

CÓMO AFRONTAR LOS COSTES DEL SAAD. ANÁLISIS DE REFORMAS EN LOS SISTEMAS DE CUIDADOS DE LARGO PLAZO EN OTROS PAÍSES¹

CRISTINA VILAPLANA PRIETO
Universidad de Murcia y FEDEA

Sumario

1. INTRODUCCIÓN.
2. EJEMPLOS DE REFORMAS EN LOS SISTEMAS DE DEPENDENCIA.
 - 2.1. Alemania.
 - 2.2. Australia.
 - 2.3. Estados Unidos.
 - 2.4. Japón.
 - 2.5. Singapur.
3. ¿Y SI EN ESPAÑA SE PASARA A UN SISTEMA DE PRE-FUNDING?
4. CONCLUSIONES.
5. BIBLIOGRAFÍA.

¹ Agradecimientos a la financiación recibida de los proyectos ECO2011-30323-C03-02 y ECO2011-28501.

1. INTRODUCCIÓN.

Ya ha transcurrido un tiempo suficiente desde la aprobación de la Ley 29/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia como para poder hacer un breve balance de la misma, en los aspectos relativos a financiación, número de beneficiarios y número de prestaciones concedidas. En el Anteproyecto de la Ley de Dependencia se contemplaba una financiación de 4.764 millones de euros para el periodo 2007-2011. A día de hoy se ha constatado que el Presupuesto Definitivo Acumulado para ese mismo periodo ha ascendido a 7.487 millones de euros, es decir, 2.723 millones euros por encima de lo previsto². En cuanto al número de beneficiarios, la previsión en 2007 era de 1.175.764 personas dependientes, y sin embargo, la realidad a fecha 1 de septiembre de 2012, es que antes de que el sistema esté totalmente implementado ya hay reconocidos 1.028.455 beneficiarios (grandes dependientes, dependientes severos y moderados de nivel 2). En cuanto a la previsión de grados, las previsiones de 2007 apuntaban a 205.915 personas grandes dependientes, y según los últimos datos hay 408.511, es decir, 202.596 más de las previstas. El análisis de las prestaciones concedidas muestra que el 51,88% son prestaciones económicas y que la prestación para cuidados en el entorno familiar representa el 45,10% del total de prestaciones. Esta prestación, que inicialmente estaba concebida como una excepción dentro del conjunto de servicios y prestaciones recogidos en la Ley, y que no sirve para generar empleo y actividad económica, se ha convertido en la “prestación estrella” del sistema. En estos momentos, y a pesar de la difícil situación económica y presupuestaria, es preciso

afrontar esta situación mediante tres vías: (1) una mejora de los procesos de valoración de la dependencia, (2) un mayor control en la concesión de las prestaciones económicas y un mayor énfasis en las prestaciones de servicios y (3) una mejor presupuestación de los recursos necesarios para garantizar la viabilidad y sostenibilidad del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia. En este artículo sólo se va a tratar esta última vía, y para tratar de imprimir un cierto enfoque optimista o esperanzador vamos a partir de la base de que España no es el único país que se ha visto obligado a acometer una serie de reformas para garantizar la sostenibilidad financiera de nuestro sistema de cuidados de largo plazo. A lo largo de este artículo se van a analizar las reformas llevadas a cabo en otros 5 países (Alemania, Australia, Estados Unidos, Japón y Singapur). La elección de estos países se basa en que ofrecen un variado abanico de posibilidades, de manera que sin la intención de replicar las reformas llevadas a cabo en ninguno de ellos en particular sí que se pueden tomar ideas sobre cómo establecer un sistema de contribución de los trabajadores, cómo financiar la atención residencial o cómo estimular el aseguramiento privados. En Estados Unidos se están sentando las bases de un nuevo sistema de prestaciones económicas para la dependencia a partir de la creación de un fondo de reservas constituido con las aportaciones de los asegurados. Este mismo procedimiento, se inició unos años antes en Singapur, pero con la diferencia de que el fondo de reservas es gestionado por tres aseguradoras privadas, mientras que en Estados Unidos el responsable es el Department of Health and Human Services. Por otro lado, Japón y Alemania constituyen dos ejemplos interesantes sobre cómo se ha afrontado el problema del desfase

