



NOTAS DE PENSIONES

NRO. 27 – JULIO 2018

Experiencias con programas de cobertura para el financiamiento de los cuidados de adultos mayores con dependencia

Resumen Ejecutivo

La dependencia se define como una disminución de la capacidad funcional, física o cognitiva, que implica que la persona que la sufre necesita de ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria por un periodo extenso de tiempo.

La falta de definición e implementación de políticas de apoyo y cobertura financiera de la población frente a la contingencia de dependencia, puede tener costos importantes para el mercado laboral y el sistema previsional, pues genera una reducción en la oferta de trabajo y menores cotizaciones para el financiamiento de las pensiones de los familiares que deben asumir los cuidados de largo plazo de las personas con dependencia (en inglés long-term care, en adelante, LTC). Además, aumenta el riesgo de caer en la pobreza para las personas que sufren esta contingencia y sus familias, genera una mayor prevalencia de problemas mentales entre ellas, y tiene efectos fiscales tanto por los menores impuestos y cotizaciones recaudadas, como por las mayores

transferencias gubernamentales a las personas que caen en la pobreza.

En las próximas décadas el desafío del cuidado del adulto mayor con dependencia y del financiamiento de sus costos aumentará en América Latina, debido al envejecimiento de la población y al aumento de las expectativas de vida. Esto se traducirá en un incremento de la demanda por servicios de cuidado para las personas con dependencia y en un aumento de los años durante los cuales se requerirá de dichos servicios. Para enfrentar este desafío es indispensable evaluar la implementación de políticas públicas que ofrezcan una cobertura básica adecuada contra el riesgo financiero de dependencia, con un enfoque sistémico e integral que asegure el financiamiento de las prestaciones y la sostenibilidad de los programas respectivos.

La protección contra esta contingencia representa un problema que el Estado debe enfrentar, con actividades de prevención para disminuir y retrasar la caída en estado de dependencia de la población, con la creación de programas de protección sanitaria y financiera y con

el apoyo a las personas y familias que la sufren.

Respecto a la protección financiera, existen poderosas razones para crear programas de cobertura de la contingencia de dependencia, que complementen el apoyo familiar. Se requiere de mecanismos de agrupamiento de riesgo, esto es, mecanismos que compartan el riesgo de tener que financiar los cuidados de largo plazo de personas con dependencia dentro de un grupo amplio de la población. Estos mecanismos deben proveer un medio de protección contra este riesgo a un costo razonable. Sin ellos, el costo de la protección puede ser muy alto e inaccesible para la mayoría de las personas, especialmente para las familias de menores ingresos y mayores grados de dependencia. Precisamente, la creación de programas de pre-pago y de compartimiento del riesgo en grupos de asegurados puede representar una respuesta a la alta incertidumbre y a los altos costos. De hecho, los beneficios del agrupamiento del riesgo de LTC para la mayor cantidad posible de la población están ampliamente documentados.

En la experiencia internacional, los planes de seguros privados de LTC han tenido poca importancia en la cobertura de este tipo de servicios, pero probablemente su relevancia crecerá a futuro dada la necesidad de dar sostenibilidad a los programas y resguardar la equidad intergeneracional. El bajo desarrollo que muestran los mercados privados de seguros de dependencia tiene sus causas tanto en factores de demanda como de oferta. Por el lado de la oferta, el financiamiento

de los costos de proveer cuidados de largo plazo y los retornos que pueden obtener las compañías de seguros por la inversión de las reservas que se constituyen para respaldar los pagos futuros de beneficios, están sujetos a una alta incertidumbre. Además, se presentan problemas de selección adversa y de riesgo moral¹. Frente a esto, las compañías se protegen limitando la cobertura o aumentando los precios. Por otra parte, la demanda de seguros de dependencia se debilita por la miopía que habitualmente presentan las personas para planificar y cubrir los riesgos financieros de largo plazo, y por considerar dichos riesgos habitualmente como muy remotos. La percepción de las personas de que, si llegan a enfrentar la contingencia de dependencia, tendrán apoyo estatal, también puede ser un factor que reduce la demanda.

Existen diseños del seguro que pueden reducir los efectos que generan los problemas antes señalados, los cuales se presentan en el documento. Además, se describen los aspectos más destacados de las políticas implementadas en Europa y Asia para proteger a la población del riesgo de dependencia, y se presenta la experiencia de Singapur y propuestas generales para crear un seguro de dependencia en Chile. Se escogió a Singapur, porque está entre aquellos países con la más alta cobertura de seguros voluntarios de dependencia en el

¹ Se presenta el problema de selección adversa cuando solo aquellas personas con alto riesgo de dependencia suscriben o mantienen vigente el seguro. Por otra parte, el riesgo moral se produce cuando los asegurados utilizan los beneficios del seguro más allá de lo que requieren, por el hecho de estar cubiertos.

mundo, y a Chile, pues actualmente se está discutiendo el tema del seguro de dependencia en el marco de las propuestas de reformas al sistema previsional.

I. Introducción

El cuidado de los adultos mayores con dependencia se resuelve en Chile, y probablemente en la mayoría de los países de América Latina, fundamentalmente al interior de las familias. De acuerdo con la organización chilena Comunidad Mujer, en un 86% de los casos esta tarea es asumida en Chile por familiares mujeres en forma no remunerada.

En general, las personas que interrumpen su vida laboral o que no han podido acceder a una actividad remunerada por dedicarse al cuidado de adultos mayores con dependencia que son familiares de ellas, no solo se ven afectadas por una disminución o falta total de ingresos contemporáneos, sino que también por la reducción de su frecuencia de cotizaciones y de sus ahorros para el financiamiento de su futura pensión. Además, estas personas tienen mayor dificultad para retomar sus actividades laborales cuando ya no están al cuidado del adulto mayor, un porcentaje no menor sufre de depresión o estrés, y aumentan las posibilidades de convertirse más adelante en adultos que sufran algún grado de dependencia física y/o económica. En efecto, estas personas habitualmente han sufrido de falta de apoyo y aislamiento y han enfrentado presiones financieras, lo que puede provocarles problemas de salud y enfermedades mentales.

