

Resumen

En este artículo se argumenta que el aseguramiento de la dependencia está potencialmente afectado por un doble efecto expulsión: un «efecto expulsión público», en aquellos países en los que la cobertura estatal de la dependencia es amplia o se halla en crecimiento, y un «efecto expulsión social», en aquellos países en los que la sociedad, y especialmente la familia, asume el protagonismo en la atención a la dependencia, contando eventualmente con instrumentos específicos de financiación (auto-seguro). El doble efecto, junto con la existencia de problemas de asimetría de información sobre el riesgo de la dependencia, podría explicar el limitado desarrollo de este mercado asegurador. Las «alianzas público-privadas» pueden promover la complementariedad de los mecanismos de mercado y la cobertura pública, mientras que las «alianzas sociales» entre el Estado y las familias pueden integrar en la cobertura pública de la dependencia las normas sociales que orientan la atención informal.

Palabras clave: seguro de dependencia, alianzas público-privadas, efecto expulsión público, efecto expulsión social.

Abstract

This article argues that long term care insurance is potentially affected by a double crowding out effect: a «public crowding out effect» in those countries in which public coverage is wide or growing; and a «social crowding out effect» in those countries in which society, and particularly the family, adopts a fundamental role in long-term care. This double effect, together with the existence of problems of information asymmetry, may explain the limited development of this dependency insurance market. The public-private partnerships may further the complementarity of market mechanisms and public coverage, whereas social partnerships between the state and the families may crowd in social norms which generally apply to informal care.

Key words: long term care insurance, public-private partnerships, public coverage out effect, social crowding out effect.

JEL classification: I18, H0, Z10.

ALIANZAS PÚBLICO-PRIVADAS EN LA FINANCIACIÓN DE LA DEPENDENCIA EN EUROPA

Joan COSTA FONT

London School of Economics and Political Science (LSE)

I. INTRODUCCIÓN

EUROPA se enfrenta a un envejecimiento de la población rápido y, hasta cierto punto, inesperado. Estamos evidenciando un incremento sin precedentes de la esperanza de vida, lo que es, sin lugar a dudas, un gran logro económico (Breyer *et al.*, 2010), aun cuando también representa un gran desafío tanto para la sociedad en general como para la sostenibilidad financiera de los estados del bienestar (Costa Font, Wittenberg *et al.*, 2008; Costa Font y Patxot, 2004).

Salvo que se produzca una sustancial compresión de la morbilidad (probabilidad de dependencia), una parte muy importante de nuestro tiempo vital lo viviremos con algún grado de dependencia; es decir, careciendo de la plena movilidad y de la autonomía necesaria en las actividades básicas de la vida diaria (por ejemplo, levantarse, asearse, etc.), y con los efectos obvios sobre la necesidad de recibir atención de una tercera persona. En consecuencia, es presumible una mayor demanda de servicios de atención personal al mayor dependiente (en la literatura anglosajona, *long term care*), lo que, a su vez, trae consigo la necesidad de revisar los mecanismos existentes de financiación pública, así como el papel que el mercado y la sociedad deben tomar en un contexto de austeridad en las cuentas públicas. Esta última cuestión motiva el desarrollo del presente artículo.

En el mundo occidental es posible distinguir entre:

a) sistemas de financiación universal, como los que prevalecen en Alemania o en Japón, donde toda persona con un determinado nivel de dependencia está cubierta por un seguro financiado públicamente, o como en Dinamarca y Suecia, países en los que la financiación se realiza a través de programas ofrecidos por las corporaciones locales, y

b) sistemas en los que se requiere, adicionalmente, una comprobación o prueba de medios económicos (*means test*) para obtener prestaciones, que son financiadas mediante impuestos (como es el caso del programa *Medicaid* en Estados Unidos).

No obstante, la mayoría de países presentan otras opciones, que pueden catalogarse como c) sistemas híbridos, como es el caso de Francia o España, en los que la cobertura se define como «universal», si bien no existe un contrato explícito, y no incluye todas las contingencias o requiere de una elevada participación en el coste del servicio, dependiendo del nivel de renta del beneficiario.

Un segundo proceso, paralelo al del envejecimiento demográfico, y que tiene consecuencias sobre la demanda de servicios de atención a la dependencia, es el de redefinición del modelo de familia. Ese proceso implica la reinterpretación

y modificación de los contratos intergeneracionales preexistentes que presuponian la oferta informal de cuidados en el seno de la familia, de acuerdo con la cultura de cada país (Costa Font, 2010). El fenómeno adquiere importancia porque, a diferencia de lo que ocurre con los servicios sanitarios o educativos, los servicios de atención a la dependencia pueden ser prestados «informalmente», lo que da lugar a un cierto nivel de sustitución o complementariedad entre prestaciones asistenciales, ya sea en la vivienda del dependiente o de un familiar, o en las instituciones de día o en centros residenciales. No obstante, la elección de un servicio u otro depende, en gran parte, de la aplicación de las normas sociales prevalentes en cada sociedad (Costa Font, 2010).

Cabe apuntar una cierta regularidad entre las restricciones institucionales propias del modelo de familia y la cobertura aseguradora. En efecto, en aquellas sociedades en las que la familia es considerada una institución central para la provisión informal de servicios personales, la financiación pública tiende a ser ofrecida a través de subsidios monetarios (por ejemplo, *indennità di accompagnamento*, en Italia), o por vía de desgravaciones fiscales (algo menos transparentes), ya que ello supuestamente da mayor capacidad de elección al individuo para escoger el cuidador más adecuado en función de sus preferencias y las de su ámbito familiar. De forma análoga, aquellas sociedades en las que el Estado es percibido como el agente garante de la autonomía personal (por ejemplo, la sueca y la danesa) tienden a ofrecer prestaciones públicas en especie, es decir, agencias públicas o, en su caso, financiadas públicamente que contratan directamente a cuidadores, o bien canalizan la demanda de servicios de cuidado hacia plazas

residenciales o centros de día, con mecanismos diversos de participación en el coste, ya sea vía copagos, coseguros o mediante franquicias, como mecanismos de moderadores de la demanda (1).

Dado el dinamismo de las sociedades y los cambios de los modelos familiares, cabe esperar que reformas que comporten un nuevo papel de los agentes familiares tengan un efecto sobre los servicios personales de atención al dependiente. Aquellas reformas asociadas a la plena integración femenina en el mundo laboral y la desregulación de los mercados laborales tienen un sustancial efecto sobre la disponibilidad de cuidadores en el seno familiar, lo que conllevaría una menor capacidad de absorber informalmente la creciente demanda de cuidados. En consecuencia, cabe esperar una mayor demanda de servicios formales, principalmente canalizada basándose en las demandas políticas de reforma de los estados del bienestar y, en su ausencia, incentivos a la expansión de la oferta de prestaciones a través de mecanismos de mercado cuando tales estados carecen de mecanismos de expansión de la cartera de prestaciones.