² “Evaluación de resultados a 1 de enero de 2012 sobre la aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y atención a las personas en situación de dependencia”. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

entre los recursos previstos y los gastos realmente generados. Además el caso de Japón es interesante porque existe un cierto paralelismo con España, puesto que las valoraciones de personas en situación de dependencia fueron muy superiores a las inicialmente proyectadas. Por este motivo, y tras sólo 6 años de andadura de su sistema de dependencia se llevó a cabo una reorganización de las prestaciones reconocidas, redefiniendo las funciones de algunas de ellas (como el caso de la atención a domicilio) y limitando también su cuantía. Por su parte, en Alemania se ha constatado una constante preocupación por ajustar ingresos y gastos, para lo cual se han producido varios incrementos en los tipos de cotización al seguro social de cuidados de largo plazo. No obstante, no se ha mostrado la misma preocupación por la actualización de la cuantía de las prestaciones económicas para evitar que perdieran poder adquisitivo.

A continuación, en la sección 2 se analizan en detalle las reformas acometidas en los 5 países mencionados. En la sección 3, se pone sobre la mesa la propuesta de si sería conveniente un sistema de “pre-funding” o de acumulación de reservas para financiar los cuidados de largo plazo en España, y se estudia qué grupos de población deberían contribuir al sistema para que fuese viable. Por último, en la sección 4 se ofrecen unas conclusiones y comentarios finales.

2. EJEMPLOS DE REFORMAS EN LOS SISTEMAS DE DEPENDENCIA.

2.1. Alemania.

El Sistema Social de Cuidados de Largo Plazo de Alemania ha sufrido numerosas reformas que se han ido materializando en un progresivo

aumento de las contribuciones sociales (como porcentaje del ingreso bruto) (Börsch-Supan, 2006; Heinicke y Thomsen, 2010). Inicialmente, en 1995, se fijó una contribución del 1%. El aseguramiento era obligatorio a través del Seguro Social Sanitario. No obstante, los empleadores manifestaron su disconformidad ante este cambio, puesto que la contribución se repartía a partes iguales entre empleador y empleado. Al final se llegó a un acuerdo mediante el cual los empleados renunciaban a un día de vacaciones (“day repentance”), y con el valor económico de dicho día extra compensar el aumento de costes. A pesar de todo, al año siguiente fue preciso aumentar las contribuciones al 1,7%. Posteriormente, durante el periodo 1999-2005 se observó que los gastos en cuidados de largo plazo crecían más que los ingresos y se optó por aumentar la contribución de 1,7% a 1,95% solamente para los cotizantes sin hijos. Implícitamente se estaba suponiendo, que si estas personas carecían de apoyo informal, iban a ser mayores demandantes de servicios sociales de largo plazo, y en consecuencia, su contribución debía ser mayor. En el año 2007, se volvió a observar un nuevo incremento de los gastos por encima de los ingresos y se procedió a un aumento de 0,25 puntos de las contribuciones: de 1,7% a 1,95% para los cotizantes con hijos y de 1,95% a 2,2% para los que no tenían hijos. Por su parte, los pensionistas también deben aportar al sistema de cuidados de largo plazo en función de sus ingresos de jubilación.

Para garantizar la solvencia del sistema se ha establecido el requisito de que las reservas al final de cada año deben ser al menos iguales al 50% del gasto en cuidados de largo plazo generado durante un trimestre.

Llama la atención que aunque los tipos de cotización subieron tres veces en el periodo 1995-2008, la cuantía de las prestaciones no se había ido actualizando, por lo que su poder adquisitivo había disminuido considerablemente. Por fin, en el año 2008 se diseñó un plan en tres etapas (2008, 2010 y 2015) para ir revalorizando progresivamente su valor.

Para ser beneficiario es necesario haber cotizado al menos 2 años (con anterioridad a 2008 se exigía una cotización de 5 años), y es preciso necesitar ayuda para realizar actividades de la vida diaria durante un periodo de al menos 6 meses. Las personas que sufren discapacidades intelectuales, enfermedades mentales y demencias no estaban incluidas en el grupo de beneficiarios hasta la reforma de 2008. De todas formas, aunque se las haya incluido en la actualidad, no reciben prestaciones de ayuda en cuidados personales o tareas domésticas, sino exclusivamente para supervisión.

