

Laura Pilar Duque Santamaría¹

Álvaro Urrutia Santos²

Instrumentos privados de cobertura de las situaciones de dependencia

SUMARIO: 1. INTRODUCCIÓN. 2. MARCO JURÍDICO DE LA DEPENDENCIA EN ESPAÑA. 3. CONFIGURACIÓN TÉCNICA DEL SEGURO DE DEPENDENCIA. 3.1. ¿QUÉ TIPO DE ENTIDADES ASEGURADORAS PUEDE OFERTAR UN SEGURO DE DEPENDENCIA? 3.2. ASPECTOS TÉCNICOS DE UN SEGURO DE DEPENDENCIA DESDE EL PUNTO DE VISTA DE UNA ENTIDAD ASEGURADORA. 3.2.1. *La gestión del riesgo.* 3.2.2. *La configuración de la póliza.* 3.2.3. *Tarificación y reaseguro.* 4. CONCLUSIONES. 5. BIBLIOGRAFÍA.

1. INTRODUCCIÓN

El presente artículo tiene por objeto, como su propio título advierte al lector, el análisis de los principales instrumentos privados de cobertura de las situaciones de dependencia. Su publicación en la revista de Documentación Administrativa editada por el Instituto Nacional de la Administración Pública en un monográfico dedicado al Sistema para la Autonomía y la

¹ Inspectora de Seguros del Estado. Subdirectora General de Ordenación del Mercado de Seguros. Ministerio de Economía y Hacienda

² Inspector de Seguros del Estado. Jefe del Servicio Técnico de la Subdirección General de Ordenación del Mercado de Seguros

Atención a la Dependencia, junto a más de otra veintena de trabajos elaborados por expertos de distintos ámbitos profesionales no hace sino incrementar las probabilidades de que ciertos contenidos comentados en este artículo puedan estar desarrollados con mayor profundidad en otros apartados de la publicación, a los cuales nos remitimos.

El artículo se divide en dos partes. La primera parte del artículo tratará de ir descubriendo a través del actual marco jurídico cuales son los principales instrumentos previstos por el legislador para otorgar cobertura frente a las situaciones de dependencia. La segunda parte del artículo se centra en el estudio de una tipología concreta de instrumentos privados para la cobertura de la dependencia, los productos de seguro, realizando un recorrido a través de sus características técnicas, las distintas alternativas que actualmente se ofrecen y la problemática más habitual que plantean.

Antes de entrar en materia es conveniente delimitar el ámbito al que se circunscribe el presente trabajo. El título de este artículo hace referencia a la “cobertura” de las situaciones de dependencia, con lo que se pretende examinar sólo aquellos instrumentos que, conforme al significado de la palabra “cobertura”, sirven para prevenirse o protegerse del perjuicio patrimonial en el que se incurre cuando se produce una situación de dependencia. Esto elimina del análisis todos aquellos instrumentos privados en los que el elemento de cobertura no se encuentra presente, tales como los de prestación de servicios asistenciales para situaciones de dependencia (atenciones domiciliarias por ejemplo) porque son instrumentos no de previsión, sino dirigidos a la atención de personas una vez se ha manifestado la situación de dependencia. Téngase en cuenta que una de las acepciones la palabra *cobertura* en el diccionario de la RAE es *acción de cubrirse (prevenirse de una responsabilidad)*.

Al hablar de instrumentos privados de cobertura de situaciones de dependencia estamos hablando por tanto de instrumentos preventivos de las situaciones de dependencia. Estos instrumentos preventivos pueden ser de dos tipos: instrumentos para prevenir el acaecimiento de las situaciones de dependencia que podrían ser denominados “no financieros”, e instrumentos para prevenir los costes derivados del acaecimiento de las situaciones de dependencia que, en contraposición con los anteriores, podrían denominarse “financieros”. Los primeros, aunque evidentemente tienen un coste, no es esa su característica principal, sino que consisten fundamentalmente en políticas, campañas y, en última instancia, medidas individuales, adoptadas para promover un estilo de vida activo que impida o retrase en la medida posible las situaciones de dependencia. La justificación de la conveniencia de la existencia de políticas sanitarias con carácter público ha sido ampliamente recogida por la doctrina, y en consecuencia estos instrumentos no pueden considerarse estrictamente privados, por lo que tampoco serán exa-

minados. Finalmente, se encuentran los instrumentos financieros privados para prevenir o hacer frente a los costes derivados del acaecimiento de las situaciones de dependencia, cuyo objeto es proveer a la persona dependiente de los medios económicos necesarios para afrontar el coste de los servicios asistenciales necesarios para atender su dependencia. A diferencia del caso de los instrumentos no financieros, los instrumentos financieros para la cobertura de situaciones de dependencia pueden ser privados o públicos en función del sujeto que deba afrontar la financiación de los costes derivados de la dependencia.

Considerando lo señalado en los párrafos precedentes, el ámbito de nuestro análisis queda acotado a los instrumentos financieros privados de cobertura de dependencia existentes en el mercado español los cuales, por supuesto, no agotan todas las posibilidades o respuestas posibles. Esto implica que el análisis no se hace desde una perspectiva general, sino que se enmarca en una realidad concreta y que, por tanto, la extrapolación de las conclusiones que se presentan, sólo podrá realizarse con las salvedades pertinentes y considerando que en principio sólo son válidas para el entorno español.

2. MARCO JURÍDICO DE LA DEPENDENCIA EN ESPAÑA

En una primera aproximación, podría afirmarse que en principio serían válidos como instrumentos financieros válidos para ofrecer cobertura frente a las situaciones de dependencia todos aquellos instrumentos de cobertura previstos en el ordenamiento jurídico vigente que permitan una planificación financiera, una protección y un ahorro que haga asumible el coste de las prestaciones de servicio derivadas del acaecimiento de la dependencia. Sin embargo, en términos de eficiencia es mejor utilizar aquellos específicamente adaptados a la contingencia frente a la cual ofrecen cobertura, especialmente si el legislador, al considerarlos los más adecuados para este objetivo, les ha conferido características especiales. Por tanto, la determinación de qué instrumentos privados son adecuados para dar cobertura a las situaciones de dependencia requiere necesariamente un examen del marco jurídico regulatorio de la dependencia, labor que se a continuación se realiza.

La publicación del Libro Blanco de la Dependencia en el año 2004 por parte del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales supuso la continuación de un camino emprendido años atrás con el objetivo de dotar a la sociedad española de herramientas que permitieran concebir la verdadera dimensión del problema de la dependencia en España, en el que fue importantísima sin duda la publicación en 1999 de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficien-

cias y Estado de Salud, EDDDES 1999 (INE, IMSERSO, Fundación ONCE, 2001). Además, el Libro Blanco de la Dependencia supuso un paso muy importante en la instauración del actual modelo de atención a la dependencia en España. Este documento permitió la puesta en situación y valoración de un problema sobre el que cada vez se iba manifestando una mayor sensibilización social. Además de contener cuantiosa información cuantitativa sobre los distintos elementos y parámetros que deben ser considerados en el establecimiento de cualquier sistema de atención a la dependencia o “Cuarto Pilar” del Estado de Bienestar, el Libro Blanco contenía una serie de consideraciones finales que tenían por objeto fomentar la reflexión sobre las decisiones políticas que finalmente desencadenaron en el establecimiento de un modelo concreto de sistema de atención a la dependencia.