La dependencia se distingue de otras contingencias, tales como los riesgos sanitarios y de sustitución de rentas (que justifican los sistemas de pensiones) por su menor nivel de cobertura pública y privada, y por un lento desarrollo de su cobertura en Europa (Costa Font y Courbage, 2011), que acompaña a un desarrollo aún más lento del mercado de seguros privados, incluso en aquellos países con una amplia tradición de compra en el mercado voluntario (2).

En este artículo se desarrolla una explicación de la paradoja resultante de la existencia simultánea de

una creciente demanda de servicios de atención a la dependencia y un limitado desarrollo de la cobertura de la misma. Esta paradoja se explica en virtud de la interacción de los mecanismos públicos, sociales y privados de aseguramiento, y los efectos expulsión que provoca. Se examinan las diferentes razones por las que el mercado de aseguramiento de la dependencia es limitado, centrando la atención en el «efecto expulsión público» y en el «efecto expulsión social» como posibles causas. Asimismo, se plantean diferentes propuestas de alianza público privadas (*public-private partnerships*) cuyo objetivo es la reducción de los efectos no deseados, asociados a la falta de colaboración entre Estado, sociedad y mercado en la cobertura de los riesgos de dependencia.

En el siguiente apartado se exponen algunas evidencias sobre el argumento central del artículo. En concreto, se examina el papel del sector público en lo que se refiere al volumen de gastos asociados a la dependencia. A continuación se hace referencia a las limitaciones para el desarrollo de sistemas de financiación privada de la dependencia. En esta línea de trabajo, se proponen diferentes mecanismos de cooperación entre el sector público y el privado, y se ofrecen algunas propuestas respecto a formas de institucionalizar y hacer más explícita la cooperación entre el mercado, el Estado y la sociedad para mejorar la cobertura de la dependencia.

II. INTERVENCIÓN PÚBLICA EN ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN EUROPA

La combinación entre diferentes opciones de financiación pública o/y privada de la dependencia es el resultado de procesos de cam-

bio institucional que no solamente determinan los límites del modelo de financiación, sino también inhiben la posibilidad de su reforma. Es cierto que en casi todos los países europeos existe, más o menos explícitamente, una cobertura pública básica, ya sea universal o residual. Ello responde a *cracterios de eficiencia*, ya que la centralización de la gestión de riesgos permite aprovechar economías de escala y alcance, a base de ampliar el *pool* de riesgos y reducir los costes de administración y transacción.

Por otra parte, hay *razones de equidad* que justifican una cobertura básica pública ante el potencial efecto catastrófico que los gastos asociados a la dependencia pueden tener en personas mayores con menos recursos. El reducido peso del sector privado es consecuencia, en ocasiones, del espacio ocupado por la financiación pública y, en este sentido, se puede lle-

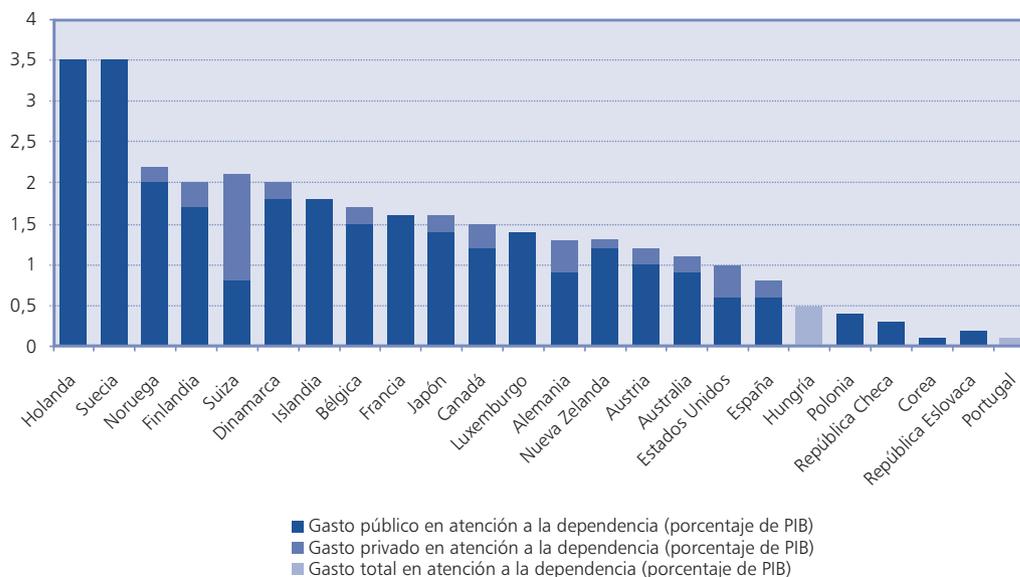
gar a hablar de la posibilidad de un efecto expulsión del aseguramiento privado por parte de la cobertura pública en aquellos países en los que esta segunda está más desarrollada. No obstante, la evidencia sobre la existencia de un efecto expulsión es escasa y poco robusta (Costa Font, 2010).

Además de la complejidad de las fuentes de financiación, cabe mencionar que la estimación de las partidas de gastos es normalmente tanto o más complicada de analizar. La OCDE ofrece algunas estimaciones. De dicha información se extrae el gráfico 1, que presenta la proporción del gasto público y privado en atención a la dependencia como porcentaje del PIB. Es interesante hacer notar que el gasto en atención a la dependencia varía significativamente entre países. En dicho gráfico se muestra un papel relativamente más relevante del sector privado en países como Ale-

mania y Suiza, donde el sistema se basa, en buena medida, en prestaciones monetarias y en aseguramiento privado. El peso del sector privado adquiere, en líneas generales, una presencia reducida en el ámbito europeo. En el caso de Estados Unidos, el programa *Medicaid* está diseñado para ofrecer atención sanitaria a la población con menores recursos, y resulta ser la principal fuente de financiación pública.

