiento, el Ministerio de Sanidad dejó claro que el plan ElderShield evolucionaría con el tiempo. Al principio, el Ministerio creó el plan para ofrecer un nivel mínimo de cobertura y animó al sector privado a proseguir con planes complementarios. Sin embargo, cuando se hizo evidente que las iniciativas por parte del sector privado no se estaban desarrollando, el Ministerio incluyó nuevos incentivos en la última reforma de 2007.

En una entrevista reciente con la prensa, el Ministro de Sanidad anunció que se mejoraría el plan ElderShield para ofrecer una mejor cobertura y formuló el deseo de que un mayor número de tomadores de seguros complementaran su cobertura existente. En un principio se iban a anunciar mejoras en 2012, sin embargo el MoH ha anunciado que la nueva licitación de cinco años se pospone a 2013 para darles tiempo a revisar la estructura y aportar las mejoras necesarias para adecuarse a los tiempos que corren. Está claro que se aumentarán las prestaciones y, esperamos que el Ministerio considere la posibilidad de introducir criterios distintos y más adecuados para evaluar los siniestros por deterioro cognitivo como la demencia.

2 - 8

Japón

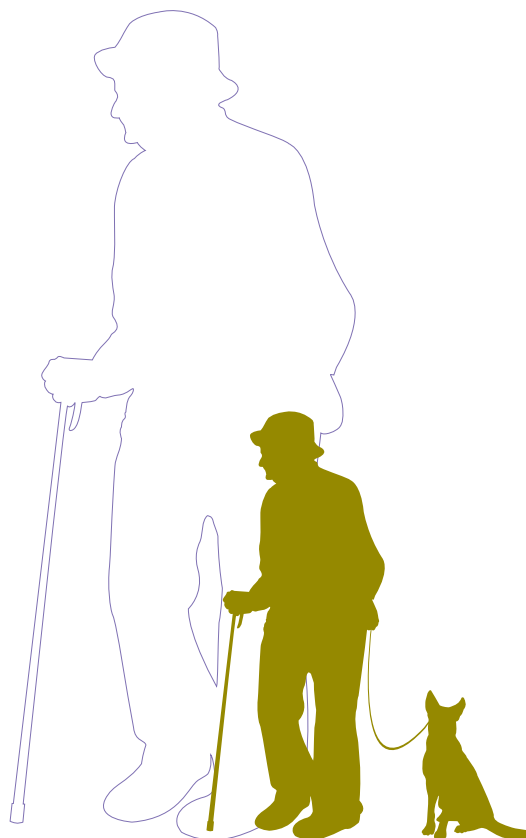
Con una edad media de 44,7 años, se puede decir claramente que Japón es el país más viejo del mundo. La edad media es superior en más de 5 años a la media de los demás países industrializados, e incluso superior en 15 años a la media mundial. Japón respondió pronto al cambio demográfico con varias reformas.

El «Plan de Oro» público, que se remonta a 1989, formó la base del desarrollo nacional de atención a la dependencia en centros especializados y a domicilio. Sin embargo, el planteamiento centrado en prestaciones gratuitas se enfrentó rápidamente a dificultades debido al aumento de los gastos y a problemas de financiación. Por consiguiente, en el 2000 se creó un sistema nacional obligatorio de seguro de dependencia, financiado a partes iguales por las cotizaciones de seguro y las subvenciones fiscales. Las primas a pagar por el asegurado, después de alcanzar la edad de 40 años, son cofinanciadas por las empresas. El sistema es gestionado por las municipalidades correspondientes.

La introducción del seguro nacional obligatorio de dependencia produjo una crisis repentina del mercado privado de seguros de dependencia. Las carteras construidas durante el período de 1989 a 1998, formadas por aproximadamente dos millones de pólizas de seguro de dependencia, han desaparecido desde entonces.

Las prestaciones de los programas de seguros obligatorios de dependencia están exclusivamente dirigidas a las necesidades reales, y no al valor financiero de la ayuda. Se ha introducido una clasificación con seis niveles especialmente para evaluar las necesidades. El asegurado debe pagar un 10% deducible de las prestaciones a abonar. Generalmente, no se pagan prestaciones económicas, pero los cuidados formales se reembolsan hasta un determinado importe. Con algunas excepciones, sólo tienen derecho a prestaciones las personas de más de 65 años.

