

DEPENDENCIA: FINANCIACIÓN PÚBLICO- PRIVADA Y SOSTENIBILIDAD

ADELINA COMAS HERRERA

Research Fellow, London School of Economics and Political Science

Sumario

1. MODERACIÓN DEL GASTO EN DEPENDENCIA: ¿PODEMOS ROMPER EL VÍNCULO ENTRE EDAD Y DEPENDENCIA?

2. OPTIMIZAR LOS RECURSOS: ¿PODEMOS SER MÁS EFICIENTES CON LOS RECURSOS QUE TENEMOS?

3. AUMENTANDO LA PROPORCIÓN DE RECURSOS DESTINADOS A LA DEPENDENCIA.

3.1. Eficiencia.

3.2. Equidad.

3.3. La promoción de la dignidad, la elección y la independencia.

3.4. La promoción de la solidaridad.

3.5. Sostenibilidad política, económica y fiscal.

4. LOS MECANISMOS DE FINANCIACIÓN DE LA DEPENDENCIA.

4.1. Recursos individuales y familiares: apoyo informal y ahorro privado.

4.2. Seguros privados.

4.3. Seguro privado con apoyo del sector público.

4.4. Sistemas de Seguridad Social.

4.5. Sistemas financiados por impuestos.

4.6. Estrategia mixta: colaboración publico-privada.

5. CONCLUSIONES.

6. BIBLIOGRAFÍA.

PALABRAS CLAVE

Dependencia, financiación, seguros de dependencia, Seguridad Social, financiación de la dependencia.

RESUMEN

Sabemos que en las próximas décadas, si se cumplen las proyecciones demográficas, habrá muchas más personas que necesitaran servicios de dependencia. Y esto conlleva un reto muy importante, ante el que podemos identificar tres vías de actuación principales: La primera sería conseguir moderar o reducir las causas de la dependencia y, como consecuencia, el gasto futuro. La segunda requeriría optimizar los recursos que se destinan a la dependencia a través de mayor eficiencia en el sistema. Y, finalmente, la tercera requiere aumentar los recursos destinados a financiar la dependencia. Este artículo se va a centrar, sobre todo, en esta tercera vía. Vamos a discutir las principales fuentes de recursos para financiar la dependencia: el cuidado informal, ahorro privado, seguros de dependencia, sistemas de seguridad y financiación a través de impuestos, así como las posibilidades de cooperación entre la financiación pública y privada.

KEYWORDS

Long-term care financing, long-term care insurance, Social Security systems, long-term care finance, social care, social care finance, long-term care.

ABSTRACT

We know that in the next decades there will be a huge increase in the numbers of people requiring long-term care, which will be a challenge to most long-term care systems. There are three key ways to respond to this challenge: the first is to moderate future need for care, through finding ways to moderate or even reduce the need for long-term care. The second would require an increase in the efficiency of care systems, so that the resources that are available are used to achieve as much improvement as possible in the wellbeing of people with care needs. Even if we are reasonably successful at these first two ways, it will still be inevitable that we will need to use more resources to finance long-term care in the near future. This article reviews the main ways in which long-term care can be financed, including informal care, private income and savings, private insurance, social security and taxation. It also explores the possibilities for public-private partnerships in the financing of long-term care.

El futuro es, inevitablemente, incierto. Pero si hay una cosa de la que podemos estar seguros, es de que en los próximos veinte años tendremos que destinar muchos más recursos a la dependencia de los que estamos destinando hoy. Esto es, por supuesto, el resultado de un gran logro: hay muchas más personas que pueden vivir vidas más largas. Y podría ser, también, una oportunidad.

El que más personas alcancen edades más avanzadas también significa que más personas necesitarán cuidados a causa de dependencia y que, probablemente, necesiten estos cuidados durante más tiempo. Las proyecciones más recientes de los países de la UE sugieren que, de acuerdo con las tendencias demográficas, los perfiles de necesidad y niveles de uso de servicios actuales, en los próximos 40 años el gasto público en dependencia en la mayoría de países va a ser más del doble de lo que es actualmente.