El gráfico 1 no recoge información cuantificada sobre el valor de la atención informal no remunerada, aunque su importancia es obvia. Incluso en países en los que los mecanismos de mercado se encuentran ampliamente desarrollados, como es el caso de Estados Unidos, la atención informal sigue siendo el principal mecanismo de atención a la dependencia. Este tipo de atención no remunerada, por lo general inadecuadamente cuantificada, contribuye a explicar

GRÁFICO 1
GASTO TOTAL, GASTO PÚBLICO Y GASTO PRIVADO EN ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA
COMO PORCENTAJE DEL PIB (2007)



Fuente: OECD, 2010.

las pautas de gasto: así, en aquellas sociedades menos «familiaristas» el gasto en dependencia es mayor (Costa Font, 2010). El ajuste por esta magnitud es fundamental, tal como se muestra en el gráfico 2. Aquellos países con menor gasto en dependencia en relación con el PIB presentan mayor apoyo a través de opciones de atención informal. Si bien la causalidad de la relación no queda explícita, la información aportada por este gráfico sí resulta indicativa de un potencial efecto expulsión familiar o social (*family crowding-out* en la literatura anglosajona).

Otro factor explicativo del mayor gasto, y en especial del gasto público en dependencia, es atribuido al modelo de financiación pública. En este sentido, cabe establecer otra forma de clasificar los sistemas de financiación pública:

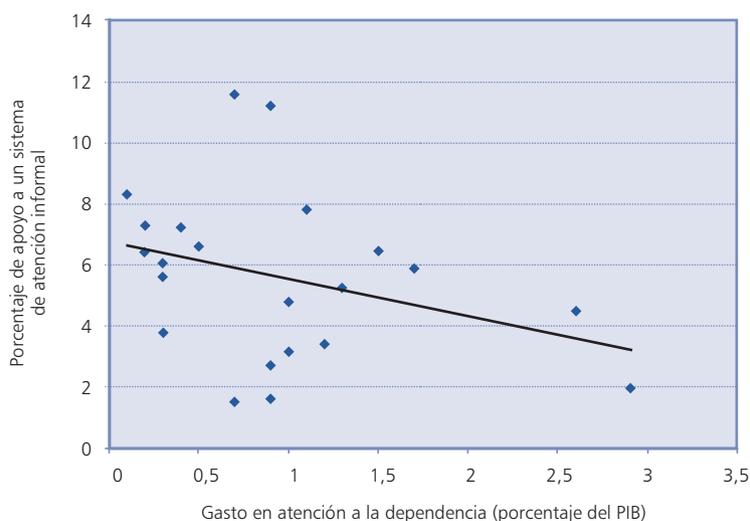
—*Sistemas financiados con cargo a impuestos específicos o contribuciones obligatorias*, con un de-

recho explícito a los servicios universalmente disponibles, con independencia de la riqueza de la persona dependiente (por ejemplo, en Austria, Suecia, Francia), o un derecho asociado al pago de contribuciones sociales (por ejemplo, en Alemania, Luxemburgo y Holanda). En general, las contribuciones obligatorias se recaudan, respecto al mínimo, de los empleados y empleadores, y el beneficiario tiene derechos explícitos sobre la base de objetivos aplicados a escala nacional en función de su necesidad, medida en términos de actividades de la vida diaria (AVD).

—*Sistemas financiados por impuestos generales*, cuyo acceso se condiciona a una evaluación de las necesidades particulares del individuo, incluyendo su posibilidad de contar con cuidados informales y también pruebas de medios económicos (por ejemplo, en Inglaterra, Escocia y España). El nivel de discapacidad a partir del cual se ofrecen servicios y la cantidad

de los servicios prestados se hace depender de la disponibilidad de recursos. Una agencia gubernamental lleva a cabo la evaluación y establece las condiciones de acceso, siguiendo un modelo más o menos descentralizado y que prevé la participación del usuario en el coste. Las pruebas de medios pueden ser exhaustivas e involucrar copagos elevados (así, por ejemplo, en Inglaterra), o tan sólo tener en cuenta algunas circunstancias y establecer copagos muy reducidos, básicamente para cubrir los gastos de hospedaje (como se hace, por ejemplo, en Escocia). En el caso español, la Ley de Dependencia prevé que un 33 por 100 de los gastos asociados a la dependencia se asuman por el usuario, y la aportación autonómica tiene en cuenta la capacidad económica del usuario. Es decir, la contribución pública (autonómica y estatal) es inferior al 100 por 100 del coste en cualesquiera de los escenarios en que la prestación sea recibida por la persona en situación de dependencia, ya sea en especie o dineraria, salvo en casos muy excepcionales.

GRÁFICO 2
RELACIÓN ENTRE EL APOYO DE LA SOCIEDAD A LA ATENCIÓN INFORMAL Y EL GASTO EN ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA



Fuente: Eurobarómetro, 2007, y OECD, 2007.

III. LIMITACIONES DEL ASEGURAMIENTO PRIVADO DE LA DEPENDENCIA

Para comprender el reducido peso de la financiación privada de la dependencia, en este apartado se exponen algunas características del riesgo cubierto y propuestas para desarrollar mecanismos de financiación privada.

1. El riesgo de dependencia: estimación y demanda

El riesgo de dependencia es, por sus características objetivas, netamente asegurable, ya que se

trata de una contingencia independiente, con una probabilidad estimable de manera suficientemente precisa. No obstante, se observa de forma generalizada en los países de la OCDE una cierta falta de desarrollo del mercado de seguros privados de dependencia, lo cual puede obedecer a varias razones, incluyendo la existencia de sesgos cognitivos en la apreciación del riesgo, que van desde problemas de percepción del riesgo (Costa Font y Font Vilalta, 2009) hasta problemas de preferencia temporal positiva, elevada incertidumbre en el ámbito de los costes de la atención y una defectuosa comprensión de la cobertura pública.

Por otro lado, la falta de incentivos que tienen individuos no dependientes para plantearse un esce-