El costo financiero de cuidar a los adultos mayores puede ser alto, poniendo una pesada carga a las personas que están en esta condición y/o a sus familias, lo que es especialmente preocupante en los sectores de ingresos medios y bajos en el contexto de los insuficientes montos de pensión que están otorgando los sistemas de pensiones en nuestra región. Según la OCDE (2011), los gastos asociados con un nivel relativamente bajo de cuidados para un adulto mayor dependiente (10 horas a la semana), pueden exceder el 60% del ingreso disponible para personas de ingresos bajos y moderados, hasta el cuarto decil. Por otra parte, el costo de solo una semana de cuidado institucional de las necesidades de LTC en los países de la OCDE y de la Unión Europea varía entre 100% y más de 300% del ingreso mediano disponible para las personas con edades sobre 65 años (OCDE, 2017) (Gráfico No. 1).

El alto costo señalado aumentará el riesgo de que, en ausencia de una adecuada protección financiera frente a la contingencia de dependencia, los gastos en los cuidados de los adultos que están en esta condición los lleven a su empobrecimiento y/o al de sus familias.

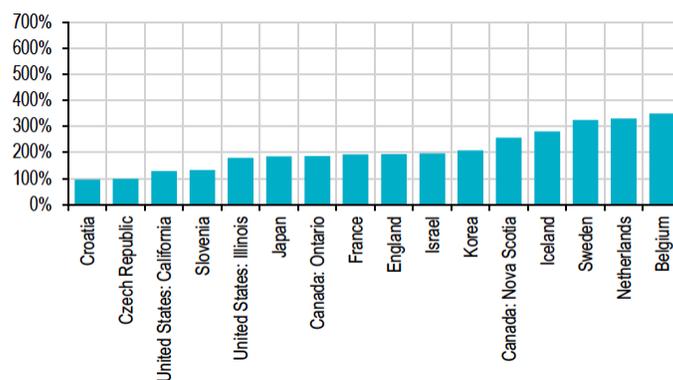
En las próximas décadas el desafío del cuidado del adulto mayor con dependencia y del financiamiento de sus costos aumentará en América Latina, debido al envejecimiento de la población, lo que generará un incremento en la demanda por servicios de cuidados a largo plazo. Es lo que ha ocurrido en los países de la OCDE, que durante la última década han experimentado en casi todos los casos un aumento del porcentaje de

la población que está recibiendo servicios de LTC, particularmente entre los adultos mayores, con importantes diferencias entre países (Gráfico No. 2). Además, el

aumento de las expectativas de vida de la población se traducirá en un incremento en los años durante los cuales se requerirá de servicios de LTC.

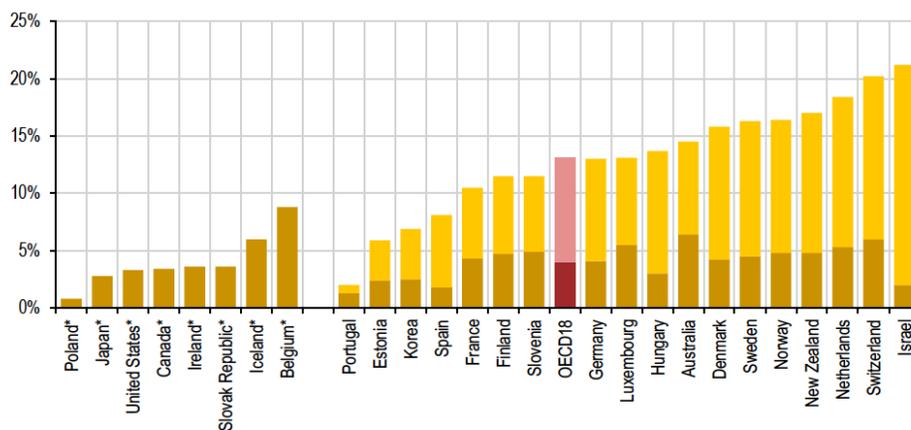
Gráfico No. 1: Costo semanal de cuidado institucional de necesidades de LTC en países OCDE y de la Unión Europea

(% del ingreso mediano disponible para personas con edades mayores a 65 años)



Fuente: Muir (2017).

Gráfico No. 2: Proporción de la población sobre 65 años recibiendo servicios LTC en instituciones y en el hogar, 2014⁽¹⁾



⁽¹⁾ O el año más cercano.

Fuente: Muir (2017).

Todo esto exige evaluar la implementación de políticas públicas que ofrezcan una cobertura básica adecuada contra el riesgo financiero de dependencia, con un enfoque sistémico e integral que asegure el financiamiento de las prestaciones y la sostenibilidad de los programas respectivos.

De no enfrentarse este desafío, muchas personas con dependencia continuarán siendo atendidas a futuro por sus familias o por cuidadores informales, con los consecuentes efectos sobre la salud y oportunidades de empleo de dichos cuidadores. Actualmente, entre 1% y 2% de la fuerza de trabajo total en los países OCDE está empleada en los servicios de LTC, y más del 10% de los adultos sobre 50 años provee ayuda de cuidados personales a gente con limitaciones funcionales (Joshua, 2017). Sin embargo, es posible que muchas personas que caigan en dependencia corran el riesgo de quedar totalmente desprotegidas, debido a que se espera que la disponibilidad de cuidado informal y familiar se reduzca por la disminución del tamaño de las familias y por la mayor participación de la mujer en el mercado del trabajo.

La falta de definición e implementación de políticas de apoyo a la población en condición de dependencia tiene costos para el mercado laboral, pues implica una reducción en la oferta de trabajo. Además, aumenta el riesgo de caer en la pobreza para las personas y familias que se enfrentan a esta contingencia, genera una mayor prevalencia de problemas mentales entre ellas, y tiene efectos fiscales por los menores impuestos y cotizaciones recaudadas y las mayores

transferencias gubernamentales a las personas que caen en la pobreza.

