

sigma

¿ Quién nos cuidará ? A la búsqueda de soluciones sostenibles de cuidados a largo plazo para un mundo que está envejeciendo

- 01 Resumen
- 03 Introducción
- 05 El envejecimiento de la población y sus necesidades de cuidados
- 10 Cuidados a largo plazo en la actualidad
- 20 Aspectos económicos de las soluciones de seguro privado
- 26 Crear un mejor mercado de cuidados para las personas mayores
- 35 Conclusión
- 36 Apéndice: soluciones LTC en países seleccionados

Resumen

En 2030 más de mil millones de personas tendrán 65 años o más.

La prestación y financiación de servicios de cuidados para las personas mayores es un problema motivado por diversas tendencias demográficas y sociales al que deberá enfrentarse urgentemente la sociedad.

Las necesidades de cuidados de las personas mayores evolucionan con la edad, desde asistencia para mantener una vida activa hasta, potencialmente, cuidados durante las 24 horas del día.

La carga de los cuidados recaerá cada vez más sobre los particulares.

Hasta la fecha, diversas cuestiones en el lado de la oferta y la demanda han frenado el desarrollo de un sector de seguro de dependencia privado a gran escala.

Pero esto puede cambiar. El seguro privado puede formar parte de una solución integrada, multilateral...

El mundo está envejeciendo. En los próximos 20 años la población de 65 años y más se incrementará en un 80 %, es decir, alcanzará casi los mil millones de personas. Este importante cambio demográfico generará una mayor demanda de servicios de cuidados en todas partes del mundo.

Como resultado de diversas tendencias demográficas y sociales, uno de los problemas más difíciles a los que deberá enfrentarse la sociedad será la financiación y prestación de servicios de cuidados eficaces para las personas mayores. El gasto público en cuidados a largo plazo (LTC por sus siglas en inglés) se incrementará notablemente en las próximas décadas, lo que provocará tensiones en los presupuestos estatales de las economías avanzadas. En los mercados emergentes las finanzas públicas están sometidas a menos estrés, pero el bajo punto de partida del gasto en cuidados a largo plazo y el inmenso crecimiento necesario de los fondos continuará representando un enorme desafío.

En el pasado, ha habido una tendencia a considerar los cuidados de las personas mayores solo en términos de cuidados en residencia en etapas avanzadas. Hoy en día, una premisa fundamental de los servicios de cuidados es ayudar a que las personas continúen viviendo en su casa mientras sea posible. El proceso de prestación de los servicios de cuidados comienza ofreciendo la asistencia necesaria para ayudar a los recién jubilados a mantener una vida activa e independiente, evoluciona después hasta una ayuda adicional (en ocasiones, institucional) para gestionar las carencias físicas y mentales que aparecen con la edad, y puede culminar con cuidados durante las 24 horas del día.

Tanto en los mercados avanzados como en los emergentes los particulares deberán soportar cada vez en mayor medida la carga que supone prestar servicios de cuidados a las personas mayores. En la actualidad, allí donde las prestaciones públicas no son globales (en muchos mercados avanzados), o simplemente no existen (en la mayoría de mercados emergentes), los cuidados están financiados principalmente mediante pagos directos.

La contribución del seguro privado generalmente es inferior al 2 % del gasto total en cuidados a largo plazo, y hasta la fecha la experiencia ha sido desigual. Hay varias cuestiones que influyen en la falta de éxito de un mercado de seguro privado. Por ejemplo, en el lado de la oferta, la escasez de datos acumulados por la experiencia dificulta la provisión de soluciones de seguro. El seguro de dependencia tradicional es a muy largo plazo y requiere diversas hipótesis de carácter prospectivo que, debido a las cambiantes condiciones de las políticas sociales y de mercado, complican su ofrecimiento por parte de las compañías. La selección adversa también puede suponer un problema. En el lado de la demanda, los consumidores desconocen, por lo general, los riesgos de dependencia, que son complejos y difíciles de comprender. Los sesgos conductuales y cognitivos también desempeñan un papel fundamental, haciendo que a veces los consumidores no adopten las decisiones más convenientes.

Sin embargo, el seguro privado puede y debe desempeñar un papel central en futuras soluciones de cuidados a largo plazo, formando parte de una solución integrada, con múltiples participantes (aseguradoras, gobiernos, instituciones sanitarias, proveedores de cuidados y consumidores) y sostenible desde el punto de vista económico. Este *sigma* revisa diversas opciones para superar el desafío que supone atender las necesidades de cuidados de una población que envejece. Estas opciones incluyen que las aseguradoras se conviertan en inversoras en infraestructuras y servicios de cuidados, y que los empresarios se involucren en el aumento de la concienciación sobre los riesgos de dependencia. También se necesita una mayor coordinación de los diferentes agentes implicados en la prestación de cuidados y la promoción de iniciativas de envejecimiento saludable. Otras opciones podrían ser incentivos esta-

Resumen

tales para estimular y apoyar que los miembros de la familia se conviertan en cuidadores domésticos, y más inversión en innovación tecnológica para poder vigilar mejor la salud, coordinar adecuadamente los cuidados y prolongar el tiempo de permanencia en el hogar.

...y económicamente sostenible de cuidados a largo plazo para la sociedad.

También hay margen para soluciones de seguro privado que pretenden satisfacer mejor las necesidades de sus clientes. Para aprovechar esta oportunidad de negocio algunas aseguradoras están reconsiderando el diseño de producto, desarrollando nuevos productos e introduciendo soluciones híbridas que combinan seguro de dependencia con productos de vida, jubilación/pensión y enfermedad grave.

Introducción

Introducción

«Envejecer no es perder la juventud, sino una nueva etapa de oportunidades y fortalezas». (Betty Friedan)

El «tsunami plateado» que se avecina

El envejecimiento de la población presenta desafíos y oportunidades para las sociedades y las aseguradoras.

El envejecimiento de la población es un problema casi universal que los agoreros predicen que causará una amplia perturbación social y económica en este siglo. Aunque estas predicciones pesimistas son más el argumento de películas distópicas que de debates en el sector del seguro, el envejecimiento de la población es una realidad global. Una población envejecida requiere más cuidados, algo para lo que la sociedad debe y, en colaboración con las aseguradoras, puede prepararse. Pero, ¿cuál será exactamente la evolución de los factores sanitarios y de envejecimiento que guiarán las necesidades de cuidados en los próximos 10–15 años? ¿Dónde se ocultan las mayores amenazas para los cuidados de una población de edad avanzada? ¿Qué soluciones de cuidados (a largo plazo) y oportunidades relacionadas tienen a su disposición las aseguradoras en este desafío? y ¿por qué el mercado todavía no ha crecido con fuerza ante esta perspectiva? Este *sigma* analiza esta cuestión en detalle¹.

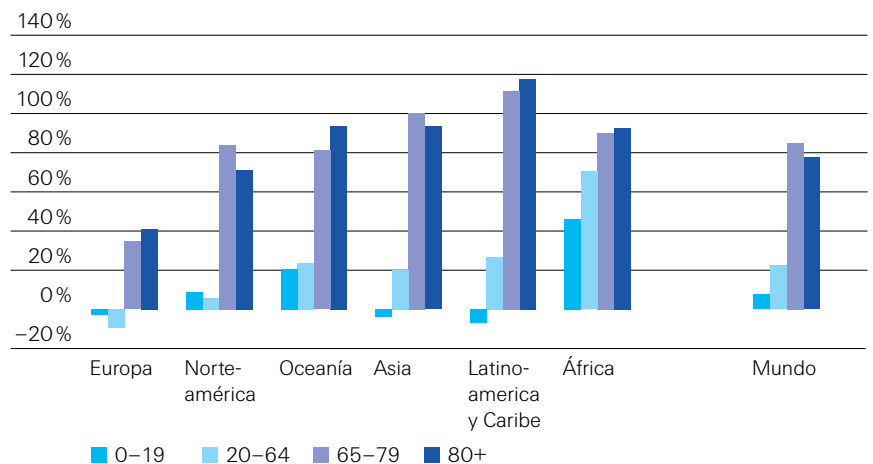
El número de personas de 65 años y más casi se duplicará en varias regiones entre 2010 y 2030...

En los próximos 20 años tendrá lugar en muchos países un periodo de envejecimiento más rápido como consecuencia de la significativa reducción de las tasas de natalidad en las últimas décadas y del aumento de la esperanza de vida. Esta evolución no es exclusivamente un fenómeno del mundo avanzado. Los países emergentes también están envejeciendo y a un ritmo mucho más rápido, lo que supone todo un desafío dado que muchos de estos países están envejeciendo antes de enriquecerse.

... produciéndose el aumento más espectacular en Latinoamérica y Asia.

Está previsto que la población de edad avanzada del mundo se incremente de forma espectacular (véase Figura 1). En 2030, el número de personas en los grupos de edad de 65–79 y 80+ aumentará hasta casi mil millones (desde alrededor de 530 millones en 2010). Las regiones actualmente «más envejecidas», Europa y Japón, experimentarán el menor aumento porcentual, mientras que en Latinoamérica y Asia prácticamente se duplicará el número de personas de 65 años y más. El incremento absoluto del número de personas mayores y la velocidad del cambio presenta diversos desafíos.

Figura 1:
Crecimiento demográfico por grupo de edad, 2010 a 2030



Fuente: Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población (2013), escenario de fertilidad media

¹ Este *sigma* se centrará en las necesidades de cuidados de las personas de edad avanzada. No tratará el tema de los ingresos de jubilación, que ya se desarrolló ampliamente en nuestra *sigma* N.º 4 de 2008: *Formas innovadoras de financiar la jubilación*, Swiss Re (2008). Entre otros informes de Swiss Re sobre temas relacionados se incluyen *A short guide to longer lives*, (2010), *A window into the future*, (2011) y *A mature market*, (2012).

Tanto en los mercados avanzados como en los emergentes las necesidades de financiación de poblaciones de edad avanzada provocarán tensiones en los presupuestos.

Otras tendencias demográficas están agravando el problema global de las soluciones de cuidados.

Creciente necesidad de soluciones de cuidados (a largo plazo)

A medida que aumenta el número de personas mayores también aumenta la necesidad de financiación y prestación de servicios de cuidados a largo plazo. Los mercados avanzados y emergentes deberán administrar los costes de los cuidados a las personas mayores a medida que su salud se vaya deteriorando como consecuencia de enfermedades crónicas, discapacidad y trastornos cognitivos. Según un estudio del Banco de Pagos Internacionales, los gobiernos de los mercados avanzados ya están constreñidos por la carga de su deuda pública pero las promesas de futuros gastos vinculados al envejecimiento de la población (jubilación y costes de asistencia sanitaria a jubilados) a menudo son generosas, por valor de varias veces la deuda pública explícita². Un informe de 2010 concluyó que «sin cambios radicales en el gasto público relacionado con el envejecimiento, la deuda soberana pronto se volverá insostenible»³. Se prevé que en los mercados emergentes se produzca un importante aumento del gasto público en dependencia aunque todavía no existan sistemas de protección social formales o cubran únicamente una pequeña proporción de la población de edad avanzada⁴.

Otras tendencias demográficas están agravando el problema global de las soluciones de cuidados. Incluso en los países avanzados, los cuidados informales no remunerados prestados por las familias suponen hoy en día la mayor contribución a las soluciones de cuidados. Al mismo tiempo, la disponibilidad y accesibilidad de los cuidados informales está cada vez más limitada, especialmente en los mercados emergentes, donde tradicionalmente la familia ha prestado cuidados fuera de las instalaciones sanitarias de cuidados intensivos. En India y China, el porcentaje de personas mayores que vive en hogares multigeneracionales con sus hijos adultos es del 82 % y del 69 %, respectivamente, en comparación con menos del 10 % en algunas regiones de Europa Occidental⁵. Sin embargo, la urbanización, una mayor participación de la mujer en el mercado laboral y tasas de fertilidad más bajas no presagian nada bueno para el futuro de los cuidados informales en los mercados emergentes. Por ejemplo, en China cada vez es más habitual la estructura familiar de tipo 4-2-1, donde un hijo tiene que cuidar de sus dos padres y de sus cuatro abuelos. De forma similar, en India, la migración de las generaciones más jóvenes desde las áreas rurales a las urbanas está debilitando los sistemas tradicionales de atención a las personas mayores⁶. Además, en una encuesta global de Swiss Re con más de 22 000 encuestados, la población de los mercados emergentes mostró una disposición relativamente baja a cuidar de sus padres o parejas, lo que añade otro problema al modelo familiar de cuidados⁷. La disminución de la población en edad de trabajar en muchos países avanzados y emergentes también plantea la cuestión de quién debe prestar cuidados en el futuro.

- ² S. G. Cecchetti, M. S. Mohanty y F. Zampolli. (2010). «The future of public debt: prospects and implications». *Documentos de trabajo del BPI*, n.º 300 y *Developing Future Social Protection Systems. Retirement Income*, publicación del Foro Económico Mundial (2013). Véase también C. de la Maisonroue y J. O. Martins. (2013). «Public spending on health and long-term care: a new set of projections». *Documentos sobre política económica de la OCDE*, n.º 06.
- ³ *Global Aging 2010: an irreversible truth*. Standard and Poor's. (2010).
- ⁴ *Social Security Programs Throughout the World*. Asociación Internacional de la Seguridad Social. (2009).
- ⁵ R. Jackson, N. Howe y T. Peter. (2013). «The Global Aging Preparedness Index». Segunda edición, Centro de Estudios Estratégicos e Internacionales.
- ⁶ J. Anita. (2008). «Emerging Health Insurance in India – An overview». 10ª Conferencia Internacional de Actuarios.
- ⁷ Véase *Risk perception survey* de Swiss Re, abril a mayo de 2013, <http://riskwindow.swissre.com/risk-window#qst=17;cnt=1;age=1> (disponible desde el 1 de septiembre de 2014).

El envejecimiento de la población y sus necesidades de cuidados

El nivel global de necesidades de cuidados dependerá de si una mayor longevidad vendrá acompañada de más años con buena salud.

La morbilidad varía de un país a otro...

... e incluso entre subgrupos sociales dentro del mismo país.

En términos generales, son los «más mayores de los mayores» los que experimentan una tasa más alta de discapacidad y dependencia.

Si una mayor longevidad viene acompañada de más años con buena salud, lo que se conoce como compresión de la morbilidad, el nivel global de necesidades de cuidados podría ser inferior en el futuro, a pesar de que haya más población de edad avanzada. Sin embargo, si durante el mismo número de años se tiene mala salud, solo que a una edad más avanzada (postergación de la morbilidad), o se tiene mala salud durante más años (expansión de la morbilidad), la perspectiva global de necesidades de cuidados es aún más preocupante.

El debate entre compresión, postergación y expansión de la morbilidad está lejos de ser resuelto. Las evidencias en el mundo avanzado apuntan hacia la compresión, al menos en algunos casos⁸. Sin embargo, existen grandes variaciones entre países⁹ y puede que los estudios amplios de población enmascaren importantes tendencias a lo largo del tiempo y en subgrupos sociales¹⁰. Por ejemplo, un reciente estudio en la ciudad de Nueva York reveló que las limitaciones para hacer frente al autocuidado diario estaban asociadas con los ingresos más bajos¹¹. Otros estudios han puesto de manifiesto que cuanto mayor sea el nivel de educación, un indicador de la situación socioeconómica, menores serán las tasas de discapacidad¹².

En países con ingresos medios y bajos es más difícil conseguir datos. Un estudio en la ciudad de São Paulo reveló que del año 2000 al año 2010, las personas de 60–64 años ganaron dos años de vida pero perdieron tres años de esperanza de vida con buena salud¹³. Además, encuestas de la Organización Mundial de la Salud realizadas en cinco mercados emergentes mostraron que el deterioro del estado de salud de las personas con mejor educación y más ingresos de cada país era notablemente menor desde un periodo de encuesta hasta el siguiente¹⁴. Otra complicación es la dificultad para predecir el efecto de tendencias antagónicas de la salud de la población, como la creciente obesidad y la disminución del número de fumadores.

Evaluación de las necesidades de cuidados: ¿Qué desencadena la dependencia?

Cabe destacar que la edad de las personas mayores no se define por los años cumplidos, sino por el nivel de salud o discapacidad. Las diferencias en el estado de salud y discapacidad entre las personas de edad avanzada pueden ser enormes. Mientras algunos ya son «viejos» con 60 años, otros permanecen activos y en forma más allá de los 80 años. Por ejemplo, el participante más mayor hasta la fecha que ha terminado una carrera Ironman fue un juvenil competidor de 82 años¹⁵! No obstante, en términos generales son los «más mayores de los mayores» los que experimentan la mayor incidencia de enfermedades y comorbilidad, además de una alta tasa de discapacidad¹⁶. Estas enfermedades están vinculadas a dependencia funcional y necesidad de ayuda en diversas actividades de autocuidado.

⁸ Véase, p.ej., J. F. Fries, B. Bruce y E. Chakravarty. (2011). «Compression of Morbidity 1980–2011: A Focused Review of Paradigms and Progress». *Journal of Ageing Research*; y G. Payne *et al.* (2007). «Counting Backward to Health Care's Future: Using Time-to-Death Modeling to Identify Changes in End-of-Life Morbidity and the Impact of Aging on Health Care Expenditures». *The Milbank Quarterly*, vol. 85 n.º 2.

⁹ AHP Luijben, H. Galenkamp y DJH Deeg. (2012). «Mobilising the Potential of Active Ageing in Europe». MoPAAct.

¹⁰ *Theories of the future course of mortality and morbidity*. New Zealand's Long-term Fiscal Position. The New Zealand Treasury. (2006).

¹¹ *Health of Older Adults in New York City Public Housing*. New York City Housing Authority Senior Survey. (2010).

¹² G. Lafortune *et al.* (2007). «Trends in Severe Disability Among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and the Future Implications». Documentos de trabajo sobre salud de la OCDE.

¹³ L. Plouffe. (2013). «The Future of Health and Health Care in an Ageing World: A Focus on Brazil, the Dominican Republic and the United States of America». Centro Internacional de Longevidad. Brasil.

¹⁴ P. Kowal *et al.* (2012). «Data Resource Profile: The World Health Organization Study on global AGEing and adult health (SAGE)». *International Journal of Epidemiology*.

¹⁵ R. Fauteux. (28 de agosto de 2012). «Sister Madonna Buder Ironman Triathlon finisher at 82-years-old: A world record». *The Examiner*. Ironman es una carrera de triatlón que consta de 3,86 km de natación, 180 km de ciclismo y 42,2 km de carrera a pie.

¹⁶ J. Coughlin y J. Pope. (2008). «Innovations in Health, Wellness, and Aging-in-Place». *IEEE Engineering in Medicine and Biology Magazine; Population Ageing in East and South-East Asia: Current Situation and Emerging Challenges*. UNFPA. (2006).

El envejecimiento de la población y sus necesidades de cuidados

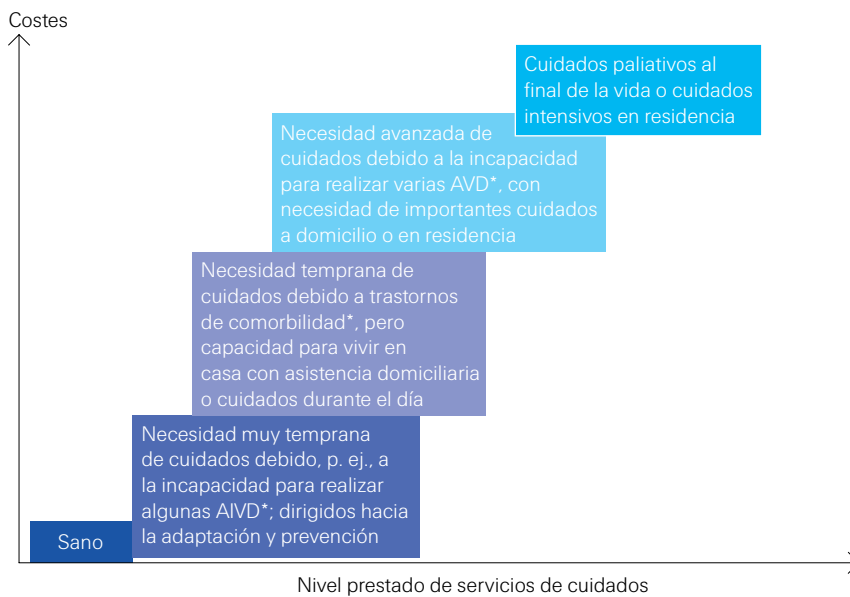
Los servicios de cuidados hacen referencia a la ayuda ofrecida a las personas a medida que pierden la capacidad para cuidar de sí mismas.

Históricamente, los servicios y soluciones de cuidados se han centrado solo en necesidades avanzadas, y las necesidades de cuidados se han tratado de forma aislada.