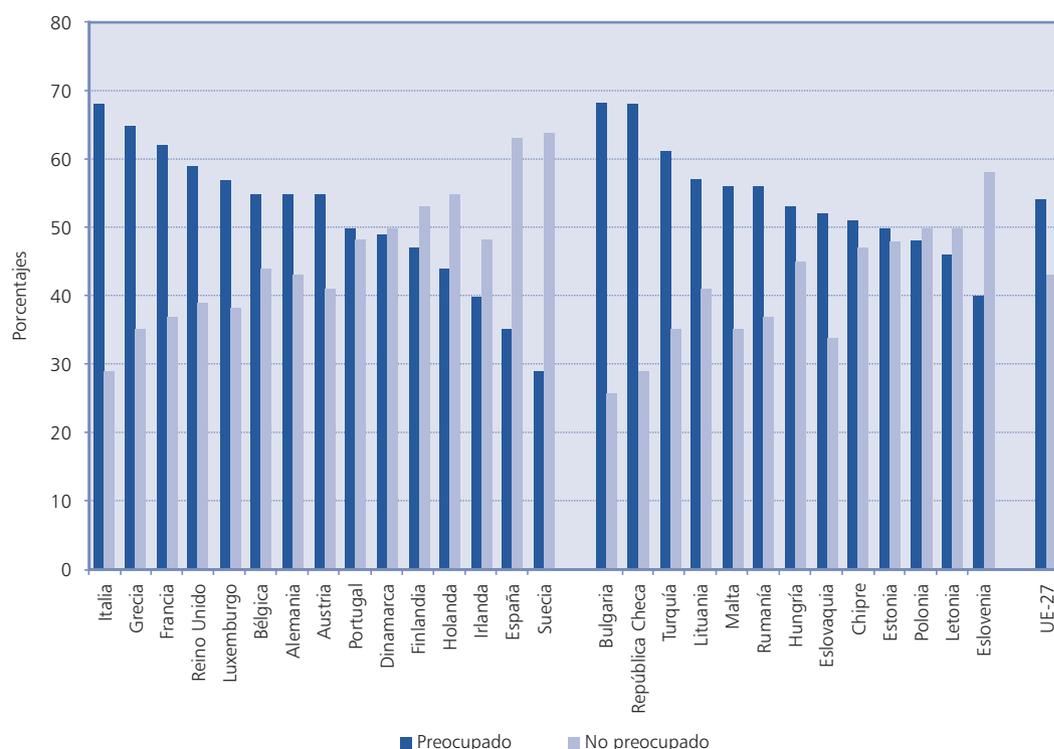
nario (no agradable) de dependencia propia en edades avanzadas explica la baja suscripción de contratos de seguro orientados a este fin. La evidencia sugiere que los individuos que se hacen algún planteamiento al respecto tienden a ser optimistas (Costa Font y Costa Font, 2011) y a sobreestimar los eventos asociados a una baja probabilidad de pérdida de autonomía (Kunreuther, 1978). También se observa una elevada variación en el grado de preocupación ante la posibilidad de convertirse en dependiente y precisar atención de terceras personas (gráfico 3), que no parece relacionada con la existencia de un sistema específico de financiación.

En general, el seguro privado de dependencia se percibe como una

opción muy cara y sensible al precio (Costa Font y Rovira, 2008), lo que hasta cierto punto responde a una falta de información sobre los productos disponibles (Kunreuther, 1978). Ello puede plantearse en el sentido de que, si la información es un bien de lujo, la conveniencia de cobertura para este tipo de contingencias se comprenda mejor por aquellas personas con mayor nivel de educación y, generalmente, mayores recursos económicos. En efecto, en Estados Unidos un 20 por 100 de los individuos más ricos, con edades entre 70 y 80 años, tienen seguro de dependencia (Brown y Finkelstein, 2009). En España, se observa que las actitudes acerca de la cobertura de esta contingencia dependen sustancialmente del nivel de renta relativa de los individuos (Costa Font, García y Font, 2008).

GRÁFICO 3

PREOCUPACIÓN ANTE LA IDEA DE «SER DEPENDIENTE DE LA ATENCIÓN DE TERCERAS PERSONAS»



Fuente: Eurobarómetro, 2007.

Otra explicación adicional al escaso desarrollo de la cobertura privada de dependencia incluye los fenómenos de riesgo moral (el consumo excesivo de servicios de atención alentado por el seguro) y de selección adversa (sobrerrepresentación de los malos riesgos entre la población asegurada). No obstante, no todas las limitaciones se encuentran del lado de la demanda, dado que existen restricciones de oferta que incluyen tanto ineficiencias en el establecimiento de un precio eficiente como problemas de selección de riesgos (Brown y Finkelstein, 2007).

Finalmente, tal como se expone en los siguientes apartados, cabe identificar efectos de *expulsión pública y social*. Por ejemplo, en países como Alemania, donde existe un seguro privado sustitutivo para individuos con elevado poder económico, más del 90 por 100 de la población está ubicada por ley en el ámbito de la cobertura pública, lo que deja poco espacio para el desarrollo de instrumentos privados.

Por otro lado, también se han enunciado factores intergeneracionales para explicar la demanda de seguros de dependencia (Pauly, 1990). El deseo de garantizar la herencia de los hijos parece ser un motivo suficientemente importante para promover el seguro de dependencia; por otra parte, la preferencia del mayor dependiente por recibir atención prestada por familiares puede dar lugar a una forma de azar moral intrafamiliar (Zweifel y Struwe, 1996).

2. Propuestas para desarrollar el mercado de seguros privados

Para abordar las razones del desarrollo relativamente escaso del

mercado en la cobertura de la dependencia cabe exponer, aunque sea brevemente, algunas propuestas que se encuentran sobre la mesa en diversos países; entre ellas, el establecimiento de seguros de prepago, la asociación de seguros de dependencia con planes de pensiones, la combinación de seguro de dependencia y seguros de vida, y la utilización de la vivienda, vía préstamos hipotecarios.

Con el fin de evitar algunos problemas de miopía ya enunciados, que inhiben la suscripción de un seguro en edades tempranas, se han desarrollado en el Reino Unido los denominados *seguros de prepago*. Estos seguros se basan en que el asegurado efectúa el pago de una cantidad monetaria antes de ser dependiente a cambio de una cantidad predeterminada anual indexada si la contingencia de la dependencia se produce. El tomador del seguro debe asumir cualquier diferencia entre la cobertura del seguro y el coste real de la atención a largo plazo. Normalmente, la compañía de seguros tiene el derecho de revisar las primas en fecha posterior a la suscripción. En el caso específico del Reino Unido, este tipo de productos no han tenido éxito.

También se ha barajado la opción de *instrumentos basados en planes de ahorro y planes de pensiones*. Esta opción consiste en el compromiso asumido por personas que pagan por su cuidado, a cargo de una cuenta de ahorro específica acumulada en algún periodo de su vida, durante su vida laboral. En tal caso, el Estado podría contribuir financieramente a esta cuenta, entre otras formas, a través de una rebaja de impuestos. La idea reside en que la cantidad de ahorros crezca de tal modo que sea suficiente para cubrir costes en una fase de la vida en que dicha aten-

ción pase de probable a necesaria. En este sentido se presentó la propuesta de la Asociación Británica de Actuarios, que incorporaba una desgravación fiscal condicionada a que se utilizase para adquirir un seguro de dependencia asociado al plan de pensiones. Este modelo sería una opción en todos aquellos países, como España, donde ya se incentiva fiscalmente la compra de planes privados de pensiones. El principal inconveniente del modelo reside en que está sujeto a una decisión de carácter individual, a menudo carente de la información deseable, a menos que esta opción fuera generalizada como la opción común o suscrita por defecto.