Dentro de las economías desarrolladas existen tres respuestas diferentes al problema de la dependencia: el modelo universal, el modelo “bismarkiano” y el modelo asistencial. El primero, desarrollado principalmente en los países nórdicos, se basa en el derecho de todos los ciudadanos al acceso a las prestaciones, las cuales son financiadas mediante impuestos. El segundo modelo, centroeuropeo, pasa por la integración del sistema de atención a la dependencia en el sistema de seguridad social, siendo por tanto financiado mediante cotizaciones sociales. Finalmente, el tercer modelo, más frecuente en los países del sur de Europa, otorga acceso exclusivamente a los ciudadanos bajo determinado nivel de renta y suele caracterizarse además por la limitación de las prestaciones a las que pueden acceder estos ciudadanos.

La elección de uno modelo u otro de atención a la dependencia dentro de las opciones señaladas, junto con los principios y funciones que se le asignen, condiciona de manera decisiva el desarrollo de los instrumentos privados de cobertura. En España la instauración del modelo se realizó mediante la aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (Ley de dependencia), la cual ha constituido sin duda un hito en la construcción del Estado de Bienestar en nuestro país. Tal y como la propia Ley proclama, el sistema de atención a la dependencia tiene carácter público y se inspira en una serie de principios entre los cuales se encuentran la universalidad, el carácter primordialmente de servicios, siendo las prestaciones económicas subsidiarias, la integridad, la transversalidad, y la preferencia de las personas en situación de gran dependencia, entre otros. Asimismo, estos principios contemplan la participación de la iniciativa privada en los servicios y prestaciones de promoción de la autonomía personal y atención a la situación de dependencia y la participación de los beneficiarios en el coste de las prestaciones.

En esta Ley se define la dependencia como: “el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.”

Es importante destacar que en este Sistema se fijaron tres grados de dependencia:

- El nivel más bajo o de mayor autonomía es el grado I o dependencia moderada, definida como aquella situación en la que “la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.”
- El siguiente nivel es el grado II o dependencia severa, situación en la que “la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.”
- Finalmente, el grado III o gran dependencia es la situación en la que “la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.”

Cada uno de estos grados de dependencia se clasifican en dos niveles, en función de la autonomía de las personas y de la intensidad del cuidado que requiere, cuyos intervalos han sido establecidos mediante baremos.

La definición de la situación de dependencia realizada por la Ley, junto con los distintos grados en los que se clasifica son elementos esenciales a considerar en el análisis de los instrumentos privados de cobertura, ya que deberán ajustarse a esos parámetros.

La configuración elegida para el sistema de atención a la dependencia en España, al dar prioridad a su carácter público y referirse sólo de manera genérica a la participación de los beneficiarios en el coste de las prestaciones, deja un margen indeterminado a los instrumentos privados de cobertura. El único espacio través de la cual parecen tener cabida los instrumentos financieros privados de cobertura es a través de esa participación de los beneficiarios en el coste de las prestaciones y no de forma total, en la medida que la propia Ley

prevé que ningún ciudadano quedará fuera de la cobertura del Sistema por no disponer de recursos económicos. Es decir, los beneficiarios participarán en la financiación de las prestaciones en la medida en la que dispongan de recursos económicos, realizando una mayor aportación quienes dispongan de mayores recursos. De esta manera, parece que los instrumentos privados de cobertura deberán ir dirigidos a personas con rentas y patrimonios elevados cuyo porcentaje de participación en la financiación sea elevado.

Recientemente se ha desarrollado el denominado *copago* mediante el acuerdo adoptado el 28 de noviembre de 2008 por el Consejo Territorial (instrumento de cooperación para la articulación del Sistema). Mediante este acuerdo se han establecido los parámetros mediante los cuales se valorará la capacidad económica de los solicitantes del sistema de atención a la dependencia. El acuerdo delimita lo que deberá pagar el beneficiario teniendo en cuenta su capacidad económica y el tipo de servicio que reciba, de forma que los beneficiarios con más recursos pagarán más por los servicios, si bien en ningún caso el beneficiario llegará a abonar la totalidad del servicio.

Para medir la renta de los beneficiarios del sistema de dependencia se utilizará como patrón el Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples (Iprem), fijado en 2008 en 516,90 euros. Considerando esto, las personas dependientes cuya renta sea inferior o igual al Iprem no abonarán nada por los servicios que reciban. Aquellos beneficiarios que dispongan de una renta superior a este índice pagarán un porcentaje del coste total del servicio que reciban que deberá ser fijado por cada comunidad autónoma. Por otra parte, el acuerdo establece que el domicilio del beneficiario se tendrá en cuenta únicamente a la hora de fijar su capacidad económica cuando el servicio que reciba sea residencial y viva solo. No obstante, al remitirse a posteriores desarrollos que deben ser realizados por las comunidades autónomas no queda cerrada la cuestión.

En la mencionada Ley de dependencia, los instrumentos privados para la cobertura de la dependencia sólo se mencionan de manera expresa en la disposición adicional séptima, poniendo de manifiesto el papel que se les asigna. En esta disposición adicional séptima se encomendaron al Gobierno dos tareas:

- En primer lugar, que en el plazo de 6 meses realizase las modificaciones legislativas precisas para regular de manera específica la cobertura privada de las situaciones de dependencia, es decir los instrumentos.
- En segundo lugar, con el fin de facilitar la mencionada cofinanciación por los beneficiarios de los servicios de atención a la dependencia, que se promoviera una regulación fiscal favorable de los instrumentos privados de cobertura de la dependencia.

Ambas tareas fueron cumplidas con la aprobación de dos leyes, aunque en orden inverso. Mediante la aprobación de la Ley 35/2006, de 28 de noviembre, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y de modificación parcial de las leyes de los Impuestos sobre Sociedades, sobre la Renta de no Residentes y sobre el Patrimonio se reguló el tratamiento fiscal de determinados instrumentos privados para la cobertura de la dependencia. Posteriormente, mediante la aprobación de la Ley 41/2007, de 7 de diciembre, por la que se modifica la Ley de regulación del mercado hipotecario y otras normas del sistema hipotecario y financiero, de regulación de las hipotecas inversas y el seguro de dependencia y por la que se establece determinada norma tributaria se regularon los instrumentos privados que se el legislador consideró más adecuados para la cobertura de la dependencia.

Comenzando con la regulación de los instrumentos, puede advertirse que ésta se realizó mediante una Ley que no era específica ni exclusiva para ellos. Esta fue la alternativa elegida por el legislador porque en realidad no se iban a diseñar nuevos productos financieros dirigidos a dar cobertura a la dependencia, sino que iban a regularse determinados aspectos de productos ya existentes en cierta medida en el mercado y se iba a flexibilizar su comercialización. La Ley 41/2007 contenía dos disposiciones adicionales en las que se regulaban los dos principales instrumentos que se consideraron especialmente adecuados: la hipoteca inversa y el seguro de dependencia.

La hipoteca inversa se define, para distinguirla de otras modalidades similares de obtención de financiación, como el préstamo o crédito garantizado mediante hipoteca que cumple los siguientes requisitos (todos estos requisitos deben cumplirse simultáneamente para que la operación financiera pueda calificarse como hipoteca inversa):

- Se constituye sobre un bien inmueble que debe ser la vivienda habitual del solicitante.
- El solicitante y los beneficiarios que éste pueda designar han de ser personas de edad igual o superior a los 65 años o afectadas de dependencia severa o gran dependencia.
- El deudor dispondrá del importe del préstamo o crédito mediante disposiciones periódicas o únicas.
- La deuda sólo será exigible por el acreedor y la garantía ejecutable cuando fallezca el prestatario o, si así se estipula en el contrato, cuando fallezca el último de los beneficiarios.
- La vivienda hipotecada ha de ser tasada y asegurada contra daños de acuerdo con los términos y los requisitos que se establecen en la Ley Regulación del Mercado Hipotecario.

