
El futuro del seguro de dependencia

(The future of the disability benefit)

Además de las pensiones y la sanidad, con las que se empezó a reflexionar sobre las consecuencias económicas y sociales del envejecimiento, la cuestión de los cuidados de dependencia ha ido lentamente abriéndose paso. No obstante, en dicho debate se aprecia cierto tono apocalíptico, pues el proceso de envejecimiento acaba siendo entendido exclusivamente como un problema, y no como una nueva realidad ante la que conviene reflexionar serenamente. En el caso concreto que nos ocupa, relativo a las personas que no pueden realizar de manera autónoma ciertas actividades cotidianas (que es en lo que consiste la dependencia), de lo que se trata es de proponer nuevos esquemas de financiación y provisión. Pero, ¿cuáles son las actuales políticas?, ¿por qué cambiarlas?

La principal característica de la respuesta que como sociedad estamos dando al fenómeno de la dependencia es que éste sigue considerándose un problema de índole fundamentalmente privado que debe ser resuelto por las familias^{1,2}. Por tanto, ya sea con tiempo propio o contratando la ayuda de profesionales, bien en el ámbito doméstico o en residencias asistidas, son las propias personas dependientes y sus familias las que soportan la mayor parte de los costes de los cuidados. La actuación de la Administración, ya sea en el ámbito autonómico o municipal, tiene un carácter marcadamente subsidiario: sólo cuando la familia se desentiende, claudica o se desconoce, y siempre de acuerdo con la capacidad económica del beneficiario, se procede a financiar públicamente la asistencia requerida. El punto de partida con respecto a las pensiones o a la sanidad es, pues, radicalmente distinto. Por tanto, mientras en estos dos últimos el miedo es al impacto del envejecimiento demográfico sobre la evolución del gasto público, en el caso de la dependencia la cuestión central es si la Administración (regulando, financiando o proveyendo) debe o no intensificar su actividad en un campo cuya presencia hasta el momento ha sido minoritaria.

No obstante, debe quedar claro que el envejecimiento demográfico no es el motivo más importante para iniciar un replanteamiento del modelo actual de atención a la dependencia. A lo sumo, si esto puede considerarse un argumento, el envejecimiento de la población aumentará previsiblemente la magnitud del fenómeno de la dependencia y, por tanto, también la visibilidad del actual modelo de cuidados y de algunos de sus problemas. Sin embargo, a este respecto conviene ser pru-

dente en cuanto a las proyecciones (nacionales e internacionales) sobre la evolución futura del número de personas dependientes, ya que revisten un grado de incertidumbre notable^{3,4}.

Tampoco comparto la idea de que la incorporación masiva de las mujeres al mercado de trabajo, que como es bien sabido continúan siendo las principales proveedoras de cuidados a las personas dependientes en nuestro país⁵, deba utilizarse como argumento central para justificar cambios importantes. Por tanto, si bien es cierto que la transición laboral de las mujeres nacidas en la década de 1960 aumentará en los próximos años el número de ellas que se enfrenta a la tesitura de cuidar a un familiar dependiente, esto no tiene por qué provocar una crisis del modelo actual. Más bien, a mi entender, lo que se va a producir es un aumento de ciertos tipos de comportamiento casi ausentes en las actuales generaciones de mujeres de mediana edad. Por tanto, puesto que en los próximos años buena parte de las potenciales cuidadoras van a estar trabajando cuando aparezca el problema, o bien dejarán de trabajar, o contratarán a alguien, o bien buscarán una solución intermedia. En definitiva, la transición laboral femenina puede que haga variar la importancia relativa de los distintos costes soportados hoy día por las familias, o incluso los haga aumentar, pero ello no es óbice para justificar un cambio radical de modelo.

El principal motivo para modificar nuestro actual modelo de financiación de la atención a la dependencia es que ignora la naturaleza de riesgo inherente a la incapacidad funcional y, por tanto, impide que nos beneficiemos de las ventajas que se derivarían de un enfoque asegurador. En efecto, puesto que todos estamos expuestos al riesgo de convertirnos en dependientes en una edad avanzada, un ciudadano racional desearía tener una cobertura aseguradora. En otras palabras, no podemos confiar en nuestra pensión o en nuestros ahorros para resolver la dependencia, porque el coste resultaría excesivo. Por tanto, mientras que todos necesitaremos de una pensión para nuestra jubilación, no todos incurriremos en gastos por atención a la dependencia. Estamos, por tanto, ante un problema de seguro y no de ahorro. Si se trata de un problema de seguro, ¿hay motivos para dejar que el mercado resuelva esta necesidad o, por el contrario, la solución es un seguro social?