La importancia del tema llevó a dedicar este documento a resumir las principales experiencias y discusiones de políticas públicas que otorgan cobertura para el cuidado de largo plazo de los adultos mayores, fundamentalmente en Europa y Asia, zonas del mundo que llevan décadas aplicando este tipo de políticas.

II. Definición de dependencia

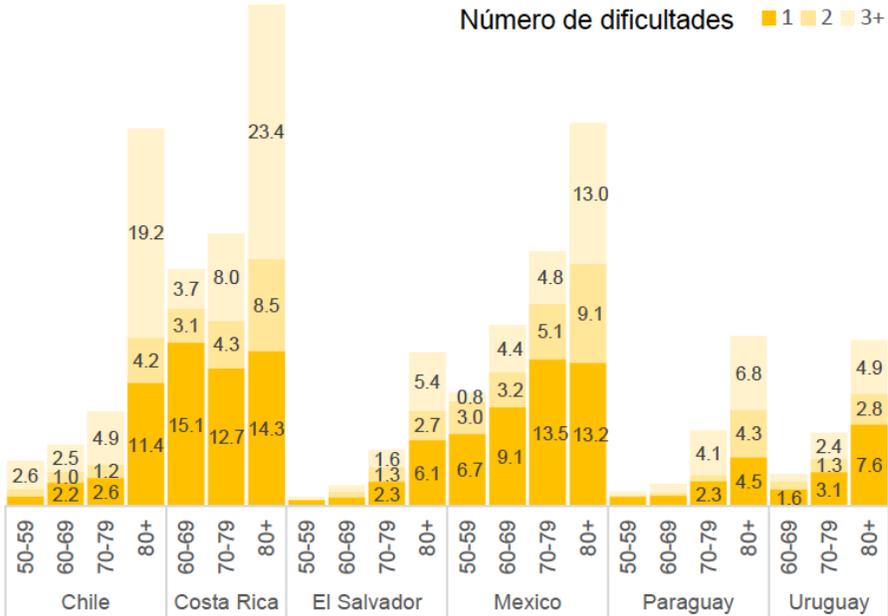
Se trata de personas que, debido a una disminución de su capacidad funcional, física o cognitiva, necesitan ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria por un periodo extenso de tiempo. De acuerdo con el Servicio Nacional de Adultos Mayores de Chile (SENAMA), existen distintos niveles de dependencia: leve, moderada y severa. En esta última categoría se incluye a personas que cumplen con alguna de las siguientes tres condiciones: (i) postradas; (ii) demencia de cualquier grado; e (iii) incapacidad para efectuar una actividad básica de la vida diaria, excepto bañarse, o incapacidad para efectuar dos actividades instrumentales² de la vida diaria.

² Son actividades más complejas que las actividades básicas de la vida diaria y su realización requiere de un mayor nivel de autonomía personal. Por ejemplo: preparar una comida caliente; manejar su propio dinero; ir a otros lugares solo; hacer las compras de los alimentos; usar el teléfono para realizar una llamada; hacer los quehaceres ligeros de la casa; y organizar los medicamentos y tomárselos (ver CLAPES, 2018).

Las cifras del SENAMA indican que en Chile un 24% de los adultos mayores de 60 años tiene algún grado de dependencia, mientras que CLAPES UC señala que la dependencia severa alcanza al 12,4% de la población de 60 años o más, y al 37% de las personas con 80 o más años. Por otra parte, Aranco et al.

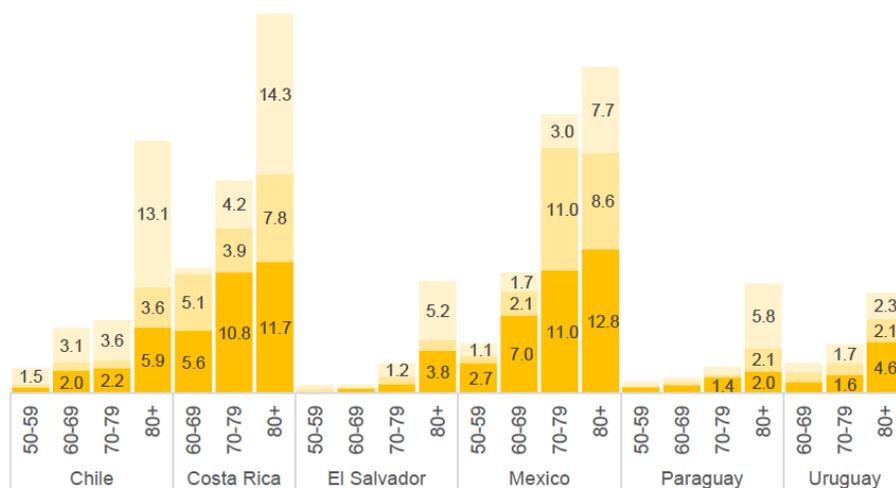
(2018) estiman que en Chile un 46,2% de las mujeres con edades de 80 o más años enfrentan una o más dificultades para realizar actividades básicas de la vida diaria, porcentaje que baja a 33,8% en el caso de los hombres. En los gráficos 3 y 4 se muestran cifras para otras edades y otros países de América Latina.

Gráfico No. 3: Personas dependientes e intensidad de la dependencia, porcentaje de la población por edad – mujeres



Fuente: Aranco et al. (2018).

Gráfico No. 4: Personas dependientes e intensidad de la dependencia, porcentaje de la población por edad – Hombres



Fuente: Aranco et al. (2018).

III. Importancia de crear programas de cuidados de adultos mayores con dependencia

A pesar de la amplia evidencia existente sobre la alta probabilidad de requerir, en algún momento de la vida, de cuidados de largo plazo por dependencia, la gran mayoría de las personas no se protegen financieramente de esta contingencia por diversas razones, entre otras: sufren de miopía; tienen otras necesidades y preferencias de consumo presente; no tienen información adecuada; los productos existentes no están a su alcance; o confían en que recibirán apoyo familiar y estatal en caso de caer en situación de dependencia. La falta de cobertura puede tener un impacto catastrófico sobre las personas y sus familias, especialmente entre los grupos de más bajos ingresos que presentan mayores niveles de riesgo. La cobertura de esta contingencia representa un

problema que el Estado debe enfrentar, con actividades de prevención para disminuir y retrasar la caída en estado de dependencia de la población, creación de programas de protección sanitaria y financiera y apoyo a las personas y familias que la sufren.