La ayuda proporcionada a las personas cuando pierden la capacidad para cuidar de sí mismas debido a una enfermedad crónica, discapacidad o trastorno cognitivo puede categorizarse como «servicios de cuidados». Estos incluyen una amplia gama de servicios sanitarios y relacionados con la salud, combinando aspectos médicos, sociales y comunitarios, además de los tradicionales cuidados a largo plazo en residencias. Los diversos componentes no están claramente definidos y a menudo se solapan. Dado que las necesidades de cuidados varían en contexto, nivel y alcance, es necesario que los servicios para abordarlas sean diversos y dinámicos.

Tradicionalmente, los servicios y soluciones de cuidados¹⁷ se han centrado en las necesidades de cuidados avanzados en residencias. Pero la financiación y prestación de los servicios de cuidados avanzados no ha mantenido una coherencia con otras etapas de las necesidades de cuidados, ni se ha coordinado con los servicios sociales y sanitarios generales que forman parte integral del tratamiento de las necesidades globales de cuidados. Sería mejor si el cuidado de las personas mayores se contemplara como una parte integral de un amplio sistema sanitario. Además, las preferencias del consumidor y del sistema de cuidados están cambiando hacia la prestación de cuidados más cerca de casa, lo que posiblemente requerirá un espectro más amplio de soluciones de cuidados para adaptarse a las diversas necesidades de las personas mayores.

Figura 2:
Evolución de los cuidados



*AIVD = actividades instrumentales de la vida diaria; AVD = actividades de la vida diaria; comorbilidad = afección o afecciones médicas que existen simultáneamente, aunque de forma independiente, con otra afección médica con la que puede o no estar relacionada
Fuente: Swiss Re, Economic Research & Consulting

¹⁷ Soluciones de cuidados hace referencia a productos de seguro de dependencia que ayudan a abordar las necesidades de cuidados de las personas mayores.

Las AVD/AIVD son clasificaciones de uso general de las necesidades de cuidados avanzados que evalúan la capacidad de una persona para gestionar su vida diaria.

Cuanto menos AVD/AIVD pueda realizar una persona, mayor será su dependencia.

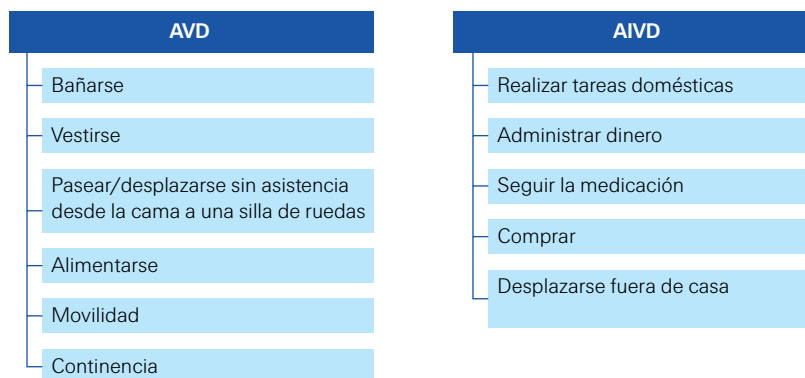
También se utilizan otros criterios para determinar la dependencia, incluyendo algunos basados en trastornos cognitivos.

Figura 3:
Medidas AVD/AIVD para evaluar la dependencia

Las necesidades de cuidados tempranos normalmente están vinculadas a la gestión de enfermedades crónicas, o a un tratamiento temprano de enfermedades controladas adecuadamente (véase Figura 2). En una etapa más avanzada, la dependencia y, por lo tanto, la necesidad de cuidados, suele medirse utilizando un sistema de clasificación que evalúa la capacidad de un individuo para realizar las actividades diarias. Más concretamente, la clasificación distingue entre actividades esenciales para una vida independiente (actividades de la vida diaria o AVD) y actividades «instrumentales» de la vida diaria (AIVD). Estas últimas son actividades más complejas que requieren un mayor nivel de autonomía personal (véase Figura 3)¹⁸.

Normalmente, la capacidad para realizar actividades instrumentales de la vida diaria disminuye antes de que se produzcan incapacidades para realizar actividades de la vida diaria y estas limitaciones de las actividades instrumentales se consideran representativas de la necesidad de cuidados tempranos. El grado de dependencia según las escalas de AVD/AIVD lo determina personal cualificado/certificado y, en algunos casos, la lista de AVD evaluadas supera con creces la lista de muestra de la Figura 3. Por ejemplo, en Corea se han evaluado 52 componentes diferentes en cinco categorías como AVD¹⁹. Cuanto menos AVD/AIVD pueda realizar una persona, mayor será su dependencia.

En algunos países también se usan otros criterios para determinar la dependencia, como las horas de ayuda necesarias por semana. Los trastornos cognitivos también pueden llevar a la dependencia y, de hecho, se están convirtiendo en una de sus principales causas, aunque no todos los sistemas de clasificación los reconocen como un desencadenante.



Fuente: Swiss Re, Economic Research & Consulting

¹⁸ Para un mayor análisis, véase J. C. Millán-Calenti, *et al.* (2010). «Prevalence of functional disability in activities of daily living (ADL), instrumental activities of daily living (IADL) and associated factors, as predictors of morbidity and mortality». *Archives of Gerontology and Geriatrics*, vol. 50; y K. J. Colello, J. Mulvey y S. R. Talaga. (2013). «Long-Term Services and Supports: Overview and Financing». Informe del Servicio de Investigación del Congreso para el Congreso.

¹⁹ R. S. Jones. (2010). «Health-care reform in Korea». *Documentos de trabajo del Departamento de Economía de la OCDE*, n.º 797.

Existen diversos factores de riesgo principales asociados a la discapacidad en la vejez.

La dependencia está fuertemente vinculada a la edad y el género.

Las enfermedades crónicas, los trastornos cognitivos, el estado de salud autodeclarado y el dolor crónico están asociados con mayor discapacidad.

La conducta y la elección del estilo de vida también son importantes factores determinantes de la discapacidad en la vejez.

Las personas casadas y socialmente activas tienen menor riesgo de sufrir discapacidad.

Principales factores de riesgo asociados a la discapacidad en la vejez²⁰

Las causas subyacentes de la discapacidad en la vejez varían entre personas y poblaciones. Los factores de riesgo más comúnmente identificados en relación con la discapacidad en la vejez son: *demografía, estado de salud, conducta y elección del estilo de vida y apoyo social*, junto con la ya mencionada situación socioeconómica.

Demografía: se ha comprobado que la edad es el factor de riesgo más importante para la discapacidad en la vejez. Un envejecimiento avanzado causa cambios en las estructuras y funciones del cuerpo y es un indicador firme y consistente de la discapacidad funcional. Las diferencias de género en la discapacidad en la vejez son sustanciales; las mujeres tienen más riesgo de sufrir discapacidad y de enfrentarse a ella durante más tiempo.

Estado de salud: las enfermedades crónicas, como hipertensión, diabetes y artritis, están globalmente vinculadas a la discapacidad y a la dependencia, junto con el cáncer y los infartos cerebrales. En los mercados emergentes, donde hay menos acceso a equipos de asistencia y tratamiento, la visión, la audición y la movilidad también se consideran problemas clave del envejecimiento. Los trastornos cognitivos también pueden dar lugar a dependencia y está previsto que contribuyan significativamente al futuro crecimiento de las necesidades de cuidados a largo plazo. Los trastornos cognitivos pueden surgir debido a la enfermedad de Alzheimer y a otras formas similares de demencia irreversible y requieren un nivel de supervisión considerable para proteger al dependiente de las amenazas a la salud y la seguridad. También se ha determinado que una mala salud autoevaluada está asociada con una discapacidad funcional. De modo similar, el dolor crónico incrementa fuertemente la probabilidad de que surjan limitaciones a las AVD y a las AIVD.

La conducta y la elección del estilo de vida contribuyen al desarrollo de discapacidad en la vejez. Muchos estudios han revelado que, por ejemplo, fumar y mantener bajos niveles de actividad física incrementan el riesgo de deterioro del estado funcional²¹.

Apoyo social: tanto la cantidad como la calidad del apoyo social afectan notablemente al desarrollo de la discapacidad en la vejez. Como medida de apoyo social, se ha determinado que el estado civil es un factor importante asociado a la discapacidad en los países occidentales, donde las personas no casadas tienen mayor riesgo de discapacidad. De forma similar, una baja frecuencia de contacto social se ha asociado con un mal funcionamiento físico.

²⁰ Se presenta un análisis detallado, incluyendo fuentes originales, en J. Hu. (2012). «Old-Age Disability in China - Implications for Long-Term Care Policies in the Coming Decades». RAND Corporation. Véase también H. Gilmour y J. Park. (2003). «Dependency, chronic conditions and pain in seniors». Agencia Nacional de Estadística de Canadá. *Supplement to Health Reports*, vol. 16; M. Prince (2011). «Dementia and chronic diseases – a global view». Centro para la Salud Mental Global, King's College London; R. Nugent. (2008). «Chronic Diseases in Developing Countries». Centro para el Desarrollo Global.

²¹ Para obtener una visión general, véase A. Stuck *et al.* (1999). «Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic literature review». *Social Science and Medicine*, vol. 48 n.º 4, pág. 445–469.

Las necesidades de cuidados de las personas mayores aumentan a medida que se deteriora su estado de salud y se modifica su conducta.

En general, las soluciones de cuidados (a largo plazo) serán uno de los mayores desafíos a los que se enfrentará la sociedad en las próximas décadas.

Las necesidades de cuidados de las personas mayores van desde apoyar una vida independiente hasta prestar cuidados las 24 horas del día. El punto de partida es una persona jubilada relativamente independiente y activa con un diagnóstico temprano de enfermedades menores. En este caso, el objetivo principal es evitar que se deteriore su salud y prestar cuidados sociales adicionales. Ambos aspectos son cruciales. La siguiente etapa se inicia cuando el jubilado comienza a necesitar ayuda para algunas de las AVD, por lo que necesita ayuda doméstica para, por ejemplo, cocinar o limpiar. Cuando ya no pueda realizar múltiples AVD, necesitará ayuda adicional. En una última etapa es posible que necesite cuidados durante las 24 horas del día e incluso cuidados formales en residencia. Las condiciones de salud, sociales y conductuales de una persona son factores importantes a la hora de determinar sus necesidades y deben considerarse como parte del ámbito global de la asistencia proporcionada durante todas las etapas de este proceso continuo.

Las soluciones de cuidados (a largo plazo) eficaces serán uno de los mayores desafíos a los que se enfrentará la sociedad en las próximas décadas, y los responsables de las políticas deberán encontrar soluciones equilibradas que sean equitativas, justas y sostenibles. El seguro privado puede y debe desempeñar un papel importante a la hora de financiar y gestionar los riesgos de dependencia. Sin embargo, el seguro de dependencia privado ha tenido un impacto limitado en el pasado, lo que plantea la cuestión de qué pueden hacer exactamente las aseguradoras para incrementar su apoyo a las sociedades en la gestión de los costes y riesgos relacionados con los cuidados a largo plazo.

Cuidados a largo plazo en la actualidad

El gasto total en cuidados a largo plazo en los países de la OCDE va desde el 0,2 % hasta más del 4 % del PIB.

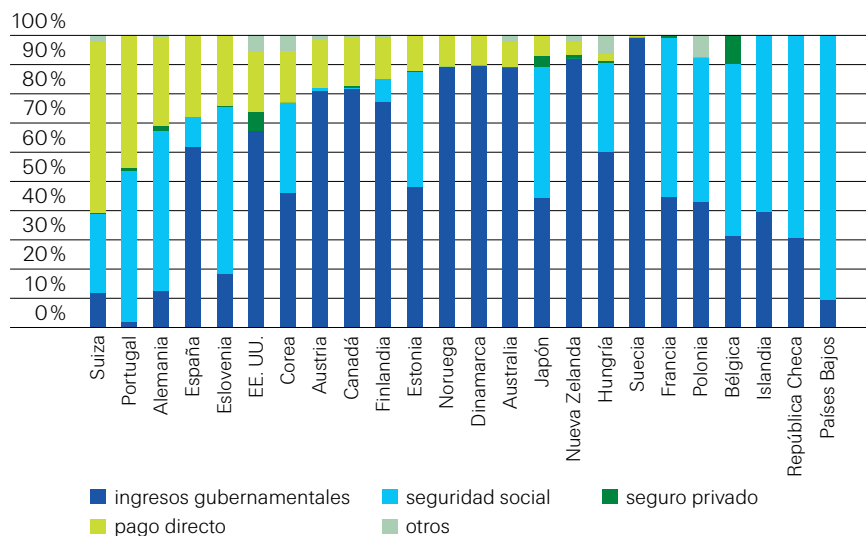
Las fuentes de financiación de los cuidados a largo plazo varían entre países.

Financiación de los cuidados a largo plazo en la actualidad

Tradicionalmente, los servicios y soluciones de cuidados se han centrado únicamente en las etapas más avanzadas de necesidades de cuidados, es decir, en los cuidados a largo plazo. En 2008, el promedio del gasto público y privado total en cuidados a largo plazo en los países de la OCDE fue del 1,5 % del producto interior bruto (PIB)²². Hubo una significativa variación en el gasto entre países, desde un mínimo del 0,2 % hasta un máximo del 4 % del PIB, lo que refleja diferencias en las necesidades de cuidados y en su definición, en la exhaustividad de los sistemas formales de cuidados a largo plazo y en la cultura de cuidados y el papel asociado de la familia en determinadas sociedades.

Las fuentes de financiación de los cuidados a largo plazo también varían significativamente entre países (véase Figura 4). Por ejemplo, en los países europeos nórdicos, forman parte integral de sistemas de bienestar que proporcionan cobertura universal, y la mayoría de las necesidades de cuidados a largo plazo están financiadas con fondos públicos (mediante impuestos o seguro social). En otros países de la OCDE, como EE. UU. y Reino Unido, el derecho a la financiación pública de los cuidados a largo plazo debe superar una evaluación de los recursos económicos para garantizar que solo acceden a ella las personas más necesitadas de la sociedad. Los sistemas mixtos que combinan los derechos a cuidados a largo plazo universales con los sujetos a una evaluación de los recursos económicos también son comunes en otros países de la OCDE (por ejemplo, Francia, Italia, Portugal y Nueva Zelanda).

Figura 4:
Gastos en cuidados a largo plazo por fuentes de financiación en países seleccionados de la OCDE, 2007



Nota: los datos de los pagos directos están infravalorados en algunos países. Por ejemplo, en los Países Bajos, se estima que la participación en los costes de los servicios de cuidados a largo plazo representa el 8 % del total de los gastos en cuidados a largo plazo. La participación de los pagos directos en Suiza está sobrevalorada ya que no se han tenido en cuenta las prestaciones en efectivo concedidas para el cuidado en residencias.

Fuentes: sistema de cuentas de salud de la OCDE (2010), EE. UU.: Oficina de Presupuestos del Congreso (2013)

²² El gasto total incluye tanto gasto público como privado de cuidados a largo plazo en el ámbito domiciliario y residencial. El estudio no abarca todos los países de la OCDE. Véase F. Colombo *et al.* (2011). «Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care». Publicación de la OCDE.

En la mayoría de países de la OCDE, los cuidados a largo plazo están financiados en gran medida por programas gubernamentales o por la seguridad social.

El valor de los cuidados informales es importante pero no se suele incluir en las estadísticas de gastos en cuidados a largo plazo.

En los mercados emergentes, los cuidados informales/familiares desempeñan un papel aún más importante.

En los próximos 15 años los particulares de todos los mercados se enfrentarán a una creciente obligación de financiar los cuidados a largo plazo.

En la mayoría de países de la OCDE, los cuidados a largo plazo están financiados en gran medida por programas gubernamentales y, donde no existen sistemas públicos o no son integrales, se financian en su mayor parte mediante pagos directos, que en algunos países son muy elevados²³, y seguro privado. Por otro lado, la contribución del seguro privado es, por lo general, inferior al 2 % del gasto total en cuidados a largo plazo.

Las estadísticas oficiales y los datos públicos tienden a omitir una buena parte de los costes de los cuidados a largo plazo. En muchos países la mayor parte de los cuidados son prestados de manera informal por familiares no remunerados, lo que a menudo empuja los gastos formales. Por ejemplo, en EE. UU. el valor económico de estos cuidados informales se estimó en alrededor de 234 000 millones de USD en 2011, lo que representaba aproximadamente el 55 % del gasto total en cuidados a largo plazo, que ascendió a 426 000 millones de USD ese año, y equivalente al 1,5 % del PIB²⁴. Se estima que en Reino Unido el valor económico de los cuidados informales no remunerados prestados por familiares, amigos y vecinos es de 119 000 millones de GBP al año (184 000 millones de USD)²⁵, equivalente al 8 % del PIB, y muy superior a los 98 800 millones de GBP de presupuesto total para el año 2009–2010 del National Health Service (NHS)²⁶. En Canadá, los cuidadores informales prestan en torno al 80 % de los cuidados a personas con enfermedades crónicas, lo que representa un valor económico estimado de 25 000 millones de CAD (1,4 % del PIB)²⁷.

En los mercados emergentes los programas formales de cuidados a largo plazo financiados por el gobierno son poco frecuentes. Según la OCDE, el gasto medio en cuidados a largo plazo públicos fue del 0,1 % del PIB en los BRICS (Brasil, Rusia, India, Indonesia, China y Sudáfrica—48 % de la población mundial—) en comparación con el 0,8 % en los países de la OCDE²⁸. El sector de cuidados informales/familiares es a menudo la única opción para las personas que necesitan cuidados. La ausencia de un sector formal se debe en parte a diferencias culturales como las funciones y responsabilidades establecidas de la familia y el estado: en muchos mercados emergentes, el estado rara vez ha proporcionado una red de seguridad de cualquier tipo. Otra razón es que la rápida evolución demográfica y económica experimentada en los últimos años en los mercados emergentes ha dejado atrás la implementación y financiación de programas formales de cuidados a largo plazo e infraestructura.

Según la OCDE el gasto en programas públicos en el mundo avanzado se incrementará del 0,8 % del PIB en 2010 hasta entre el 1,2 % y el 1,4 % del PIB en 2030. Debido a las restricciones en los presupuestos públicos y a las necesidades concurrentes, los responsables políticos tendrán que tomar decisiones difíciles. En los mercados emergentes, los presupuestos públicos están menos limitados, pero el bajo punto de partida del gasto en cuidados a largo plazo (0,1 % del PIB) y el inmenso crecimiento de los fondos necesarios (entre el 0,5 % y el 0,6 % del PIB en 2030) supondrán un enorme desafío. Por último, la carga que soportan los particulares aumentará tanto en los mercados avanzados como en los emergentes, de modo que aunque ya pagan por una parte importante de sus propias necesidades de cuidados a largo plazo, aún deberán pagar más.

²³ Aunque los pagos directos pueden incluir copagos de programas públicos de cuidados a largo plazo.

²⁴ Véase *Rising Demand for Long-Term Services and Supports for Elderly People*, Oficina de Presupuestos del Congreso. (2013). <http://www.cbo.gov/publication/44363> (disponible desde el 1 de septiembre de 2014).

²⁵ En este y todos los demás casos de este informe, a no ser que se especifique de otro modo, el tipo de cambio utilizado es el promedio anual para el año del dato.

²⁶ *Valuing Carers 2011 – Calculating the value of carers' support*. Centro de Investigación Internacional sobre Cuidados, Trabajo e Igualdad, University of Leeds. (2011).

²⁷ *CLHIA Report on Long-Term Care Policy. Improving the Accessibility, Quality and Sustainability of Long-Term Care in Canada*. Asociación Canadiense de Seguros de Vida y Salud. (2012).

²⁸ OCDE, n.º 6, *op. cit.* (2013). Los datos hacen referencia al periodo 2006–2010.

En la actualidad la mayoría de cuidados los prestan miembros de la familia en el hogar.

Esta suele ser la forma preferida de recibir cuidados y en muchos casos es la única disponible.

Las tendencias demográficas apuntan hacia una creciente escasez de cuidadores informales.

La capacidad de las residencias de ancianos también es limitada y hay falta de cuidadores cualificados.

Prestación de cuidados a largo plazo

La financiación no es el único ámbito de preocupación. También lo es la disponibilidad de infraestructuras de cuidados a largo plazo y de cuidadores formales e informales. Hoy en día, entre el 70 % y el 90 % de los que prestan cuidados son miembros de la familia, y el 90 % de todos los cuidados a domicilio se prestan de manera informal sin compensación^{29/30}. Por ejemplo, en Europa, los hijos, yernos y esposas constituyen más del 75 % de los cuidadores³¹. De forma similar, en Japón, los cuidados informales por parte de hijos adultos o yernos son la fuente más común de cuidados para las personas mayores, de acuerdo con las tradicionales normas sociales japonesas. En Singapur, más del 75 % de los cuidadores son esposas e hijos, y en torno al 14 % de los cuidadores son empleadas domésticas³². En mercados como Hong Kong y algunas regiones de Europa es habitual que la asistencia a domicilio para las personas mayores sea realizada por trabajadoras domésticas semicualificadas procedentes de países en desarrollo.