Aunque en España se tenga la percepción de que se trata de una idea novedosa, lo cierto es que son va-

rios los países en los que existen seguros privados de dependencia desde hace ya algunos años. Sin embargo, en todos ellos el desarrollo de este tipo de productos ha resultado complicado. Este escaso éxito del aseguramiento voluntario de la dependencia, aunque responde a causas diversas, viene principalmente motivado por el hecho de que la mayoría de personas, sobre todo las más jóvenes, tiende a percibir el riesgo de dependencia como algo muy lejano. En efecto, puesto que se trata de un producto asegurador que obliga al individuo a crear reservas desde el principio de la vida laboral, si en este período no hay conciencia del riesgo, el individuo no contrata la póliza. De hecho, sólo cuando se empieza a percibir la incapacidad funcional como un riesgo cercano, lo que suele ocurrir al alcanzarse edades avanzadas, los individuos se plantean la posibilidad de suscribir el seguro; pero entonces la prima es demasiado elevada y el mercado asegurador únicamente alcanza a resolver una pequeña parte de toda la demanda de cuidados existente. La experiencia norteamericana resulta reveladora a este respecto⁶.

No es extraño, a la vista de lo anterior, que en el debate sobre la financiación de la atención a la dependencia la idea de optar por un esquema de aseguramiento obligatorio (o seguro social de dependencia [SSD]) sea la que esté despertando un mayor interés académico, ni tampoco que los países que han sido más innovadores en este terreno últimamente, como Alemania⁷ y Japón⁸, hayan optado por esta vía. No obstante, a la hora de introducir un SSD, son varios los interrogantes que se han de resolver.

Un primer grupo de cuestiones tiene que ver con los criterios que el SSD va a utilizar para determinar quién puede acceder a las prestaciones cubiertas, así como el tipo y la intensidad de éstas. Respecto a los criterios de acceso, según sugiere la experiencia internacional, lo lógico sería valorar únicamente el grado de dependencia de los potenciales beneficiarios. Por tanto, frente a un modelo asistencialista como el actual, en que la Administración determina el acceso a los recursos sociales teniendo en cuenta la situación económica y familiar de los sujetos además de su incapacidad, un SSD únicamente valoraría esta última dimensión. De hecho, puesto que la dependencia es una contingencia que puede aparecer a cualquier edad, el manto protector de un hipotético SSD debería extenderse a todas aquellas personas dependientes cualquiera que fuese la edad de las mismas. De todos modos, para evitar comportamientos oportunistas por parte de los sujetos, resulta imprescindible contar con medidas de capacidad funcional lo suficientemente fiables como para que únicamente tengan derecho a cobertura aquellos sujetos con una necesidad real de cuidados.

Por su parte, en cuanto a las prestaciones cubiertas, el enfoque que nos parece más coherente con la

idea de establecer un SSD consistiría en definir un «paquete básico» que partiera del reconocimiento de que lo que el seguro pretende garantizar es la posibilidad de seguir realizando una serie de actividades básicas (comer, vestirse, bañarse, etc.), sin que para ello el individuo tenga que incurrir en gastos catastróficos, pero no la consecución de unas condiciones de vida más «confortables», menos solitarias, etc. Un enfoque de estas características permitiría, por ejemplo, excluir como prestaciones cubiertas todos aquellos servicios que tuvieran un contenido marcadamente hotelero (alojamiento, transporte, comidas, actividades de ocio, etc.). Por otro lado, en cuanto a la intensidad de la cobertura, al ser la calidad de los servicios que dan respuesta a la dependencia fácilmente valorables por parte de los beneficiarios, existe un amplio margen de manobra para utilizar transferencias en metálico condicionadas a la compra de cuidados, como fórmula de provisión («cheques-servicio») y, de ese modo, avanzar hacia una oferta más sensible a las preferencias de los usuarios.

Un segundo grupo de cuestiones de crucial importancia son las relativas a la financiación del SSD. No obstante, algunas de ellas quedan implícitamente resueltas si uno opta por delimitar las prestaciones cubiertas del modo en que acabamos de hacerlo. Por un lado, al excluir de la cobertura los servicios hoteleros, se acepta que éstos sean financiados privadamente de acuerdo a la disposición a pagar de cada cual; por otro lado, al abogar por un esquema de «cheques-servicio», que por definición van a ser de cuantía limitada, se está abriendo la puerta al aseguramiento privado de carácter complementario. Por tanto, queda discutir cómo podrían financiarse las «prestaciones por dependencia» que incorporaría el nuevo SSD. A este respecto, parece claro que los recursos deberían proceder de la afectación de alguno de los impuestos ya existentes: tratándose de un programa nuevo, y en un contexto de contención presupuestaria como el actual, es poco probable que éste fuera capaz de sustraer recursos de otros programas de gasto más consolidados. Así mismo, siendo los dos candidatos naturales para dicha afectación las cotizaciones sociales y el IRPF, existen, sin embargo, motivos para abogar por este último: a) ante las tensiones financieras que se prevé tenga la Seguridad Social para hacer frente a las pensiones en los próximos años⁹, resulta poco razonable plantear una subida de cotizaciones para hacer frente a una nueva contingencia; b) la dependencia, por ser un riesgo fundamentalmente de carácter no laboral, casa mal con el espíritu contributivo que acertadamente impregna nuestra Seguridad Social, y c) siendo las CCAA las actuales responsables de los servicios sociales y, por tanto, de buena parte de la oferta asistencial, parece lógico que la financiación de un nuevo SSD deba efectuarse a partir de la afectación de un impuesto sobre el que aquellas tengan parte de responsabilidad. En cualquier caso, a la vista del enveje-