Respecto a la protección financiera, existen poderosas razones para crear programas de cobertura de la contingencia de dependencia, que complementen el apoyo familiar entregado hacia quienes la experimentan. En general, las personas enfrentan altos niveles de incertidumbre respecto a la necesidad que tendrán de los LTC, del momento de la vida en que puede presentarse la dependencia, y de su duración e intensidad. Para la mayoría de las personas, solo ahorrar con el objetivo de acumular recursos que permitan protegerse de la contingencia

de dependencia, no es suficiente. Se requiere de mecanismos de agrupamiento de riesgo, esto es, mecanismos que compartan el riesgo de financiar los cuidados de largo plazo de personas con dependencia dentro de un grupo amplio de la población. Estos mecanismos deben proveer un medio de protección contra este riesgo a un costo razonable. Sin ellos, los costos pueden ser muy altos e inaccesibles para la mayoría de las personas, especialmente para las familias de menores ingresos y mayores grados de dependencia. Luego, la creación de programas de pre-pago y de compartimiento del riesgo en un grupo grande de asegurados puede representar una respuesta a la alta incertidumbre y los altos costos. Los beneficios del agrupamiento del riesgo de LTC para la mayor cantidad posible de la población están ampliamente documentados.

IV. Modelos implementados en programas de LTC

La experiencia internacional muestra que el riesgo de dependencia ha sido cubierto fundamentalmente con mecanismos de protección con financiamiento público. En general, la cobertura privada alcanza solo a un segmento reducido de personas, por las razones que más adelante se indican.

En cuanto al tipo de programas aplicados, los estudios internacionales distinguen diferentes modelos de acuerdo a las siguientes características:

- *Cobertura*: universal; programas con testeado de medios (“mean-tested schemes”).

- *Fuentes de financiamiento*: cotizaciones de seguridad social en función de los ingresos laborales; recursos generales del presupuesto público.
- *Población objetivo*: adultos mayores; toda la población.
- *Tipo de beneficios entregados*: subsidios en dinero; subsidios en servicios.

a) Cobertura

En los programas con cobertura universal, que se aplican en la mayoría de los países de la OCDE (ver cuadro siguiente), se entregan beneficios a todas las personas que son elegibles por su estado de dependencia. Este tipo de programas establece típicamente copagos y deducibles de cargo de los usuarios y muchos están sujetos a topes, excepciones de pago parciales o totales, o mecanismos de asistencia social para los más pobres.

La ventaja de este tipo de cobertura es que asegura un amplio acceso poblacional a los servicios de LTC. Dicho acceso no es discriminado por el ingreso o nivel de activos de los usuarios o de sus familias, aunque estas variables pueden tomarse en cuenta para determinar los copagos que deben realizar por los servicios recibidos. Los sistemas universales son. Generalmente, de costo más elevado, por sobre 1,5% del PIB y hasta niveles cercanos al 4,0% del PIB en aquellos países con beneficios más generosos (Holanda, Suecia).

Principales características de los programas públicos de LTC en la OECD

País	Elegibilidad	Financiamiento	Poblac. Objetivo	Tipo Beneficio
Alemania	UN	TAX/PM	POB	CA/ES/CUHI
Australia	UN	TAX	AM	ES/CUHI
Austria	UN/MT	TAX	POB	CA/CUHI
Bélgica	UN	SSC	POB	CA/ES/CUHI
Canadá	(2)	TAX	POB	ES/CUHI
Corea	UN	TAX/PM	65+/65- D	CA/ES/CUHI
Dinamarca	UN	TAX	POB	CA/ES/IC
España	MS	TAX	POB	CA/ES
Estados Unidos	MT/SI/V	TAX/PM/PP	LI/AM/POB	CA/ES/CUHI
Finlandia	UN	TAX	POB	CA/ES/CUHI
Francia	MS	TAX/SSC	POB/60+	CA/ES/CUHI
Grecia	MS	TAX/SSC/PP	AM	ES/IC
Holanda	UN	TAX/SSC	POB	CA/ES/CUHI
Hungría	MS	TAX/SSC	POB	ES/CUHI
Italia	MS	n.d.	POB	CA/ES/CUHI
Japón	UN	TAX/SSC	AM/40-64 D	ES/CUHI
México	MS	TAX/SSC	65+	CA/ES/IC
Nueva Zelanda	MS	TAX	n.d.	ES/CUHI
Noruega	UN	TAX	POB	CA/ES/CUHI
Polonia	NS	TAX/SSC	75+/D	CA/ES/CUHI
Portugal	MS	TAX	POB	ES/IC
Reino Unido	UN/MS	TAX	18+/D	CA/ES/CUHI
Suecia	UN	TAX	POB	CA/ES/CUHI/V
Suiza	MS	TAX/PM/PP	POB	CA/ES/CUHI

Nota: UN = universal; MT = testeo de medios; MS = sistema mixto; NS = sistema no separado de salud; SI = seguridad social; V = seguro voluntario; TAX = impuestos; SSC = contribuciones de seguridad social; PM = primas; PP = pagos privados; AM = adultos mayores; POB = toda la población; D = con discapacidad o enfermedades; LI = ingresos bajos; CA = Efectivo; ES = en especie; CUHI = cuidados en el hogar e institucionales; V = cupones para financiar los cuidados; IC = cuidado institucional.

(1) En algunos países existen varios programas. Se eligió al que aparentemente tiene mayor cobertura.

(2) Depende de cada provincia.

Fuente: OCDE (2011).