El uso generalizado de los cuidados informales se debe a muchas razones. En primer lugar, desde el punto de vista de las personas dependientes, los cuidados a domicilio suelen ser la forma preferida de recibir ayuda³³, pero lo cierto es que en muchos países también es la única fuente de cuidados disponible. Por otro lado, en algunos países —por ejemplo en Francia, Alemania, Corea, China, India, muchos estados de EE. UU., Ontario en Canadá y Brasil— los hijos adultos, yernos u otros miembros de la familia, son por ley responsables de sus padres dependientes³⁴. Esto se denomina piedad filial, un valor arraigado en muchas sociedades y una ley en otras.

Sin embargo, las tendencias demográficas apuntan hacia un declive del número de cuidadores potenciales, por lo que el sector de cuidados informales posiblemente no podrá seguir el ritmo de crecimiento de las necesidades de cuidados. Esta falta de oferta podría provocar un cambio hacia el más costoso sector formal, aunque en muchos países avanzados el número de camas geriátricas y cuidadores cualificados es todavía escaso, y en los mercados emergentes la situación suele ser peor. El aumento de la oferta de cuidados a largo plazo formales requerirá una significativa inversión de los ya limitados presupuestos estatales.

Por ejemplo, en China había 39 904 residencias de ancianos en 2010³⁵, proporcionando un total de 3,2 millones de camas³⁶, lo que supone capacidad para solo el 1,5 % de los 180 millones de personas de más de 65 años. Además, se estima que China necesita al menos 10 millones de cuidadores cualificados de ancianos y se considera que actualmente solo una pequeña parte de los cuidadores están debidamente cualificados³⁷. En Brasil prácticamente todas las residencias de ancianos se encuentran en las principales áreas metropolitanas y suelen estar subvencionadas por instituciones religiosas. Por ejemplo, el estado de São Paulo, con más de

²⁹ R. B. Saltman, H. F. W. Dubois y M. Chawla (2006). «The impact of aging on long-term care in Europe and some potential policy responses». *International Journal of Health Services*, vol. 36 n.º 4.

³⁰ Los cuidadores informales todavía pueden recibir transferencias sociales supeditadas a prestar cuidados y posiblemente, en la práctica, algún pago informal de la persona que recibe los cuidados.

³¹ *Informal care in the long-term care system*. Documento sobre el panorama europeo. Interlinks. (2010).

³² K. S. Hock, T. E. Ser e Y. M. Teng. (2013). «National Survey of Senior Citizen 2011». *Informe del IPS*, encargado por el Ministerio de la Familia y el Desarrollo Social.

³³ Eurobarómetro especial 283. «Health and long-term care in the European Union». Encuesta realizada por TNS Opinion & Social por encargo de la Comisión Europea, Dirección General de Comunicación. «Public Opinion and Media Monitoring». (2007).

³⁴ P. Hope *et al.* (2012). «Creating Sustainable Health and Care Systems in Ageing Societies». Informe del Grupo de Trabajo sobre Envejecimiento, P. Knebel. (2011). «Brazil: The young country is aging». *Infosurhoy.com*

³⁵ Y. C. Wong y J. Leung. (2012). «Long-term Care in China: Issues and Prospects», *Journal of Gerontological Social Work*, vol. 55 n.º 7, pág. 570–586.

³⁶ Como resultado de una iniciativa del gobierno («Views on Speeding up the Development of Elderly Services») la capacidad de las residencias de ancianos aumentó notablemente entre 2006 y 2009 con un promedio de 227 000 camas adicionales por año.

³⁷ Y. C. Wong *et al.*, *op. cit.* (2012), J. Hu., *op. cit.* (2012).

3,5 millones de personas mayores, solo tiene 4500 camas geriátricas registradas³⁸. En Malasia, un país de 28 millones de habitantes, actualmente solo ofrecen cuidados a personas mayores tres hospitales públicos y uno privado, y hay solo 11 geriatras en el país, la mayoría en Kuala Lumpur³⁹. En India, donde el número de personas mayores ronda los 90 millones, se estima que en 2009 había 1444 residencias de ancianos con un total de unas 73 000 camas disponibles⁴⁰. Esto también es un problema en los mercados avanzados, aunque en menor grado.

La sostenibilidad económica es la prioridad más importante para los sistemas de cuidados a largo plazo.

Teniendo en cuenta estos desafíos, los responsables políticos de todo el mundo deben evaluar cómo financiar y proporcionar cuidados a largo plazo de forma eficiente y efectiva. Está muy extendida la idea de que garantizar la sostenibilidad fiscal y económica es la principal prioridad política en lo referente a los sistemas de cuidados a largo plazo en países de la OCDE⁴¹, lo que implica adoptar decisiones sobre si deben ser financiados con fondos públicos o privados (o una combinación de ambos).

La función del seguro privado

Aunque el seguro de dependencia es una minúscula fracción de los ingresos totales por primas de vida y salud...

El hecho de que los cuidados a largo plazo rara vez son financiados mediante seguro privado se refleja en niveles muy bajos de ingresos por primas de seguro de dependencia. De los 2 670 000 millones de USD estimados de primas suscritas por las aseguradoras de vida y salud en todo el mundo en 2014, menos del 1 % procede del seguro de dependencia, a pesar de la enorme brecha de protección a la que se enfrenta la gente.

...puede ayudar a cubrir los costes de dependencia.

El seguro de dependencia privado cubre tradicionalmente los costes asociados con la dependencia. Lo ideal es comprarlo antes de la jubilación. Los pagos de primas se acumulan y después se utilizan para pagar los costes de los cuidados (seguro tipo reembolso) del asegurado o una prestación fija (seguro tipo renta vitalicia/indemnización/ingresos). El seguro privado de dependencia, si lo hay, coexiste con sistemas de cuidados a largo plazo públicos estatales, para complementar, suplementar o sustituir a los programas públicos existentes (véase en la Tabla 1 y el Apéndice un análisis de los principales mercados de seguro de dependencia).

El papel del seguro de dependencia está en gran medida determinado por el contexto de seguridad social existente.

Por ejemplo, en Alemania, el seguro de dependencia privado obligatorio ofrece una cobertura sustitutoria a aquellos que quedan fuera del programa de seguro social de dependencia. En EE. UU., solo los pobres reúnen los requisitos necesarios para entrar en el programa Medicaid, mientras que todos los demás asumen su propia cobertura de dependencia. El seguro de dependencia privado es, por lo tanto, el principal medio para compartir los riesgos de dependencia. El seguro de dependencia privado voluntario también puede ofrecer cobertura complementaria/suplementaria para la parte de los costes de los cuidados a largo plazo no cubiertos por los programas públicos universales, como sucede en Francia, Japón y Alemania.

³⁸ L. E. Garcez-Leme, M. Deckers Leme y D. V. Espino. (2005). «Geriatrics in Brazil: A Big Country with Big Opportunities». *International Health Affairs*.

³⁹ K. S. Ambigga *et al.* (2011). «Bridging the gap in ageing: Translating policies into practice in Malaysian Primary Care». *Asia Pacific Family Medicine*.

⁴⁰ S. K. Gulati y S. K. Jain. (7 de septiembre de 2012). «Best practices in managing LTC of elderly in developed European nations: evolving strategies for India», presentación en la London School of Economics.

⁴¹ F. Colombo *et al.* (2011). «Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care». Publicación de la OCDE.

Tabla 1: Volumen del mercado y seguro de dependencia privado/voluntario en países con seguro de dependencia privado significativo

Costes totales pagados de LTC (2011, miles de millones de USD)	LTC públicos		Seguro de dependencia privado					
	Tipo de programa público LTC	% de LTC totales	Volumen de primas (2012, millones de USD)	CAGR nominal (2003-2012 en ML)	Productos LTC	Función del seguro	Tipo de prestación	Tarifa de prima anual típica
EE. UU. 191	"Red de seguridad con evaluación de recursos económicos (Medicaid, activos < 2000 USD)	71 %	"11 645 (total) 9550 (individual) 2095 (colectivo)"	5.5 %	Prefinanciado, diferido	Mecanismo principal para el reparto de riesgos	Principalmente reembolso, normalmente limitado a 150 USD/día durante 3 años, con un periodo de carencia de 90 días, a menudo con protección contra la inflación	3300 USD para las personas de 60 años (rango: 1500 y 5800 USD)
Alemania* 47	Seguro de dependencia universal, sistema dual con seguro de dependencia social y seguro de dependencia privado	ND	1095 (seguro de dependencia voluntario)	19.0 %	Prefinanciado, diferido, independiente y cláusula de vida y salud	Suplementa el seguro de dependencia obligatorio	Reembolso y prestaciones fijas	1920 USD para las personas de 60 años para una prestación de 45 USD/día (basado en la tabla de seguros DAV 2008P)
Francia* 47	Seguro de dependencia universal formado por seguridad social y un programa LTC específico sujeto a una evaluación de los recursos económicos denominado Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)	70 %	"826 (total) 599 (aseguradoras de vida) 192 (Mutual 45) 35 (Institutions de Prévoyance)"	"7.9 % (solo aseguradoras de vida)"	Prefinanciado, diferido	Suplementa el seguro de dependencia público	Principalmente prestación fija, normalmente 20-25 USD/día, con un periodo de carencia de 90 días (también disponible pago único, las primas y prestaciones pueden protegerse contra la inflación)	475 USD (media de edad al comienzo 60 años)
Japón* 95	"Seguro de dependencia social universal para personas de 40 años o más"	90 % (45 % impuestos, 45 % contribuciones sociales, 10 % copago)	Los datos del seguro de dependencia no se notifican por separado y pueden estar incluidos en el seguro privado de salud suscrito por aseguradoras de vida y de no vida	ND	Gastos de residencia (no enfermedad grave (vida y salud)	Suplementa el seguro de dependencia público	Prestaciones fijas y/o pago único	ND
Israel ND	El programa Long Term Care Insurance Program (LTCIP) es un programa LTC universal con evaluación de recursos poco exigente	ND	"710 (total) 240 (individual) 470 (colectivo)"	22.5 %	Prefinanciado, diferido	Suplementa el seguro de dependencia público	Prestación fija, normalmente con un periodo de carencia de 30 días, duración limitada de cobertura	Pueden acordarse primas niveladas para 65 años de edad con tarifas con condiciones específicas previa autorización del Comisionado de Seguros
Singapur ND	Los costes LTC están financiados mediante (1) subvenciones estatales, (2) ElderShield (un programa diseñado por el gobierno asegurado de forma privada), (3) suplementos ElderShield (pólizas complementarias ofrecidas por aseguradoras privadas que amplían ElderShield) y (4) Medifund para el resto de costes LTC para los necesitados	ND	160 (ElderShield)	ND	Prefinanciado, diferido	ElderShield es la parte del sistema sanitario diseñada para satisfacer necesidades LTC	Prestación fija de hasta 3840 USD anuales, hasta un máximo de seis años	Fija, pero específica para el género y la edad en el momento de la contratación, 1680/2100 USD para hombres/mujeres de 40 años. Las primas de ElderShield y del suplemento de ElderShield pueden pagarse a través de MediSave, un programa individual obligatorio de cuentas de ahorro médicas.
Reino Unido**/45	"Actualmente: red de seguridad con evaluación de recursos económicos (activos < 37-40 000 USD) - Pendiente de introducir: límite de costes LTC vitalicios, los costes LTC que excedan el límite serán asumidos por el gobierno (en el límite no se incluye alojamiento ni comida)"	ND	220	1.3 %	Prefinanciado, bonos LTC y rentas vitalicias para necesidades inmediatas	Mecanismo principal para el reparto de riesgos	ND	ND
Canadá* 27	Combinación de prestaciones universales (para cuidados a domicilio) y prestaciones sujetas a una evaluación de los recursos económicos (normalmente para cuidados en residencias)	ND	99	13.6 %	Prefinanciado, diferido	Suplementa el seguro de dependencia público	Prestación fija y reembolso, normalmente con un periodo de carencia de 30 a 90 días, duración limitada o vitalicia de cobertura	En las mismas condiciones prácticamente igual que en EE. UU.

Nota: * los costes totales LTC se basan en ratios de LTC/PIB de 2008; ** gasto público solo en LTC; ND*** = no disponible.

Fuentes: Swiss Re, Economic Research & Consulting basado en la OCDE, autoridades supervisoras y asociaciones de seguros

El seguro de dependencia voluntario no ha sido capaz de cerrar la brecha de protección de dependencia.

Las aseguradoras han tenido cierto éxito a la hora de ofrecer seguro de dependencia suplementario.

Sin embargo, estos exitosos mercados de dependencia son en su mayoría más jóvenes que el estadounidense y la verdadera prueba aún está por llegar.

Generosos sistemas públicos limitan el desarrollo de mercados privados.

Singapur ha adoptado un interesante sistema voluntario.

En la mayor parte de los mercados emergentes apenas existen programas sociales o estatales para la financiación de los cuidados a largo plazo.

En la práctica, el seguro de dependencia voluntario como fuente principal para la financiación y reparto de riesgos de dependencia dista mucho de ser ideal. En EE. UU. y Reino Unido, las limitaciones de los programas públicos y las duras evaluaciones de los recursos económicos del solicitante deberían ser un gran incentivo para que los consumidores compren cobertura de dependencia privada. Sin embargo, en ninguno de los dos países el seguro de dependencia ha tenido éxito y solo lo ha comprado una pequeña parte de la población. Además, en EE. UU. el precio de las pólizas se determinó de manera incorrecta, lo que ocasionó importantes daños económicos y de reputación a las aseguradoras.

En cambio, las aseguradoras han tenido relativamente más éxito a la hora de vender seguro de dependencia suplementario, como por ejemplo en Alemania, Francia, Israel y Singapur, aunque los niveles de las prestaciones normalmente son bastante pequeños e insuficientes para cubrir los costes de los cuidados. Hasta ahora no han surgido problemas importantes en estos mercados, pero aquí tampoco han tenido un éxito arrollador los productos de dependencia tradicionales, y los participantes del mercado continúan explorando alternativas.

También hay que tener en cuenta que los éxitos de ventas en algunos de estos mercados no son necesariamente una prueba de concepto. Las primeras décadas de los productos de seguro de dependencia diferidos normalmente no son problemáticas, ya que las reclamaciones son bajas, salvo que haya un gran sesgo de selección. La prueba de fuego comienza después de que la primera generación de asegurados alcance la edad en que aumenta rápidamente la dependencia. A este respecto, podría suceder que EE. UU. sea simplemente el mercado más antiguo.

Las aseguradoras han tenido menos éxito en mercados con sistemas públicos muy generosos, como Japón y Corea. Como el gobierno cubre la mayor parte de los costes de los cuidados, los consumidores tienen pocos incentivos para comprar cobertura privada adicional. Por otra parte, las subvenciones para seguro de dependencia suplementario puede alentar a los consumidores a comprimir este tipo de seguro y reducir su brecha de protección (p. ej., en Alemania).

Singapur ha adoptado un interesante enfoque basado en ideas de la ciencia conductual y ayudado por masivas campañas de promoción para incrementar la participación en su programa ElderShield, un plan de seguro de dependencia con colaboración público-privada. Por defecto, a la edad de 40 años todos los ciudadanos participan en ElderShield, pero tienen derecho a excluirse. Además, las primas de ElderShield pueden pagarse con cuentas de ahorros médicos, financiadas mediante deducciones salariales, cuyos fondos los jóvenes con buena salud casi no tienen alternativas para gastar, ya que solo se pueden utilizar para fines médicos.

En la mayor parte de los mercados emergentes apenas hay disponibles productos privados, si los hay, a pesar de que el seguro de dependencia público tiene poco recorrido. En China, las grandes compañías aseguradoras venden seguros de tipo ahorro comercializándolos como soluciones para financiar los costes de los cuidados a largo plazo. En India no existe un mercado de seguro de dependencia. En este caso la barrera es la cultura de familias autosuficientes y que se ayudan mutuamente. En Latinoamérica, una encuesta realizada en 2005 en 13 países reveló que solo Brasil tenía un mercado de seguro de dependencia privado voluntario⁴².

⁴² N. Aguilera y J. Huerta-Muñoz. (2005). «CISS-CIESS Survey on LTC in Latin America and the Caribbean». *Documento de trabajo CISS/WP/05012*. Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS). Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS).

Cuidados a largo plazo en la actualidad

En Reino Unido se ha propuesto un novedoso enfoque con un límite a los costes de los cuidados a largo plazo vitalicios pagados directamente por el consumidor.

Un punto de partida para estimar los costes previstos de los cuidados sería disponer de datos precisos sobre los riesgos de dependencia.

Solo se dispone de cifras sobre la tasa de incidencia por nivel de dependencia de unos pocos países.

La dependencia aumenta con la edad y solo un 10 % de los casos está clasificado en el nivel más severo.

Un novedoso enfoque se está abriendo camino a través del sistema legislativo en Reino Unido. La propuesta es establecer un límite a los costes de los cuidados a largo plazo vitalicios que una persona paga de su bolsillo. Una vez alcanzado el límite, el gobierno se hace cargo, eliminando los riesgos excepcionales. Las salvedades al sistema son que los costes de alojamiento y manutención no están incluidos en el límite y no los pagará el gobierno después de alcanzarse el límite. Además, los gobiernos locales ya en apuros tienen que comprobar si la cobertura y los pagos llegan al límite. Sin embargo, esta situación sin riesgos excepcionales facilitaría que las aseguradoras ofrecieran soluciones privadas para ayudar a cubrir los riesgos tempranos y ampliaran la oferta de soluciones privadas disponibles para ayudar a los consumidores a pagar los cuidados.

Riesgos y costes de convertirse en dependiente

Se necesitan tres tipos de información para estimar el coste previsto de los cuidados a largo plazo. El primero trata sobre la probabilidad de convertirse en dependiente (la tasa de incidencia), incluyendo su severidad y cualquier transición entre niveles de discapacidad. A continuación, sería ideal conocer la duración de la dependencia. Y, finalmente, se necesita información sobre el coste de los cuidados para que las aseguradoras puedan calcular los costes previstos de los cuidados a largo plazo (es decir, los costes promedios por asegurado). No obstante, estos datos no están disponibles universalmente.

Probabilidad de convertirse en dependiente

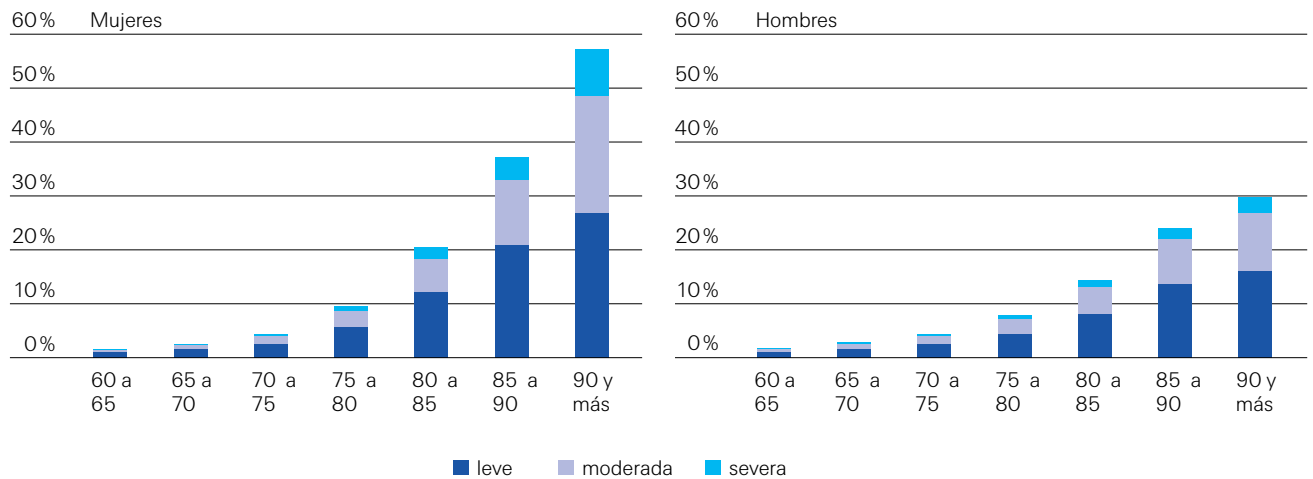
Las probabilidades de dependencia son importantes para la planificación futura de los cuidados y para evaluar el coste de los cuidados a largo plazo. Pero solo se dispone de cifras sobre las tasas de incidencia de los distintos niveles de dependencia según las escalas de AVD o AIVD u otras métricas de unos pocos países, normalmente aquellos con mercados de seguro de dependencia bien desarrollados. En EE. UU., por ejemplo, se estima que alrededor del 20 % de la esperanza de vida residual a los 65 años en el caso de los hombres y el 30 % en el de las mujeres transcurrirá en un estado de discapacidad crónica⁴³.

La dependencia aumenta con la edad y las mujeres tienen mayor probabilidad de convertirse en dependientes (véase Figura 5). En edades avanzadas y para ambos géneros es común que haya una dependencia leve y solo un 10 % de los casos en todos los grupos de edad están clasificados como «severos». La excepción son las mujeres mayores de 90 años, de las cuales el 15 % son muy dependientes.