2.2. Australia.

En Australia se ha establecido un interesante sistema que garantiza tanto la calidad en la atención recibida en los centros residenciales como la sostenibilidad financiera de las mismas (Department of Health and Ageing of Australia, 2012). En primer lugar, los proveedores de cuidados (centros residenciales privados) deben ser verificados por el Gobierno y recibir una certificación de "approved-provider". Esta lista es pública y conocida por las personas que puedan estar interesadas en trasladarse a vivir a un centro residencial (de forma temporal o permanente). En segundo lugar, los usuarios pueden ser categorizados como receptores de un bajo o un alto nivel de cuidados. Si solamente necesitan recibir pocos cuidados deben

financiar su estancia en la residencia mediante un sistema de bonos de alojamiento ("accommodation bonds"), mientras que si precisan de grandes dosis de atención, entonces pagan una tarifa diaria ("accommodation charge"), como máximo de 22 AUS/día.

En relación a los bonos de alojamiento, su cuantía es pactada entre el proveedor y el residente. Para ello el proveedor tiene en cuenta los activos del residente (se puede obtener una valoración de los mismos a través de dos agencias: Centrelink o Department of Veteran's Affairs). El valor de la vivienda habitual se excluye de dicho cómputo si en ella reside un cónyuge o hijo económicamente dependiente o si vive un familiar que ha sido cuidador informal de la persona que va a entrar en la residencia durante al menos 5 años y que carece de otras rentas. Una vez obtenida una valoración de sus rentas y patrimonio, el proveedor puede exigir al residente un bono de alojamiento determinado, pero sabiendo que el residente siempre debe conservar al menos 2,25 veces la pensión básica anual (como la pensión básica en el año es de 18.000 AUS/año, debe conservar al menos 40.500 AUS). El pago del bono de alojamiento puede efectuarse de una sola vez, periódicamente o mediante una combinación de una parte fija a la entrada en la residencia más otra periódica. La duración máxima del bono de alojamiento es de 5 años (puede ser inferior si el residente regresa antes a su hogar o decide cambiar de residencia). Pasados esos 5 años, el proveedor debe devolver el importe del bono, deducido el cobro de las cuotas mensuales, y si el residente continúa viviendo allí el proveedor solamente puede cobrarle una tarifa diaria.

Por ejemplo, consideremos un situación en la que una vez deducido el importe de la pensión

básica anual que debe conservar el residente, el proveedor solicitara un bono de 70.000 AUS. El residente podría optar entre pagar todo de una vez o pagar 40.000 AUS al inicio y el resto en pagos mensuales (en este caso se aplicaría un tipo de interés sobre los 30.000 AUS restantes; en el año 2012 el tipo de interés es del 8,37%). En el primer caso, el proveedor debe deducir una cantidad mensual (fijada en 318 AUS/mes), pero pasados 5 años deberá devolverle 50.920 AUS ($70.000 - 318 \times 60$). En el segundo caso, el proveedor recibirá los pagos mensuales y tendrá 318 AUS/mes del bono de alojamiento, de manera que pasados 5 años deberá devolver al residente 20.920 AUS ($40.000 - 318 \times 60$).

Respecto a la utilidad del bono de alojamiento, el proveedor está obligado a invertirlo y utilizar los rendimientos para mejorar la calidad de las instalaciones de la residencia. Por consiguiente, puede considerarse que este sistema funciona como si el residente hiciera un préstamo al proveedor por el cual no tiene que pagar intereses.

2.3. Estados Unidos.

En marzo de 2010, se aprobó la "Affordable Health Care for America Act", que marcó el inicio de un nuevo programa nacional de seguro de cuidados de largo plazo a nivel nacional, denominado "Community Living Assistance Services and Supports" (CLASS)³. Este programa se financia por medio de contribuciones individuales aunque es administrado por el gobierno federal. Se ha establecido un periodo de transición de 5 años (2011-2015) durante el cual se procederá a la adscripción al programa y al pago de las correspondientes primas, aunque verdaderamente, las primeras prestaciones

no comenzarán a concederse hasta 2016. Para poder participar en este programa es necesario tener al menos 18 años, estar trabajando y alcanzar unos ingresos suficientes como para tener derecho a un trimestre de cobertura en la Seguridad Social (\$1.100 en el año 2010). En relación a la cuantía de las primas que deberán pagar las personas adscritas al programa, su cuantía varía con la edad y se deducen automáticamente de su nómina. Hay que destacar el hecho de que las primas no varían según el estado de salud o el nivel de ingreso, por lo que determinadas personas que antes no pudieran permitirse un seguro de dependencia o a las que se les denegaba por condiciones médicas pre-existentes ahora sí van a tener acceso a esta cobertura. Se ha calculado que la prima promedio es de \$123 (aunque existe una prima reducida de solamente \$5 para estudiantes que trabajan menores de 22 años o trabajadores con muy bajos ingresos).