Tal y como queda definida en la norma, la hipoteca inversa es una operación financiera que permite hacer líquido el ahorro que se ha materializado en una inversión inmobiliaria, la vivienda habitual, que en la sociedad española suele ser uno de los principales vehículos de ahorro. Esta operación descrita no contiene ningún componente de prevención o planificación previa a la aparición de la situación de dependencia, y por ello no puede considerarse en sentido estricto que la hipoteca inversa sea un instrumento de *cobertura*, ya que en realidad no tiene componentes de prevención o previsión. Por otra parte, su utilización no se limita a situaciones de dependencia, sino que se extiende a todas aquellas personas mayores de 65 años que deseen hacer líquido su patrimonio inmobiliario.

La hipoteca inversa es un crédito que se concede al propietario de una vivienda en el que dicha vivienda sirve de garantía hipotecaria. El propietario recibe mediante un pago único o periódicamente una cantidad sin tener que abandonar su vivienda, y este préstamo o crédito sólo será reembolsado una vez fallezca el deudor o el último beneficiario si se trata de un matrimonio. La entidad financiera calcula el valor de mercado de la garantía (la vivienda) y aplica un porcentaje de seguridad, de manera que se obtiene el capital máximo concedido. Además, se estima la esperanza de vida del receptor de la renta. Con estos dos parámetros: capital máximo concedido y esperanza de vida, se calcula cual es la renta a percibir, de manera que el monto final acumulado de las disposiciones efectuadas junto con los intereses generados (lo normal es que sean operaciones con carencia de intereses) sea igual al capital máximo concedido. Si el receptor sobrevive más de lo estimado por el banco, dejará de percibir cantidades aunque podrá permanecer en su vivienda hasta que fallezca. A su fallecimiento, si existen herederos, éstos podrán optar por la cancelación de la deuda; en caso de no existir herederos o que éstos opten por no cancelar la deuda, la entidad financiera procederá a la ejecución de la garantía hipotecaria.

La regulación de las hipotecas inversas introdujo una novedad muy importante en lo relativo a las entidades que pueden comercializar estos productos ya que permitió que, además de las entidades de crédito, las entidades aseguradoras también pudieran realizar este tipo de operaciones, cosa que hasta entonces no podían por el requerimiento de objeto social exclusivo que consagra el artículo 11 del texto refundido de la Ley de ordenación y supervisión de los seguros privados, aprobado por Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre.

De los elementos destacables de la regulación de la hipoteca inversa cabe señalar finalmente, el énfasis que se ha puesto en la importancia de la transparencia y asesoramiento a los posibles prestatarios o acreditados, considerando su previsible perfil.

Pese a su regulación, la comercialización de hipotecas inversas no ha experimentado un crecimiento significativo en el mercado español. Las causas de esta falta de penetración pueden ser explicadas tanto desde el punto de vista de la oferta como desde el punto de vista de la demanda.

Por la parte de la oferta, no puede afirmarse que las entidades habilitadas para ofrecer hipotecas inversas hayan apostado por este tipo de productos. El actual contexto económico de deterioro del mercado inmobiliario está siendo especialmente perjudicial para este producto porque es previsible que en un porcentaje importante de operaciones la entidad, para cobrar su deuda, deba proceder a la ejecución hipotecaria introduciendo una incertidumbre sobre la rentabilidad de la operación difícilmente asumible. Otro factor relevante en la contracción de la oferta son los potenciales litigios que pueden producirse con los herederos.

Por la parte de la demanda, tampoco ha existido el impulso necesario para dinamizar el mercado de hipotecas inversas. Fundamentalmente existen tres factores que han provocado la escasa demanda. El primer factor, y relacionado con la oferta, es que al aplicarle tipos de interés elevados y porcentajes de reducción sobre el valor de tasación de la vivienda a la hora de calcular el capital máximo a conceder, en muchas ocasiones el producto ofrece una renta tan escasa que no es atractivo. El segundo de los factores es un factor cultural y hacer referencia a las reticencias existentes sobre las liquidaciones del patrimonio hereditario. Esto hace que este instrumento tenga especial interés sólo para personas que carezcan de herederos cercanos. El último de los factores es, en el caso de disposiciones periódicas (ya sean mensuales, anuales u otras) la incertidumbre que supone para el prestamista la posibilidad de que el prestatario o el último de los beneficiarios sobreviva más allá de lo calculado por la entidad financiera. Esto implicaría que el sujeto ha dispuesto la cantidad máxima prevista por la entidad financiera y que por tanto dejaría de percibir cantidades. Las entidades han intentado mitigar este último inconveniente mediante la comercialización de hipotecas inversas en las que se incorpora un seguro de rentas vitalicias diferido que comienza a operar en el caso de que la persona continúe con vida una vez haya dispuesto del capital máximo concedido.

El segundo de los instrumentos privados para la cobertura de la dependencia es el seguro de dependencia. Este seguro está regulado en la disposición adicional 2.^a de la Ley 41/2007 y se define como aquel contrato de seguro que “obliga al asegurador, para el caso de que se produzca la situación de dependencia, conforme a lo dispuesto en la normativa reguladora de la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, y dentro de los términos establecidos en la ley y en el contrato, al cumplimiento de la prestación convenida con la finalidad de aten-

der, total o parcialmente, directa o indirectamente, las consecuencias perjudiciales para el asegurado que se deriven de dicha situación.”

Puede afirmarse que el seguro, por sus características propias, es el instrumento más idóneo para la cobertura de la dependencia, ya que es el único instrumento que puede ofrecer cobertura en sentido estricto y gestión del riesgo de dependencia. El acaecimiento de la situación de dependencia es un riesgo que presenta los siguientes elementos esenciales para contemplarlo desde una perspectiva aseguradora:

- No se sabe si la contingencia va a producirse o no (aunque como demuestran los diversos estudios, la mayoría de las personas cuyo fallecimiento no es accidental, incurren en la última etapa de su vida en situaciones de mayor o menor dependencia).
- Se desconoce el momento en que puede producirse y, por tanto, cuánto tiempo transcurrirá desde que se contrata el seguro hasta que se causa la prestación.
- Se desconoce la intensidad o gravedad con la que va a presentarse.
- No se puede diagnosticar a priori su posible reversibilidad o agravamiento.

Estos elementos hacen que el riesgo de dependencia sea un riesgo cuya gestión puede ser realizada de manera eficiente (salvando las dificultades técnicas de diseño que presenta y que son abordadas en la segunda parte de este artículo) a través del seguro.

Para potenciar su comercialización, la flexibilización del régimen de estos contratos se ha extendido tanto al tipo de contratos a través de los cuales puede instrumentarse como al tipo de entidades que pueden ofrecer este seguro. También se permite que la dependencia sea cubierta por los planes de pensiones, siempre que esta contingencia sea recogida de manera expresa en sus especificaciones. En todos los demás aspectos, la regulación se remite a la normativa general de seguros y planes y fondos de pensiones.

Tal y como se mencionaba anteriormente, la Ley de dependencia, al regular los instrumentos privados de cobertura encomendó al Gobierno no sólo la tarea de regular los productos de dependencia, sino también regular su régimen fiscal. La regulación fiscal de estos instrumentos se realizó a través de la Ley 35/2006, de 28 de noviembre, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y de modificación parcial de las leyes de los Impuestos sobre Sociedades, sobre la Renta de no Residentes y sobre el Patrimonio.

En líneas generales, para la hipoteca inversa, la disposición adicional 15.^a de la citada ley estableció que no tienen “la consideración de renta las cantidades percibidas como consecuencia de las disposiciones que se hagan

de la vivienda habitual por parte de las personas mayores de 65 años, así como de las personas que se encuentren en situación de dependencia severa o de gran dependencia a que se refiere el artículo 24 de la Ley de dependencia, siempre que se lleven a cabo de conformidad con la regulación financiera relativa a los actos de disposición de bienes que conforman el patrimonio personal para asistir las necesidades económicas de la vejez y de la dependencia” y por tanto no tributan estas disposiciones.