⁴³ E. Stallard. (2009). «Estimates of the Incidence, Prevalence, Duration, Intensity and Cost of Chronic Disability among the U.S. Elderly». *Asociación de Actuarios, Sección de Seguro de Dependencia*, n.º 22; y E. Stallard. (2013). «Joint Dependence of Cognitive Impairment and ADL Disability in the U.S. Elderly Population: Estimates from the 2004 National Long Term Care Survey».

Figura 5:

Beneficiarios del seguro de dependencia en Alemania por grupo de edad y nivel de dependencia, 2011



Fuente: Bundesministerium für Gesundheit (Ministerio Federal de Salud alemán)

Las tasas de prevalencia también difieren considerablemente según la definición de dependencia.

Las tasas de prevalencia también varían notablemente según la definición de dependencia, así como con su interpretación. Pueden producirse grandes variaciones en los datos de dependencia en función de si la capacidad para realizar las AVD se define incluyendo o excluyendo el uso de dispositivos de asistencia como bastones o andadores. Asimismo, la evaluación puede basarse en un requisito de suspensión «total» o «parcial» de AVD y, por lo tanto, afectar a las tasas de experiencia. Además, es posible que haya diferentes niveles de experiencia en función de si la definición de discapacidad incluye o no un desencadenante basado en trastorno cognitivo sin que se produzca necesariamente la suspensión de alguna AVD.

Un factor clave del coste total de los cuidados es la duración de los cuidados en residencias, que varía notablemente entre personas.

Duración de la dependencia

El segundo factor clave del coste total de los cuidados es su duración. De nuevo, los datos comparativos entre distintos países son escasos, pero según un informe encargado por la aseguradora británica de vida privada BUPA⁴⁴, la duración media de la estancia en residencias y hogares de ancianos en Reino Unido es de aproximadamente 800 días (2,2 años). Sin embargo, la variación es inmensa: en torno al 50% de los dependientes fallece en los primeros 15 meses después del ingreso, mientras que el 10% son residentes durante más de seis años. La duración de la estancia muestra algunos patrones generales, por ejemplo, disminuye con la edad en el momento de ingreso, y como promedio, las mujeres permanecen más de un año más que los hombres. Por otro lado, la estancia en residencias y hogares de ancianos de las personas con demencia es sustancialmente más corta.

⁴⁴ Basado en una muestra representativa de la población de 11 565 observaciones en Reino Unido, véase JJ. Forder y J. L. Fernández, (2011) "Length of stay in care homes", *PSSRU Discussion Paper 2769*, Canterbury: PSSRU.

Cuidados a largo plazo en la actualidad

Los costes unitarios varían significativamente para diferentes niveles de dependencia.

Los costes de los cuidados informales son relativamente bajos.

Los casos severos que implican cuidados en residencias constituyen el grueso de los gastos de dependencia de toda una vida.

Costes unitarios de los cuidados

El tercer factor clave de los costes de los cuidados es sus costes unitarios. El rango de costes varía ampliamente, tanto dentro de un mismo país como entre países.

La mayoría de las personas dependientes sufre niveles de dependencia relativamente bajos, necesitando unas pocas horas de ayuda a la semana, y el coste de este tipo de cuidados es comparativamente bajo. En el caso de los cuidados informales prestados por familiares, que es la forma más prevalente, los cuidados no suelen estar remunerados. Los costes de los cuidados domésticos formales ascienden al salario medio por hora de un asistente sanitario a domicilio (un típico trabajador de cuidados a largo plazo), multiplicado por las horas de cuidados necesarias. Por ejemplo, en EE. UU. los cuidadores cobran aproximadamente 21 USD por hora⁴⁵ y en Alemania, los cuidadores profesionales en residencias de ancianos tienen un salario bruto de entre 17 y 21 USD, lo que probablemente es un buen indicador de los costes de los cuidados formales a domicilio⁴⁶.

El grueso de los costes de dependencia está relacionado con los casos más severos, que requieren cuidados en residencias. En EE. UU., una media del 92 % de los costes de dependencia de toda una vida se incurren durante episodios de discapacidad severa que representan en torno a un 50 % de los años con discapacidad⁴⁷. Por lo tanto, los costes de las residencias de ancianos son un factor importante para los costes estimados de dependencia de toda una vida. Como se muestra en la Tabla 2, los costes anuales de los cuidados en una residencia son altos en relación con una riqueza o renta media. Una renta media en un país avanzado cubriría solo de 0,3 a 0,7 años de cuidados en residencia. En muchos países, se necesitaría una riqueza media para cubrir completamente los costes de residencia, y en muchos casos ni siquiera sería suficiente.

Tabla 2:

Renta y riqueza en comparación con el coste de residencias

	Ingresos del jubilado* pareja/hombre/mujer	Media de ingresos**	Media de riqueza***	Costes de residencia por grado de dependencia			Número de meses que puede financiarse una residencia...	
				severa	moderada	leve	...con ingresos medios****	...con riqueza media****
EE. UU.	32 821	29 056	44 911	85 000		42 600*	4	6
Reino Unido	28 045	25 237	111 524		43 000		7	31
Alemania	40 600/26 000/21 500	27 213	49 370	54 400	46 700	39 550	6	13
Francia	NA/24 383/16 990	27 835	141 850		44 600		7	38
Canadá**	39 886	34 929	90 252		36 000		12	30
Australia***	30 783	38 570	219 505	54 300	47 200	40 100	9	56
Suiza	46 286	47 237	95 916	116 800	77 900	38 900	5	15
Japón	29 916	26 671	110 294	62 200	49 300	36 400	5	27
Italia	25 385	23 451	138 653	26 400	24 600	22 800	11	68
España	19 844	18 531	63 306		26 600		8	29
China	NA	5 645	8 023		15 400		4	6
México****	NA	3 086	9 718	22 000		6 500	2	5

Nota: últimos datos disponibles, entre 2008 y 2013; * Vida asistida; ** En Canadá «Costes de residencia» se refiere a copagos, que están sujetos a una evaluación de los recursos económicos; el valor aquí mostrado es el copago máximo. Los copagos varían significativamente entre provincias; *** Para una persona que exceda la evaluación de los recursos económicos (severa: el dependiente alcanza un límite de 25 000 AUD para cuotas de cuidados; leve: cuotas de cuidados de 25 AUD/día); **** Los costes anuales no incluyen posibles cuotas de registro de aproximadamente 9 000 USD o más.

Fuentes: EE. UU.: Metlife (2012); Reino Unido: Oficina Nacional de Estadística; Alemania: www.pflegekosten.de; Francia: Maisons-de-retraite.fr; Canadá: senioropolis.com; Australia: CPSA; Suiza: Oficina Federal de Estadística; Japón: P. Olivares-Tirado y N. Tamiya, Trends and Factors in Japan's Long-Term Care Insurance System, Japan's 10-year Experience, SpringerBriefs in Aging, (2014); Italia: Auser (2012); España (2012): Infopenta; China: AXCO; México: Emprendedores, revista bimensual de la Facultad de Contaduría y Administración de la UNAM; * OCDE (2013); ** OCDE (2010); *** Credit Suisse (2013); **** Costes anuales son los costes de dependencia severa (estancia en residencia) cuando están disponibles.

⁴⁵ Oficina de Presupuestos del Congreso, *op. cit.* (2011).

⁴⁶ <http://www.lohnspiegel.de/main/zusatzinformationen/pflegeberufe> (disponible desde el 1 de septiembre de 2014).

⁴⁷ Stallard, *op. cit.* (2009).

Los casos de cuidados severos son costosos y el seguro de dependencia severa ofrece un aumento significativo del bienestar.

Los datos acumulados por la experiencia, cuando están disponibles, muestran que la probabilidad de sufrir una discapacidad severa es relativamente baja, pero que su coste es muy elevado. A diferencia de los bajos niveles de dependencia (que tienen alta probabilidad pero bajo coste), un simple sistema de cuentas de ahorro individuales no es adecuado para financiar casos de dependencia severa porque es probable que ahorrar, echando la vista atrás, resulte inútil debido a la baja probabilidad de ocurrencia. Además, solo unos pocos son tan ricos como para ahorrar lo suficiente para cubrir el coste de un episodio medio de dependencia severa. Esto sugiere que el seguro de dependencia ofrece un significativo aumento del bienestar.

Aspectos económicos de las soluciones de seguro privado

El mercado del seguro de dependencia privado es pequeño debido a diferentes cuestiones tanto en el lado de la oferta como en el de la demanda.

La falta de datos puede ser un impedimento a la hora de mejorar las soluciones de cuidados en general.

Normalmente el seguro de dependencia es diferido y prospectivo, siendo sensible a los cambios de hipótesis...

... y dificultando la fijación de precio de las pólizas.

La experiencia en EE. UU. pone de manifiesto por qué el seguro de dependencia diferido con reembolso es especialmente problemático.

A pesar de que aparentemente debería existir un gran mercado para el seguro de dependencia, la realidad es que el sector de soluciones privadas es pequeño. Se prevé que las primas privadas sean menos del 1 % de las primas de vida y salud a nivel global en 2014, con un importe que como mucho ascenderá a 20 000 millones de USD. Existen causas para que esto suceda tanto en el lado de la oferta como en el de la demanda.

Causas en el lado de la oferta

La falta de datos adecuados puede suponer una dificultad para las soluciones de cuidados globales y el desarrollo más amplio de un mercado de seguro. En los mercados que no tienen unas ventas de seguro de dependencia notables —y este es el caso en muchos mercados avanzados y en casi todos los emergentes— la limitada disponibilidad de datos acumulados por la experiencia hace más difícil diseñar y fijar el precio de los productos de soluciones de cuidados. Es el viejo problema del huevo y la gallina: sin un mercado importante los datos acumulados por la experiencia son pocos y, sin datos, no hay mercado.

Pero aun en el caso de que existan datos, no está claro cómo evolucionarán los parámetros clave en el futuro. Allá donde ha habido mercados privados, normalmente el seguro de dependencia ha sido diferido, transcurriendo muchos años o incluso décadas entre el diseño y fijación de precio del contrato y el pago de la prestación. Sin embargo, los contratos de prestación fija requieren hipótesis a largo plazo sobre las tasas de incidencia de la dependencia, las tasas de mortalidad para personas sanas y discapacitadas, las tasas de anulación de pólizas y los ingresos de inversión. Las pólizas de tipo reembolso requieren incluso más hipótesis, como la escalada del coste de los cuidados en el futuro y las consecuencias económicas de las innovaciones en la futura tecnología de cuidados. En el caso de una persona de 50 años que compre un seguro de dependencia, estas proyecciones deben mantenerse de 30 a 40 años, o más. Es prácticamente imposible hacer tales hipótesis con precisión y cualquier error al hacerlas puede ocasionar importantes pérdidas a la aseguradora.

Las aseguradoras pueden incluir un margen de seguridad al fijar el precio de las pólizas para protegerse contra la sensibilidad de las hipótesis, pero esto las encarece. Los consumidores también pueden verse desanimados por cláusulas contractuales que permitan a las aseguradoras incrementar los precios de las áreas de negocio que no cumplan las hipótesis. Por último, estos riesgos sistemáticos a largo plazo no son fáciles de cubrir y requieren una gran solvencia de capital, otro coste a considerar a la hora de ofrecer estos productos.

No es fácil encontrar soluciones para un futuro incierto. En EE. UU. las hipótesis hechas para productos antiguos demostraron estar equivocadas, especialmente en lo relacionado con los ingresos de inversión y las tasas de anulación de pólizas. Cuando el conjunto de las importantes pérdidas ocasionadas por estos contratos se hicieron visibles, los reguladores autorizaron en varias ocasiones a las aseguradoras a que ajustaran los precios de las primas. Sin embargo, los incrementos de las tarifas fueron muy mal recibidos, lógicamente, por los titulares de las pólizas y, en muchos casos, hicieron las primas inasequibles. Estos problemas generaron pérdidas financieras continuadas y daños en la reputación para el conjunto del sector del seguro de vida de EE. UU., tanto que la mayoría de participantes terminaron retirándose del mercado de dependencia.

Un desequilibrio entre el pago de primas y las prestaciones esperadas puede producir distorsiones del mercado.

Una estructura de cuidados inadecuada y la escasez de evaluadores obstaculizan el desarrollo del mercado del seguro de dependencia.

Políticas sociales gubernamentales volátiles pueden socavar el desarrollo de un mercado privado.

Por último, el seguro de dependencia «no se compra, se vende», y puede ser difícil de vender.

Los mercados de seguro pueden fracasar en escenarios de información asimétrica y selección adversa⁴⁸. En el caso de que se sospeche selección adversa, puede que las aseguradoras necesiten cargar precios más altos para compensar la potencial exclusión de la demanda de individuos sanos, lo que de nuevo contribuye a encarecer los productos. Brown y Finkelstein (2007) encontraron algunas evidencias de un desequilibrio entre el pago de primas y las prestaciones esperadas del seguro de dependencia⁴⁹, aunque concluyen que esto por sí solo no puede explicar los bajos niveles de cobertura y que los efectos en el lado de la demanda también deben desempeñar un papel clave a la hora de impedir una mayor aceptación de los productos de dependencia⁵⁰.

Entre otras cuestiones en el lado de la oferta se incluyen una infraestructura de cuidados inadecuada y la escasez de profesionales sanitarios. Ambas socavan la propuesta de valor del seguro de dependencia, ya que puede que uno no sea capaz de comprar con facilidad los servicios de cuidados que necesita. Por otro lado, el mercado necesita personas con suficiente experiencia para actuar como evaluadores. Por ejemplo, cuando se puso en marcha el programa ElderShield en Singapur se necesitó un grupo de evaluadores expertos y un conjunto de directrices para asegurar la consistencia en la evaluación de la dependencia.

Desarrollar y proporcionar soluciones de cuidados a largo plazo también requiere una perspectiva de política regulatoria y social consistente durante mucho tiempo. Si las políticas gubernamentales de seguro social que afectan a las personas mayores están sujetas a frecuentes cambios, las aseguradoras tendrán más dudas a la hora de hacer las inversiones necesarias en soluciones de cuidados.

Por último, el seguro de dependencia pertenece a una clase de productos que en general «no se compra, se vende», por lo que muchas compañías han afrontado el reto que supone formar a un equipo de ventas para soluciones de cuidados a largo plazo. Cabe destacar que los vendedores más jóvenes son por lo general menos capaces de vender productos de dependencia que los agentes de mayor edad. Por otra parte, el seguro de dependencia compite con otros productos «normalizados» en el ramo de vida y salud. En un entorno de grandes brechas de protección⁵¹, los productos de seguro de vida, discapacidad, enfermedad crítica y/o médico son, por lo general, más fáciles de vender que el seguro de dependencia.

⁴⁸ Existe información asimétrica cuando una parte tiene más o mejor información que la otra, creando un desequilibrio de poder y resultados de mercado indeseables. La selección adversa es una consecuencia de las asimetrías de información que ocurre cuando personas de alto riesgo tienden a comprar más seguro pero la aseguradora es incapaz o no está dispuesta a tener esto en cuenta en el precio.

⁴⁹ El desequilibrio entre prima y prestación también puede tener sus raíces en la naturaleza a largo plazo de productos de seguro que fundamentalmente requieren la inclusión de márgenes de seguridad, lo que eleva de nuevo el coste del seguro, véase J. R. Brown y A. Finkelstein. (2007). «Why is the market for long-term care insurance so small?». *Journal of Public Economics*, vol. 91 n.º 10, pág. 1967–91.

⁵⁰ J. R. Brown, *et al.*, *op. cit.* (2007).

⁵¹ Para más detalles sobre las estimaciones de la brecha de protección de mortalidad por regiones, véanse las publicaciones de Swiss Re *The Mortality Protection Gap in the US, Mortality Protection Gap: Asia-Pacific 2011, Clientes de por vida – Informe de Seguros Europeo 2010, Term & Health Watch 2012 y La brecha de cobertura por fallecimiento en América Latina 2013*.

Causas en el lado de la demanda

Una causa clave en el lado de la demanda es la falta de concienciación.

Las causas en el lado de la demanda también dificultan la aceptación del seguro de dependencia privado. Una causa principal es la falta de concienciación sobre los riesgos y costes de la dependencia. La gente en edad de trabajar no suele pensar en las necesidades que tendrá hacia el final de su vida, ya que los problemas que puedan surgir dentro de 50 años están muy lejos y muy abajo en su lista de prioridades. Un estudio realizado en Reino Unido demuestra que incluso las parejas de mayor edad no hablan sobre los cuidados que puedan necesitar en sus últimos años de vida y cómo pagarlos⁵². La gente tiende a posponer la búsqueda de soluciones sobre estos temas. El debate sobre la jubilación de los hijos del *baby-boom* solo se desarrolló plenamente en la década de 1990, unos 20 años antes de que llegara su retiro. Si se aplica el mismo criterio de plazo, comenzarán a hablar en serio sobre dependencia cuando todavía falten 20 años para necesitar cuidados, es decir, durante los próximos 5 a 10 años. Pero ya es tarde, porque las soluciones disponibles son en su mayoría programas de reparto y, por ello, la carga de cuidar a los hijos del *baby-boom* podría haber pasado ya a sus hijos.

En los mercados emergentes todavía no se ha desarrollado una conciencia sobre los riesgos de dependencia.

La falta de concienciación también es con toda probabilidad una razón de la baja demanda de seguro de dependencia en los mercados emergentes. Estos países han experimentado cambios económicos, demográficos y sociales fundamentales en las últimas décadas, cambios que en los mercados avanzados se han producido a lo largo de un periodo de 150 años, pero la concienciación sobre las necesidades de cuidados no ha avanzado al mismo ritmo.

Los riesgos de dependencia son complejos y difíciles de evaluar.

Los riesgos de dependencia son complejos y para los consumidores es difícil evaluar su magnitud y, por lo tanto, juzgar la propuesta de valor de los productos de dependencia. Cuando se les presentan opciones financieras complejas, los consumidores suelen dejar de actuar o toman decisiones rápidas simples, lo que en muchos casos supone adoptar la decisión de no comprar seguro.

Las estimaciones sobre la necesidad de cuidados a largo plazo ofrecen a menudo información contradictoria, creando confusión y posiblemente inhibiendo un planeamiento anticipado.

La disponibilidad de una amplia, y en algunos casos contradictoria, serie de estimaciones sobre la necesidad de cuidados a largo plazo no ayuda a mejorar la comprensión. Por ejemplo, un estudio en EE. UU. indica que «se prevé que al menos un 70 % de los hijos del *baby-boom* necesite algún tipo de servicio de cuidados a largo plazo en algún momento y que el 40 % requiera cuidados en residencias de ancianos»⁵³. Sin embargo, otro informe dice que «entre las personas de 65 años o más solo el 14 % necesita cuidados a largo plazo», aumentando hasta la mitad en los mayores de 85 años⁵⁴. En Europa, una proyección comparativa indica que en los Países Bajos hay un 20 % de probabilidad de que los hombres incurran en gastos de cuidados en residencias de ancianos a lo largo de su vida⁵⁵. En cambio, en muchos mercados emergentes, no existe ninguna estimación. Esta variedad de puntos de referencia puede resultar muy desconcertante para una persona que esté considerando sus necesidades futuras de cuidados a largo plazo.

La expectativa de que el gobierno proporcionará una solución desplaza los ahorros privados y las soluciones de seguro.

Aunque la gente sea consciente de los riesgos, muchos creen equivocadamente que hay disponible algún tipo de programa público o gubernamental de cuidados a largo plazo, lo que resta cualquier incentivo para procurarlos de forma privada. Este es el caso en muchos mercados avanzados que tienen prestaciones de seguridad social o públicas de algún tipo. Sin embargo, puede que estas prestaciones no sean programas de cuidados a largo plazo universales y que las ayudas disten mucho de ser globales. Incluso es posible que las personas especulen con la idea de que una vez

⁵² D. Price *et al.* (2014). «Financial planning for social care in later life: the 'shadow' of fourth age dependency». *Ageing and Society*, vol. 34 n.º 3.

⁵³ D. R. Calmus. (2013). «The Long-Term Care Financing Crisis». *Documento de debate n.º 07 del Center for Policy Innovation*; P. Kemper, H. L. Komisar y L. Alexih. (invierno de 2005/2006). «Long-Term Care Over an Uncertain Future: What Can Current Retirees Expect?» *Trabajo de investigación*.

⁵⁴ S. Rogers y H. Komisar. (2003). «Who needs long-term care? Fact Sheet». Proyecto de Financiación de Cuidados a Largo Plazo de Georgetown University.

⁵⁵ L. Spoor. (2013). «Towards Multi-Pillar Financing of Dutch Long-term Care for the Elderly?». *Boletín informativo de la Asociación de Ginebra sobre Salud y Envejecimiento*.

Por ejemplo, cerca del 70 % de los consumidores europeos creen que la prestación y financiación de cuidados a largo plazo es una responsabilidad pública.