Aunque inicialmente se haya decidido contratar el seguro, existe la posibilidad de rescindir el contrato. No obstante, y para evitar continuos cambios de decisión, si un ex-asegurado decidiera volver a contratar el seguro, se le calcularía una nueva prima de acuerdo con su edad, con lo que al ser su prima más alta, sufriría una cierta penalización. Además, si se la decisión de volver a reanudar el seguro se produjera después de un lapso de más de 5 años, el re-asegurado debería pagar la prima durante al menos 24 meses seguidos para tener derecho a recibir cobertura.

Para poder recibir la prestación de cuidados de largo plazo es preciso haber contribuido al programa CLASS durante al menos 5 años (de los cuales 3 debe haber estado trabajando).

³ Assistant Secretary for Planning and Evaluation. U.S. Department of Health and Human Services. <http://aspe.hhs.gov/daltcp/reports/2011/class/index.shtml>.

Además, debe presentar una limitación funcional en al menos 2 actividades de la vida diaria durante un periodo superior a 90 días o sufrir una discapacidad cognitiva que requiera supervisión (Alzheimer, esclerosis múltiple...).

Las prestaciones del programa CLASS son solamente económicas, de duración ilimitada y proceden de un fondo constituido a partir de las primas de los asegurados y los intereses generados por las mismas. La cuantía de las prestaciones se hará pública en octubre de 2012 y será determinada por el Department of Health and Human Services con el objetivo de garantizar la solvencia del programa durante al menos 75 años. De todas formas, se ha avanzado que la cuantía de las prestaciones dependerá del grado de discapacidad y será al menos de \$50/día. La prestación se hará disponible a través de la cuenta corriente del beneficiario, y el remanente que pueda quedar de la misma será acumulable de mes a mes, pero no de año a año. Es importante recalcar que es imprescindible seguir pagando la prima aunque se esté cobrando la prestación.

2.4. Japón.

En Japón se han llevado a cabo dos importantes reformas en la provisión de cuidados de largo plazo. En primer lugar, en el año 2000 se creó el "Seguro de Cuidados de Largo Plazo" que tenía como objetivo fundamental reducir el peso soportado por las familias como cuidadoras de personas en situación de dependencia (Campbell e Ikegami, 2003). De hecho el lema de este seguro era "de cuidados por la familia a cuidados por la sociedad". Se trataba de un programa universal para todas las personas de 65 y más años que viviesen tanto en sus hogares como en centros residenciales. La población

objetivo se concentró en la cohorte de más edad porque de acuerdo con las proyecciones disponibles se estimaba que en el año 2030, Japón sería uno de los países más envejecidos del mundo y que el 29,6% de la población japonesa tendría 65 o más años.

El sistema de financiación de este seguro estaba rigurosamente planificado: un 45% a partir de primas que debían pagar todas las personas de 40 y más años (aprox. 2.530 yen/mes); un 45% a partir de impuestos (la mitad nacionales, una cuarta parte de las prefecturas y la otra cuarta parte de los municipios) y un 10% de copago. Hay que destacar dos elementos de este sistema de financiación. Primero, en Japón hay 47 prefecturas y cada una determina su propio presupuesto y las primas que deben pagar sus residentes. Segundo, el copago es fijo, los beneficiarios deben pagar el 100% del servicio y luego la administración les devuelve el 90%.

Con la implantación de este sistema se estimaba que el gasto en cuidados de larga duración ascendería a 5,5 trillones de yens. Sin embargo, la realidad arrojó una cifra final de 6,8 trillones de yens. Este desfase se debió al aumento desproporcionado de los beneficiarios con niveles de dependencia inferiores (denominados "necesidad de apoyo" y "necesidad de cuidados nivel 1"), que pasaron de 840.000 en 2000 a más de 2 millones en 2005 (Tsusui y Muramatsu, 2007).