Queda por ver si el plan nacional del seguro de dependencia será económicamente viable en el futuro. En 2006 se llevó a cabo una primera reforma para reducir la selección adversa y mejorar la calidad del servicio a los dependientes. En 2009 una segunda reforma introdujo nuevos controles para evitar el fraude en solicitudes de prestaciones.

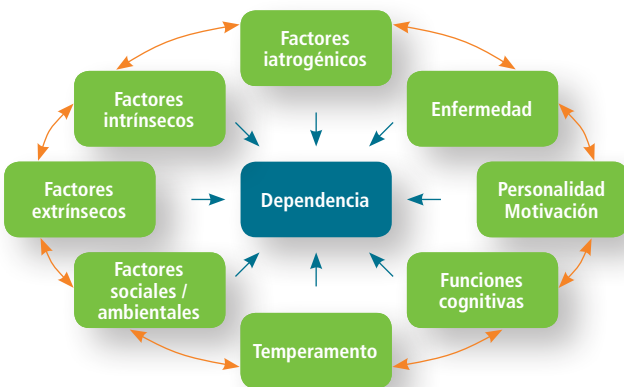


Causas de la dependencia y consecuencias sociales

Son muchos los factores determinantes de la dependencia y no siempre se les presta la suficiente atención en las estadísticas de prestaciones a menudo fuertemente agregadas. El gráfico que se muestra más abajo ilustra las relaciones e interacciones entre factores internos y externos. Cada factor afecta a la persona directamente y afecta a los demás factores, por lo que su impacto puede verse reforzado.

Fig. 31

Factores determinantes



3 - 1

Estadísticas de causas de siniestros

A partir de la experiencia de las carteras de seguros francesas, se obtuvieron los siguientes resultados relativos a las distribuciones medias de las principales causas de dependencia (para la totalidad de los grupos de edad):

Fig. 32

Causas de la dependencia

Causas	Porcentaje
Enfermedades neuropsiquiátricas (demencia)	25 - 50%
Cáncer	15 - 30%
Enfermedades cardiovasculares	15 - 30%
Otras enfermedades neuropsiquiátricas	10 - 20%
Reumatismo	2 - 10%
Accidente	5 - 10%
Enfermedades oculares	1 - 3%

El número de personas con cáncer y enfermedades cardiovasculares es significativamente más alto entre los hombres que entre las mujeres. Por otra parte, las mujeres sufren demencia y pluripatologías con mucho más frecuencia. Asimismo queda reconocido que en promedio los hombres pierden su autonomía uno o dos años antes que las mujeres. La esperanza de vida restante después de la pérdida de autonomía es lógicamente más corta para los hombres que para las mujeres de la misma edad.

3 - 2

Demencia

Las estadísticas sobre las diferentes causas evidencian fuertemente la importancia de la demencia en los seguros de dependencia. El porcentaje indicado de 25-50% se refiere a la totalidad de los grupos de edad, pero el porcentaje de demencia aumenta significativamente con la edad. Entre las personas de más de 75 años, se puede suponer una prevalencia media del 18%, de la cual la enfermedad de Alzheimer representa un 70-80%.

Al contrario de otras causas de dependencia, los casos de cuidados relacionados con la demencia llevan a períodos de prestaciones excepcionalmente largos. Investigaciones recientes indican que una persona con Alzheimer tiene una esperanza de vida de ocho años. En conjunto, se puede concluir en la siguiente clasificación:

Fig. 33
Duración de las prestaciones según las causas

Causa de dependencia	Duración de las prestaciones
Cáncer	Inferior a la media
Pluripatologías	Media
Demencia	Superior a la media

3 - 2 - 1

Mini examen del estado mental (MMSE)

Es muy difícil ofrecer pruebas fiables de deterioros cognitivos. Hoy en día, se ha generalizado el mini examen del estado mental (Mini Mental State Examination - MMSE), desarrollado en 1975 por Folstein y sus colegas, por lo que se denomina de forma abreviada como examen Folstein.

Se trata de un cuestionario a la persona afectada, en el que un total de nueve tareas permiten examinar sus capacidades cognitivas. La entrevista dura aproximadamente 10 minutos. Según el resultado obtenido, se pueden clasificar las capacidades cognitivas de la siguiente manera: con menos de 15 puntos, se puede deducir la

existencia de disfunciones cognitivas graves; un total entre 15 y 17 indica una disfunción cognitiva moderada; cuando la cifra es más alta, no se evidencia ninguna disfunción cognitiva.