Por otra parte, para el caso de los seguros de dependencia, se estableció la posible reducción —con determinados límites— en la base imponible del importe de las primas satisfechas a seguros de dependencia que cubran exclusivamente el riesgo de dependencia severa o de gran dependencia, siempre que se cumplan una serie de requisitos (el contribuyente debe ser el tomador, asegurado y beneficiario, y estos seguros tienen obligatoriamente que ofrecer una garantía de interés y utilizar técnica actuarial).

Como puede observarse, el enfoque de los dos instrumentos privados recogidos específicamente por la normativa vigente para la cobertura de la dependencia parte de dos situaciones diferentes:

- Por un lado, un enfoque, el del seguro de dependencia, que está basado puramente en el concepto de previsión y gestión del riesgo, es decir, en cómo protegerse frente a la posible aparición de una situación de dependencia. Es un enfoque de largo plazo y de cobertura.
- Por otro lado, un segundo enfoque, el de la hipoteca inversa, que pone a disposición de aquellas personas que no disponen de cobertura un instrumento con el que hacer frente a la situación de dependencia.

Los instrumentos hasta ahora examinados (hipoteca inversa y seguro de dependencia) han sido seleccionados por el legislador como los más adecuados para hacer frente a posibles situaciones de dependencia, aunque no agotan la totalidad de las posibilidades existentes en el mercado. Existen también otros tipos de instrumentos o productos, que sin embargo, debido a las dificultades que presentan, han tenido escaso éxito. Dentro de cada uno de esos tipos existen diversas modalidades dependiendo de la definición de las condiciones ofertadas. Estos instrumentos o productos son:

- Cesión-alquiler: mediante esta operación el propietario abandona la vivienda y la cede a una sociedad tercera que se encarga de explotarla en el mercado de alquiler, garantizando una parte del pago de los ingresos obtenidos. El propietario pasa a ser consumidor de un producto residencial adecuado a sus necesidades. Este producto, al igual que la hipoteca inversa, en sentido estricto no puede ser considerado

como un producto de cobertura de la dependencia, ya que no incorpora elementos de previsión. Este instrumento presenta un inconveniente esencial para su desarrollo, y es que requiere el abandono de la vivienda por parte de su propietario, circunstancia que sólo es interesante en caso de que la persona que lo contrate se encuentre en una de las situaciones de dependencia más graves y requiera cuidados permanentes.

- Vivienda pensión: a través de este producto se enajena la vivienda habitual y con el importe obtenido se contrata un seguro de rentas vitalicias. La persona que contrata este producto pierde la propiedad de su vivienda y pasa a ser arrendatario de la misma por lo que una parte de la pensión recibida se destina al pago del alquiler.
- Hipoteca pensión: mediante este producto se suscribe un crédito hipotecario en el que la vivienda actúa como garantía hipotecaria y con el importe obtenido contrata una pensión vitalicia con la que se hace frente a los intereses de la hipoteca y que permite además al propietario mejorar su nivel de vida. Generalmente, en este producto la hipoteca se encuentra en periodo de carencia hasta el fallecimiento del propietario, por lo que a su muerte sus herederos tienen la opción de subrogarse y así no perder la propiedad de la casa o bien ejecutarla y quedarse con el remanente si lo hubiera. Los intereses (que se pueden pactar a tipo fijo o variable) también pueden estar en periodo de carencia o no. En este último caso una parte de la renta debería destinarse al pago de estos. Una de las principales ventajas de este producto es la conservación de la propiedad de la casa y que, por tanto, las posibles revalorizaciones del inmueble quedan en beneficio del propietario. Por el contrario, presenta el inconveniente de que actualmente tiene una fiscalidad perjudicial, ya que en función de la edad de la persona que constituya la renta, esta tributa en función de determinados porcentajes como rendimiento del capital mobiliario. Por otra parte, las rentas vitalicias y temporales también tributan en el impuesto sobre el patrimonio y sin embargo, no se contemplan ni exenciones ni deducciones específicas por los gastos en los que se incurre al contratar estos productos en ninguno de estos impuestos.

Estas dos últimas alternativas, vivienda-pensión e hipoteca-pensión son productos de seguro e implican el pago de una prima muy elevada obtenida a través de un proceso que hace líquido el valor de la vivienda habitual. La posibilidad de que el asegurado fallezca prematuramente habiendo percibido únicamente una pequeña cantidad de dinero a cambio de esta prima supone un riesgo reputacional para las entidades aseguradoras, pues se pue-

de percibir como un enriquecimiento injusto de éstas en perjuicio de las personas mayores. Por ello, estos productos suelen incluir durante los primeros años garantías de contra-seguros de primas, de forma que en caso de fallecimiento prematuro se devolviese a los causahabientes al menos una parte de la prima pagada. El principal inconveniente de esta garantía adicional es su elevado coste.

Aunque tal y como se ha puesto de manifiesto, la hipoteca inversa no es un producto de seguro, dentro del ámbito de la hipoteca inversa existen varias modalidades en las que el seguro podría tener cabida. Esas diferentes modalidades de hipotecas inversas se diferencian entre sí fundamentalmente en el plazo de vencimiento del crédito, en la forma de pago de los intereses, etc. La hipoteca inversa es, comparada con la cesión-alquiler una opción más ventajosa (al menos para las personas que desean continuar viviendo en su vivienda habitual) pues no supone el abandono de la misma. También es más ventajosa porque es transparente y fácilmente comprensible para las personas mayores y porque fiscalmente resulta prácticamente neutra.

3. CONFIGURACIÓN TÉCNICA DEL SEGURO DE DEPENDENCIA

3.1. ¿QUÉ TIPO DE ENTIDADES ASEGURADORAS PUEDE OFERTAR UN SEGURO DE DEPENDENCIA?

Cuando hace unos años comenzó a estudiarse el desarrollo en España de pólizas de seguro privado de dependencia, entre otras cuestiones, no fueron pocos los debates sobre en qué ramo o ramos de seguro, de los previstos en el artículo 6 del texto refundido de la ley de ordenación y supervisión de los seguros privados (TRLOSSP), habían de encuadrarse.

Tal y como ya se ha analizado anteriormente, el riesgo de dependencia recae sobre las personas, sobre su capacidad para valerse por sí mismas en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Es decir, se trata de un *seguro de personas*, de los que define el artículo 80 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de seguro del siguiente modo:

“El contrato de seguro sobre las personas comprende todos los riesgos que puedan afectar a la existencia, integridad corporal o salud del asegurado”.

Aunque lo anterior parece evidente, esta primera consideración permite despejar las dudas de aquellos que pensaban que, en aquellos casos en que la prestación garantizada fuera un servicio de asistencia domiciliaria, se trataba

de un seguro sobre las cosas del ramo de asistencia. En consecuencia, para dilucidar qué tipo de seguro de personas podría ser un seguro de dependencia, hay que analizar la naturaleza del riesgo cubierto y sus causas. Así, la falta de capacidad para valerse por sí mismo en ABVD que cubra un seguro de dependencia tendrá que cumplir dos requisitos:

El primero de ellos tiene como finalidad garantizar que exista un contrato de seguro válido, y consiste en que exista riesgo de que el asegurado quede en situación de dependencia o de que su grado de dependencia se agrave (si la póliza cubre el agravamiento). En caso de que en el momento de formalizarse la póliza el asegurado ya se encontrase en situación de dependencia (por ejemplo, un anciano en estado avanzado de Alzheimer), por aplicación del artículo 4 de la Ley de contrato de seguro, el contrato sería nulo por ausencia de riesgo (salvo que la póliza cubriera el agravamiento y el asegurado fuera susceptible de padecerlo).