Por este motivo se llevó a cabo una segunda reforma en el año 2006 (Campbell et al., 2010). El objetivo de la misma fue mejorar la salud mental y física, así como el estado nutricional de las personas mayores con el objeto de retrasar las situaciones de dependencia. Además,

se llevó a cabo una reordenación de las prestaciones que podían recibir: las personas calificadas como “necesidad de soporte 1 y 2” (que agrupaban a las anteriormente denominadas “necesidad de apoyo” y “necesidad de cuidados nivel 1”) y que suponían unos 1,7 millones de beneficiarios sólo recibirían servicios de prevención. El resto de los beneficiarios (calificados como “necesidad de cuidado 1, 2, 3, 4 o 5”) solamente recibirían prestaciones en especie (suprimiéndose las prestaciones económicas). Como contrapartida se amplió la población que podía recibir una prestación, incluyéndose a las personas de 40-64 años que padeciesen alguna de las 16 enfermedades tipificadas (ej: demencia y enfermedades cerebrovasculares).

A la hora de planificar la atención en centros de día o en el domicilio, se llevó a cabo un examen de las necesidades del paciente para determinar dos aspectos: i) cuáles son las necesidades reales de los usuarios y ii) qué tipo de necesidades deben ser cubiertas con cuidados y servicios públicos. El objetivo era tanto acotar la pluralidad de actividades que hasta el momento estaban desempeñando los profesionales socio-sanitarios como llegar a un consenso con el beneficiario para decidir en qué actividades iba a recibir ayuda.

2.5. Singapur.

El caso de Singapur es interesante porque constituye una forma de estimular la inversión en una forma particular de seguros de dependencia. Actualmente los seguros privados de dependencia en España constituyen un producto nicho puesto que el número de asegurados era solamente de 19.526 en el año 2011 (Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Memoria 2011). Dos pueden ser

las razones que hay detrás de este escaso éxito. Primero, porque tradicionalmente han sido considerados como un producto demandado sobre todo por el segmento de población con mayores ingresos o acumulación de activos (Ergas y Paolucci, 2010). Segundo, porque el modelo de prestación de cuidados de largo plazo en España ha estado fundamentado sobre la figura del cuidado familiar. Es preciso solucionar esta especie de “miopía” de los agentes económicos que les induce a concebir las situaciones de dependencia como improbables, lejanas en el tiempo, y que en caso de producirse siempre es posible recurrir al cuidador informal. Según Zhou-Richter et al. (2010) en la medida en que los individuos sean más conscientes de los riesgos de una situación de dependencia (consumo de recursos humanos y económicos, perfil del paciente pluripatológico u ortogerátrico, situaciones de claudicación de las familias que no pueden afrontar por más tiempo el cuidado de una persona en situación de dependencia sin ningún tipo de ayuda) aumentará la demanda de seguros privados de dependencia.

Centrándonos en el programa de Singapur, en el año 2002 comenzó a funcionar un sistema privado de cuidados de largo plazo denominado Eldershield (Hoffman, 2009). Se trata de un programa diseñado por el gobierno aunque administrado por 3 aseguradoras privadas, y que de manera quinquenal es revisado para verificar su sostenibilidad. Pueden suscribir este seguro todas las personas de 40 y más años y deben pagar una prima hasta la edad de 65 años. Existe la posibilidad de no suscribir el programa (opt-out) y también se ha configurado un sistema especial para las personas que ya se encontraban en situación de dependencia antes del año 2002.

La cuantía de la prima depende de la edad y del sexo, pero no del ingreso. El requisito para ser beneficiario de una prestación es no poder realizar 3 actividades básicas de la vida diaria de una lista de 6 (vestirse, lavarse, afeitarse, comer, moverse y cambiar de postura). Las prestaciones que concede el sistema son solamente económicas y tienen duración limitada. Inicialmente eran de 300 SGD/mes durante un máximo de 5 años, pero luego en 2007 se ampliaron a 400 SGD/mes durante 6 años. La prestación puede interrumpirse por recuperación del beneficiario, y reanudarse más tarde, pero en conjunto, no puede superar la duración de 6 años.

3. ¿Y SI EN ESPAÑA SE PASARA A UN SISTEMA DE PRE-FUNDING?