3 - 3

Tasa de rechazo

Como en seguros de invalidez, las aseguradoras registran una tasa elevada de rechazo de siniestros en seguros de dependencia. Según el mercado y el seguro, la tasa de rechazo puede alcanzar el 75%. La experiencia ha demostrado que las causas de rechazo son las siguientes:

Fig. 34
Análisis de los siniestros rechazados

Motivo de rechazo	Porcentaje
Incumplimiento de los requisitos (derecho a prestaciones)	30 - 40%
Dependencia temporal	15 - 25%
Período de carencia incompleto	5 - 10%
Incumplimiento de la obligación de divulgación precontractual	5 - 10%
Fallecimiento durante el período de eliminación (90 días)	5 - 10%

Los motivos de rechazo enumerados se refieren a la experiencia en el mercado francés y están fuertemente relacionados con el diseño del producto francés. En otros mercados de seguros de dependencia con períodos de carencia mucho más cortos, el incumplimiento del período de carencia o del derecho a prestaciones tiene un peso menos importante.

3 - 4

Riesgos psicosociales relacionados con la dependencia

3 - 4 - 1

Costes ocultos de los cuidados informales

Desde un punto de vista económico, los cuidados informales proporcionados por la familia y los amigos de las personas dependientes podrían considerarse como un sustituto gratuito de los cuidados profesionales. Con estos cuidados que pueden tomar varias formas, las personas dependerán menos de cuidadores profesionales, por lo que reducirán sus necesidades económicas.

Sin embargo, la naturaleza «gratuita» de estos cuidados es ilusoria, ya que el coste para los cuidadores en términos de deterioro de la salud y pérdida de oportunidades de trabajo es innegable. Por consiguiente, las políticas que animan a las personas de 50-60 años a cuidar de sus padres por sí mismos con el fin de alojarlos en su propia casa son incompatibles con otras medidas encaminadas a que los trabajadores de mayor edad permanezcan activos más tiempo.

Paralelamente, las llamadas políticas de «envejecimiento activo» mejoran la capacidad financiera para las prestaciones de salud y jubilación. Un estudio canadiense titulado «La longévité : une richesse» (La longevidad: una riqueza) (CIRANO, enero de 2010) examinó las consecuencias del envejecimiento de la población. La conclusión es clara: para mantener el crecimiento económico en el nivel deseable, los quebequeses tendrán que trabajar más tiempo. El estudio muestra que un aumento de la proporción de trabajadores que permanezcan activos tendría un impacto positivo en el PIB.

Por consiguiente, si se alcanzan los objetivos europeos relativos a la tasa de empleo de los trabajadores de mayor edad, es probable que aumenten la demanda de cuidados profesionales y, por lo tanto, el coste financiero de la dependencia.

Es evidente que los cuidados informales reducen el tiempo de trabajo de los cuidadores. Asimismo pueden obligar a algunas personas a rechazar oportunidades profesionales o a aceptar un trabajo menos remunerado con horarios laborales más flexibles para estar más cerca del domicilio de sus padres y tener más tiempo para ellos. Sin embargo, aunque los cuidados informales suelen tomar un tiempo que de lo contrario se hubiera dedicado al trabajo, el papel de cuidador no suele conducir a dejar definitivamente el mercado de trabajo (Le Bihan y Martin, 2006).

Con frecuencia se afirma que el número de cuidadores informales podría bajar en los próximos años debido a una disminución relativa del número de hijos por familia, al hecho de que los hijos viven más lejos del domicilio de sus padres y, de forma general, a la «ruptura» de la estructura familiar tradicional. Sin embargo, evaluar esta supuesta reducción del número de cuidadores en los próximos años sería más difícil de lo que en principio parece. Primero, la cantidad de cuidados recibidos por una persona dependiente no aumenta necesariamente con el número de hijos. Además, estudios recientes han demostrado que los cuidados y el apoyo dentro de la familia siguen siendo fuertes y que el número de cuidadores familiares nunca ha sido tan alto (véase SCOR Papers N.º 15, abril de 2011).

3-4-2

Impacto en la salud de los «cuidadores informales»

Los cuidados informales también tienen un impacto en la salud de los cuidadores.

Numerosos estudios epidemiológicos han demostrado los efectos negativos de los cuidados informales en la salud de los cuidadores (Sorensen et al., 2002; Brodaty et al., 2003).