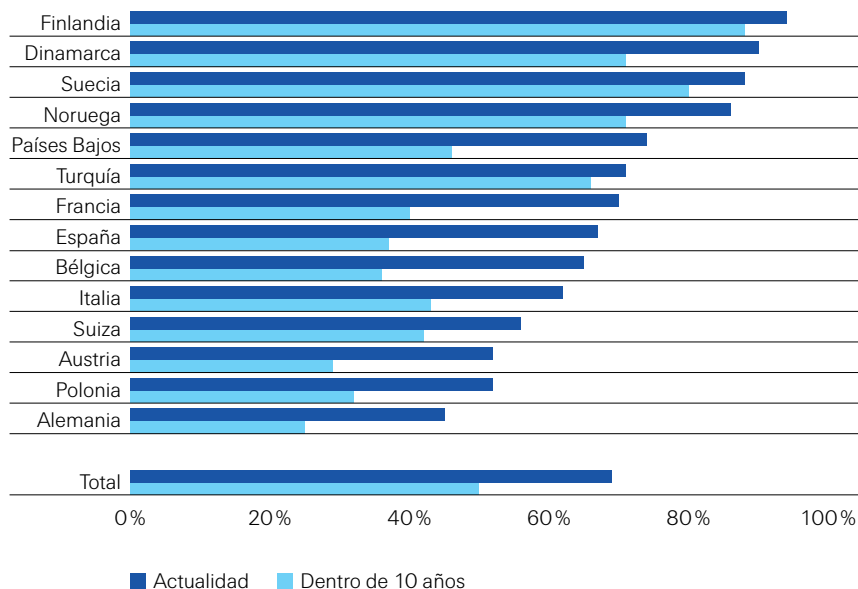
En Norteamérica también abundan las ideas equivocadas sobre la implicación del gobierno en los cuidados a largo plazo.

que los hijos del *baby boom* comiencen a necesitar cuidados se introducirán programas públicos (una norma social negativa). Esta percepción desincentiva la responsabilidad individual respecto a la necesidad de disponer de seguro de dependencia privado.

En una encuesta realizada por Swiss Re entre más de 15 000 consumidores en 14 países europeos, cerca del 70 % contestó que el gobierno era responsable de la prestación y financiación de cuidados a largo plazo⁵⁶. Esta percepción estaba más extendida en los países nórdicos con sistemas de dependencia universales basados en impuestos, mientras que en países donde los cuidados a largo plazo están sujetos a una evaluación de los recursos, financiados directamente o mediante seguro, se consideraba que la responsabilidad recaía más en el individuo que en el gobierno. No obstante, en todos los países excepto uno, al menos la mitad de los encuestados atribuyó la responsabilidad de los «cuidados sanitarios para las personas muy mayores» al gobierno (véase Figura 6). Cabe destacar que, en todos los países, los consumidores prevén que el papel de los gobiernos disminuya con el tiempo.

Los errores de percepción respecto a lo que los gobiernos y la seguridad social proporcionarán en términos de cuidados a largo plazo son evidentes también en Norteamérica. En EE. UU. el 86 % de los hijos del *baby boom* menores de 65 años no saben si Medicare cubre cuidados a largo plazo, o sobrestiman la cobertura. Esta falta de concienciación prevalece aunque los ciudadanos estadounidenses de ingresos medios con Medicare (es decir, de 65 años y más) citan los cuidados a largo plazo en una residencia y domiciliarios como el principal gasto sanitario que creen que amenazará su seguridad financiera en la jubilación⁵⁷. En Canadá muchos piensan equivocadamente que todas sus necesidades de cuidados a largo plazo serán satisfechas por los gobiernos, pero la realidad es que serán ellos mismos los que deberán pagar la mayor parte de los costes de sus propias necesidades de cuidados⁵⁸.

Figura 6: Porcentaje de los encuestados que cree que el gobierno es responsable de la prestación de «cuidados en residencias para los más mayores» en la actualidad y en un plazo de 10 años



Fuente: Informe de Seguros Europeo 2012, *Cientes de por vida*, Swiss Re

⁵⁶ Informe de Seguros Europeo 2012, *Cientes de por vida*. Swiss Re. (2012).

⁵⁷ *Retirement Healthcare for Middle-Income Americans*. Bankers Life and Casualty Company. Center for a Secure Retirement. (2012).

⁵⁸ Asociación Canadiense de Seguro de Vida y Salud, *op. cit.* (2012).

Aspectos económicos de las soluciones de seguro privado

Las soluciones de seguro privado también se ven desplazadas por la idea de que los hijos cuidarán de sus padres dependientes.

El seguro de dependencia puede ser caro e incluso inasequible...

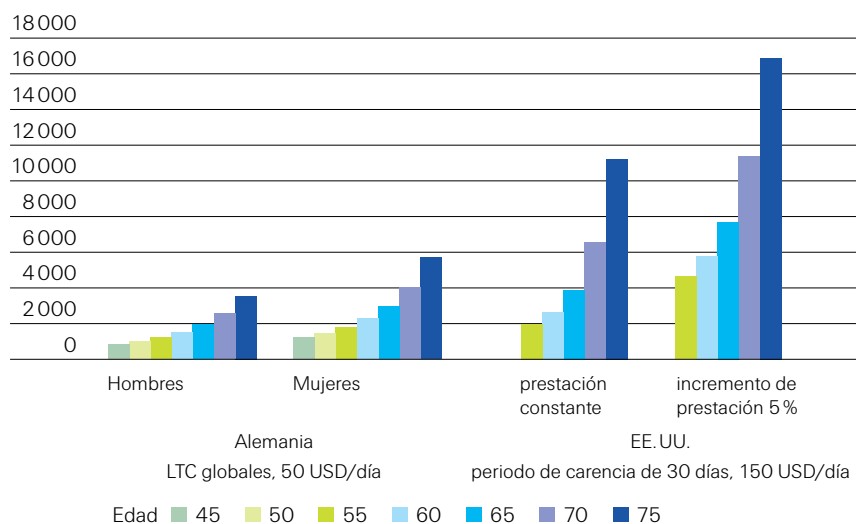
... especialmente si se compra después de la jubilación.

La idea de que los hijos se harán cargo del cuidado de sus padres reduce aún más la responsabilidad privada de disponer de un seguro de dependencia. En muchos mercados emergentes tradicionalmente uno de los hijos o un yerno asume el papel de cuidador. Sin embargo, la transición hacia familias más reducidas, la creciente participación de las mujeres en el mercado laboral y la mayor movilidad de los trabajadores (aumentando la distancia al dependiente) suponen un reto para esta organización tradicional y ponen en cuestión su sostenibilidad.

Muchos consumidores consideran que el seguro de dependencia es demasiado caro o incluso inasequible, lo que puede obstaculizar el desarrollo del mercado, ya que los grupos de ingresos medios y bajos no pueden permitirse la cobertura y los grupos de ingresos altos no la necesitan. Sin embargo, debido a los generalmente limitados ingresos medios de las personas mayores y los bajos activos acumulados, el coste de los servicios reales de los cuidados a largo plazo es incluso más inasequible para la mayoría de la gente que el seguro de dependencia⁵⁹. En EE. UU., alrededor del 27 % de los consumidores de entre el 20 % más rico tenía una póliza de dependencia en 2008, mientras que entre el 20 % más pobre solo un 4 % disponía de seguro de dependencia⁶⁰.

La asequibilidad está relacionada con la edad a la que se compra la póliza. Si las personas compran seguro de dependencia cuando son jóvenes las primas son mucho más bajas. Según un estudio, una persona que compre seguro de dependencia a los 60 años pagará casi el doble de prima anual que una persona que compre la misma cobertura a los 45 años⁶¹. Sin embargo, en la juventud los ingresos son menores, hay muchas otras necesidades de gasto más inmediatas (llevar adelante una familia, comprar un coche o una casa, etc.) y las cuestiones relacionadas con la vejez están en un futuro muy lejano y no figuran en un lugar prominente en el pensamiento de la gente. El resultado es que muchos solo empiezan a pensar en sus necesidades de cuidados a largo plazo cuando se acercan a la edad de jubilación, cuando el riesgo ya es relativamente cercano y las primas son, por lo tanto, elevadas.

Figura 7:
Primas anuales de seguro de dependencia en EE. UU. y Alemania, en USD, 2010



Fuentes: J. R. Brown y A. Finkelstein. (2011). «Insuring Long-Term Care in the United States». *Journal of Economic Perspectives*, vol. 25 n.º 4, págs. 119–142., *Herleitung der Rechnungsgrundlagen DAV 2008 P für die Pflegerenten(zusatz)versicherung*, Asociación Alemana de Actuarios

⁵⁹ F. Colombo *et al.*, *op. cit.* (2011).

⁶⁰ J. R. Brown *et al.*, *op. cit.* (2011).

⁶¹ Véase *Herleitung der Rechnungsgrundlagen DAV 2008 P für die Pflegerenten(zusatz)versicherung*, Asociación Alemana de Actuarios.

La asequibilidad es una cuestión importante para las personas mayores.

En Alemania, las personas entre 50 y 65 años tuvieron en 2012 unos ingresos medios de 20 688 EUR⁶². En el caso de un hombre de 65 años, una prima de seguro de dependencia supondría el 7 % de sus ingresos y para una mujer de su misma edad, el 11 %. Comparando con la edad de 45 años, la prima del seguro de dependencia habría supuesto el 3 % y 4,3 % respectivamente de sus ingresos medios. En EE. UU. las primas también son más caras con la edad (véase Figura 7) y además, como en EE. UU. no hay seguro de dependencia básico obligatorio (a diferencia de Alemania), las prestaciones de la cobertura privada, y por lo tanto los pagos de primas, son normalmente mucho mayores, es decir, más inasequibles, especialmente para las personas de edad avanzada.

La economía conductual y los sesgos cognitivos como la procrastinación...

Por último, la economía conductual y los sesgos cognitivos desempeñan un papel importante en la reflexión del consumidor sobre la compra de seguro⁶³. La gente a menudo pospone la toma de decisiones difíciles sobre el futuro porque puede verse envuelta en discusiones y/o en pensamientos desagradables. La procrastinación es una parte muy importante del proceso de toma de decisiones cuando se trata de comprar seguro de dependencia. La procrastinación y la asequibilidad están interrelacionadas: con cada año de demora las primas son más caras y potencialmente inasequibles.

... el exceso de confianza y la aversión a las pérdidas también desempeñan un papel clave a la hora de limitar la aceptación del seguro de dependencia.

Otro sesgo muy consolidado es el exceso de confianza. Mucha gente piensa que es más probable que les sucedan «cosas buenas» a ellos que a los demás y que es menos probable que les sucedan «cosas malas», como convertirse en dependiente, a ellos que a los demás. La aversión a las pérdidas también es importante: pagar durante décadas una póliza con el riesgo (en realidad, más bien la suerte) de no recibir nada a cambio es un gran obstáculo para que los consumidores compren seguro de dependencia.

⁶² Fuente EUROSTAT.

⁶³ Para más detalles sobre cómo la economía conductual afecta a la compra de seguro, véase *sigma* 6/2013 *El seguro de vida: enfoque hacia el consumidor*. Swiss Re. (2013).

Crear un mejor mercado de cuidados para las personas mayores

La solución para proporcionar cuidados a las personas mayores implica a múltiples partes interesadas.

Los gobiernos pueden ayudar a aumentar la concienciación siendo transparentes sobre el alcance de las prestaciones públicas.

También deberían colaborar con las compañías de seguros como potenciales inversoras en infraestructuras de cuidados ...

... y reconsiderar aquellas regulaciones que impiden el desarrollo de un mercado privado de cuidados a largo plazo.

Incentivos fiscales y mayor implicación empresarial podrían ayudar a las futuras necesidades de financiación.

«Nunca caminarás solo»: un enfoque multilateral

El desafío que supone proporcionar cuidados a la población de edad avanzada requiere una solución integral que incluya a todas las partes interesadas: aseguradoras, gobiernos, instituciones sanitarias, prestadores actuales y potenciales de cuidados y actuales y futuros consumidores potenciales de cuidados. Desde diferentes puntos de partida, la mayoría de países tendrá que reformar sus sistemas para encontrar soluciones sostenibles para atender una creciente demanda de cuidados⁶⁴. Este capítulo examina posibles políticas y otras respuestas.

En primer lugar, los gobiernos deberían ayudar a aumentar la concienciación del consumidor sobre los riesgos y costes de las soluciones de cuidados comunicando claramente qué cuidados proporciona el estado. Esto ayudaría a que las personas tomen decisiones más informadas sobre la mejor manera de conseguir satisfacer sus necesidades de cuidados en la vejez y, al mismo tiempo, proporcionaría a las aseguradoras un contexto mejor definido en el que desarrollar productos de cuidados.

Los gobiernos deberían colaborar con las compañías de seguros como potenciales inversoras en instalaciones de cuidados. Actualmente, los gobiernos suelen alojar a los pacientes inadecuadamente y de un modo muy costoso en hospitales, y no tienen capacidad financiera para invertir en infraestructuras de cuidados. Colaborando con las aseguradoras, los gobiernos se beneficiarían de menores costes y menores necesidades de financiación. Para las aseguradoras, las infraestructuras de cuidados podrían ser una clase interesante de activo porque sus rendimientos están relacionados positivamente con el desarrollo de las necesidades de cuidados y, en consecuencia, serían un buen activo adecuado para los riesgos de dependencia del lado del pasivo de las aseguradoras.

Los responsables políticos también deben ser conscientes de las regulaciones que pueden dificultar el desarrollo de un mercado privado. Por ejemplo, requisitos de capital excesivos sobre productos a muy largo plazo pueden crear impedimentos en la predisposición de las aseguradoras a participar en el mercado y, al mismo tiempo, encarecer los productos⁶⁵.

Otro enfoque podría ser trabajar con los empresarios para implantar programas similares a las pensiones voluntarias, tales como el 401(k) en EE. UU. La implicación del empresario también puede ayudar a incrementar la concienciación sobre los riesgos de dependencia. El seguro de dependencia colectivo existe en ciertos mercados como el de EE. UU. y Francia, pero los empresarios normalmente no contribuyen a pagar el coste de las primas. Con un diseño correcto (por ejemplo exclusión en lugar de inclusión) e incentivos fiscales o incentivos financieros de otro tipo, sería posible que algunas personas comenzaran a pagar temprano por las pólizas, cuando todavía son asequibles, como sucede en Singapur. Se prevé que el gobierno de Taiwán lance en 2016 un sistema de seguro de dependencia en esta misma línea, financiado colectivamente por el estado, los empresarios privados y el asegurado⁶⁶. De igual modo, en Reino Unido se está produciendo un debate sobre un sistema de pensiones restringido dedicado a soluciones de cuidados y con incentivos fiscales adicionales. La idea es que este «Care Pension Fund» únicamente se utilice para financiar gastos de cuidados. Además, si no se utiliza el fondo, puede transmitirse a los familiares descendientes sin pagar el impuesto de sucesiones.

⁶⁴ P. Hope *et al.*, *op. cit.* (2012).

⁶⁵ R. L. Lumsdaine. (2011). «Why Systemic Risk Considerations Affect the Market for Long-Term Care Insurance». *The Economists' Voice*.

⁶⁶ *Distribution Debrief: Insurance Market Update. Asia-Pacific*, Towers Watson, n.º 28. (2012).

Cualquier solución debe considerar la promoción de la prolongación de la vida laboral.

Se necesita una mejor coordinación entre todos los aspectos de la financiación y prestación de soluciones de cuidados.

En EE. UU. se han implantado programas piloto para estos cuidados, y se han analizado en otras partes.

En el futuro es posible que se cree un mercado amplio para estos planes de cuidados gestionados.

Fomentar mecanismos que permitan a la gente permanecer en casa más tiempo puede ayudar a reducir los costes de los cuidados.

El problema de las soluciones de cuidados también guarda relación con la conducta social. Muchas personas tienen la idea fija de que la jubilación comienza a una determinada edad, bien sea a los 60 o 65 años, sin flexibilidad, y esperan que cualquier programa gubernamental disponible de jubilación comience también a esa edad y cubra todas sus necesidades de cuidados. Podría alentarse un cambio de estas actitudes hacia la posibilidad de trabajar más tiempo mediante incentivos y flexibilización del mercado laboral y retirando cualquier barrera estructural y legal o de otro tipo que desincentive la prolongación de la vida laboral. El trabajo podría ser a jornada completa o a tiempo parcial y daría a las personas más tiempo para ahorrar para sus futuras necesidades de cuidados.

Un enfoque integrado

Se necesita una coordinación más estrecha entre los diferentes agentes involucrados en la prestación de servicios y soluciones de cuidados. Actualmente la financiación y prestación de cuidados está muy fragmentada y en la mayoría de los casos está separada de la prestación sanitaria. Además, no suele existir coordinación entre los servicios sociales y los proveedores de cuidados a domicilio, lo que genera costes añadidos e ineficiencias y no ofrece los mejores resultados para el paciente⁶⁷. Un ejemplo de un sistema bien coordinado es «LifeChoices» en Michigan. Este es un programa de participación con una cuota inicial (30 000–50 000 USD) y una cuota mensual (alrededor de 400 USD) para cubrir todos los servicios básicos y asistir a las personas de edad avanzada en casa⁶⁸.

Otro ejemplo son los cuidados a largo plazo gestionados, que coordinan la prestación de cuidados a través de diferentes servicios, desde cuidados sanitarios a cuidados sociales, y a través de las múltiples dimensiones de los cuidados, formales o informales. En EE. UU. se han establecido programas piloto que coordinan todos los cuidados de este modo. A cambio de un pago único por persona abonado por el gobierno⁶⁹, el plan sanitario se compromete a prestar todos los aspectos de los servicios de cuidados a las personas incluidas en el programa. En Asia se han producido debates sobre la implantación de programas similares pero por el momento no se ha puesto en marcha ninguno. En Reino Unido, el «Better Care Fund» es una idea análoga.

Podría suceder que en el futuro los empresarios que proporcionan seguro sanitario a través del mercado colectivo incluyan cobertura de cuidados gestionados como parte del paquete de beneficios de los empleados. Pero pasarán algunos años antes de que esto ocurra ya que todavía quedan muchas preguntas sin responder sobre la rentabilidad de los programas de cuidados gestionados. Además, el mercado necesitaría una norma para tratar el caso de los empleados que cambian de trabajo y/o se jubilan.

El hogar es el lugar donde se tiene el corazón... ¿y también donde se podrían prestar los cuidados?

Mucha gente quiere permanecer en casa cuando necesita cuidados⁷⁰ y dada la gran diferencia de coste entre los cuidados en hospitales, en centros de cuidados a largo plazo y en casa, puede lograrse un importante ahorro implantando cambios estructurales que les ayuden a hacerlo. Los productos de seguro existentes suelen incluir cobertura de cuidados a domicilio, pero aun así, en muchos casos una dependencia de los modelos médicos de cuidados y la carencia de servicios de apoyo basados en la comunidad han llevado a «un impropio ingreso continuado

⁶⁷ *America's Long-Term Care Crisis*. Centro de Política Bipartidista. (2014).

⁶⁸ G. Mitchell. (2012). «Technology for Mission's Sake». *Revista LeadingAge* marzo/abril.

⁶⁹ En los programas piloto participan inicialmente una parte de los «doblemente cualificados» que reúnen los requisitos para acceder a cuidados a largo plazo públicos sujetos a una evaluación de los recursos económicos en Medicaid y también son lo suficientemente mayores para tener derecho a sistema sanitario público en Medicare.

⁷⁰ Por ejemplo, véase R. Tarricone y A. D. Tsouros. (2008). «The Solid Facts. Home Care in Europe». Organización Mundial de la Salud; y *Smart Technology for Healthy Longevity*. Academia Australiana de Ciencias Tecnológicas e Ingeniería. (2010).

Crear un mejor mercado de cuidados para las personas mayores

de personas mayores en centros residenciales»⁷¹. Por ejemplo, en Japón, antes de la reforma del año 2000, las personas mayores eran ingresadas en hospitales porque no existían residencias de ancianos (denominados «ingresos sociales»). Las reformas se implantaron específicamente para recortar el número de ingresos a largo plazo imprevistos en los hospitales generales ⁷².

Los incentivos fiscales pueden aliviar la ya pesada tarea a la que se enfrentan las familias que prestan cuidados.

Los cuidados prestados por los miembros de la familia forman parte integral del sistema actual de prestación de cuidados, y continuarán siéndolo si el objetivo es mantener a la gente en casa durante más tiempo. Sin embargo, las tendencias demográficas y sociales están presionando sobre los cuidados prestados por la familia, y la disponibilidad de cuidados familiares no podrá mantener el ritmo de las cada vez mayores necesidades de cuidados de las personas mayores. Una opción para incentivar más cuidado familiar podría ser ofrecer una remuneración pública por los servicios de cuidados, aunque esto es difícil cuando los presupuestos gubernamentales ya no dan más de sí. En algunos países, los dependientes que viven en casa pueden escoger una prestación dineraria para pagar a cuidadores informales en lugar de recibir cuidados dentro de un marco institucional. Se trata de mantener a las personas en casa y contener los costes globales de los servicios de cuidados. En los Países Bajos y Alemania estas prestaciones económicas son muy populares, aunque su valor es inferior al equivalente de la prestación de estos mismos servicios en especie⁷³.