Por otra parte, los programas con testeo de medios priorizan la cobertura de aquellas personas y familias con las más altas necesidades de cuidado, y que sin los programas no podrían financiar los gastos que genera la dependencia. Para focalizarlos se utilizan test de ingresos y/o de activos que determinan quienes son elegibles para recibir los beneficios establecidos. Este tipo de programas es más efectivo para limitar los costos, pero puede originar inequidades y también incentivos para utilizar el sistema público de salud para efectos de lograr los cuidados que necesitan las personas con

dependencia, y que no son obtenidos de los programas especiales para financiar esta contingencia. Además, los procesos de calificación y evaluación de la elegibilidad pueden ser costosos, ineficientes y adolecer de falta de uniformidad, dejando a personas y familias que superan los límites de ingreso y activos descubiertas y vulnerables a caer en la pobreza.

En la práctica, la mayoría de los sistemas que cubren LTC combinan características de los programas universales y de testeo de medios. Típicamente, los sistemas

universales no cubren todos los costos y por ello son complementados con componentes de asistencia social que utilizan test de medios.

b) Financiamiento

Uno de los modelos de financiamiento utilizados es el de un seguro social destinado específicamente a la cobertura de LTC. De acuerdo a la experiencia de países de la OCDE, este modelo se caracteriza por tener un esquema de financiamiento separado para la cobertura de dependencia con respecto a otros beneficios de salud, por hacer obligatoria la participación en el programa de beneficios para toda o una gran parte de la población, y por provenir su financiamiento predominantemente de cotizaciones basadas en la nómina de salarios de las empresas. En algunos casos, los adultos mayores también deben financiar el programa, y en la mayoría de los países una parte de los beneficios son financiados también con impuestos generales. Este tipo de modelo tiene la ventaja de proveer una vía de financiamiento dedicada y predecible para financiar la cobertura de LTC. El hecho que las cotizaciones estén asociadas a la cobertura de un riesgo particular, también puede generar mayor propensión a pagar por parte de la población, porque las personas aprecian que adquieren ciertos derechos y tienen mayor seguridad de que percibirán los beneficios respectivos.

Algunos analistas ven otras ventajas en este modelo de financiamiento, por el hecho que las cotizaciones están relacionadas al ingreso. Según ellos, esto hace asequible los beneficios para todas

las personas si se acepta una distribución implícita desde quienes obtienen mayores ingresos hacia los más pobres o hacia personas que han quedado desempleadas. Otros también argumentan que es posible distribuir los riesgos no solo entre la población de una misma generación, sino entre distintas generaciones.

Los sistemas de seguro social pueden tener también algunas desventajas potenciales. Cuando son universales e involucran financiamiento público, son generalmente de mayor costo. Además, en el caso particular de aquellos que son del tipo “Pay as You Go” (PAYG), generan una pesada carga financiera para las futuras generaciones que solo se agravará con las tendencias demográficas existentes. Por otra parte, los modelos que solo se basan en contribuciones sobre salarios tienen una base de cobro limitada, dejando los ingresos del capital fuera de las fuentes de financiamiento, lo que provoca problemas de equidad cuando tienen componentes redistributivos. Por otra parte, las cotizaciones de seguro social pueden percibirse como un impuesto a los salarios, especialmente cuando sus beneficios no son valorados y/o se quiebra la relación entre las primas pagadas y los riesgos individuales, generando distorsiones y pérdidas de competitividad en el mercado laboral.

El financiamiento sobre la base de impuestos, ampliamente utilizado en los países OCDE, ofrece una base más amplia de recaudación, al gravar al trabajo y al capital, por lo que se percibe más equitativo a nivel de la sociedad, aunque ello depende de la importancia relativa

de los diferentes tipos de impuesto. En la experiencia internacional, este tipo de financiamiento ha implicado mayor discrecionalidad en la elegibilidad y disponibilidad de los servicios, los cuales quedan supeditados también a la disponibilidad de recursos públicos.

c) Población objetivo y tipo de beneficios entregados

De acuerdo con la OCDE (2011), la mayoría de los programas públicos de cobertura de cuidados de largo plazo están dirigidos a la gran mayoría de la población con dependencia y discapacidades. Sin perjuicio de lo anterior, en algunos países la población objetivo es aquella que supera una cierta edad, como en México, país donde existen múltiples programas para adultos mayores con edades superiores a los 65 años.

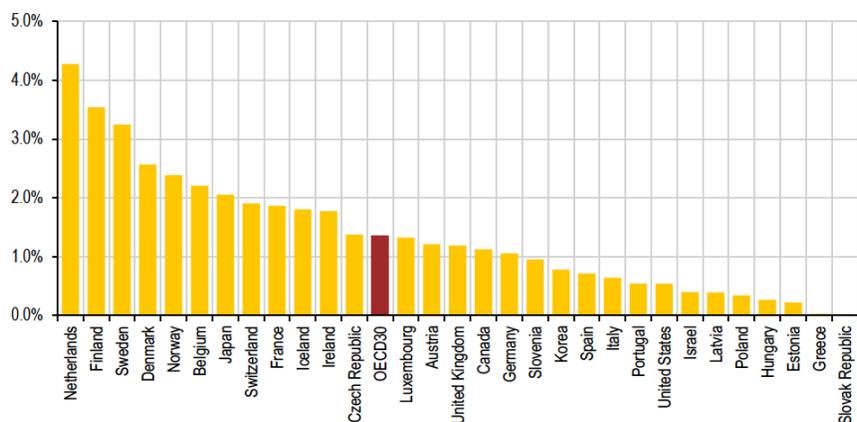
En cuanto a los beneficios entregados, en la mayor parte de los países de la OCDE los programas consideran tanto la

entrega de subsidios en dinero como en especies y la atención en el hogar y en instituciones especializadas.

V. Tendencias observadas en la experiencia internacional

La utilización de servicios de cuidados de largo plazo para personas con dependencia o discapacidad está creciendo y presionando sobre las cuentas fiscales de los países de la OCDE. En la mayoría de los países el gasto público en LTC supera el 1% del PIB y en algunos casos supera el 3% del PIB (Gráfico No. 5). Además, los gastos en este tipo de cuidados están registrando una tendencia creciente superior a los gastos de salud en estos países. La mayoría de ellos no están suficientemente preparados para enfrentar los costos que se proyectan que serán necesarios para asistir al incrementado número de adultos mayores que originará el envejecimiento de la población y el aumento de las expectativas de vida.