Cuando se habla de dependencia, se refiere a menudo a la pérdida de autonomía de personas que llegan a depender física y mentalmente de sus familiares (hijos o cónyuge), conocidos desde hace poco con el nombre de «cuidadores informales».

Actualmente se presta una atención particular a estos «cuidadores informales» en quienes recae una gran responsabilidad que suele producir estrés crónico y efectos negativos en la salud. Algunos estudios incluso sugieren un aumento de muertes precoces.

Desde hace muchos años se trabaja activamente en la rehabilitación física y las soluciones domóticas para asistir a las personas con pérdida de autonomía física, y se organiza el acceso a los cuidados para ayudarlas a realizar las tareas diarias que se han vuelto difíciles o imposibles.

A pesar de estas mejoras técnicas, una sensación de soledad invade a menudo a los ancianos frágiles, que se ensimisman en el silencio, signo de que han alcanzado el fin de una batalla perdida y han abandonado la lucha. El mantenimiento de una relación emocional requiere muchos esfuerzos por ambos lados, ya que los papeles familiares cambian y el equilibrio entre las personas acaba invirtiéndose. Además, los cuidadores informales tienden a ocultar sus propias dificultades a los profesionales de salud porque creen que es inaceptable mencionarlas.

En situaciones de deterioro cognitivo, los esfuerzos realizados actualmente para diagnosticar la demencia y demás enfermedades neurodegenerativas a un estadio precoz supondrán inevitablemente que un mayor número de personas más jóvenes serán informadas de que están enfermas desde el inicio del proceso degenerativo. Por supuesto, siempre existe la esperanza de que la investigación farmacológica desarrolle nuevos tratamientos, pero será evidentemente un largo proceso.

Además, el anuncio del diagnóstico es un auténtico choque que encierra inmediatamente a la persona y sus familiares en la enfermedad y los condena, a partir de ese día, a vivir en el temor a la aparición del deterioro previsto. En el caso de las personas diagnosticadas más jóvenes, el mantenimiento de una actividad laboral se hace difícil para ellas, su familia y su entorno profesional con el anuncio de la enfermedad, el aumento del deterioro cognitivo, el espectro de la demencia y la perspectiva del peligro para ellas mismas y los demás. Comienza entonces el descenso a los abismos de la dependencia, un descenso vertiginoso para algunos, progresivo para otros, insidioso para los demás, pero siempre un descenso, que enfrentará a las personas del entorno con temores y esperanzas, poniendo fin a sus planes de futuro, obligándolas a adaptar su vida al ritmo de la enfermedad y poniéndolas en un estado de inseguridad permanente.

Hasta ahora estas realidades se vivían en el silencio del círculo familiar, en el que todos tendían a ocultar su sufrimiento, al considerar que era su deber cuidar de su pariente dependiente.

Hoy en día, el aumento de la longevidad ha llevado a un incremento del número de personas que podrían necesitar cuidados de larga duración, al mismo tiempo que se ha ido alargando la duración de la vida laboral. Así pues, personas de edad media (que también pueden tener hijos adolescentes o jóvenes adultos dependientes) deben enfrentarse, en el último cuarto de su vida laboral, a la responsabilidad y la carga económica de los cuidados de un padre, una madre o un cónyuge, y combinar este papel con sus compromisos profesionales. Esto significa que los familiares (cónyuge e hijos) se encuentran en una situación en la que la vida cotidiana es cada vez más difícil de llevar, y deben afrontar solos dificultades relacionales asociadas a sentimientos de culpa inducidos por estas enfermedades.

Dado que estos cuidadores familiares también trabajan, es fácil comprender como las preocupaciones familiares se añaden al estrés profesional, tanto en términos cuantitativos como cualitativos. Los cuidados suelen representar dos o tres horas de trabajo diario, y la carga emocional y mental es especialmente fuerte, y aún más en caso de deterioro cognitivo.

El agotamiento puede llegar pronto para estos trabajadores «en la sombra», que muchas veces viven en un gran aislamiento.

Por consiguiente, mantener su actividad profesional fuera de casa es tanto un objetivo vital como una labor gratificante. Sin embargo, desde el punto de vista de la empresa, estas personas son más susceptibles de plantear problemas (retrasos, ausencias, descuidos, ineficacia). En consecuencia, estos empleados bajo presión son más frágiles y están más expuestos a riesgos psicosociales principalmente relacionados con la ausencia de apoyo social y las dificultades de conciliación de la vida personal y profesional.