Además, los cuidadores familiares podrían ser un mercado objetivo para los productos de solución de cuidados.

Las familias también pueden ser un mercado objetivo para las soluciones de cuidados. Estas soluciones podrían ir desde el seguro de dependencia tradicional hasta productos que cubran algunas partes de los cuidados prestados por los miembros de la familia para aliviar la carga sobre estos cuidadores y darles una oportunidad para continuar trabajando. Y, como ya sucede hoy en día en muchos países, las soluciones de cuidados podrían incluir cláusulas de relevo en los cuidados, dando al cuidador una oportunidad para irse de vacaciones mientras una enfermera asume los cuidados del miembro de la familia en casa.

Es posible que encontrar personas para cuidar a ancianos se convierta en un problema añadido.

Debido a los cambios demográficos que se están produciendo en muchas partes del mundo, otro problema es encontrar y formar a gente para que cuide de las personas mayores. Una solución podría ser que los «viejos jóvenes» (personas recién jubiladas) asumieran los cuidados de los «viejos más viejos», una idea que desafía los modelos tradicionales de jubilación. Igualmente, otras iniciativas para implicar a los jubilados más jóvenes en la comunidad, por ejemplo, con recolocación laboral en jardines urbanos, viveros comunitarios y comedores comunitarios, pueden reducir la carga sobre los sistemas de reparto. Estas ideas han sido puestas a prueba en Japón y han incrementado la fuerza de trabajo comunitaria y ayudado a contener los costes médicos y de atención. Una consecuencia importante es que también ayudan a que las personas mayores se sientan menos aisladas socialmente y a mantener sus funciones físicas y mentales.

En varios países, un importante paso es la integración en el sistema formal de los trabajadores inmigrantes empleados informalmente.

En algunos países como Austria, Alemania, Suiza e Italia, y también en muchos mercados asiáticos, los trabajadores inmigrantes son importantes prestadores de cuidados informales que, a menudo, operan en la economía sumergida. Por ejemplo, en Italia menos de la mitad de los más de 2 millones de cuidadores a domicilio está formalmente empleada⁷⁴. Al implementar cambios para mejorar la integración de los sectores formal e informal de cuidados, es posible que los legisladores deban tener en cuenta los derechos de los trabajadores inmigrantes. Además, deben abordarse

⁷¹ *Long Term Care and Technology. Senior Officials' Meeting Final Report*. Federación Internacional de Personas Mayores. (2012).

⁷² *Hoja informativa sobre Japón. Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. OCDE. (2011).

⁷³ Estos programas ponen de relieve cuestiones de riesgo moral y fraude, pero esto mismo ocurre en todos los programas sociales gubernamentales y productos de seguro.

⁷⁴ R. Tarricone *et al.*, *op. cit.* (2008).

las cuestiones que se derivan del flujo de salida de cuidadores potenciales en los países de origen. En algunos casos, ir al extranjero puede ser una opción para las propias personas mayores, que buscan cuidados menos costosos en un mercado con buena infraestructura de cuidados.

Muchos factores de riesgo importantes que conducen a limitaciones de las actividades de la vida diaria...

... se pueden evitar.

Las aseguradoras pueden incentivar modos de vida saludables mediante programas de recompensas.

Varios países han comenzado a aplicar iniciativas de vejez saludable.

Más vale prevenir

Las iniciativas de prevención sanitaria pueden generar importantes ahorros de costes⁷⁵. Enfermedades crónicas relacionadas con el estilo de vida, como la enfermedad arterial coronaria, apoplejía, diabetes y algunos cánceres, son una carga creciente sobre las personas y los sistemas sanitarios nacionales. Sin embargo, muchos de los principales factores de riesgo de enfermedades no contagiosas como estas y, por lo tanto, las limitaciones resultantes de las actividades de la vida diaria, se pueden evitar.

Obesidad y fumar, por ejemplo, son factores clave que contribuyen a la aparición de enfermedades crónicas. En EE. UU., las estimaciones atribuyen un 12 % de diabetes tipo 2 y un 22 % de enfermedades coronarias, así como otros trastornos, a la falta de actividad física⁷⁶. Mientras tanto, varios estudios concluyen que mejorar las dietas y aumentar los niveles de actividad física reduce el riesgo de trastornos crónicos y la discapacidad asociada y que la gestión adecuada de los trastornos puede limitar o revertir las limitaciones de las actividades de la vida diaria⁷⁷. Un estudio en Francia reveló que la actividad física e intelectual puede incluso ayudar a frenar el deterioro mental. Específicamente, el informe cita una reducción del 15 % en la detección de la enfermedad de Alzheimer en los trabajadores jubilados a los 65 años respecto a los que se jubilaron a los 60⁷⁸.

Una parte de las necesidades futuras (caras) de cuidados puede evitarse mediante pequeñas, pero tempranas, inversiones en medidas preventivas. Las aseguradoras y otros proveedores de financiación de servicios de cuidados deberían favorecer iniciativas que mantengan a las personas sanas y activas en lugar de centrarse únicamente en cuidados intensivos extremos. Para incentivar a las personas que, por ejemplo, no quieren dejar de fumar, las primas podrían diferenciarse en consonancia y podría haber otras recompensas para aquellos que adopten acciones preventivas. Estos programas de recompensas ya han sido introducidos por las aseguradoras de vida y salud en Sudáfrica, donde se utilizan dispositivos telemáticos y otros tipos de recopilación de datos para controlar las acciones de los asegurados⁷⁹.

Varios países han comenzado a poner en marcha iniciativas de vejez saludable. Por ejemplo, el programa taiwanés de promoción de la salud «Healthy People 2020» está dirigido a los más mayores y se centra en la prevención y gestión de enfermedades crónicas incluyendo diabetes, hipertensión y asma. En Japón, el gobierno ha encargado programas de bienestar, mientras que en Singapur, las iniciativas incluyen revisiones médicas periódicas para la detección temprana de enfermedades y centran su atención en la integración social de los mayores y en la cohesión intergeneracional. Todas estas iniciativas pueden formar parte de servicios y soluciones de cuidados.

⁷⁵ Véase, por ejemplo, F. Colombo y J. Hurst. (2008). «Revisiting the OECD Review of the Korean Health System». *Documentos económicos de Osaka*, vol. 58 n.º 2.

⁷⁶ R. Nugent. (2008). «Chronic Diseases in Developing Countries». *Centro para el Desarrollo Global*.

⁷⁷ G. Lafortune *et al.*, *op. cit.* (2007); C. Malhotra *et al.* (2011). «Prevalence, correlates and perceived causes of limitations in activities of daily living among older Singaporeans». *Aging Clinical and Experimental Research*, vol. 24 n.º 1; y R. Nugent. (2008). «Chronic Diseases in Developing Countries». *Centro para el Desarrollo Global*.

⁷⁸ C. Courbage. (2013). Editorial para *Boletín informativo de la Asociación de Ginebra sobre Salud y Envejecimiento* n.º 29.

⁷⁹ Véase por ejemplo *Discovery Vitality*: http://www.hr.uct.ac.za/usr/hr/remuneration/healthcare/vitality_2014.pdf (disponible desde el 1 de septiembre de 2014).

Las aseguradoras y los financiadores públicos de soluciones de cuidados deberían fomentar la aplicación de nuevas tecnologías...

... que puedan proporcionar oportunidades de innovación y eficacia en el ámbito de las soluciones de cuidados.

La innovación también puede ofrecer apoyo a los cuidadores informales.

En algunos casos puede que resulte más rentable pagar reformas en casa y equipos no médicos esenciales que una residencia.

Innovación del servicio a través de la tecnología

Del mismo modo que las aseguradoras de salud se han dado cuenta de la importancia de subvencionar a los socios de los gimnasios, las aseguradoras de soluciones de cuidados y los financiadores públicos de servicios de cuidados deberían favorecer subvenciones que fomenten la aplicación de tecnologías y dispositivos que ayuden a que las personas mayores vivan solas durante más tiempo⁸⁰. Las aseguradoras también podrían proporcionar los canales de distribución para estos tipos de tecnologías⁸¹.

La innovación tecnológica puede posibilitar un mejor control de la salud, la coordinación de cuidados y un periodo más largo de vida sin necesidad de asistencia/solo. Por ejemplo, los dispositivos de control remoto pueden hacer un seguimiento de los niveles de glucosa de los diabéticos, detectar caídas y, en casos más avanzados, incluso estar conectados con sistemas analíticos que pronostican inminentes insuficiencias cardíacas⁸². De igual modo, el cumplimiento de la medicación puede seguirse mediante botes de pastillas inteligentes que informan a un cuidador vía mensaje de texto de los casos de incumplimiento⁸³. Los dispositivos localizadores pueden ayudar en la vigilancia de pacientes con demencia⁸⁴. Además, diferentes iniciativas de salud a distancia pueden reducir los ingresos en hospitales, el número de visitas a domicilio y las visitas a los médicos de medicina general⁸⁵. Estas y otras intervenciones remotas pueden ser menos costosas que la constante monitorización en una residencia de ancianos y aumentan la calidad de vida ayudando a que la gente permanezca en su casa.

También existen nuevos dispositivos que ayudan a que los cuidadores coordinen las necesidades globales de cuidados. Un ejemplo es la herramienta en línea denominada Grouple, que está siendo ensayada en Reino Unido para cuidadores de personas mayores con demencia. El objeto de esta plataforma es establecer rutinas y patrones de cuidados armonizados entre múltiples cuidadores familiares y proporcionar acceso a una red en línea de otros como ellos para compartir preocupaciones y experiencias⁸⁶.

Para prolongar la independencia de una persona puede que sea necesario realizar reformas en casa, incluyendo equipo no médico como sillas especiales, montacargas, raíles, rampas dentro de casa, baños, duchas y bañeras adaptadas, equipos de elevación y otros⁸⁷. Pagar por estos equipos y reformas en lugar de hacerlo por cuidados en una residencia puede resultar más rentable y, al mismo tiempo, mejorar la calidad de vida.

⁸⁰ Academia Australiana de Ciencias Tecnológicas e Ingeniería, *op. cit.* (2010).

⁸¹ J. Coughlin y J. Pope. (julio/agosto de 2008). «Innovations in health, Wellness, and Aging-in-Place». *IEEE Engineering in Medicine and Biology Magazine*.

⁸² *mHealth: A new vision for healthcare*. McKinsey and Company. (2010).

⁸³ El incumplimiento de la medicación representa más del 10 % de ingresos hospitalarios de personas mayores, cerca del 25 % de sus ingresos en residencias y el 20 % de los eventos adversos causados por medicamentos que podrían evitarse, *Technologies to Help Older Adults Maintain Independence: Advancing Technology Adoption*. Centro de Tecnología y Envejecimiento. (2009), y *Statistics you need to know: statistics on medication*. Asociación Americana del Corazón. (2009).

⁸⁴ McKinsey and Company, *op. cit.* (2010).

⁸⁵ Academia Australiana de Ciencias Tecnológicas e Ingeniería, *op. cit.* (2010).

⁸⁶ P. Hope *et al.*, *op. cit.* (2012).

⁸⁷ R. Tarricone *et al.*, *op. cit.* (2008).

El siguiente paso tras las reformas básicas es el concepto de casa inteligente, que en un futuro puede permitir que las personas mayores vivan independientemente más tiempo.

Algunas aseguradoras y promotores han construido agradables «ciudades para jubilados» con cuidados continuos.

Los productos de seguro de dependencia actuales necesitan un replanteamiento fundamental de su diseño y propósito.

Las rentas vitalicias para necesidades inmediatas, compradas cuando una persona dependiente tiene que trasladarse a una residencia,...

El siguiente paso después de las reformas básicas es el concepto de casa inteligente con un conjunto de sensores inalámbricos que controlan los «servicios de salud inteligentes, automatización doméstica, seguridad, comunicación y entretenimiento»⁸⁸. Es improbable que las aseguradoras encuentren eficiencias a la hora de pagar estas casas personalizadas como parte de soluciones de cuidados a largo plazo, pero los sensores podrían ayudar a que aquellos que vivan en casas inteligentes mantengan en un futuro no tan lejano su independencia durante un periodo más largo de lo que es posible hoy en día. Robots capaces de realizar tareas simples como la elevación también podrían formar parte de los servicios de cuidados en los próximos años, tanto en casa como en instalaciones de apoyo. A nivel global, se prevé que el sector tecnológico de cuidados a las personas mayores será de 20 000 millones de USD en 2020⁸⁹.

Las «ciudades para jubilados» construidas expresamente, formadas por apartamentos independientes y apartamentos con vida cotidiana asistida, un centro tipo residencia y un hospital, están ganando popularidad. A veces a este concepto se le denomina comunidad de jubilación de cuidados continuos. En Florida, un pueblo de jubilados en esta línea, con campos de golf y servicios sociales para jubilados además de instalaciones sanitarias, es el área metropolitana de crecimiento más rápido de EE. UU.⁹⁰. En urbanizaciones residenciales similares en China financiadas por China Life y Ping An Life⁹¹, los apartamentos están «equipados con equipos de detección remota para controlar las constantes vitales de los residentes de alto riesgo». Otros países también disponen de urbanizaciones de esta naturaleza para jubilados.

Innovadoras soluciones de cuidados del seguro privado para las personas mayores

El seguro no puede resolver por sí solo todas las cuestiones relacionadas con las soluciones y los servicios de cuidados, pero puede ayudar a diversificar los riesgos y hacer que los cuidados sean más eficientes. Sin embargo, para satisfacer la creciente demanda y las mismas necesidades que los productos de dependencia clásicos, pero de un modo más tangible y fácilmente vendible, es necesario un replanteamiento fundamental del diseño y propósito de los actuales productos de seguro de dependencia⁹².

Rentas vitalicias

En algunos mercados se han introducido rentas vitalicias para necesidades inmediatas (INA por sus siglas en inglés). Este producto de prima única se compra en el momento en el que una persona dependiente debe dejar su hogar e ingresar en una residencia, por lo que la prestación es muy tangible en comparación con la tradicional póliza de dependencia diferida. El emisor de la póliza se compromete a pagar los costes de la estancia, sin importar el tiempo que el dependiente necesite cuidados en una residencia.

⁸⁸ Academia Australiana de Ciencias Tecnológicas e Ingeniería, *op. cit.* (2010).

⁸⁹ H. Kelly. (26 de Agosto de 2014). «Sensors let Alzheimer's patients stay at home, safely». *CNN International*. http://edition.cnn.com/2014/08/25/tech/innovation/alzheimers-smart-home/index.html?hpt=hp_bn5 (disponible desde septiembre de 2014).

⁹⁰ T. Olorunnipa. (27 de junio de 2014). «Fastest-Growing Metro Area in U.S. Has No Crime or Kids». *Bloomberg News*.

⁹¹ China Life y Ping An Life son dos importantes compañías de seguros chinas. Véase *Insurance Market Report. Healthcare: Life & Benefits*. China. Axco. (2013).

⁹² Los productos de seguro de dependencia globales tradicionales no son muy adecuados para todos, pero en países donde no hay prestación pública, o solo cobertura tipo «último recurso» para las personas de bajos ingresos, el seguro de dependencia global puede ser una buena manera de afrontar los riesgos de dependencia para aquellos que puedan permitírselo.

Crear un mejor mercado de cuidados para las personas mayores

... han surgido como una alternativa a los productos de dependencia tradicionales.

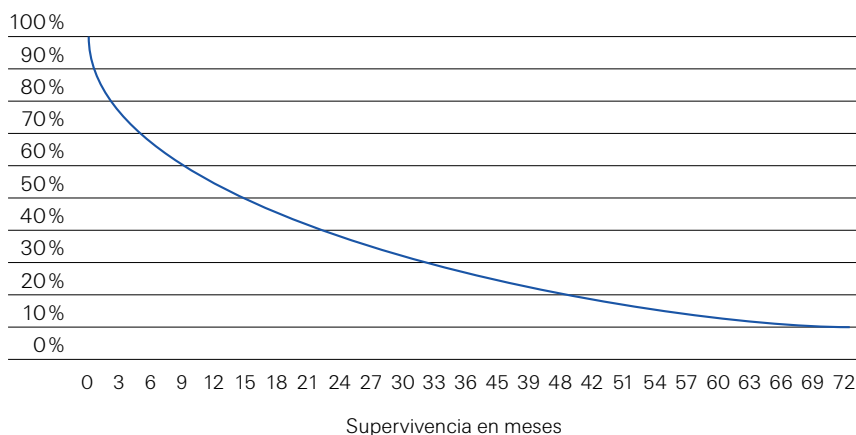
Sin embargo, las rentas vitalicias para necesidades inmediatas son caras e inalcanzables para muchos.

Figura 8:

Tasas de supervivencia de residentes en una residencia, en Reino Unido, noviembre 2008 – mayo 2010

La propuesta de valor de las INA para el consumidor es que eliminan el riesgo de pagar por una prolongada y a menudo inasequible estancia en una residencia de ancianos. Como se ha mencionado anteriormente, un estudio de BUPA en Reino Unido reveló que la duración media de la estancia en un centro de cuidados es de 2,2 años, pero que la estancia del 25 % de los pacientes es de 3,6 años o más, y que la del 10 % es superior a seis años (véase Figura 8)⁹³. Por lo tanto, comprar en el momento en que es necesario proporciona valor al consumidor: podría tener suficientes activos acumulados para poder costear uno o dos años de cuidados en residencia, y la póliza de necesidades inmediatas elimina el riesgo de quedar sin activos mientras se mantiene la necesidad de cuidados.

Una desventaja de las INA es que las pólizas son caras (aunque más baratas que una estancia prolongada en una residencia de ancianos). En un mercado competitivo las primas deben cubrir los costes medios del tiempo de estancia en una residencia más los costes de proporcionar seguro.



Fuente: J. Forder y J. L. Fernández. (2011). «Length of stay in care homes». *Documento de debate PSSRU 2769*, Canterbury: PSSRU

El riesgo excepcional de las necesidades de cuidados también puede abordarse con rentas vitalicias diferidas para necesidades inmediatas.

Una opción mucho menos costosa es la renta vitalicia diferida para necesidades inmediatas (también conocida como plan de cuidados diferido). Se compra en el momento del ingreso en una residencia de ancianos, pero solo paga los costes de los cuidados pasado un periodo de carencia de, por ejemplo, dos años, eliminando de ese modo el riesgo excepcional de los costes. El periodo de carencia funciona como una franquicia y el precio, por lo tanto, es solo una fracción de los cuidados a largo plazo diferidos o de una renta vitalicia diferida para necesidades inmediatas porque solo recibirán prestaciones los pocos dependientes que permanezcan más tiempo que la media en estos centros de cuidados.

Los productos híbridos pueden ser más fáciles de vender porque ofrecen un pago al asegurado surja o no surja la necesidad de cuidados a largo plazo.

Productos híbridos

Los productos híbridos combinan seguro de dependencia con productos de vida, jubilación/pensión o enfermedad crítica. Pagan anticipadamente la prestación por muerte o incrementan el pago mensual de la renta vitalicia cuando empiezan a ser necesarios los cuidados a largo plazo. La ventaja que tienen para el consumidor sobre los productos de dependencia tradicionales es que si no se necesitan cuidados el seguro de vida o jubilación subyacente sigue realizando un pago al asegurado, lo que puede ayudar a superar la aversión a las pérdidas y los problemas de justificación mental a los que se enfrenta el seguro de dependencia tradicional.

⁹³ J. Forder et al., *op. cit.* (2011).

Los productos híbridos tienen un perfil de riesgo más bajo y pueden venderse por menos.

El seguro de vida asistida ofrece ayuda de servicios profesionales y apoyo económico en la fase inicial de la dependencia.

En algunos casos, los productos pueden abordar aspectos específicos de la necesidad de cuidados.

Sería positivo redefinir los productos actuales.

Desde la perspectiva de las aseguradoras, los productos híbridos tienen un perfil de riesgo más bajo que un seguro de dependencia independiente, en tanto que diversifican algunos riesgos. En particular, la sensibilidad a los cambios en las hipótesis (sobre los ingresos de inversión, tasas de anulación de pólizas, de mortalidad y de incidencia) es considerablemente más baja en los productos híbridos, reduciendo los costes y, en consecuencia, el precio de estos productos⁹⁴. La característica de dependencia también puede ser una cláusula adicional en un producto de vida/renta vitalicia tradicional, en lugar de un producto combinado completo. Por ejemplo, en Hong Kong una aseguradora de vida global ofrece una cláusula para una renta vitalicia a término que paga una renta prolongada de por vida si el tomador queda incapacitado para realizar determinadas actividades especificadas de la vida diaria⁹⁵.