Otra posibilidad reside en la *combinación de un seguro de dependencia y de vida*. Combinar ambos productos en uno solo se justifica en virtud de que los riesgos se compensan entre sí, dado que aquellas personas con una mayor esperanza de vida y menor discapacidad ejercerán mayor demanda de un seguro de vida, lo que contrarrestaría la mayor demanda de aquellas personas con mayor riesgo de discapacidad. En términos generales, la combinación de ambos riesgos en un solo producto tiene dos ventajas. En primer lugar, reduce el fenómeno de selección adversa en el mercado de seguros de vida, ya que las personas dependientes no serán suficientemente longevas para poder ser tenidas en cuenta en periodos a largo plazo (Costa Font y Courbage, 2011). En segundo lugar, la selección de riesgos se minimiza, ya que filtraría a aquellos individuos que podrían beneficiarse de forma inmediata de pagos derivados del seguro. En un estudio reciente de Murtaugh *et al.* (2001) se muestra cómo la combinación de ambos seguros reduciría el coste de aseguramiento de ambas contingencias por separado y, a su vez, resultarían

más accesibles a los compradores potenciales.

Entre las opciones también contempladas en este ámbito hay que contar con la *vinculación de la financiación de la dependencia a la propiedad de una vivienda*. Responde a una forma de autoseguro con algunas ventajas específicas, dada la dificultad de estimar con cierto grado de certeza la probabilidad de dependencia. La aceptación de esta fórmula varía también considerablemente entre las sociedades europeas, como se aprecia en el gráfico 4. Varios países, especialmente aquellos en los que una gran proporción de ancianos son propietarios de los inmuebles en que residen, están considerando la propiedad de vivienda para financiar parte de los gastos por dependencia (Costa Font *et al.*, 2009). La

financiación de la dependencia a través de la propiedad es posible mediante esquemas de préstamos hipotecarios para uso doméstico (hipotecas inversas). Una hipoteca inversa es un préstamo garantizado sobre el valor de una propiedad que permite hacer líquidos los activos inmobiliarios, sin ningún tipo de transferencia de la propiedad. Estos sistemas existen en la mayoría de los países, pero se hallan sólo un poco desarrollados en el Reino Unido y los Estados Unidos. Sin embargo, el mercado de hipotecas inversas se ha visto frenado debido, en parte, a la incertidumbre que rodea a los precios de la vivienda y, en algunos países, también a un cierto nivel de resistencia de los consumidores, que esperan legar su propiedad de vivienda a sus hijos (Costa Font *et al.*, 2010).

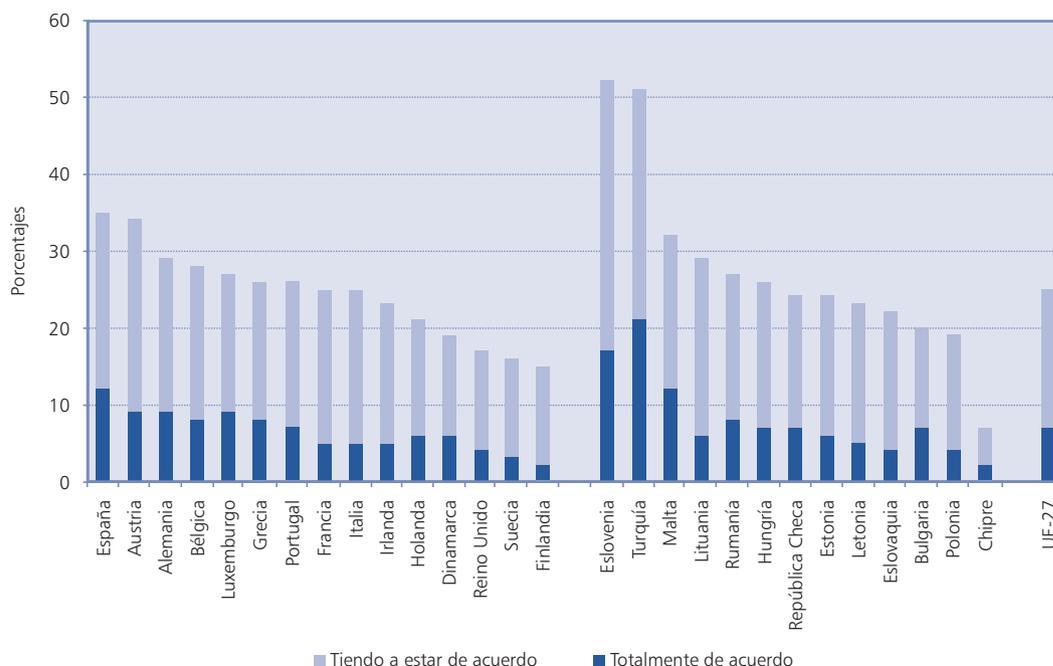
IV. INTERACCIÓN MERCADO-ESTADO-SOCIEDAD

1. Interacción Estado-mercado

Tal como se ha indicado anteriormente, la coexistencia entre sistemas de seguro público y seguro privado puede dar lugar a un efecto expulsión (Pauly, 1990). Este fenómeno, de existir, ofrecería una explicación al lento desarrollo de asegurados. Supondría básicamente que la financiación pública de la dependencia inhibe la actuación de los mecanismos de mercado. En tal caso, una parte de la población no compraría un seguro privado, esperando que la financiación pública le cubriera su necesidad de servicios cuando ésta se produjera. Un ejemplo clásico

GRÁFICO 4

GRADO DE ACUERDO CON LA IDEA DE QUE, EN CASO DE QUE UNA PERSONA SEA DEPENDIENTE Y NO PUEDA PAGAR CON SU RENTA LOS GASTOS ASOCIADOS A LA DEPENDENCIA, SU VIVIENDA DEBERÍA SER VENDIDA O UTILIZADA PARA EL PAGO DE ESTA PRESTACIÓN



Fuente: Eurobarómetro, 2007.

a este respecto sería el de Estados Unidos y, en particular, el programa *Medicaid*. Debe tenerse en cuenta que éste es un programa de aseguramiento sanitario financiado conjuntamente por fondos federales y estatales, y administrado por los estados de la Unión. Fue pensado originalmente para atender a ciudadanos con escasos recursos. Sin embargo, alrededor de un tercio del presupuesto de *Medicaid* se dedica a cubrir gastos por dependencia. Si bien la cobertura de este programa está sujeta a prueba de medios económicos, existen incentivos para rebajar la riqueza individual con el fin de superar la prueba de medios y obtener así cobertura pública. Con ello se reduce la probabilidad de que la población compre un seguro privado, salvo que, tal como se explica en los apartados siguientes, se planteen opciones de alianzas público-privadas en evitación de efectos no deseados de la cobertura pública.