Gráfico No. 5: Gasto público en LTC como un porcentaje del PIB, 2014 ⁽¹⁾



⁽¹⁾ O el año más cercano.

Fuente: Muir (2017).

Si bien los sistemas han evolucionado hacia coberturas universales y hacia modelos que privilegian diseños que permiten una mayor flexibilidad en la elección de beneficios por parte de los usuarios, al mismo tiempo dichos beneficios se han focalizado en las personas con mayores necesidades, asegurando con ello mayor justicia y eficiencia de los programas.

A medida que los países van envejeciendo, se hace más evidente el “trade-off” existente entre una cobertura básica adecuada universal y la sostenibilidad de los programas. Esto está llevando a países que financian los programas vía PAYG a considerar la construcción de otros esquemas de financiamiento que tomen en cuenta la necesidad de dar sostenibilidad a los programas y reducir el impacto sobre las generaciones venideras. Algunos posibles caminos que se plantean son la ampliación de la base de financiamiento de los programas, junto con la introducción de una mayor focalización en la elegibilidad de programas que son universales.

Por otra parte, los planes de seguros privados de cuidados de largo plazo de adultos mayores han tenido poca importancia en la cobertura de este tipo de servicios, pero su relevancia probablemente crecerá a futuro dada la necesidad de dar sostenibilidad a los programas y resguardar la equidad intergeneracional.

VI. Razones de la baja penetración de los seguros privados

El bajo desarrollo que muestran los mercados privados de seguros de dependencia tiene sus causas tanto en factores de demanda como de oferta.

Por el lado de la oferta, el financiamiento de los costos de proveer cuidados de largo plazo y los retornos que pueden obtener las compañías de seguros por la inversión de las reservas que se constituyen para respaldar los pagos futuros de beneficios, están sujetos a una alta incertidumbre. En el caso particular de los costos, éstos pueden variar sustancialmente en el tiempo en función de los avances y mejoras en los tratamientos de salud y de la evolución de las expectativas de vida y de las tasas de discapacidad y de dependencia. Esto hace muy difícil estimar la probabilidad estadística de necesitar cuidados por dependencia y, a partir de ello, estimar sus costos a largo plazo.

Otras trabas presentes en los mercados privados de este tipo de seguros que dificultan su desarrollo se originan en la asimetría de información, la cual puede provocar problemas de selección adversa y de riesgo moral. Frente a esto, las compañías de seguros se protegen limitando la cobertura y/o suben los precios o establecen mecanismos de ajuste de los mismos en los contratos. Por ejemplo, rechazan a personas que tengan preexistencias que aumentan los riesgos de caer en dependencia.

Por otra parte, la demanda de seguros de dependencia se debilita por la miopía que habitualmente presentan las personas para planificar y cubrir los riesgos financieros de largo plazo, y por considerar dichos riesgos habitualmente como muy remotos. Adicionalmente, la percepción de las personas de que, si llegan a enfrentar la contingencia de dependencia, tendrán apoyo estatal, también puede ser un factor que reduce la demanda.

Se suma el hecho que la tarificación de los seguros privados se realiza en función de los riesgos que representan las personas que solicitan el seguro de dependencia, lo que resulta en primas que son difíciles de financiar para personas de ingresos bajos y medios. Este segmento de personas, junto a otras que no tienen suficientes ingresos o carecen de ellos, como los desempleados o inactivos, requieren de subsidios públicos para acceder o mantenerse cubiertos por los seguros respectivos.

Los problemas de selección adversa y de riesgo moral antes indicados pueden abordarse haciendo obligatoria la suscripción del seguro o estableciendo mecanismos de suscripción que aumenten su cobertura. Las personas de bajos ingresos y más vulnerables a enfrentar situaciones de desempleo, inactividad, o que tienen preexistencias, pueden ser subsidiadas para disminuir la probabilidad de que no accedan o pierdan la cobertura del seguro.

Sin embargo, persiste el problema de la incertidumbre respecto a los costos de proveer la cobertura financiera a largo plazo para la dependencia, lo que puede

llevar a los oferentes a cobrar primas demasiado altas. La experiencia internacional muestra algunas vías posibles para reducir el problema, como definir coberturas básicas de seguro no ambiciosas, o diseñar un seguro de tipo indemnizatorio en lugar de reembolso de gastos. De hecho, de acuerdo a la OCDE (2011), en algunos países que pertenecen a esta organización la industria de seguros de dependencia se está moviendo en la dirección de productos que entregan indemnizaciones en dinero que los asegurados pueden utilizar de acuerdo a sus preferencias.

VII. Experiencias y propuestas en países específicos

a) El caso de Singapur³

Las políticas públicas aplicadas por este país muestran que los cuidados de largo plazo por dependencia pueden ser financiados tanto con recursos públicos como privados, incluyendo subsidios estatales con testeo de medios dirigidos especialmente a los residentes de bajos ingresos, concesiones gubernamentales a los proveedores de servicios de LTC para disminuir sus precios, donaciones, seguros voluntarios y otros recursos de los beneficiarios y sus familias. Entre los elementos importantes del modelo implementado en Singapur, destaca la cobertura de los seguros LTC, la cual se encuentra entre las más altas del mundo, alcanzando un 65% entre las personas con edades de 40 a 83 años, y la posibilidad de utilizar los ahorros en cuentas individuales de salud para

³ Esta sección se desarrolló completamente en base a Graham y Bilger (2017).

financiar parte de las primas de estos seguros.

Cálculos realizados por Graham y Bilger (2017) muestran que un 40% de los gastos en servicios y cuidados de largo plazo son financiados por los propios beneficiarios y sus familias; 42% con recursos estatales; 9% con donaciones; y 9% con seguros que cubren los cuidados de largo plazo. Estos porcentajes reflejan algunas de las características importantes de las políticas de cobertura seguidas por el país, que buscan, por una parte, enfatizar el rol primario de las familias en la provisión y financiamiento de los gastos de cuidados de largo plazo por dependencia y, por otra, que los seguros no representen la fuente más importante de dicho financiamiento. En respaldo de estas políticas, el gobierno se ha preocupado de generar expectativas claras respecto al rol de los seguros.