Servicios y financiación

El seguro de vida asistida (también conocido como seguro de cuidados a corto plazo), cuyo objeto es ayudar al asegurado y a su familia en las fases iniciales de la dependencia, proporciona apoyo económico durante un periodo establecido y asesoramiento en caso de costes de cuidados inesperados, permitiendo que la persona y la familia dispongan de algún tiempo para organizar la financiación de los futuros costes de cuidados. El seguro también proporciona acceso a un conjunto de servicios de cuidados, asistencia y asesoramiento financiero, para ofrecer soluciones y tomar las medidas que sean necesarias.

Otros enfoques de seguro

En algunos casos, podría ser mejor abordar en un producto aspectos específicos de la necesidad de cuidados en lugar de abordar toda la gama de soluciones de cuidados. Esto haría que los productos de seguro fueran más asequibles y menos complejos para los consumidores. Por ejemplo, en Corea del Sur han tenido cierto éxito productos específicos para la salud y los cuidados del cáncer de las personas mayores. También existen productos para otras enfermedades como la demencia y la artritis, cuyo éxito se ha debido en gran parte a una distribución adecuada, bajo precio y prestaciones de pago único sencillas y comprensibles. Esto podría reproducirse en otros mercados buscando necesidades de nichos y abordándolas desde cero en lugar de analizar e intentar abordar la necesidad total de una sola vez. Sin embargo, esto es muy específico de cada país debido a las razones culturales y los diferentes programas públicos puestos en marcha.

Redefinir los productos de seguro de dependencia existentes en términos más positivos también podría ser de ayuda. Los productos de seguro de dependencia actuales se centran en la compensación de la pérdida de independencia y, en particular, de la suspensión de actividades de la vida diaria, lo que para muchos consumidores se presenta como una horrible experiencia personal y es otra razón psicológica para no comprar. Los productos que amplían la independencia podrían transmitir un mensaje comercial mucho más positivo y comprarse más fácilmente que los productos de dependencia actuales. Una comercialización que haga referencia, por ejemplo, al mantenimiento del estilo de vida o a la ayuda a la independencia podría provocar mayores ventas de seguro de dependencia.

⁹⁴ Véase *Quantification of the Natural Hedge Characteristics Long-term Care – Combination Life or Annuity Products Linked to Long-term Care Insurance*. SOA. (2012).

⁹⁵ *Insurance Market Report. Healthcare: Life & Benefits*. Hong Kong. Axco. (2013).

Las hipotecas inversas permiten a los propietarios de viviendas utilizar su patrimonio para financiar soluciones de cuidados.

Sin embargo, estos productos plantean problemas tanto a las aseguradoras como a los consumidores.

Soluciones diferentes al seguro

Algunas de las personas mayores, al menos en los mercados avanzados, son ricas en activos pero pobres en dinero en efectivo. Los productos para convertir en dinero activos no líquidos pueden proporcionar alivio y complementar el conjunto de soluciones existentes para financiar los cuidados. Las hipotecas inversas, conocidas en algunos mercados como productos de «préstamos hipotecarios», permiten a los propietarios de viviendas sin hipotecas acceder a fondos sobre su casa. El propietario puede o bien vender la casa con un descuento y estar autorizado para permanecer en ella de por vida (modelo venta) u obtener un pago único, pagos periódicos de por vida, acceso a una línea de crédito, o cualquier combinación de estas opciones (modelo préstamo). Durante la vida del préstamo, el propietario de la vivienda realiza pagos sin intereses o principal, y los intereses acumulados se añaden al principal. El préstamo vence únicamente cuando tanto el prestatario como su pareja fallecen o se mudan definitivamente. En ese momento se vende la casa y los ingresos se utilizan para reintegrar la hipoteca y los intereses, y cualquier fondo sobrante se entrega al prestatario o a su sucesor.

El mercado de las hipotecas inversas está muy desarrollado en EE. UU. y Reino Unido. La estimación para Europa Continental es que podrían realizarse préstamos hipotecarios por un valor de 20 000 millones de EUR en los próximos 10 años⁹⁶. En China, con la mirada puesta en los desafíos que presenta un futuro de población envejecida, se ha puesto en marcha un plan piloto de hipotecas inversas⁹⁷. Las aseguradoras podrían ser proveedores naturales de hipotecas inversas dada la naturaleza a largo plazo de sus negocios y la relación con los riesgos de vida. Sin embargo, existen muchos problemas, ya que es difícil gestionar y cubrir el riesgo relacionado con las propiedades, que a menudo están deterioradas y mal mantenidas. Del mismo modo, los consumidores pueden ser cautos respecto a ellas porque son difíciles de entender y excluyen la posibilidad de que las personas mayores dejen una herencia. La disponibilidad de soluciones de hipoteca inversa también depende de los aspectos legales y regulatorios. Por ejemplo, bajo Solvencia II, no queda claro cómo pueden usarse las hipotecas inversas para financiar pasivos de seguro de vida.

⁹⁶ Véase *Equity Release, Accessing Housing Wealth in Retirement*. Towers Watson. (2013).

⁹⁷ ChinaDaily. (14 de octubre de 2013). http://www.chinadaily.com.cn/opinion/2013-10/14/content_17029281.htm (disponible desde el 14 de octubre de 2013).

Conclusión

Abordar las crecientes necesidades de cuidados de la población de mayor edad es un desafío complejo.

Los actuales sistemas de financiación y prestación de cuidados a largo plazo son insostenibles.

El seguro puede ser parte de la solución de las necesidades de cuidados...

... pero es necesario un replanteamiento fundamental del actual espacio del producto.

Las rentas vitalicias para necesidades inmediatas, los productos híbridos y los cuidados a corto plazo son solo algunos ejemplos de productos innovadores.

Los gobiernos también deben abordar la falta de concienciación del consumidor respecto a las soluciones de dependencia disponibles.

Las tendencias demográficas tendrán como resultado un incremento del número de personas de edad avanzada con necesidades de cuidados a largo plazo. Las necesidades de las personas mayores y la forma en que estas evolucionarán son cuestiones complejas que todavía no han sido totalmente comprendidas. De hecho, la financiación y prestación de soluciones de cuidados efectivas es uno de los asuntos más difíciles a los que tiene que hacer frente la sociedad en los próximos años.

Los modelos actuales de financiación y prestación de servicios de cuidados no son sostenibles. En general, ni las sociedades ni los individuos están preparados para el desafío que suponen los cuidados a largo plazo. Para hacer frente al *tsunami* planteado que se avecina es necesario un enfoque multilateral. De entrada, un mayor énfasis sobre la gestión sanitaria a edades avanzadas ayudará a que la gente continúe siendo independiente y viviendo en casa tanto tiempo como sea posible, lo que permitirá ahorrar costes e incrementar la calidad de vida de todos excepto de las personas con un alto grado de dependencia.

El seguro no es una fórmula mágica para resolver el rompecabezas de los cuidados y no puede solucionar por sí solo los problemas que se presentan. Sin embargo, el seguro puede ayudar a hacer que el uso de los escasos fondos sea más eficiente mediante la diversificación de riesgo.

El seguro de dependencia voluntario privado no ha tenido un éxito clamoroso y para que se convierta en una parte integral del paquete de soluciones de cuidados estos productos de seguro necesitan un replanteamiento fundamental. Los productos de dependencia tradicionales han demostrado ser poco atractivos tanto para la compra como para la venta. Hay una buena oportunidad para innovar el producto y mejorar el diseño para superar las debilidades percibidas en los productos de seguro de dependencia tradicionales. Especialmente, los productos rediseñados deberían presentar una propuesta de valor más visible y tangible que fuera a la vez más atractiva y asequible para muchas personas.

Por ejemplo, las rentas vitalicias para necesidades inmediatas se compran cuando se establece una dependencia severa y reducen el riesgo excepcional de las necesidades de cuidados a largo plazo. Los productos híbridos ofrecen un pago incluso si el asegurado no llega a ser dependiente. Los cuidados a corto plazo ofrecen apoyo y servicios profesionales en las fases iniciales de la dependencia. En algunos mercados, productos dirigidos que abordan aspectos específicos de la necesidad de cuidados en lugar de toda la gama de soluciones de cuidados han proporcionado un apoyo significativo para las personas mayores.

Por último pero no menos importante, debe aumentarse la concienciación del consumidor sobre las necesidades de cuidados a largo plazo, sus riesgos y sus costes. En la misma línea, los gobiernos deben comunicar mejor qué servicios públicos están disponibles, cómo se financian y cuál es el ámbito de responsabilidad individual. Esto ayudará a fomentar entre los consumidores el compromiso y la preparación para atender las necesidades de cuidados de cada persona.

Apéndice: soluciones LTC en países seleccionados

Perspectivas de mercados específicos sobre el seguro de dependencia privado.

EE. UU. tiene el mayor mercado de seguro de dependencia privado.

Para que los dependientes puedan recibir ayuda pública de cuidados a largo plazo primero deben agotar los fondos privados.

En EE. UU., la póliza de seguro de dependencia típica ofrece el reembolso de los costes de los cuidados a largo plazo.

El seguro de dependencia es el «niño problemático» del sector estadounidense de vida y salud.

Entre otras cosas, las hipótesis hechas en el momento de la fijación de precios han demostrado ser demasiado optimistas.

En los últimos cinco años se han vendido con éxito nuevos productos de vida híbridos.

En este apéndice se analizan siete mercados de seguro de dependencia privado y se realiza una breve descripción del sector de dependencia público que define el entorno operativo. La selección está basada en el tamaño del mercado de seguro de dependencia privado y se han tenido en cuenta las ideas sobre políticas y negocios que pueden extraerse de los ejemplos.

EE. UU.: el seguro de dependencia privado es el principal mecanismo para compartir riesgo

El mayor mercado de seguro de dependencia privado es EE. UU. Las pólizas de seguro de dependencia fueron muy populares en la década de 1990 y el volumen de primas creció desde alrededor de 2000 millones de USD en 1995 hasta 11 500 millones de USD en 2012. Aproximadamente el 80 % de estas primas correspondía a negocios individuales, y el resto se vendió como negocio colectivo. Sin embargo, en los últimos años el crecimiento del negocio ha sido débil y a menudo ha sido motivado más por el aumento de las primas que por nuevas ventas⁹⁸.

Un factor clave de la demanda de seguro de dependencia privado en EE. UU. es la ausencia de un programa de dependencia universal. Medicaid financia cuidados a largo plazo, pero siempre sujetos a una evaluación de los recursos económicos, y los fondos privados deben estar prácticamente agotados para poder recibir subvenciones.

La solución de seguro típica ofrece el reembolso de los costes de los cuidados a largo plazo hasta un límite diario. La gran mayoría de las pólizas proporciona cobertura global, que paga tanto por los cuidados a domicilio como por los cuidados en una residencia de ancianos. Suele haber un periodo de prestación limitado, pero también hay (habían) disponibles contratos vitalicios. La mayoría de los contratos tienen un periodo de carencia de alrededor de tres meses que actúa como una franquicia antes de que la aseguradora comience a pagar los costes de los cuidados⁹⁹.

A pesar de su tamaño, EE. UU. no es el mejor escaparate del seguro de dependencia privado. Las aseguradoras de vida han sufrido cuantiosas pérdidas y se vieron forzadas a aumentar las tarifas sobre grandes paquetes de pólizas, lo que fue muy mal recibido por la mayoría de tomadores y produjo una pérdida de reputación del sector. Como consecuencia, muchas aseguradoras salieron del mercado.

Los principales asuntos a los que se enfrentó el mercado del seguro de dependencia en EE. UU. fueron tasas de anulación de pólizas menores de lo previsto, bajos rendimientos de la inversión, elevados requisitos de capital, problemas de suscripción y problemas con las redes de distribución (comisiones altas).

Sin embargo, la *Pension Protection Act* de 2006 mejoró el tratamiento fiscal del seguro de dependencia y permitió el desarrollo de productos híbridos. Estos nuevos productos, principalmente seguro de vida con cláusulas de aceleración, en los que la prestación por fallecimiento del seguro de vida puede retirarse para cubrir necesidades de cuidados a largo plazo o de enfermedad crónica, se han introducido y vendido con éxito en los últimos cinco años. Concretamente, las primas de productos híbridos crecieron con fuerza entre 2009 y 2013 (TCAC 34 %), y en 2013 el nuevo negocio alcanzó los 2600 millones de USD.

⁹⁸ Fuente: LIMRA.

⁹⁹ Se han vendido diferentes opciones que mejoran la cobertura del seguro de dependencia. Normalmente las pólizas ofrecen una prestación que crece a lo largo del tiempo a una tasa fija predeterminada, p. ej. el 5 %, para compensar la inflación. Algunas pólizas ofrecen una opción «sin pérdidas» que, por una prima más alta, proporcionan algunas prestaciones en el caso de que el tomador deje de pagar las primas. Otros servicios ofrecidos por algunas pólizas incluyen cuidados paliativos, cuidados de sustitución, cuidados tras una estancia hospitalaria o formación como cuidador para miembros de la familia.

Alemania: seguro de dependencia obligatorio y seguro de dependencia privado suplementario

El seguro de dependencia es obligatorio en Alemania desde 1995.

El seguro de dependencia universal obligatorio fue introducido en Alemania en 1995. Existen dos programas obligatorios paralelos: seguro de dependencia social para quienes tienen seguridad social y seguro de dependencia privado para los que disponen de seguro médico privado. El seguro de dependencia social tiene una financiación por reparto mediante deducciones salariales y el seguro de dependencia privado se prefinancia mediante el pago de primas (véase el panel izquierdo de la Figura 9).

Los programas de seguro de dependencia obligatorio social y privado ofrecen el mismo nivel de prestaciones y accesibilidad.

Los criterios para el acceso a prestaciones y pagos son equivalentes en ambos sistemas. Las prestaciones incluyen asignación diaria para cuidado informal, cuidado formal en casa y en residencias de ancianos. La cantidad pagada en cada uno de los tres tipos de prestación está definida explícitamente y escalonada en función del nivel de dependencia.

Existe seguro de dependencia suplementario para cubrir la brecha de protección remanente...

Es bien sabido que las prestaciones de los sistemas obligatorios no cubren por completo los costes de los cuidados a largo plazo. Se estima que el seguro de dependencia obligatorio paga alrededor del 43 % de los costes totales de la residencia de ancianos en el caso de una dependencia leve y el 47 % en caso de dependencia severa. En términos absolutos, la brecha de protección anual por persona es por lo tanto de 20 700 USD para la dependencia leve y de 26 000 para la severa¹⁰⁰. Para cubrir esta brecha tanto las aseguradoras de vida como las de salud ofrecen un seguro de dependencia suplementario. Las aseguradoras de salud ofrecen seguro de dependencia suplementario con reembolso total o parcial por encima de lo que está cubierto por el plan obligatorio y las asignaciones diarias. Las aseguradoras de vida ofrecen rentas vitalicias a largo plazo que pagan una cantidad fija en función del nivel de dependencia. Las aseguradoras de vida también ofrecen productos de dependencia por separado y cláusulas de dependencia para una póliza de vida.

... y está creciendo rápidamente.

Entre 2002 y 2012 el seguro de dependencia voluntario creció en Alemania el 20 % anualmente, hasta alrededor de 852 millones de EUR (1090 millones de USD; véase el panel derecho de la Figura 9). Este crecimiento fue alimentado por un debate omnipresente sobre la sostenibilidad del mecanismo de seguro de dependencia social obligatorio, la brecha de protección y cómo incentivar a los consumidores para que provean privadamente sus necesidades de cuidados a largo plazo.

¹⁰⁰ V. Leijenbach y A. Besche. (2014). «Sonderdruck 30 Jahre Pflegeversicherung», Versicherungswirtschaft. https://www.pkv.de/w/files/pflegekompetenz/30jahre_pflegeversicherung_200x280_druck.pdf (disponible desde el 1 de septiembre de 2014).

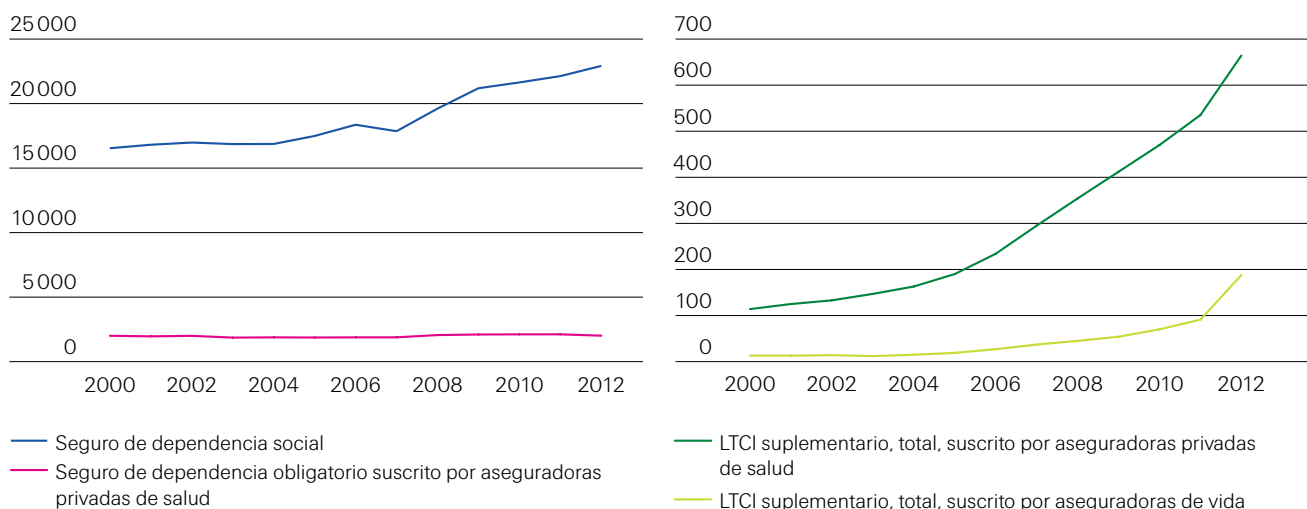
Apéndice: soluciones LTC en países seleccionados

Las asignaciones gubernamentales aceleraron aún más las ventas de seguro de dependencia suplementario.

Para incrementar la aceptación del seguro de dependencia suplementario y cerrar la brecha de protección se presentó en 2013 un programa denominado Pflege-Bahr, que debe su nombre al ministro de sanidad Daniel Bahr. Quienes compran Pflege-Bahr con primas de al menos 10 EUR mensuales reciben una subvención gubernamental de 5 EUR. En el primer año del programa, dos tercios de las 500 000 nuevas pólizas de dependencia suplementarias compradas fueron contratos Pflege-Bahr.

Figura 9:

Contribuciones LTC e ingresos por primas, en millones de EUR, para seguro de dependencia obligatorio (panel izquierdo) y seguro de dependencia voluntario/suplementario (panel derecho) en Alemania



Fuentes: Bundesministerium für Gesundheit (Ministerio Federal de Sanidad alemán), Steria Mummert, basado en Bafin.

En Francia, un programa de dependencia universal ofrece prestaciones vinculadas a los ingresos para personas dependientes de más de 60 años.

Francia: seguridad social y soluciones de cuidados a largo plazo públicas y privadas

En Francia, el principal respaldo económico para los cuidados a largo plazo a domicilio o en una residencia está formado por el sistema público de seguridad social universal y las asignaciones personalizadas para la autonomía (APA), que están pensadas para ayudar a que las personas de 60 años o más paguen los gastos relacionados con la pérdida de independencia. El nivel de la prestación está en función del grado de independencia del individuo. Sin embargo, en la concesión de las APA también se evalúan los recursos económicos y, dependiendo de los ingresos propios, pueden reducirse hasta un 90 %¹⁰¹.

Las prestaciones públicas de cuidados a largo plazo no cubren la totalidad de los costes de los cuidados, ni siquiera para los pobres.

En lo referido a los cuidados formales a domicilio, las APA financian todos los gastos incurridos según un plan de cuidados personalizado establecido por un equipo médico-social. En 2010 las prestaciones variaron entre 1235 EUR mensuales para los casos más graves y 530 EUR para los niveles de dependencia más bajos¹⁰². Ningún nivel de prestaciones es suficiente para cubrir la totalidad de los costes estimados de los cuidados a domicilio, que van de 1500 EUR a 4000 EUR mensuales.

¹⁰¹ Hoja informativa sobre Francia. *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. París. OCDE. (2011).

¹⁰² Hoja informativa sobre Francia, *op. cit.* OCDE. (2011).

Gran parte de los costes de la residencia de ancianos deben ser soportados por el dependiente y su familia.

Los copagos son importantes y el seguro de dependencia privado para cubrirlos tiene bastante éxito.

Las aseguradoras de vida francesas ofrecen un seguro de dependencia ajustado.

Japón puso en marcha un sistema de seguro de dependencia social público y universal en el año 2000.

El sistema de seguro de dependencia público es muy generoso, lo que ejerce presión sobre la sostenibilidad ...