Nos encontramos ante una realidad incuestionable: “se necesita más financiación”, y también ante una disyuntiva: ¿cómo conseguirla? Algunos países han establecido mecanismos de aportación de los trabajadores (en algunos casos los pensionistas también), de forma voluntaria como en Estados Unidos o Singapur, u obligatoria como en Japón y Alemania. Estas contribuciones pasan a integrarse dentro de un fondo específicamente creado para atender al sistema de cuidados a largo plazo. De esta forma, la financiación de los cuidados de largo plazo deja de ser una partida presupuestaria más, al albur de las contingencias económicas. Tal vez éste pudiera ser el momento idóneo para reflexionar sobre la idoneidad de crear algún mecanismo de acumulación reservas para España (o en terminología anglosajona de “pre-funding”), para lo cual hay que sopesar sus ventajas y sus inconvenientes.

Un sistema de pre-funding o de acumulación de reservas para afrontar los costes futuros asociados a los cuidados de largo plazo presenta dos importantes ventajas. Primero, evita incrementos bruscos de cotizaciones o impuestos (“tax-smoothing”) que pudieran producirse si hubiera que corregir un desfase imprevisto entre gastos asociados a cuidados de largo plazo y la financiación presupuestada. Segundo, minimiza la posibilidad de que los posibles déficit en la financiación de la dependencia pudieran derivar en una mayor deuda, y por consiguiente, no se trasladan cargas financieras a las generaciones futuras.

No obstante, y a pesar de estas ventajas hay que reconocer que los comienzos de un sistema de estas características son difíciles porque exigen un esfuerzo financiero por parte de las actuales generaciones de jóvenes y adultos para poder iniciar el proceso de acumulación de reservas. Por ejemplo, en el caso de Estados Unidos se ha previsto un periodo de carencia de cinco años (2011-2015) durante el cual se van acumulando las aportaciones de los asegurados, pero no se concede ninguna prestación.

Pero dadas las perspectivas demográficas que apuntan a un mayor peso de la cohorte de población de edad avanzada y a un menor peso de la cohorte de población en edad de trabajar, tal vez no sería equitativo en términos inter-generacionales que los jóvenes/adultos contribuyeran a financiar un sistema del cual se beneficiarían en gran parte las personas mayores, las cuales habrían aportado proporcionalmente mucho menos a la constitución de dichas reservas. En este sentido, se ha comprobado que no existe una única opción para resolver este problema. En Japón, Estados Unidos y Alemania, los jubilados o pensionistas continúan

aportando al sistema. En Alemania se ha producido una escalada sucesiva de los tipos de cotización para cubrir los gastos en dependencia. Por otra parte, en Japón y en Singapur, para no gravar en exceso a las cohortes más jóvenes, se ha optado porque la contribución al sistema no empiece con el inicio en la vida laboral sino a los 40 años.

Como propuesta final de este artículo nos planteamos cómo se debería crear un fondo de reservas cuya finalidad fuese asegurar que el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia fuese sostenible a largo plazo. Para ello, partimos de la fórmula que comenzó a aplicarse en el año 2005 en Alemania para revalorizar las pensiones (Börsch-Supan, 2006):

$$P_t = P_{t-1} \cdot \frac{IN_{t-1}}{IN_{t-2}} \cdot \left[1 - \frac{\frac{Pens_{t-1}}{Cot_{t-1} + Des_{t-1}}}{\frac{Pens_{t-2}}{Cot_{t-2} + Des_{t-2}}} \cdot \alpha + 1 \right] \quad (2)$$

donde P representa la pensión de jubilación, IN es el ingreso promedio de los contribuyentes (neto de impuestos y contribuciones), $Pens$ es el número de pensionistas de jubilación, Cot es el número de cotizantes y Des el número de desempleados. La expresión entre corchetes sirve para tener en cuenta el cambio en los parámetros demográficos a la hora de planificar la revalorización de las pensiones. El parámetro α , que toma valores entre 0 y 1, sirve para redistribuir el ajuste de la pensión entre cotizantes y pensionistas. Por ejemplo, si α fuera igual a 1 todo el peso del ajuste recaería sobre los pensionistas. Por otra parte, la evolución relativa de pensionistas respecto a cotizantes más desempleados indica si la pensión debe aumentar, reducirse o permanecer constante:

$$\frac{Pens_{t-1}}{Pens_{t-2}} \cdot \frac{Cot_{t-2} + Des_{t-2}}{Cot_{t-1} + Des_{t-1}} \begin{cases} > \frac{Cot_{t-2} + Des_{t-2}}{Cot_{t-1} + Des_{t-1}} \rightarrow \text{Aumenta } P_t \\ = \frac{Cot_{t-2} + Des_{t-2}}{Cot_{t-1} + Des_{t-1}} \rightarrow \text{Igual } P_t \\ < \frac{Cot_{t-2} + Des_{t-2}}{Cot_{t-1} + Des_{t-1}} \rightarrow \text{Disminuye } P_t \end{cases} \quad (2)$$