Esa falta de capacidad para las ABVD ha de derivar del azar relacionado con el ciclo vital persona:

- Bien por su envejecimiento y consiguiente deterioro.
- Bien porque algún problema de salud haya acarreado la situación de dependencia, de forma reversible o irreversible.
- Bien porque un accidente (por ejemplo un accidente de tráfico que cause una tetraplejia) haya acarreado la situación de dependencia, de forma reversible o irreversible.

Siguiendo este razonamiento alguien podría pensar que un seguro de dependencia podría encuadrarse o bien en el ramo de vida, o bien en el de enfermedad o bien en el de accidentes. No obstante lo anterior, para clarificar estas dudas el legislador español optó por establecer expresamente el régimen de supervisión administrativa del seguro de dependencia en la Disposición adicional segunda de la Ley 41/2007, de 7 de diciembre, por la que se modifica la Ley 2/1981, de 25 de marzo, de Regulación del Mercado Hipotecario y otras normas del sistema hipotecario y financiero, de regulación de las hipotecas inversas y el seguro de dependencia y por la que se establece determinada norma tributaria, regulando, entre otras, las siguientes cuestiones:

Forma jurídica de las entidades aseguradoras que pueden cubrir riesgos de dependencia: todas.

“1. La cobertura de la dependencia podrá instrumentarse bien a través de un contrato de seguro suscrito con entidades aseguradoras, incluidas las mutualidades de previsión social...”

Ramo de seguros en que tiene que estar autorizada la entidad para poder cubrir riesgos de dependencia: vida o enfermedad (ramo 2 de no vida, según

la clasificación de riesgos por ramos recogida en el artículo 6 del TRLOSSP). En caso de mutualidades de previsión social que no tengan ampliación de prestaciones en alguno de estos dos ramos se aplicarán los límites a su actividad del mismo modo que en el resto de riesgos sobre las personas que cubran.

“Conforme a lo establecido en el artículo 6 del Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, las entidades aseguradoras deberán contar con la preceptiva autorización administrativa y demás requisitos necesarios para el desarrollo de la actividad aseguradora en España en los ramos de vida o enfermedad.

Para la cobertura de la contingencia de la dependencia por las mutualidades de previsión social resultará de aplicación lo dispuesto por los artículos 64, 65 y 66 del Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, y su normativa reglamentaria de desarrollo.”

Normativa de aplicación: salvo previsiones específicas sobre este tipo de seguros, que hasta la fecha no existen, salvo las contenidas en la Ley 41/2007, los seguros de dependencia se someten a mismo régimen jurídico y de supervisión que la generalidad de los contratos de seguro en España.

“En defecto de norma expresa que se refiera al seguro de dependencia, resultará de aplicación al mismo la normativa reguladora del contrato de seguro y la de ordenación y supervisión de los seguros privados.”

3.2. ASPECTOS TÉCNICOS DE UN SEGURO DE DEPENDENCIA DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA ENTIDAD ASEGURADORA

En este apartado se van a analizar tres aspectos esenciales a los que ha de hacer frente una entidad aseguradora que pretende cubrir el riesgo de dependencia: la gestión del riesgo en la compañía, la configuración de la póliza (fundamentalmente coberturas, exclusiones, prestaciones) y la elaboración de la nota técnica.

En este apartado se hace referencia a características de los productos de dependencia que comercializan en España las entidades CNP Vida, Caser, Mapfre Vida, Mutual Médica y Agrupació Mutua, aunque sin revelar a quién de ellas corresponden, por motivos de confidencialidad.

3.2.1. *La gestión del riesgo*

Uno de los aspectos esenciales en el momento en que una entidad aseguradora toma la decisión estratégica de ofertar coberturas de dependencia

es precisamente la decisión sobre qué tipo de riesgo de dependencia (dentro de los diversos grupos y niveles que define la legislación) quiere cubrir y cómo lo va a seleccionar y gestionar.

En relación con la selección del riesgo que vaya a asegurar, la entidad deberá fijar aspectos tales como edad máxima de suscripción de la póliza (en la actualidad varias entidades que ofertan este seguro en España la fijan en 65 años y algunas la elevan hasta 74) así como los criterios para valorar si un riesgo se acepta o no, y en caso de ser aceptado, si se considera agravado o no. Para ello las entidades aseguradoras utilizan técnicas que van desde un cuestionario de salud sencillo con preguntas cuya respuesta es Sí/No (si a alguna pregunta se da respuesta afirmativa se deriva al potencial asegurado hacia un análisis más detallado de su estado de salud), hasta un sistema complejo de valoración que construye una especie de *rating* con la valoración del estado general del potencial asegurado utilizando un polinomio que, con una aproximación lineal, permite cuantificar la capacidad del contratante para el autocuidado, la movilidad, la capacidad para realizar tareas domésticas y para tomar decisiones, en función de la importancia (peso) de cada una de las actividades en las que se desglosan esas cuatro capacidades, su dificultad, y la cantidad de apoyo que necesita el potencial tomador para realizarlas, pues todo ello se encuentra previamente parametrizado:

$$\begin{aligned} \text{Puntos_Actividad}_i &= \text{Peso}_i \cdot \text{Dificultad}_i \cdot \text{Apoyo}_i \\ \text{Puntos_Totales} &= \sum_{\forall i} \text{Puntos_Actividad}_i \end{aligned}$$

Además, cada vez son más frecuentes los cuestionarios en los que no sólo se valora la situación física de la persona (edad y factores personales de riesgo de demencia), sino también los antecedentes familiares y el nivel de ingresos.

En relación con la gestión continuada del riesgo de dependencia, cabe mencionar que, precisamente en este riesgo, el papel de las entidades aseguradoras impulsando *actividades de prevención de daños vinculadas a la actividad aseguradora* (como consagra el artículo 3.1.d del TRLOSSP) tendrá un importante efecto en el comportamiento de la siniestralidad. Por ello, algunas entidades ya ofrecen como servicios complementarios en sus pólizas de dependencia, otros servicios como asesoramiento médico telefónico. En este ámbito todavía hay un importante campo para la innovación, incorporando servicios que impulsen en el asegurado hábitos de vida saludables (en la dieta, en la práctica de ejercicio físico, en el mantenimiento de ciertas capacidades mentales...).

Por último, en relación con la gestión del siniestro, además de la gestión administrativa que esto conlleva en cualquier póliza de seguro, las peculiaridades en este caso que tiene que organizar la entidad están relacionadas con

los mecanismos que permitan verificar el acaecimiento del siniestro, es decir, que el asegurado haya incurrido en situación de dependencia. En general, las entidades requieren, por un lado, informe del médico asistencial con indicación de la causa de la dependencia, evolución, pronóstico y tratamiento actual y, por otro lado, reconocimiento médico realizado por los facultativos designados por la entidad.

3.2.2. La configuración de la póliza

En primer lugar analizaremos los riesgos cubiertos: La definición del seguro de dependencia realizada por la Ley reserva esta denominación sólo a aquellos contratos que ofrezcan cobertura frente a las situaciones (riesgo) de dependencia definidas conforme a la Ley de dependencia, de manera que se excluyen aquellos contratos que otorguen coberturas similares que no se ajusten a esa definición, con lo que se ha pretendido una normalización de los contratos, muy útil sin duda en lo que a transparencia de mercado se refiere y en cuanto a la aplicación del régimen fiscal especial que tienen cuando cumplen ciertos requisitos. Asimismo cabe destacar de la definición legal una característica fundamental, que es la posibilidad de que el asegurador otorgue prestaciones para atender total o parcialmente, directa o indirectamente las consecuencias de la dependencia, con lo que se ha tratado de flexibilizar al máximo el contenido del contrato, debiendo entenderse que es posible garantizar prestaciones económicas o de servicios.