Se estima que en 2012 el coste de la estancia en una residencia de ancianos era de 34 705 EUR, con tres componentes: (1) coste sanitario de 11 844 EUR, que es asumido por la seguridad social; (2) coste de alojamiento de 11 616 EUR, que es pagado en su totalidad por el dependiente¹⁰³; y (3) coste de los cuidados (es decir, necesidades de cuidados no médicos como alimentación, ayuda para vestuario, etc.) de 11 844 EUR, para los que las APA contribuyen en función de los recursos, y alguna parte restante a cargo del dependiente y su familia¹⁰⁴. Se estima que en 2007 las familias invirtieron al menos 6000 millones de EUR en gastos de alojamiento y dependencia (los gastos totales de cuidados a largo plazo se estimaron en 34 000 millones de EUR en 2007, o el 1,8 % del PIB)¹⁰⁵.

Las aseguradoras de vida ofrecen seguro de dependencia suplementario para reducir la brecha remanente. Los ingresos por primas fueron de 466 millones de EUR en 2012, con 1,8 millones de asegurados (de los que el 75 % eran contratos individuales). Las denominadas *Mutuals 45* y las *Institutions de Prévoyance* también ofrecen seguro de dependencia, y generaron en 2011 unos ingresos por primas de 138 millones de EUR y 25 millones de EUR respectivamente, procedentes de 3,6 y 0,3 millones de asegurados. La gran mayoría de los contratos se suscribieron de forma colectiva. En Francia, más del 16 % de la población mayor de 40 años tiene un seguro de dependencia privado (2012), en comparación con alrededor del 5 % en EE. UU.¹⁰⁶.

Los contratos ofrecidos por las aseguradoras de vida francesas son de prestaciones definidas. En otras palabras, una vez reconocido el derecho del tomador se paga regularmente una cantidad fija de dinero vitaliciamente (aunque también existen pólizas de pago único y contratos con periodo de pago limitado). En los contratos que cubren dependencia leve y severa, la media de las prestaciones en 2012 fue de 371 EUR al mes, mientras que en los que solo cubren dependencia severa la media de las prestaciones fue de 574 EUR¹⁰⁷.

Japón: el seguro de dependencia social desplaza las soluciones privadas

En el año 2000, Japón creó un seguro de dependencia público financiado mediante una combinación de primas e impuestos que financia servicios en especie autorizados. El programa cubre a la población de 65 años o más, así como enfermedades relacionadas con la edad para los que tienen entre 40 y 64 años. Las prestaciones solo se proporcionan en forma de servicios (en especie), sin posibilidad de recibir una prestación dineraria. El hecho de que no se ofrezcan prestaciones en efectivo fue una característica de diseño específica para evitar que la carga de los cuidados recaiga (sin remunerar) en los miembros femeninos de la familia (lo que a veces se denomina en Japón «síndrome de la nuera»).

El sistema de dependencia funciona con los principios de la seguridad social, proporcionando prestaciones sin tener en cuenta los ingresos o la situación familiar. El coste global del sistema de seguro de dependencia se duplicó entre el año 2000 y el 2006 porque el nuevo sistema dio a las personas mayores más oportunidades para usar los servicios formales de cuidados a largo plazo. El gobierno ha previsto que el coste de los servicios de cuidados a largo plazo continúe aumentando del 1,6 % del PIB en 2010–11 al 3,3 % en 2024–25. Es posible que a medida que se incrementa la carga el gobierno necesite aumentar los copagos, introducir evaluaciones de recursos económicos o reducir el acceso a algunos servicios.

¹⁰³ Quienes no puedan permitírselo podrán tener derecho a ayuda social pública para alojamiento (*l'aide sociale à l'hébergement*).

¹⁰⁴ <http://www.maisons-de-retraite.fr/Ehpad/Actualites/Actualites-generales/Le-cout-d-une-place-en-maison-de-retraite-c-est-2-892-euros-par-mois> (disponible desde el 1 de septiembre de 2014).

¹⁰⁵ Diferentes agencias de seguro social también proporcionan prestaciones. Por ejemplo, el seguro de jubilación propone prestaciones en especie como la ayuda domiciliaria para personas con un nivel de dependencia que no es suficientemente severo para recibir APA.

¹⁰⁶ Cálculos propios basados en *L'assurance dépendance en 2012 – Aspects quantitatifs et qualitatifs*, FFSA GEMA. (2013) y OCDE, *op. cit.* (2011).

¹⁰⁷ FFSA GEMA, *op. cit.* (2013).

... y al mismo tiempo ha desplazado las soluciones privadas.

En Israel, un programa de seguro de dependencia universal con financiación pública suplementa los cuidados informales.

El programa público está sujeto a una evaluación de los recursos económicos, aunque la mayoría cumple los requisitos de acceso.

La conciencia de riesgo de dependencia es alta e Israel tiene uno de los mayores mercados de seguro de dependencia privado.

En Singapur, los cuidados a largo plazo se financian mediante una combinación de ahorros, seguro de invalidez y seguro médico.

Existen pólizas de dependencia privadas bien sea como cobertura principal o como una cláusula adicional en las pólizas de seguro médico y/o de vida. Normalmente permiten al asegurado recibir prestaciones dinerarias después de alcanzar un determinado nivel de dependencia (pagada como pago único, renta vitalicia o una combinación de ambos). Sin embargo, con la puesta en marcha del sistema de seguro de dependencia público universal (y muy generoso), el volumen del seguro de dependencia privado ha sufrido un retroceso¹⁰⁸.

Israel: una alta concienciación del riesgo ayudó al desarrollo de un mercado de dependencia

En Israel, el Long-term Care Insurance Program (LTCIP) es un programa de dependencia financiado públicamente que proporciona servicios y prestaciones diseñados para suplementar los cuidados informales prestados por familiares y amigos, y fomenta que las personas mayores permanezcan en sus comunidades tanto tiempo como sea posible. Las personas deben ser ciudadanos o residentes permanentes en Israel y tener una edad superior a la de la jubilación, 67 años los hombres o 62 las mujeres.

El derecho a recibir los servicios del programa depende de una evaluación de los recursos económicos. Sin embargo, el umbral de ingresos es lo suficientemente alto para que solo las personas muy acomodadas queden excluidas. Los servicios del programa LTCIP cubren alrededor del 80 % de la población de más edad, con un coste aproximado de 1000 millones de USD en 2011, o el 0,5 % del PIB de Israel.

La conciencia de riesgo de dependencia está muy extendida e Israel es uno de los mayores mercados de seguro de dependencia privado. Los solicitantes reciben una compensación por el coste de los cuidados prestados en una residencia de ancianos o a domicilio hasta una cantidad especificada. Las prestaciones se activan tras la evaluación de las actividades de la vida diaria y son escalonadas. Los ingresos por primas crecieron de 118 millones de USD en 2003 a 710 millones de USD en 2012, haciendo que el seguro de dependencia sea el de crecimiento más rápido del ramo de negocio de vida y salud. Dos tercios están suscritos de forma colectiva, vendidos normalmente a través de grupos de afinidad y empresarios.

Singapur: colaboración público-privada

Singapur dispone de un programa nacional obligatorio de ahorros médicos denominado MediSave, que ayuda a que las personas destinen una parte de sus ingresos mensuales a cuentas personales MediSave para sufragar sus propios gastos sanitarios o los de su familia. Los costes de los cuidados a largo plazo se financian mediante una combinación de subvenciones gubernamentales¹⁰⁹ y seguro de invalidez (ElderShield), cuyas primas pueden pagarse mediante las cuentas personales MediSave. Además, las familias que no pueden afrontar los costes remanentes de los cuidados a largo plazo, aun contando con subvenciones y seguro, pueden recibir asistencia adicional de Medifund, una red de seguridad para los habitantes de Singapur más necesitados.

¹⁰⁸ F. Yasukawa y T. Inoue. (2007). «A Primitive Study on the Relationship Between Public Long-term Care Insurance Policy Reform and the Performance of Private Long-term Care Insurance: How to Relieve the Burden of Care?». *Documento de trabajo ITEC*, n.º 07–32, Instituto de Tecnología, Empresa y Competitividad, Doshisha University.

¹⁰⁹ Esto incluye subvenciones gubernamentales para diversos servicios de cuidados a largo plazo, así como programas gubernamentales como el *Foreign Domestic Worker Grant* y *Senior's Mobility and Enabling Fund (SMF)*.

ElderShield es una asociación público-privada diseñada por el gobierno, pero valorada, vendida y gestionada por aseguradoras privadas.

La popularidad del programa puede generar una falsa sensación de seguridad ya que ElderShield no cubre la totalidad del coste de los cuidados.

Sin embargo, ElderShield puede ampliarse con seguro suplementario.

En Reino Unido la mayor parte de los costes de los cuidados a largo plazo corren a cargo del dependiente.

El umbral de la evaluación de los recursos económicos para recibir prestaciones públicas de dependencia es muy bajo; para que una persona tenga derecho a ayuda estatal debe haber agotado prácticamente todos sus activos.

Existe una enorme brecha de protección de dependencia en Reino Unido.

El programa ElderShield se puso en marcha en 2002 y es una asociación público-privada diseñada por el gobierno, pero valorada, vendida y gestionada por aseguradoras privadas. ElderShield inscribe automáticamente a las personas cuando cumplen 40 años. Sin embargo, las personas pueden excluirse del plan en los tres primeros meses. En 2013, los ingresos por primas ascendieron a alrededor de 160 millones de USD/199 millones de SGD. El número de pólizas ElderShield aumentó desde 0,75 millones en 2008 hasta 1,1 millones en 2013, un incremento del 5,2 % anual¹¹⁰.

La popularidad del programa se ha visto respaldada por la facilidad para pagar las primas ElderShield, que se deducen automáticamente de una cuenta personal MediSave, y porque las primas son relativamente baratas. Sin embargo, existe un debate sobre si esto genera una falsa sensación de seguridad, ya que las prestaciones apenas alcanzan para pagar el coste de un ayudante doméstico (que debe tener una formación mínima en cuidado de ancianos).

Las prestaciones ElderShield son de hasta 400 SGD mensuales y se pagan hasta un máximo de seis años¹¹¹. Dependiendo del grado de dependencia y la calidad del alojamiento, el precio de una residencia de ancianos oscila desde aproximadamente 1000 SGD hasta 3500 SGD mensuales¹¹². Los tomadores de ElderShield que quieren comprar seguro adicional para reducir la brecha de protección existente también pueden comprar un suplemento ElderShield con mayores prestaciones cuyas primas también pueden pagarse desde una cuenta personal MediSave.

Reino Unido: casi sin financiación pública para los cuidados formales

En Reino Unido, el National Health Service (NHS)¹¹³ presta atención sanitaria universal. Sin embargo, la dependencia no está incluida y la mayor parte del coste de los cuidados a las personas mayores debe ser asumido por el dependiente y sus familiares.

Para recibir prestaciones por dependencia existe una red de seguridad sujeta a una evaluación de los recursos económicos que requiere que los individuos reduzcan significativamente sus activos (incluyendo su inmueble si no está ocupado por el dependiente o su esposa). Solo una vez que los activos se han reducido por debajo de un cierto nivel la persona tiene derecho a recibir ayuda estatal¹¹⁴. Como consecuencia, el dependiente en muchos casos se ve forzado a vender su casa o a liquidar cualquier activo disponible para financiar cuidados a domicilio o en una residencia de ancianos.

La brecha de protección de dependencia en Reino Unido es importante. Se ha vendido seguro de dependencia privado desde los primeros años de la década de 1990, pero el mercado ha crecido lentamente y solo hay unos pocos participantes, que ofrecen principalmente rentas vitalicias para necesidades inmediatas (INA). El producto tradicional (seguro de dependencia prefinanciado que se activa tras la evaluación de las AVD y trastornos cognitivos) no ha sido popular, y el último proveedor que ofrecía seguro de dependencia prefinanciado abandonó el mercado en 2010. Los bonos de dependencia son similares a los planes de cuidados prefinanciados pero permiten heredar el capital no utilizado. Aun así, no parece que los consumidores de Reino Unido hayan sido grandes compradores de bonos de dependencia.

¹¹⁰ Ministerio de Sanidad de Singapur.

¹¹¹ Los planes que entraron en vigor antes de finalizar septiembre de 2007 ofrecían una prestación de 300 SGD por un plazo de hasta cinco años.

¹¹² L. Tan Ling. (2007). «Nursing Home Charges». Ministerio de Sanidad de Singapur.

¹¹³ Existen cuatro NHS distintos, en Inglaterra, Escocia, Gales e Irlanda del Norte.

¹¹⁴ El umbral para tener derecho es de 23 250 GBP en Inglaterra y Gales y 24 750 GBP en Escocia.

Las INA han crecido, pero los volúmenes son pequeños.

El seguro de dependencia privado no ha conseguido un gran éxito entre los consumidores de Reino Unido.

Los productos más prometedores en el mercado del seguro de Reino Unido son las INA, que se compran con una prima única cuando una persona ya tiene necesidad de cuidados. Las INA han tenido un éxito relativo, ayudadas por ciertas compensaciones fiscales¹¹⁵, aunque los ingresos por primas fueron de solo 130 millones de GBP en 2012.

Dados los estrictos requisitos que hay que cumplir para recibir ayuda estatal, es sorprendente que la penetración del seguro de dependencia sea tan baja en Reino Unido. O bien los productos ofrecidos no satisfacen las necesidades del consumidor, o, simplemente, muchas personas no son conscientes del riesgo de dependencia al que se enfrentan.

¹¹⁵ Si los ahorros en forma de pensiones se utilizan para financiar los costes de los cuidados a largo plazo de personas dependientes y se pagan directamente al prestador de cuidados a través de una renta vitalicia para necesidades inmediatas, el importe de la pensión está exento de impuestos, mientras que si la pensión se recibe como prestaciones en efectivo (tanto si el dinero luego se paga o no a un cuidador) conllevaría impuestos sobre la renta.

Recientes publicaciones *sigma*

- 2014**
- N.º 1 Catástrofes naturales y siniestros antropógenos en 2013: Grandes daños causados por inundaciones y granizo; el tifón Haiyan azota Filipinas
 - N.º 2 Distribución digital en el seguro: una revolución silenciosa
 - N.º 3 El seguro mundial en 2013: camino a la recuperación
 - N.º 4 Tendencias de crecimiento de los siniestros de responsabilidad civil: riesgos emergentes y repunte de los factores económicos
 - N.º 5 ¿Quién nos cuidará? A la búsqueda de soluciones sostenibles de cuidados a largo plazo para un mundo que está envejeciendo
- 2013**
- N.º 1 Por un objetivo común: la seguridad alimentaria en los mercados emergentes
 - N.º 2 Catástrofes de la naturaleza y grandes siniestros antropógenos en 2012: un año de fenómenos meteorológicos extremos en Estados Unidos
 - N.º 3 El seguro mundial en 2012: Recorriendo el largo y difícil camino hacia la recuperación
 - N.º 4 Navegando por los últimos avances en el seguro marítimo y aerocomercial
 - N.º 5 Urbanización en los mercados emergentes: ventajas e inconvenientes para las aseguradoras
 - N.º 6 Seguro de vida: enfoque hacia el consumidor
- 2012**
- N.º 1 La rentabilidad en el seguro de vida
 - N.º 2 Catástrofes de la naturaleza y grandes siniestros antropógenos en 2011: pérdidas históricas a consecuencia de terremotos e inundaciones sin precedentes
 - N.º 3 El seguro mundial en 2011: el ramo no-vida se prepara para el despegue
 - N.º 4 Haciendo frente al desafío de los tipos de interés
 - N.º 5 El seguro comercial: un mercado en constante evolución
 - N.º 6 Reforma contable del sector asegurador: ¿un vaso medio lleno o medio vacío?
- 2011**
- N.º 1 Catástrofes de la naturaleza y grandes siniestros antropógenos en 2010: un año de eventos devastadores y costosos
 - N.º 2 El seguro mundial en 2010: las primas vuelven a la senda del crecimiento –aumenta la base de capital
 - N.º 3 La participación del Estado en los mercados aseguradores
 - N.º 4 Innovación de productos en los mercados aseguradores no-vida: innovaciones a pequeña y gran escala
 - N.º 5 El seguro en los mercados emergentes: motores del crecimiento y la rentabilidad
- 2010**
- N.º 1 Catástrofes de la naturaleza y grandes siniestros antropógenos en 2009: menos víctimas y reducción de los daños asegurados
 - N.º 2 El seguro mundial en 2009: las primas descendieron ligeramente pero mejoró la base de capital del sector
 - N.º 3 Desafíos regulatorios en materia de seguros
 - N.º 4 El impacto de la inflación en las aseguradoras
 - N.º 5 La inversión de los seguros en un entorno mundial complicado
 - N.º 6 Microseguro: protección contra el riesgo para 4.000 millones de personas
- 2009**
- N.º 1 Análisis de escenarios en el ámbito de los seguros
 - N.º 2 Catástrofes de la naturaleza y grandes siniestros antropógenos en 2008: daños elevados en América del Norte y Asia
 - N.º 3 El seguro mundial en 2008: las primas de vida bajan en los países industrializados; fuerte crecimiento en las economías emergentes
 - N.º 4 La función de los índices en la transferencia de riesgos del seguro a los mercados de capitales
 - N.º 5 Responsabilidad civil de empresas: un reto para las empresas y sus aseguradoras
- 2008**
- N.º 1 Catástrofes de la naturaleza y grandes siniestros antropógenos en 2007: daños elevados en Europa
 - N.º 2 Constitución de reservas para siniestros no-vida: afrontando un desafío estratégico
 - N.º 3 El seguro mundial en 2007: los mercados emergentes se sitúan a la cabeza
 - N.º 4 Formas innovadoras de financiar la jubilación
 - N.º 5 El seguro en los mercados emergentes: situación y perspectivas del seguro islámico

Editado por:

Swiss Reinsurance Company Ltd
Economic Research & Consulting
Apartado postal
8022 Zúrich
Suiza

Teléfono +41 43 285 2551
Fax +41 43 282 0075
sigma@swissre.com

Oficina Armonk:
175 King Street
Armonk, NY 10504

Teléfono +1 914 828 8000

Oficina Hong Kong:
18 Harbour Road, Wanchai
Central Plaza, 61st Floor
Hong Kong, SAR

Teléfono + 852 25 82 5703

Autores:
Dr. Lukas Steinmann
Teléfono +41 43 285 4687

Küllli Tamm
Teléfono +1 914 828 6504

Corredactor *sigma*:
Paul Ronke
Teléfono +41 43 285 2660

Redactor jefe
Dr. Kurt Karl,
Director de Economic Research & Consulting,
responsable de la publicación *sigma*.

Explore y visualice los datos de *sigma* sobre catástrofes naturales y los mercados mundiales del seguro en www.sigma-explorer.com

© 2014 Swiss Re. Todos los derechos reservados.

El número se cerró el 1 de septiembre de 2014.

sigma se publica en inglés (idioma original), alemán, francés, español, chino y japonés.

sigma se encuentra disponible en el servidor de Swiss Re:
www.swissre.com/sigma

La versión publicada en Internet puede contener información ligeramente más actual.

Traducciones:

Alemán: Diction AG
Francés: ithaxa Communications SARL
Español: Traductores Asociados Valencia S.L.

Diseño gráfico y producción:
Corporate Real Estate & Logistics / Media Production, Zúrich



Impresión: Multicolor Print AG, Baar
Este informe está impreso en papel producido de forma sostenible.
La madera utilizada procede de bosques certificados al 100 % por el Consejo de Administración Forestal (FSC).

© 2014
Swiss Reinsurance Company Ltd
Todos los derechos reservados.

Todo el contenido de este número de *sigma* está sujeto a los derechos de autor con todos los derechos reservados. La información puede utilizarse para fines privados o internos, siempre que no se suprima ninguna nota relativa a los derechos de autor o de propiedad. Está prohibida la utilización electrónica de los datos publicados en *sigma*.

Están permitidas la reproducción total o parcial y la utilización para fines públicos únicamente con mención de la fuente «Swiss Re, *sigma* N.º 5/2014» y con la previa autorización por escrito de Swiss Re, Economic Research & Consulting. Se ruega enviar ejemplares de cortesía.

Si bien toda la información utilizada en este estudio procede de fuentes fidedignas, Swiss Re no puede garantizar la exactitud e integridad de los datos expuestos o proyecciones futuras. La información proporcionada y las proyecciones futuras realizadas tienen únicamente fines informativos y no representan en modo alguno la opinión de Swiss Re. Swiss Re no se responsabiliza en ningún caso de los daños o perjuicios derivados del uso de la información que se ofrece en estas páginas, y se advierte al lector que no confíe excesivamente en estas proyecciones de futuro. Swiss Re no asume ninguna obligación de actualizar o revisar públicamente ninguna proyección futura, ni a raíz de nuevas informaciones o sucesos futuros, ni por otros motivos.

Número de pedido: 270_0514_es

Swiss Re Ltd
Economic Research & Consulting
Apartado postal
8022 Zürich
Suiza

Teléfono + 41 43 285 2551
Fax +41 43 282 0075
sigma@swissre.com