Por otra parte, el gobierno de Singapur se ha resistido a implementar un sistema de seguro social para la contingencia de dependencia, que implique la transferencia intergeneracional de subsidios, que es inherente a los programas que operan como PAYG. Al mismo tiempo, se señala que esto no es inconsistente con la aplicación de políticas que ayuden a los sectores de menores ingresos. De hecho, el sistema de seguridad social del país entrega asistencia para el financiamiento de los cuidados de largo plazo, principalmente a través de subsidios que buscan reducir los gastos que realizan los beneficiarios y sus familias. El monto de estos subsidios es inversamente proporcional a los ingresos de los hogares. Para limitar las transferencias intergeneracionales, el

gobierno busca financiar estos subsidios públicos utilizando ingresos que provienen de fondos fiduciarios contruidos con excedentes presupuestarios.

Como se señaló previamente, una parte del financiamiento de los programas de LTC en el país proviene de los ingresos y ahorros privados y de seguros privados. En Singapur existen cuentas de ahorro obligatorias que se manejan a través del Central Provident Fund (CPF). El ahorro acumulado es de las personas, sin ningún tipo de redistribución. Los aportes a las cuentas de ahorro dedicadas a salud (Medisave) fluctúan entre 8% y 10,5% de los salarios totales. Estos fondos pueden ser utilizados para pagar gastos de hospitalización, una pequeña selección de gastos ambulatorios asociados a enfermedades crónicas, y para seguros de salud dentro de límites que dependen de las tasas de subsidios públicos.

Respecto a los seguros de LTC, son relativamente nuevos en Singapur. Desde el año 2002 existen seguros con enrolamiento automático (LTC Eldersshield), los cuales fueron creados por el gobierno después de concluir que la mejor forma de protegerse financieramente contra gastos catastróficos por incapacidad severa, de baja probabilidad, pero de alto costo, es en parte a través de seguros. Los planes básicos de este tipo cubren al 65% de los residentes con edades entre 40 y 83 años, mientras que un 22% tiene coberturas complementarias.

La cobertura básica es limitada, entrega un beneficio en efectivo cercano a los USD 300 por mes durante seis años,

independiente del nivel de discapacidad, siempre que se cumpla el mínimo para ser elegible. Su objetivo no es proveer todo el financiamiento necesario para enfrentar los gastos de LTC, sino solo contribuir a enfrentarlos con un seguro con primas que sean pagables por la mayoría de las personas, que promueva una alta cobertura entre la población y que no empuje a contratar coberturas excesivas a aquellas personas que pueden depender de los cuidados informales o de otros recursos que tengan disponibles. Complementariamente, los subsidios públicos aportan financiamiento adicional para las personas de bajos ingresos. El seguro básico tiene también el beneficio de generar mayor conciencia sobre la necesidad de contar con cobertura para enfrentar los gastos de LTC. Algunos caracterizan al seguro de dependencia de Singapur como un sistema en que se logra una alta cobertura a expensas de beneficios menos generosos.

Quienes tienen mayores recursos, pueden optar por contratar planes suplementarios con mayores niveles de cobertura. En caso de ocurrir la contingencia, estos planes pagan montos que varían entre aproximadamente USD 370 y USD 3.700 mensuales.

No existe protección de los beneficios contra la inflación y no existen limitaciones a cómo se utilizan los dineros recibidos, ni tampoco se requiere contratar a ciertos proveedores aprobados por entidades gubernamentales.

Todos los residentes con Medisave son afiliados automáticamente en el plan básico cuando cumplen 40 años, incluso aquellos que tienen condiciones médicas preexistentes, en la medida que no tengan serias limitaciones para realizar actividades básicas de la vida diaria. Los asegurados pueden solicitar los beneficios a cualquier edad después que son afiliados al programa. Las simulaciones estimaron que en 2015 un 3% de las personas con edades sobre 65 años tenían tres o más limitaciones para realizar actividades básicas de la vida diaria, que es la condición para ser elegible.

Los nuevos afiliados son distribuidos aleatoriamente entre tres aseguradoras privadas, contratadas por el gobierno para ofrecer las coberturas básicas y complementarias, a través de licitaciones competitivas. Los contratos están sujetos a renovación cada cinco años, cuando las aseguradoras deben devolver a los asegurados los excesos de primas recaudadas. Los planes básicos tienen iguales características para todos los asegurados, mientras que las compañías tienen bastantes libertades para definir el diseño y comercialización de los seguros complementarios, incluyendo el periodo de pago de los beneficios, que puede ser vitalicio. Las compañías que proveen el plan básico no tienen que ser las mismas que otorgan el plan complementario.

Los nuevos afiliados tienen libertad de salirse del seguro dentro de los primeros tres meses. Cuando EldersShield fue lanzado en 2002 la tasa de salida era de 33%, pero en 2016 había bajado a 14%. Los que se salen pueden retornar

posteriormente, pero sujeto a evaluación. Por otra parte, las personas cubiertas pueden cambiarse de aseguradora en cualquier momento, sin penalizaciones si lo hacen dentro del periodo inicial de 90 días en que pueden salirse del programa. Cuando lo hacen posteriormente, quedan sujetos a evaluación por la nueva compañía y se pierden las primas pagadas a la aseguradora original.

Como principio básico, todos los residentes sin serias limitaciones están sujetos a la misma prima anual cuando ellos son afiliados automáticamente en el plan básico. Estas primas varían aproximadamente entre USD 130 y USD 160 para hombres y mujeres, respectivamente, y se pagan hasta los 65 años. Al momento de la afiliación se definen las primas anuales por edad y nivel de riesgo. Los ahorros acumulados en las cuentas individuales de salud (Medisave), pueden ser utilizados para pagar las primas del seguro, con un límite por afiliado. Quienes no tienen fondos suficientes en sus cuentas de ahorro, pueden usar las cuentas de ahorro de sus familiares directos u otros fondos propios. Aunque la regulación de Singapur permite el ajuste de las primas y los beneficios de las pólizas vigentes, no se ha observado un crecimiento acelerado de las primas.