Para abordar estas cuestiones, el Congreso de Estados Unidos aprobó en febrero de 2006 una normativa que despejaba el camino para la ampliación de las citadas alianzas, contemplando la posibilidad de suscribir seguros privados de dependencia en coordinación con la condición de acceso a la cobertura pública a través de *Medicaid*. De esta manera, se posibilita la suscripción de pólizas de seguro privado con la certeza de que *Medicaid* cubrirá los gastos no cubiertos por la cobertura privada. Conforme a este nuevo marco legal, las personas con seguro privado de dependencia carecen de incentivos para trasladar o rebajar sus recursos económicos restantes con el objetivo de acceder al programa *Medicaid* y, a su vez, se reducen los costes del programa a largo plazo.

2. Interacción sociedad-Estado-mercado

De una forma análoga, la falta de integración de la «atención informal de la dependencia» en el marco de un sistema de seguro público-privado comporta un «efecto expulsión familiar» (o social) (Costa Font, 2010). Con anterioridad al desarrollo de los estados del bienestar europeos, la familia desempeñaba en todos los países del área un papel central en la provisión de cuidados de forma integrada. Sin embargo, si bien las transformaciones de los contratos familiares limitan hoy día la viabilidad de esta opción, la evidencia indica que una parte significativa de los europeos son «familiaristas» (o «familistas», término equivalente utilizado por otros autores), de tal modo que su conducta está guiada por la creencia de que los cuidados por parte de la familia constituyen una obligación personal (Costa Font, 2010). Esta creencia, y las correspondientes actuaciones, tienen un impacto sobre el desarrollo del mercado asegu-

rador, en la medida en que inhiben la demanda de aseguramiento público.

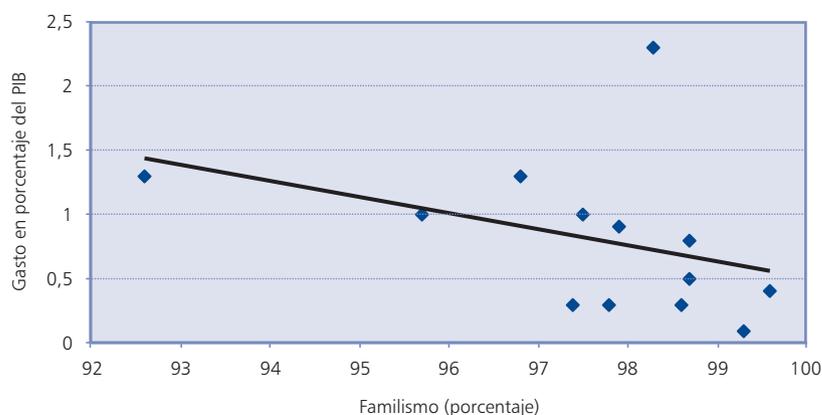
El gráfico 5 muestra, en consonancia con lo mencionado anteriormente, la existencia de una asociación negativa entre el gasto en dependencia (en relación con el PIB) y el grado de familismo. Tal circunstancia permite justificar la existencia de lo que se viene a denominar «efecto expulsión social» (3).

V. ALIANZAS PÚBLICO-PRIVADAS (PUBLI-PRIVATE PARTNERSHIPS)

1. La racionalidad de las alianzas público-privadas

Una posible explicación sobre la evidencia limitada de un efecto expulsión del mercado asegurador por parte de la cobertura pública reside en el hecho de que las alianzas público-privadas están implícitamente extendidas en Europa. Según un reciente informe de la Comisión Europea (European Commission,

GRÁFICO 5
RELACIÓN ENTRE GRADO DE FAMILISMO (PORCENTAJE DE ACUERDO CON LA AFIRMACIÓN: «LA FAMILIA ES MUY IMPORTANTE EN LA VIDA») Y GASTO EN DEPENDENCIA (PORCENTAJE DEL PIB) EN EUROPA



Fuente: World Values Survey, 2000; OECD Data, 2007.

2008), la mayoría de los países europeos reconocen la importancia de lograr un equilibrio adecuado entre las fuentes públicas y las privadas de financiación de la dependencia. En esta línea de trabajo, el *Libro Verde de la Dependencia* británico contiene propuestas explícitas de financiación privada como complemento de la financiación pública (Mayhew *et al.*, 2010).

Hay que tener en cuenta que los modelos de atención totalmente gratuitos, financiados por los impuestos, plantean desincentivos para el denominado cuidado informal (Pauly, 1990). Además, pueden proporcionar a posteriori problemas de riesgo moral, en la medida en que incentivan el uso intensivo de los cuidados de dependencia que, a su vez, pueden propiciar una escalada de los gastos públicos. Asimismo, es posible sostener que un sistema de estas características perjudicaría a aquellos que han ahorrado para su vejez (Mayhew *et al.*, 2010), escenario que solamente podría ser corregido con el establecimiento de copagos que no penalizasen el ahorro de los individuos. Por otro lado, emerge una ventaja obvia de tal corrección consistente en el copago, toda vez que se lograría ampliar la base financiera, que sería simple y universal, y comportaría unos costes administrativos más bajos que en los otros sistemas.

En un extremo opuesto, cabría imaginar un sistema basado en la no intervención del Estado, y centrado en la atención únicamente familiar y el tercer sector (representado por la sociedad), con un desarrollo del mercado limitado. También este escenario resultaría ineficiente, ya que impediría que tanto el propio mercado como la intervención del Estado se desa-

rollasen, sin ofrecer una respuesta satisfactoria alternativa. La lógica de la financiación mixta, basada en las alianzas público-privadas para la cobertura del riesgo de dependencia, parece ser el camino elegido por el mayor número de países.

2. La propuesta británica

En el Reino Unido se viene discutiendo desde hace casi una década la aplicabilidad de un modelo de alianza público-privada. En efecto, Le Grand (2003) propuso a principios de la primera década del siglo XXI, bajo el nombre de alianza público-privada, un sistema diseñado para eliminar la falta de incentivos al ahorro que subyace al esquema actual de cobertura residual basada en la comprobación de medios. Este autor planteó la posibilidad de un sistema de subvenciones públicas, aplicables para la cobertura de la dependencia por encima de un nivel básico, y de igual magnitud que las contribuciones privadas realizadas por el propio individuo (o sus familiares) para cubrir los costes de atención social («unidad monetaria de aportación pública por cada unidad de aportación individual»). Según esta propuesta, se pondría fin al sistema de comprobación de medios y a los gastos derivados de su gestión y, en compensación, toda persona tendría derecho a acceder a un nivel básico de atención, financiado con cargo a fondos públicos.