cimiento demográfico previsto para los próximos años, es importante que la fórmula de financiación por la que finalmente se opte incorpore la creación de un fondo capitalizable de reservas para el futuro.

Un último aspecto que debe analizarse es a quién correspondería la gestión de las nuevas prestaciones por dependencia que un hipotético SSD pasaría a cubrir. De nuevo, aunque en esta ocasión sería para evitar repetir los males de las estructuras preexistentes, la mejor opción sería crear una entidad dedicada en exclusiva a gestionar las nuevas prestaciones. En concreto, partiendo de la premisa de que el abordaje de los problemas de dependencia mejora si se realiza desde el entorno más inmediato al sujeto, se trataría de crear consorcios, de base geográfica limitada, en los que estuvieran representadas las distintas instituciones que ya hoy prestan este tipo de asistencia (servicios sociales autonómicos y locales, proveedores, quizás algunas entidades de previsión social, etc.). Así mismo, para evitar el relativo fracaso de anteriores intentos en esta línea, como fue, por ejemplo, el de las comisiones sociosanitarias¹⁰, debería optarse por fórmulas que permitieran una transferencia efectiva de riesgo a esos nuevos consorcios (¿capitación por dependencia?), pues tengo la impresión de que sólo así resultarán creíbles los compromisos de integración asistencial.

Por último, manifestar mis dudas acerca del papel que deberían ejercer los servicios sanitarios al respecto.

Por un lado, si bien es cierto que algunas personas dependientes tienen importantes problemas de salud asociados, no sabemos hasta qué punto su número es lo suficientemente alto como para que los beneficios que se derivarían de una mayor integración sociosanitaria superaran los costes de transacción que comportaría dicha integración. Por otro lado, un excesivo protagonismo de los servicios sanitarios puede provocar una mayor «sanitarización» de parte de los problemas sociales que acompañan a la dependencia, cuando ésta es precisamente una de las anomalías del actual sistema que un SSD debería tratar de evitar.

En cualquier caso, al igual que ocurre en el ámbito sanitario¹¹, tampoco en los cuidados de dependencia el envejecimiento de la población constituye un problema *per se*, pues también aquí sus efectos van a depender principalmente del diseño institucional por el que acabe optando nuestro país (intensidad de la cobertura, criterios de acceso, mecanismos de financiación, etc.). Lo más importante, al menos desde la perspectiva de la investigación, es que dicho diseño descansa sobre bases empíricamente mejor fundamentadas que las actuales. La reciente aparición de los microdatos de la «Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud», del INE, debería permitirnos dar un salto cualitativo al respecto.

David Casado Marín

*Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES).
Universitat Pompeu Fabra. Barcelona. España.*

Bibliografía

- Rodríguez Cabrero G. La protección social de la dependencia. Madrid: Imserso, 1999.
 - Casado D, López Casasnovas G. Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro. Colección de Estudios Sociales n.º 6. Barcelona: Fundación «La Caixa», 2001.
 - Jacobzone, et al. The health of older persons in OECD countries: Is it improving fast enough to compensate for population ageing? OECD: Labor Market and Social Policy. Occasional Paper 1999; n.º 37.
 - Fundación Pfizer. Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España. Previsión al año 2010. Madrid: Fundación Pfizer; 2002.
 - La Parra D. Contribución de las mujeres y los hogares más pobres a la producción de cuidados de salud informales. *Gac Sanit* 2001;15:498-505.
 - Scanlon WJ. Future financing of long-term care. *Consum Res* 1998;81:123-38.
 - Geraedts M, et al. Germany's Long-Term Care Insurance: Putting a Social Insurance Model into Practice. *The Milbank Quarterly* 2000;78:375-401.
 - Campbell JC, Ikegami N. Long-term Care Insurance comes to Japan. *Health Aff* 2000;19:26-39.
 - Herce JA, Meseguer JA. La reforma de las pensiones ante la revisión del Pacto de Toledo. Colección de Estudios Económicos n.º 19. Barcelona: Fundación «La Caixa»;2001.
 - Maravall H. La coordinación sociosanitaria: necesaria y posible. *Rev Admin Sanit* 1999;3:393-404.
 - Casado D. Los efectos del envejecimiento demográfico sobre el gasto sanitario: mitos y realidades. *Gac Sanit* 2001; 15:154-63.
-