En la práctica, a pesar de que la Ley define tres grados de dependencia (moderada, severa y gran dependencia) la entidades están cubriendo en España la gran dependencia y, algunas de ellas, además la dependencia severa. No obstante, en este segundo supuesto, no se considera que el paso a situación de gran dependencia es un agravamiento de la prestación, por lo que, de momento, no se cubren y tarifican estos cambios de estado para que, al producirse el cambio, se otorgue una mayor prestación.

En cuanto a las prestaciones garantizadas, las pólizas comercializadas en España combinan la prestación económica principal (que se suele ofertar en diversos módulos de importe de renta para su contratación) con una cobertura complementaria de fallecimiento antes de determinada edad (por ejemplo 75 años), para que el tomador no tenga la sensación de que si fallece sin haber llegado a ser dependiente la póliza no habrá tenido sentido, y con ciertos servicios complementarios como tele-asistencia, orientación telefónica y otros, como se explica más adelante.

En cuanto a la prestación económica principal, ésta es en la mayoría de los casos una renta vitalicia para el dependiente. También hay algún produc-

to en el mercado que oferta una renta temporal pero entendemos que la esencia de este tipo de seguros requiere que la prestación garantizada sea vitalicia puesto que la ley define el concepto de dependencia calificándolo, entre otros adjetivos, como *irreversible*. Los importes de los módulos de renta a percibir por el dependiente se han fijado, en general, en el mercado en cuantías como 500 € ó 600 €, 1.000 € ó 1.200 €, y 1.500 € ó 1.800 €. Por qué estas cifras? Una posible explicación la podríamos tomar, puesto que todavía no hay suficiente experiencia en nuestro país, de las cifras que utilizan los sistemas públicos de dependencia de nuestros vecinos Francia y Alemania, que tienen un sistema público de atención a la dependencia consolidado (Blay, 2007). En el siguiente cuadro se muestran las cifras de las prestaciones de dependencia en Francia y Alemania (en euros al año) para 2004.

TABLA 1

	Francia	Alemania
Gran dependencia	13.281,24	18.000,00
Dependencia severa	11.383,92	12.000,00
Dependencia moderada	8.538,00	4.800,00

Fuente: BLAY BERRUETA. Sistemas de cofinanciación de la dependencia: seguro privado frente a hipoteca inversa. 2007. Cuadernos de la Fundación. Fundación Mapfre. Y elaboración propia.

Además de esta prestación principal en forma de renta, algunas de las pólizas que se comercializan en la actualidad incluyen la posibilidad de que se cobre en el momento en que se causa la prestación (inicio de la renta) una suma adicional que tiene por finalidad ayudar al dependiente a sufragar gastos de acondicionamiento de vivienda o mobiliario especial para atender a su nueva situación.

Respecto a los servicios de asesoramiento o complemento de la prestación principal, podemos mencionar los siguientes (Barba, 2008), aunque algunos de ellos todavía no se ofertan en las pólizas que se comercializan en España pero pueden ser iniciativas a desarrollar:

Diagnóstico geriátrico especializado. Servicio orientado a hacer un diagnóstico especializado y global del estado de salud de personas mayores con pluripatología, con o sin pérdida cognitiva, que permita hacer una valoración y un pronóstico global que oriente al paciente y a su familia. Con posterioridad a la valoración global, el paciente sería remitido a su médico de cabecera o especialista para un futuro seguimiento. Este servicio especializado está insuficientemente cubierto tanto en el sector público como en el sector privado.

Orientación de servicios de atención a la dependencia. Este servicio se tendría que orientar a facilitar la decisión con respecto al servicio más necesario para una persona en una situación determinada. A menudo las familias no tienen suficientemente claro cuáles son las necesidades que tiene, ni cuál es la mejor solución en cada caso. Una vez definida la orientación se tiene que ayudar a escoger cuál es el mejor dispositivo o la mejor organización para recibir el servicio, teniendo en cuenta la capacidad económica de la familia y sus expectativas en cuanto a la calidad del servicio. En muchas circunstancias hará falta un asesoramiento respecto al funcionamiento del Sistema de atención a la dependencia, y cómo ejercer de la mejor manera posible los derechos que un ciudadano tiene en función de la legislación vigente.

Actividades de prevención. Como se comentaba en el apartado anterior de este trabajo, está demostrado que la prevención retarda la aparición de la dependencia, y en caso de enfermedades crónicas, retrasa su cronicidad y empeoramiento, y también puede ayudar a mejorar la cronicidad de la enfermedad. En los últimos años, han tenido muy buena acogida entre las personas mayores las actividades relacionadas con la memoria, pero hay muchos otros temas a desarrollar: alimentación, movilidad, ejercicio físico...

Formación para un envejecimiento activo, como actividades culturales, turísticas y, en general, aquellas orientadas al mejor empleo del tiempo libre de los mayores. El conjunto de actividades puede ser muy diverso pero tendría que estar centrado en ayudar a explotar todas las potencialidades de la etapa del envejecimiento y el mantenimiento de la autonomía personal. Uno de los temas centrales del envejecimiento activo es fomentar las actividades para aumentar la relación social y evitar el aislamiento. En general, el éxito de estas actividades, cuando están bien diseñadas y ejecutadas, es muy alto.

Asesoramiento legal: hay demandas específicas de las personas mayores, en especial de las que están solas o también en los casos de conflicto familiar, que necesitan un asesoramiento legal cuidadoso y responsable. Hace falta poner especial énfasis en el tema de las tutelas en el caso de hipotéticas incapacidades, en que se necesita canalizarlo hacia instituciones o centros reconocidos.

Asesoramiento financiero y patrimonial. La persona mayor desea mantener un buen nivel económico a partir de los ahorros acumulados a lo largo de su vida laboral, de su patrimonio, y de la pensión pública que percibe. La optimización de la utilización de este conjunto de bienes no es fácil y los productos existentes en el mercado no son siempre los adecuados para las necesidades de una familia en un momento dado y, en caso de que lo fuesen, es frecuente tener dudas ante la decisión y a veces se necesita asesoramiento

independiente antes de contratar productos como una hipoteca inversa, o de acometer reformas en el hogar para acondicionarlo a la situación de un dependiente.

Por último, se mencionan algunas actividades de gestión y promoción de equipos y de servicios materiales, que no necesitan que la entidad aseguradora realice la inversión a que se refieren aunque ésta puede asesorar respecto a ellas así como, en ciertos casos, invertir en su desarrollo como complemento a la actividad financiera de cobertura del riesgo (respetando siempre, por supuesto, la exclusividad del objeto social que tiene toda entidad aseguradora):

- Adaptaciones del hogar.
 - Ayudas técnicas-nuevas tecnologías de la información y comunicación orientadas al tratamiento de enfermedades crónicas y a aumentar la autonomía y seguridad de la gente mayor.
 - Tele-asistencia.
- Atención domiciliaria.
- Centros de día, residencias y apartamentos con servicios.
 - Formación de personal para atender a dependientes.

Por otro lado, respecto a los plazos de carencia, el contrato suele incluir una cláusula de este tipo para permitir la gestión del riesgo y de la antiselección. Al igual que ocurre en otros tipos de seguros de personas, como el de vida o el de decesos, los plazos de carencia son diferentes dependiendo de la causa que haya originado el siniestro. En general, suelen incluirse estipulaciones que prevean lo siguiente:

Sin carencia, en caso de que la causa de la situación de dependencia cubierta por la póliza haya sido un accidente.

Carencia de un año, en caso de que la situación de dependencia cubierta en la póliza tenga su origen en una enfermedad.