Tomando como referencia esta fórmula, definimos una similar que fuese aplicable a nuestro sistema, en donde $Benef$ SAAD se refiere al número de beneficiarios reconocidos del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia y Af denota el número de afiliados a la Seguridad Social. La comparación entre la evolución del número de beneficiarios y el número de afiliados pudiera ser considerada como un indicador sobre la evolución de las pensiones de cuidados de largo plazo:

$$\frac{Benef\ SAAD_{t-1}}{Benef\ SAAD_{t-2}} \cdot \frac{Af_{t-2}}{Af_{t-1}} \begin{cases} > \frac{Af_{t-2}}{Af_{t-1}} \rightarrow \text{Aumenta } P_t \\ = \frac{Af_{t-2}}{Af_{t-1}} \rightarrow \text{Igual } P_t \\ < \frac{Af_{t-2}}{Af_{t-1}} \rightarrow \text{Disminuye } P_t \end{cases} \quad (3)$$

Utilizando datos del SAAD y de la Encuesta de Estadísticas Laborales sobre afiliados a la Seguridad Social, la Tabla 1 muestra la evolución de los respectivos cocientes entre beneficiarios y afiliados. Para todos los años el ratio entre beneficiarios es superior al ratio entre afiliados, aunque las diferencias entre ambos se han ido reduciendo, lo que debiera interpretarse como un signo a favor de la reducción de las pensiones de dependencia. De todas formas es necesario realizar dos matizaciones sobre la afirmación anterior. Primero, parte del desfase entre ambos ratios se debe a la asincronía entre la evolución del SAAD (creado en 2007, justo antes del inicio de la crisis económica) y la evolución del mercado de trabajo. Segundo, la diferencia entre ambos ratios se ha ido reduciendo con el paso de los años, de forma que para con la actualización de datos de los

últimos meses de 2012, casi podría alcanzarse una igualación entre ambos, que debiera ser interpretado como un síntoma de a favor de

estabilidad en la cuantía de las prestaciones de dependencia.

Tabla 1. Evolución de los beneficiarios con derecho a prestación del SAAD y de los afiliados a la Seguridad Social.

	Beneficiarios con derecho a prestación SAAD	Afiliados a la Seguridad Social
2008	422.846	19.005.600
2009	717.044	17.916.800
2012	888.962	17.581.800
2011	1.053.957	17.336.300
2012 (sept)	1.028.455	16.682.400

	Benef _{t-2} Benef _{t-1}	Af _{t-2} Af _{t-1}
2010	1,6958	0,9427
2011	1,2398	0,9813
2012	1,1856	0,9855
2013	0,9758	0,9628

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia y del Boletín Mensual de Estadísticas Laborales.

Puesto que en Alemania, Estados Unidos y Japón las personas jubiladas también contribuyen al sistema, se ha procedido a utilizar la fórmula (3) para comparar la evolución de los beneficiarios del SAAD con la suma de afiliados y pensionistas de jubilación (y adicionalmente de pensionistas de incapacidad permanente). Como se muestra en la Tabla 3,

tanto en las contribuciones de los trabajadores como de parte de la población inactiva (jubilados, incapacitados permanentes).

$$\frac{Af_{t-2} + PJ_{t-2}}{Af_{t-1} + PJ_{t-1}} \quad \text{o} \quad \frac{Af_{t-2} + PJ_{t-2} + PI_{t-2}}{Af_{t-1} + PJ_{t-1} + PI_{t-1}}$$

son ligeramente superiores que $\frac{Benef_{t-2}}{Benef_{t-1}}$

para el año 2013, lo que podría interpretarse como un signo de que si se estableciera un sistema de "pre-funding", éste debería basarse

Tabla 2. Evolución de los beneficiarios con derecho a prestación del SAAD, afiliados a la Seguridad Social, pensionistas de jubilación y de incapacidad permanente.