La cobertura no está asociada al empleo, por lo cual puede mantenerse ante cambios en el tipo de ocupación. Los asegurados tienen un periodo de gracia de 75 días sin pago de prima antes de perder la cobertura y, además, pueden reintegrarse dentro de los 180 días

después de terminado el periodo de gracia.

El gobierno creó un programa de subsidios en efectivo sujeto a testeo de medios para asegurar el acceso a los beneficios a las personas que no eran elegibles cuando Eldersshield fue lanzado, porque registraban serias discapacidades o tenían 70 años o más.

Las principales lecciones que pueden extraerse del modelo de cobertura seguido por Singapur son las siguientes:

- Generación de expectativas claras del gobierno respecto a los beneficios del seguro.
- Afiliación automática por defecto, pero supeditada a evaluación; se excluye a personas con serias limitaciones. Las personas con ciertas enfermedades crónicas pueden afiliarse si aceptan mayores primas. Se estima que la afiliación automática es probablemente el principal factor que explica la alta cobertura del seguro de dependencia en Singapur.
- Fijación de una cobertura básica del seguro, que es financiable por la mayoría de las personas y cuyo pago puede hacerse en parte con los ahorros acumulados en el plan Medisave. Se estima que esto ha reducido la tasa de salida del seguro.
- Reducción de los problemas que genera la selección adversa, definiendo la afiliación a partir de los 40 años. Una ventaja adicional de la afiliación no tan tardía en la vida es el

aumento del tiempo de ahorro (pre funding).

- Presentación de las solicitudes de beneficios desde que las personas se afilian, lo que aumenta el atractivo de la afiliación por defecto.
- Definición de los beneficios en la forma de pagos en efectivo, lo que ha simplificado el sistema. Esto puede provocar también algunos problemas, pues la experiencia muestra que esta forma de pago puede aumentar las solicitudes de beneficios de los asegurados y los dineros recibidos pueden no ser gastados en LTC.

b) Propuesta para fomentar la creación de un seguro de dependencia severa en Chile

El Centro Latinoamericano de Políticas Económicas y Sociales (CLAPES UC) presentó en un libro recientemente publicado (2018) un conjunto de propuestas para la cuarta edad con dependencia severa en Chile. Entre estas propuestas incluyó el fomento de un seguro para enfrentar la contingencia de dependencia durante la cuarta edad.

La propuesta de seguro considera los siguientes principios básicos:

- Cobertura de gastos que surjan exclusivamente como consecuencia de la pérdida de capacidades físicas o intelectuales producto de sufrir dependencia severa durante la vejez;
- Priorización de necesidades más urgentes y básicas;

- Adhesión voluntaria;
- Financiamiento a través de un copago de quienes deseen asegurarse;
- Administración privada; y,
- Desarrollar protocolos y permitir la intervención de comisiones médicas.

Además, en el libro de CLAPES se proponen las siguientes medidas complementarias dirigidas a la cuarta edad con dependencia severa:

- Crear una ley de dependencia severa que facilite la implementación de propuestas en esta materia;
- Reformular los programas existentes de atención domiciliaria para fortalecer la alianza público-privada y establecer un control de la entrega de ayudas monetarias;
- Crear un subsidio para aquellas personas que conviven en hogares de adultos mayores con dependencia severa, con el fin de ayudar a estos hogares, financiado con cotizaciones;
- Ampliar la cobertura de centros de día que atienden a personas con dependencia severa no postradas, para facilitar la incorporación al mundo laboral de sus cuidadores; y
- Promover el teletrabajo para beneficio de las personas mayores atendidas y sus cuidadores.

Referencias

Aranco Natalia; Stampini, Marco; Ibararán, Pablo; Medellín, Nadina (2018). “Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe”. División de Protección Social y Salud, Banco Interamericano de Desarrollo.

Arntz, Melanie; Sacchetto, Ralf; Spermann, Alexander; Steffes, Susanne; and Widmaier, Sarah. “The German Social Long-Term Care Insurance – Structure and Reform Options. Discussion Paper N° 06-074. Centre for European Economic Research.

CLAPES UC (2018). “Pensiones: del Descontento a las Soluciones”. Capítulo 3.

Comunidad Mujer (Octubre, 2014). “Mujer y Trabajo: Buscando la Correcta Ecuación del Cuidado de Adultos Mayores Dependientes”. Boletín N° 30.

Graham, Wan Chen Kang; Bilger, Marcel (2017). “Financing Long-Term Services and Supports: Ideas from Singapore”. Duke-NUS Medical School, Singapore. The Milbank Quarterly, a Multidisciplinary Journal of Population Health and Health Policy.

Joshua, Laurie (November, 2017). “Aging and Long Term Care Systems: A Review of Finance and Governance Arrangements in Europe, North America and Asia Pacific”. Social Protection and Labor Discussion Paper N° 1705. World Bank Group.

Ministry of Health, Labour and Welfare (November, 2016). “Long-Term Care Insurance System of Japan”. Health and Welfare Bureau for the Elderly.

Muir, T. (2017). “Measuring social protection for long term care”. OECD Health Working Papers, N°93, OECD Publishing, Paris.

OECD (May, 2011). “Help Wanted? Providing and Paying for Long Term Care”. Chapters 7, 8, 9 and 10. OECD Policy Studies.

La información de esta Nota puede ser reproducida íntegramente por los medios de comunicación. Los comentarios y afirmaciones de este documento sólo deben considerarse como una orientación de carácter general para aumentar la cultura previsional.

Consultas: FIAP. Dirección: Avenida Nueva Providencia 2155, Torre B, piso 8, Of. 810-811, Providencia. Santiago – Chile. Fono: (56) 2 23811723, Anexo 10. Mail: fiap@fiap.cl. Sitio Web: www.fiapinternacional.org