Carencia de dos o tres años (según las entidades aseguradoras), en caso de que la situación de dependencia cubierta en la póliza tenga su origen en una demencia senil o en la enfermedad de Alzheimer.

La posibilidad de revisión de la prima. Este es un aspecto técnico y contractual que la experiencia extranjera ha revelado como esencial en la cobertura a largo plazo del riesgo de dependencia. El hecho de que las entidades aseguradoras no cuenten con información estadística que permita estimar con un nivel de confianza elevado la probabilidad de incurrir en situación de

dependencia, así como la probabilidad de supervivencia de un dependiente a largo plazo (necesario para una renta vitalicia), tiene como consecuencia que las entidades necesitan utilizar este mecanismo de reajuste de la prima de un contrato en vigor en función de su experiencia acumulada en relación con el comportamiento de los riesgos cubiertos. A pesar de todo el razonamiento anterior (que justifica la necesidad técnica que tiene una entidad para establecer una cláusula de revisión de prima), la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de seguro y nuestro Código Civil no permiten que se imponga una cláusula que introduzca desequilibrio en el contrato dejando un elemento esencial, como lo es la prima, al arbitrio de una de las partes. Por ello, en caso de que en un contrato de seguro a primas vitalicias (que suele ser lo más habitual) se introduzca una cláusula de revisión de primas, ésta debe redactarse de forma que: a) establezca los criterios objetivos que delimiten en qué años se puede hacer esta revisión; b) especifique qué criterios objetivos determinan su cuantificación; c) en todo caso, concrete el importe máximo (en unidades monetarias o en porcentaje) de subida de prima cada año. Como es lógico, al igual que en los demás tipos de seguro la subida de prima habrá de pre-comunicarse en los plazos generales que para ello establece la Ley de contrato de seguro y habrá de aceptarse por el tomador, pues en caso de no ser aceptada aplicaría el derecho de reducción.

En relación con el valor de reducción (pues en este tipo de pólizas tiene mucho más sentido que el derecho de rescate), en el caso de pólizas de seguro de dependencia que se encuadren en el ramo de vida, en general las entidades aseguradoras permiten que, a pesar de que el tomador deje de pagar las primas, el asegurado no pierda el derecho a la prestación aunque con un valor de capital garantizado inferior al suscrito inicialmente.

Por último, en relación con los elementos personales del contrato, la mencionada Ley 41/2007 permite que una póliza de seguro de dependencia sea tanto individual como colectiva, aunque la regulación fiscal establece un especial tratamiento más favorable en caso de pólizas individuales en las que tomador, asegurado y beneficiarios coinciden.

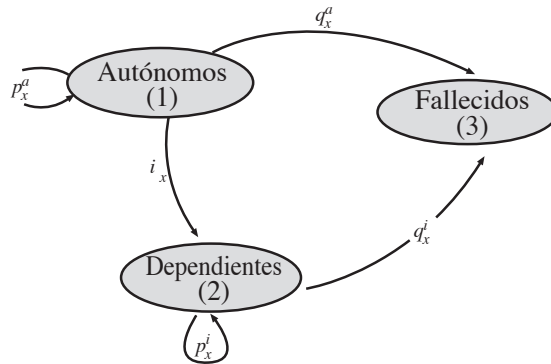
3.2.3. Tarificación y reaseguro

Existen varias técnicas para tarificar un seguro de dependencia. Sin embargo todas ellas descansan sobre una necesidad previa fundamental: información estadística sobre el comportamiento de este riesgo y su evolución en el largo plazo. El problema fundamental que afrontan las entidades aseguradoras españolas es que no existe esa información (aunque cada vez hay más estudios que intentan aproximarla) por lo que las entidades en general están

utilizando aproximaciones a partir de estadísticas de Francia o de Alemania, que son países en los que el modelo de atención a la dependencia existe desde hace varios años y hay más datos.

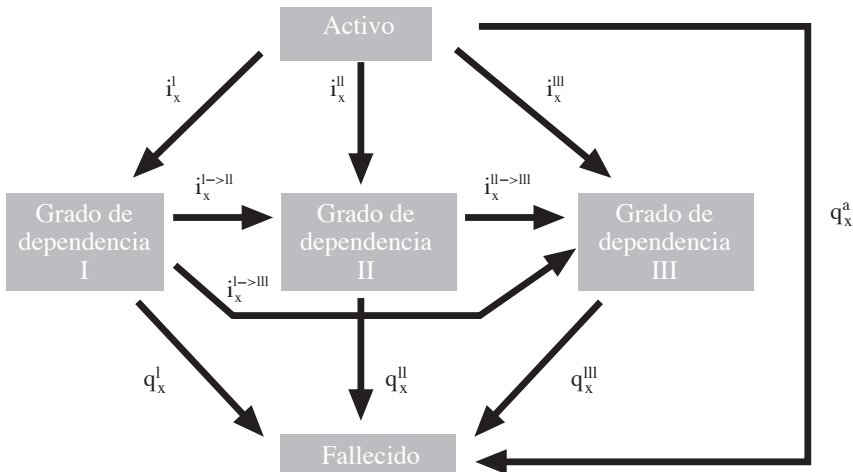
En relación con el modelo de tarificación de la dependencia, podemos distinguir entre modelos sencillos de tres estados (activo, dependiente y fallecido) como el modelo Incidencia-Renta que estima Blay (2007), y otros mucho más complejos -con más estados teniendo en cuenta los grados de dependencia- como el que estiman De Vicente *et al.* (2004) y que requieren ser capaz de estimar todas las probabilidades de cambio de estado. A continuación se muestran gráficamente estos modelos:

ILUSTRACIÓN 1



Fuente: Cyril Caillon. XL Re. 2008. 1

ILUSTRACIÓN 2



Fuente: Ingo Schneider. Hannover Life Re. 2008.

Además, en todos los supuestos también es necesario estimar la probabilidad de supervivencia en cada uno de los estados. En la estimación de todas estas probabilidades es donde reside la principal complejidad de la tarificación de los seguros de dependencia, pues en España no disponemos ni de muchos estudios contrastados empíricamente sobre la tasa de prevalencia de la dependencia (en Epidemiología se denomina prevalencia a la proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento, o periodo de tiempo determinado. La prevalencia de una enfermedad es el número de casos que presentan la enfermedad, dividido por el número de individuos que componen el grupo o la población en un determinado momento), ni sobre la probabilidad de tránsito por edades del estado activo al estado dependiente, ni sobre la ley de supervivencia que modeliza a las personas dependientes. (sobre este último aspecto se ha publicado recientemente un estudio aplicado al caso español de Sánchez Delgado *et al.*, 2008).

El modelo de uso de las probabilidades de transición de unos estados a otros suelen ser las cadenas de Markov y, en la práctica, se utilizan cadenas de Markov con sólo tres estados pues ha de tenerse en cuenta que si se consideran diversos grados de dependencia y si las prestaciones varían dentro de esos grados, hay que distinguir las respectivas circunstancias también desde el punto de vista de los cálculos y eso convierte al modelo en mucho más complejo. No obstante lo anterior, que representa una gran complejidad, es importante no olvidar algunas ideas generales que permiten enfocar adecuadamente el proceso de tarificación y realizar ciertas simplificaciones:

Los fundamentos de cálculos han de ser adaptados al diseño específico del producto: No existen tablas estándar.

Las probabilidades de paso entre grados de dependencia o tipos de asistencia personal no deben quedar desatendidas a la hora de hacer los cálculos.