	Beneficiarios SAAD (Benef)	Afiliados SS (Af)	Pens. de jubilación (PJ)	Pens. de incap. Permanente (PI)
2008	422.846	19.005.600	4.936.840	906.830
2009	717.044	17.916.800	5.038.860	920.860
2012	888.962	17.581.800	5.140.600	933.730
2011	1.053.957	17.336.300	5.246.241	938.490
2012 (agost)	1.028.455	16.682.400	5.338.390	944.890

	$\frac{\text{Benef}_{t-2}}{\text{Benef}_{t-1}}$	$\frac{\text{Af}_{t-2} + \text{PJ}_{t-2}}{\text{Af}_{t-1} + \text{PJ}_{t-1}}$	$\frac{\text{Af}_{t-2} + \text{PJ}_{t-2} + \text{PI}_{t-2}}{\text{Af}_{t-1} + \text{PJ}_{t-1} + \text{PI}_{t-1}}$
2010	1,6958	0,9588	0,9609
2011	1,2398	0,9898	0,9908
2012	1,1856	0,9934	0,9939
2013	0,9758	0,9756	0,9768

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia y del Boletín Mensual de Estadísticas Laborales.

4. CONCLUSIONES.

La consecución de un sistema de cuidados de largo plazo universal, de calidad y financieramente sostenible no debe ser un objetivo irrenunciable. El hecho de que un sistema sea universal no es obstáculo para que exista una selección de las prestaciones sobre la base de las necesidades de cuidado. La meta a la que se debe aspirar es el logro de un sistema capaz de responder a las demandas de aquellos que más lo necesitan (asegurando la igualdad de tratamiento y "good value of money"). Por otra parte, somos conscientes de que el buen funcionamiento del sistema de cuidados a la dependencia requiere de cantidades crecientes de recursos y que posiblemente, el modelo de financiación que se había previsto en sus comienzos deba ser modificado. Por el

momento, el Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad, que se analizará con más detalle en el artículo de "Financiación del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia", ha aprobado una reducción de las cuantías máximas de las prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar, y, una disminución de la financiación de la Administración General del Estado para el nivel mínimo del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. No sabemos si estas medidas serán suficientes, pero lo que sí parece claro es que se ha optado por reducir gastos más que por buscar modelos alternativos de financiación. Tal vez el momento actual no sea el escenario idóneo, y la realidad económica y social se está volviendo tan convulsa y con tanta incertidumbre que los

cuidados a la dependencia pasan a un segundo plano, pero tampoco los países comentados en el capítulo han acometido sus reformas en momentos fáciles, sino cuando las circunstancias así lo han requerido.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Börsch-Supan, A. H. (2006). "What are NDC systems? What do they bring to reform strategies?" In *Pension Reform: Issues and Prospects for Notional Defined Contribution (NDC) Schemes*, ed. R. Holzmann and E. Palmer, chapter 3. Washington, DC: World Bank.
- Campbell, J., Ikegami, N. (2003). Japan's radical reform of long-term care. *Social Policy & Administration* 37(1), 21-34.
- Campbell, J., Ikegami, N., Gibson, M. (2010). Lessons from public long-term care insurance in Germany and Japan. *Health Affairs* 29(1), 87-95.
- Department of Health and Ageing of Australia (2012). Accommodation bonds for residential aged care. Australian Government. Department of Health and Ageing. Information Sheet No. 16.
- Ergas, H., Paolucci, F. (2010). Providing and financing age care in Australia. *Health and Ageing*. No. 23. Geneva Association Information Newsletter, October.
- Heinicke, K. Thomsen, L. (2010). The social long-term care insurance in Germany: origin, situation, threats and perspective. Discussion Paper No. 10-012. Center for Economic Research.
- Hoffman, J. (2009). Singapore long-term care plan. Eldershield government sponsored, privately sold. Society of Actuaries of Singapore. *International News*. Issue No. 49.
- Tsutsui, T., Muramatsu, N. (2007). Japan's universal long-term care system reform of 2005: containing costs and realizing a vision. *Journal of the American Geriatric Society* 55(9), 1458-1463.
- Zhou-Richter, T. (2010). Don't they care? Or, are they just unaware? Risk perception and the demand for long-term care insurance. *Journal of Risk and Insurance* 77(4), 715-747.