3-4-3

Acción preventiva

En lo que se refiere al control de los gastos de salud, la dependencia plantea cuestiones a las empresas (estrés laboral, condiciones de trabajo) y al Estado.

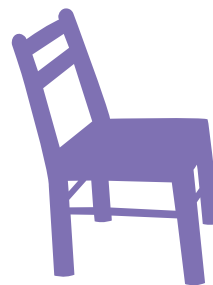
Hemos visto que era importante para los «cuidadores informales» disponer de ayuda como prestaciones por descanso o, de forma más permanente, una adaptación de sus condiciones de trabajo, ya que pueden convertirse rápidamente en una enorme carga social y económica si el agotamiento provoca un deterioro de su propio estado de salud.

Cómo Réhalto ayuda a los cuidadores informales

Dentro de nuestro servicio de prevención y en el marco de la ayuda a las personas que están de baja por enfermedad, encontramos cada vez más personas activas que también son cuidadores informales (y a veces empleados de su familiar dependiente) en estado de agotamiento emocional y físico.

Nuestra prioridad es hacer que estas personas recobren la salud para poder afrontar de nuevo la situación. Eso significa encontrar un nuevo equilibrio emocional, pero también un estilo de vida más sano (nutrición, actividad física, recursos sociales), ya que el agotamiento muchas veces lleva a la persona a descuidarse (de su aspecto, pero también de su bienestar general) y, en algunos casos, provoca una pérdida de empatía que puede rápidamente convertirse en maltrato.

Por eso es muy importante para nosotros cuidar de estas personas y hacer que recuperen su «humanidad». «Es el tesoro de comprensión, de emociones y sobre todo de exigencias éticas para nosotros y los demás que hemos desarrollado poco a poco a lo largo de la evolución» (Albert Jacquard), que debe acompañarles en su papel de cuidadores.



Conclusión

Hoy en día, la mayoría de los países desarrollados que registran un envejecimiento de la población se enfrentan al aumento del número de personas mayores y dependientes. La necesidad de cuidados de larga duración, a domicilio o en centros especializados, seguirá creciendo tanto en los mercados maduros como en los mercados emergentes. Además, las tendencias demográficas y sociales, así como las disposiciones públicas inadecuadas incitan al mercado de seguros a ofrecer soluciones de financiación para cuidados de larga duración. La ayuda informal proporcionada a una persona mayor por sus familiares es cada vez más difícil. Por consiguiente las personas deben organizarse en caso de que se vuelvan incapaces de cuidar de sí mismas.

Los productos de dependencia garantizan el pago de una renta o una prestación por los cuidados proporcionados a la persona dependiente según el grado de la dependencia. El tipo de cobertura puede variar sustancialmente entre los diferentes mercados.

Para ayudar a sus clientes a crear y mejorar sus seguros de dependencia, SCOR Global Life realiza un seguimiento de estos productos en el mundo entero. Su centro de I+D dedicado al seguro de dependencia analiza las tendencias y sigue las evoluciones para que sus clientes puedan disponer de los datos más recientes a la hora de tomar decisiones sobre su oferta de productos. Asimismo puede ofrecer las herramientas necesarias para gestionar los pasivos a largo plazo.

Además, como reaseguradora de productos de dependencia desde hace más de 25 años, SCOR ha adquirido una amplia experiencia práctica en la resolución de los problemas relacionados con la selección y la gestión del riesgo. SCOR Global Life cree firmemente en la diversificación de la oferta y la adaptación de los productos a cada mercado. Sus expertos ayudan a los clientes a elaborar toda una gama de seguros de dependencia tanto en el marco de pequeños proyectos como en forma de soluciones llave en mano.

No dude en contactar con su interlocutor habitual de SCOR Global Life para que le ayude a diseñar sus productos de dependencia.





El seguro de
dependencia

Autor
SCOR Global Life
Editor responsable
Gilles Meyer

Editor
Bérange Mainguy
Tel.: +33 (0)1 58 44 70 00
life@scor.com
© 2012 – ISSN: 1959-7703

SCOR Global Life SE
Societas Europaea con un capital de 274.540.000 EUR
5, avenue Kléber
75795 Paris Cedex 16 – France
RCS Paris 433 935 558
www.scor.com