Puede detectarse un fuerte movimiento migratorio, sobre todo entre los diferentes grados de dependencia, en su mayoría hacia grados de dependencia superiores

Al aumentar el grado de dependencia, aumenta la mortalidad de las personas en situación de dependencia

Puede detectarse una mortalidad de las personas en situación de dependencia claramente creciente durante el primer año tras producirse dicha situación

Una vez que hemos expuesto una panorámica sobre la problemática de la tarificación, no podemos terminar este artículo sin hacer una referencia a la importancia del reaseguro en la gestión por parte de las entidades aseguradoras de seguro directo de los riesgos de dependencia que asumen. En efecto, en el desarrollo del seguro de dependencia en España (al igual que

sucedió con anterioridad en otros países europeos) el reaseguro ha jugado un papel dinamizador esencial, pues sin su know-how y sin su apoyo técnico la salida al mercado de entidades que oferten pólizas de seguro de dependencia no habría sido posible.

Respecto a la gestión técnica del reaseguro, el hecho de que las pólizas de seguro de dependencia sean, en general, vitalicias origina una relación de largo plazo entre la entidad aseguradora y reaseguradora que requiere que ambas trabajen conjuntamente en la redacción de la documentación contractual durante la fase final de diseño del producto. Una vez acordado el clausulado de coberturas se determinan el resto de elementos del contrato de reaseguro. A continuación se recogen diversos criterios generales, pero no ha de olvidarse que este tipo de contratos es *taylor-made*:

En relación con el tipo de contrato, el reaseguro proporcional cuota parte es el típicamente utilizado en los casos en que no hay mucha experiencia. Este es el tipo de contrato que todavía se usa en Francia, donde hay más de veinte años de experiencia, y es el que se está utilizando en España. De momento, o existe reaseguro no proporcional en dependencia.

La definición de las primas del cuota parte puede ser de dos tipos (ambos tiene ventajas e inconvenientes):

Primas Comerciales: La prima cobrada por el Reasegurador es la misma que aquella cobrada por la Cedente utilizando el porcentaje de cesión.

El Reasegurador abona a la Cedente una comisión para la devolución de los gastos (adquisición, gestión de las primas, de siniestros, de rentas)

Las provisiones matemáticas correspondientes a la parte del Reasegurador son idénticas (modulo porcentaje de cesión) a las de la Cedente.

Primas de Riesgo: La prima cobrada por el Reasegurador no coincide con la prima cobrada por la Cedente.

No hay devolución de comisión.

Existe un “gap” al nivel de las provisiones matemáticas puesto que las primas de reaseguro no contemplan los gastos de gestión (rentas, primas, siniestros).

En cuanto a la definición de la prestación del contrato de reaseguro, en general, si la prestación garantizada en la póliza de seguro directo es una renta vitalicia, la prestación del reasegurador estará constituida por pagos en forma de renta vitalicia al igual que la Cedente, y no por el pago de una suma acumulada inicial.

En relación la cláusula de participación en beneficios, normalmente se distingue entre las dos fuentes de beneficios que tiene la entidad reaseguradora:

Los beneficios técnicos (resultado del buen comportamiento de la siniestralidad) se suelen repartir entre asegurador y reasegurador siguiendo el criterio que se estipule en el contrato

Beneficios financieros (rendimientos financieros que vienen por encima de la tasa técnica del producto) se suelen redistribuir a los asegurados. Una forma de redistribución es a través de un sistema de revalorización.

Por último, en relación con la tasa de prima del contrato, y con el mismo fundamento técnico que se ha explicado anteriormente en relación con la posibilidad de revisión de la prima en el contrato de seguro directo, las tarifas suelen ser revisables, incorporándose una cláusula que establece la periodicidad de la revisión, los criterios objetivos que la definen y sus límites.

4. CONCLUSIONES

A lo largo de este trabajo se ha analizado la situación de la legislación que en España ha dibujado el marco regulatorio que permite el desarrollo del seguro de dependencia, y las características esenciales de algunos de los productos que se han empezado a comercializar en nuestro país a un año de la entrada en vigor de esta reforma normativa (Ley 41/2007, de 7 diciembre de 2007).

La protección pública que define la Ley de Dependencia no tiene por qué impedir que el sector privado, tanto desde la perspectiva de cobertura del riesgo, como desde la de la prestación de servicios, se desarrolle reestructurando y complementando en lo posible las soluciones aportadas por el Estado, en la búsqueda del equilibrio necesario entre compromiso y eficiencia. La introducción de soluciones privadas en la protección social de la dependencia responde a distintos motivos y cada uno de ellos permitirá el desarrollo futuro de la iniciativa privada en diferentes líneas:

El principal motivo es la necesidad de paliar la falta de medios que presenta la Seguridad Social, incidiendo en la búsqueda de la cobertura de aquellos estratos hasta ahora protegidos de forma insuficiente, mediante criterios de eficiencia y de racionalidad en el consumo de recursos sanitarios

Otro factor importante es la contribución del sector privado en la financiación del sistema

El sector privado también puede contribuir al mantenimiento de una estructura de coste racional, reduciendo el gasto sanitario público y aportando criterios eficiencia basados en su experiencia en la gestión de riesgos y el control selectivo de servicios.

Adicionalmente, el sector asegurador puede intervenir en la reducción de costes, estableciendo estrategias de recuperación sobre las situaciones de dependencia, es decir, potenciando en lo posible la rehabilitación frente a la asistencia.

Queda un largo camino por recorrer en el desarrollo de productos de seguro de dependencia que alcancen a un porcentaje importante de población que se concencie de sus ventajas para prevenir situaciones futuras de necesidad. Sin embargo, algunas entidades aseguradoras ya están apostando por posicionarse en este camino.

No sólo depende el desarrollo futuro de los seguros de dependencia en España de la actitud de las entidades aseguradoras sino también de las entidades reaseguradoras que acompañan al asegurador directo respaldándole, de la comunidad científica que investigue sobre las leyes de probabilidad que modelizan la dependencia, de los mediadores de seguros que lo distribuyan y asesoren sobre sus ventajas, y de los supervisores que lo impulsen y velen por el cumplimiento de las garantías financieras asociadas al producto.

¡Todos a una!

5. BIBLIOGRAFÍA

- BARBA BOADA, Rafael (2008). "Mutualidades y dependencia. Análisis de la situación y perspectivas de futuro". Barcelona. Federació de Mutualitats de Catalunya.
- BLAY BERRUETA, Daniel (2007). *Sistemas de cofinanciación de la dependencia: seguro privado frente a hipoteca inversa*. Cuadernos de la Fundación Mapfre. 2007. Fundación Mapfre. Madrid.
- CAILLO, Cyril (2008). "El reaseguro del seguro de dependencia". XL Re Europe Limited sucursal en España.
- CAILLO, Cyril (2008). "La tarificación de un seguro de dependencia y la problemática de las bases técnicas". XL Re Europe Limited sucursal en España.
- DE VICENTE MERINO A., POCIELLO GARCÍA E., VAREA SOLER J. (2004). "Elaboración de bases técnicas del seguro de dependencia". *Anales del Instituto de Actuarios Españoles*. Madrid. Instituto de Actuarios Españoles.
- HERNÁNDEZ GONZÁLEZ, Daniel (2001). "El seguro privado dentro de la protección social de la dependencia: perspectivas y riesgos asociados". Madrid. Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras (ICEA).
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (1999). "Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud". Madrid. Instituto Nacional de Estadística (INE).
- MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES (2005). "Libro blanco de la Dependencia". Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (MTAS).
- SÁNCHEZ DELGADO E., LÓPEZ ZAFRA J.M., DE PAZ COBO S. (2008). "La corrección de los tantos de mortalidad de los dependientes: una aplicación al caso español". *Anales del Instituto de Actuarios Españoles*. Madrid. Instituto de Actuarios Españoles.
- SCHNEIDER, Ingo (2008). "El seguro de dependencia en Alemania. Productos privados de asistencia personal considerando la existencia de un Seguro Social de dependencia". Hannover Life Re.