El esquema está diseñado para «ayudar a aquellos que se ayuden a sí mismos», a la vez que para limitar el número de personas elegibles y mantener el gasto bajo control, ya que se fijaría el importe total que se pagaría a cualquier individuo dependiente. Este sistema garantizaría la libertad de elección de

las personas mayores y sus familiares, puesto que podrían decidir si aportar recursos privados a los costes de la atención y, con ello, se respetaría la decisión de dejar una herencia a los hijos. Quizás el problema del sistema estribe en la equidad, ya que otorga más beneficios a los que pagan más y, en tales circunstancias, se dirigiría en menor medida a los pobres que el actual sistema, basado en la comprobación de medios, que se aplica en Inglaterra. Pero, dado que a mayor coste del servicio mayor es la aportación, resultaría más equitativo que el uso generalizado de desgravaciones fiscales. Para paliar la inequidad del sistema, Le Grand sugirió que las personas con pocos, o sin, recursos financieros realizaran contribuciones no financieras.

Otro ejemplo, ajeno a la propuesta británica, se encuentra en las alianzas sociales (también llamadas *social partnerships*). Responden a acuerdos entre el Estado, la familia y la sociedad civil. Por ejemplo, en lo que respecta a los cuidados informales, en algunos países se efectúan los pagos directamente a los cuidadores informales. Tal es el caso de Noruega y Dinamarca, que permiten a familiares y vecinos que están proporcionando atención regular en casa convertirse en empleados municipales, completando así sus prestaciones regulares de jubilación. También en Finlandia los cuidadores informales reciben una cuota fija municipal. En Austria, Alemania y Luxemburgo se ha comenzado asimismo a ofrecer el pago en metálico a los beneficiarios de servicios, que podrían a su vez utilizarlo para pagar a los cuidadores informales. En Alemania se prevén contribuciones a la pensión del cuidador informal si trabaja más de 14 horas a la semana, mientras que en Suiza, el tiempo dedicado a la prestación de cuidados de

un familiar puede ser tomado en cuenta para el cálculo de las prestaciones de jubilación y de supervivencia, siempre y cuando el cuidador y la persona a quien cuida vivan juntos.

3. Políticas públicas

Por el lado de la demanda, el Gobierno puede ofrecer desgravaciones fiscales por los gastos derivados de las primas de seguro de dependencia si la elasticidad con respecto a la prima es suficientemente elevada. En el caso español, un estudio muestra que la elasticidad es significativa y cercana a valores de 0,4 (Costa Font y Rovira, 2008). En tal caso, una deducción de impuestos por una parte de gastos en dependencia tendría un impacto sobre la suscripción de seguros y, a la vez, el Gobierno podría subvencionar las primas para los suscriptores de bajos ingresos, como ocurre en varios países respecto a los seguros privados de salud. El Gobierno puede actuar también de forma indirecta mediante la sensibilización sobre los riesgos de la dependencia y la probable necesidad futura de atención a las personas en situación de dependencia. En este sentido, en Francia se debate con una clara concienciación pública sobre este riesgo, tal como han subrayado Durand y Taleyson (2003).

4. Alianzas y participación en el coste

Otra alternativa para el desarrollo del mercado asegurador se centra en la limitación de la cobertura pública y la privada, y el establecimiento de formas de participación en el coste. Al respecto, una propuesta podría contemplar que sólo un estado de gran dependencia se considerara como un riesgo

y estuviera cubierto por el seguro privado. Esta solución sería relevante en términos de eficiencia del mercado, ya que la gran dependencia es un riesgo que puede ser más fácil de identificar que la dependencia moderada. Además, hay que tener en cuenta que los problemas de riesgo moral son menos frecuentes en situaciones de gran dependencia. Kessler (2010) sugiere un seguro privado obligatorio con una participación en los costes, que se incremente en función de los recursos del hogar. Por supuesto, ello requeriría una armonización o, al menos, la coordinación de las escalas en virtud de las cuales se valora el grado de dependencia en los sectores público y privado. Kessler (2010) también sugiere ir más allá de una exención tributaria simple, y propone establecer un crédito fiscal reembolsable que beneficie a todos los hogares, independientemente de su nivel de ingresos.

5. El Gobierno como regulador de los seguros privados

La existencia de fallos de mercado, asociados a problemas de información, sugiere la necesidad de proteger a los consumidores, ofreciéndoles información y, en general, la necesaria regulación y protección contra la insolvencia del asegurador. Baltensperger *et al.* (2008) apuntan a instrumentos de regulación de solvencia tales como las restricciones de inversión de cartera, fondos de emergencia, control de acceso al mercado, supervisión e inspección. Otro argumento que justificaría la exigencia de una regulación reside en la falta de mercado debido a las imperfecciones de la información. Ahora bien, no cabe pasar por alto que dichas normas de protección de los consumidores también pue-

den dar lugar a efectos perversos, e incluso aumentar el riesgo de insolvencia.

6. El Gobierno como reasegurador de las compañías de seguros privados

Para algunas contingencias en las que la pérdida puede ser elevada, si bien con probabilidad reducida, los gobiernos son más propensos a actuar como reaseguradores para las compañías de seguros privadas. Éste es especialmente el caso de eventos naturales catastróficos. En tal caso, el Gobierno no haría más que intervenir para apoyar a los mercados de seguros. Una de las ventajas es que el Gobierno tiene la capacidad para diversificar los riesgos sobre toda la población y para distribuir las pérdidas pasadas sobre las generaciones futuras. Sin embargo, el Gobierno proporcionaría reaseguros a un precio inferior al de mercado, hecho que podría ser contraproducente en términos de eficiencia del mercado.

VI. CONCLUSIÓN

El mercado de seguros de dependencia está aún por desarrollar. Una de las explicaciones apuntadas en este trabajo gira en torno a los posibles efectos de expulsión, público y social, del mercado asegurador. No obstante, las expectativas de expansión de la financiación pública disponible no parecen realistas en el actual contexto de austeridad y de limitaciones al déficit público. A su vez, la redefinición de los contratos familiares implícitos con los cambios sociales y la mayor demanda de servicios de atención derivada del envejecimiento sugieren la necesidad de una alianza público-privada.

da más explícita y decidida entre Estado, familia y mercado.

En este artículo se han analizado algunos de los principales problemas en torno a la cobertura de la dependencia en Europa, destacando la necesidad de diseñar alianzas público-privadas como solución a la existencia de una mayor demanda de cobertura aseguradora a raíz de cambios sociales y democráticos, al tiempo que aumentan las limitaciones a una mayor cobertura pública. Se han examinado algunos modelos de alianzas con los que reforzar la cooperación y la libertad de elección, virtudes propias de sociedades avanzadas, sin dejar de garantizar la universalidad de las prestaciones, minimizando los efectos adversos sobre la equidad y reduciendo potenciales problemas de neutralidad financiera.

NOTAS

(1) No obstante, la mayoría de sistemas de atención a la dependencia en Europa ofrece una combinación de ambos mecanismos (así, por ejemplo, en Alemania, donde la persona en situación de dependencia puede escoger entre un sistema de prestación en especie o de subsidio, pero, en este caso, con un valor equivalente de servicios menor para evitar problemas de oportunismo o riesgo moral (*moral hazard*)).

(2) Por ejemplo, en Francia, país de Europa en el que existe un mayor número de pólizas privadas contratadas, sólo el 1 por 100 de los gastos de salud son financiados por un seguro privado (ROSSO-DEBORD, 2010).

(3) Para más detalles sobre el particular, véase COSTA-FONT (2010).

BIBLIOGRAFÍA

- BALTENSPERGER, E.; BUOMBERGER, A.; LUPPA, A.; KELLER, B., y WICKI, A. (2008), «Regulation and intervention in the insurance industry - Fundamental issues», *The Geneva Reports*, n.º 1.
- BREYER, F.; COSTA FONT, J., y FELDER, S. (2010), «Ageing, health, and health care», *Oxford Review of Economic Policy*, 26(4).
- BROWN, J.R., y FINKELSTEIN, A. (2007), «Why is the market for long-term care insurance so

small?», *Journal of Public Economics*, 91: 1967-1991.

— (2009), «The private market for long term care insurance in the United States: A review of the evidence», *Journal of Risk and Uncertainty*, 76: 5-29.

CHEN Y. P. (2001), «Funding long-term care in the United States: the role of private insurance», *The Geneva Papers on Risk and Insurance-Issues and Practice* 26: 656-666.

COSTA FONT, J. (2008), «Housing assets and the socio-economic determinants of health and disability in old age», *Health and place*, 14 (3): 478-491.

— (2010), «Family ties and the crowding out of DEPENDENCIA insurance», *Oxford Review of Economic Policy*, 26 (4).

COSTA FONT, J., y COSTA FONT, M. (2011), «Explaining optimistic old age disability and longevity expectations», *Social Indicators Research* (en prensa).

COSTA FONT, J., y COURBAGE, C. (2011), «Long term care insurance: Partnership or crowding out?», en COSTA-FONT, J., y COURBAGE, C. (eds.), *Long Term Care Financing in Europe: Institutions, Markets and Models*, Londres, Palgrave.

COSTA FONT, J., y FONT VILALTA, M. (2006), «Design limitations of long-term care insurance schemes: a comparative study of the situation in Spain», *International Social Security Review*, 59 (4): 91-110.

— (2009), «Risk perceptions, myopia and the willingness to pay for long term care insurance in Catalonia», *Applied Economics Letters*, 16(13): 1301-1305.

COSTA FONT, J.; GARCÍA GONZÁLEZ, A., y FONT VILALTA, M. (2008), «Relative income and attitudes towards long-term care financing», *Geneva Papers on Risk and Insurance*, 33 (4): 673-693.

COSTA FONT, J.; GIL, J., y MASCARILLA MIRÓ, O. (2010), «Housing wealth and housing decisions in old age: sale and reversion», *Housing Studies*, 25 (3): 375-395.

COSTA FONT, J.; MASCARILLA MIRÓ, O., y ELMIRA, D. (2009), «Ageing in place? An examination of elderly people housing preferences in Spain», *Urban Studies*, 46 (2): 295-316.

COSTA FONT, J., y PATXOT, C. (2004), «The intergenerational impact of long-term care financing alternatives in Spain», *The Geneva Papers of Risk and Insurance*, 29 (4): 599-619.

— (2005), «The design of the long-term care system in Spain: policy and financial constraints», *Social Policy & Society*, 4(1): 11-20.

COSTA FONT, J., y ROVIRA FORNS, J. (2008), «Who is willing to pay for long-term care insu-

rance in Catalonia?», *Health Policy*, 86 (1): 72-84.

COSTA FONT, J.; WITTENBERG, R.; PATXOT, C.; COMAS-HERRERA, A.; GORI, C.; DI MAIO, A.; PICKARD, L.; POZZI, A., y ROTHGANG, H. (2008), «Projecting long-term care expenditure in four European Union member states: the influence of demographic scenarios», *Social Indicators Research*, 86 (2): 303-321.

DURAND R., y TALEYSON, L. (2003), «Les raisons du succès de l'assurance dépendance en France» [Reasons for the success of dependency insurance in France], *Risques*, 55, septiembre: 115-20.

EUROPEAN COMMISSION (2008), *Long-term Care for Older People*, Bruselas, Economic Committee.

KESSLER, D. (2010), «Confronting the challenge of long-term care in Europe», *CESifo DICE Report*, n.º 2: 18-23.

KUNREUTHER, H. (1978), *Disaster Insurance Protection: Public Policy Lessons*, John Wiley & Sons, New York.

LE GRAND, J. (2003), *Motivation, Agency and Public Policy: Of Knights and Knaves, Pawns and Queens*, Oxford, Oxford University Press.

MAYHEW, L.; KARLSSON, M., y RICKAYZEN, B. (2010), «The role of private finance in paying for long term care», *The Economic Journal*, 120: F478-F504.

MURTAUGH, C.; SPILLMAN, B., y WARSHAWSKY, M. (2001), «In sickness and in health: an annuity approach to financing long-term care and retirement income», *Journal of Risk and Insurance*, 68(2): 225-254.

OECD (2005), *Long-term Care for Older People*, París, OECD.

— (2010), *OECD Health Data 2010*, París, OECD.

PAULY, V. M. (1990), «The rational nonpurchase of long-term care insurance», *Journal of Political Economy*, 98: 153-168.

ROSSO DEBORD, V. (2010), *Rapport d'information sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes*, París, Rapport de l'Assemblée Nationale.

ROYAL COMMISSION ON LONG-TERM CARE (1999), *With Respect to Old Age: Long term care - Rights and Responsibilities*, Londres. The Stationery Office.

WANLESS, D. (2006), *Securing Good Care for Older People. Taking a Long Term View*, Londres, Kings Fund.

ZWEIFEL, P., y STRÜWE, W. (1996), «Long-term care insurance and bequests as instruments for shaping intergenerational relationships», *Journal of Risk and Uncertainty*, 12: 65-76.