Aunque la demografía es el principal factor determinante de la velocidad a la que se espera que aumente el gasto en dependencia, hay muchos otros factores que influyen. El nivel de dependencia de la población de mayores es una variable importantísima, ya que no es el número de personas mayores el que determina el nivel de gasto, sino el número de personas con dependencia. Es crucial, también, el nivel de uso de servicios formales. Y, cuando solo se proyecta el gasto público, el nivel de cobertura que ofrece el sistema público.

Según las proyecciones de la Comisión Europea, en España el gasto público en dependencia, si se mantiene el perfil de necesidad y nivel de cobertura del 2010, entre 2010 y 2060 pasaría de representar un 0.8 por ciento del

producto interior bruto (PIB) a un 1.6 por ciento (ECFIN 2012, p. 205). Sin embargo, bajo un escenario en que el nivel de cobertura público llegara a convergir con la media europea, en 2060 el nivel de gasto público subiría a un 3.1% del PIB (p.214).

Ante este reto podemos identificar tres vías de actuación principales: la primera sería conseguir moderar o reducir las causas de la dependencia y, como consecuencia, el gasto futuro. La segunda requeriría optimizar los recursos que se destinan a la dependencia a través de mayor eficiencia en el sistema. Y, finalmente, la tercera requiere aumentar los recursos destinados a financiar la dependencia. Este artículo se va a centrar, sobretodo, en esta tercera vía.

1. MODERACIÓN DEL GASTO EN DEPENDENCIA: ¿PODEMOS ROMPER EL VÍNCULO ENTRE EDAD Y DEPENDENCIA?

La edad, por sí sola, no es causa de dependencia. Por lo contrario, las personas mayores sanas no sólo no requieren ayuda, sino que hacen aportaciones importantísimas a la sociedad. La dependencia se debe en la mayor parte a las consecuencias de enfermedades crónicas incapacitantes, un proceso que Verbrugge y Jette (1994) describieron con mucha claridad: una patología (que puede ser una enfermedad crónica o resultado de un accidente), puede tener como consecuencia disfuncionalidades que, a su vez pueden generar limitaciones funcionales (es decir, restricciones en las acciones físicas o mentales que se pueden llevar a cabo) y que, como consecuencia, pueden resultar en dependencia. Cada uno de los pasos por los que se llega a una situación de dependencia ofrece una oportunidad de prevención, de moderación, y en algunos casos de curación.

La edad no deja de ser uno de los principales factores de riesgo de muchas de las enfermedades crónicas discapacitantes, por lo que, cuantas más personas alcanzan edades avanzadas, más personas se ven expuestas al riesgo de estas enfermedades y durante más tiempo, lo que, en principio, repercutiría en un aumento en el número de personas con dependencia.

Tal como sugieren Verbrugge y Jette (1994), existen amplias oportunidades para prevenir, o retrasar, las principales enfermedades crónicas que causan dependencia. Por ejemplo, la hipertensión es uno de los factores de riesgo de la demencia vascular. Un estilo de vida más activo y saludable y un buen control de la hipertensión podrían, potencialmente, reducir la probabilidad de desarrollar demencia de origen vascular (Jagger et al., 2009). Y una vez ya se tiene una enfermedad crónica, aún hay oportunidades para evitar, reducir o retrasar la dependencia. Un buen tratamiento de las enfermedades crónicas puede evitar o disminuir sus consecuencias discapacitantes. Y, aun cuando hay una discapacidad, existen también oportunidades para evitar la dependencia, como modificaciones en las viviendas y utensilios de la vida diaria.

A medida que aumenta el número de personas mayores, sería de esperar que el sistema sanitario se adaptara al cambio demográfico y un nuevo perfil de necesidades de la población, de forma que hubiera mucho más énfasis en la prevención de la dependencia a través de un mejor tratamiento de las enfermedades crónicas, y tal vez menor énfasis en alargar vidas a cualquier coste.

Sin embargo, por ahora la evidencia no sugiere que las mejoras de la salud vayan a suce-

der lo suficientemente rápido y en suficiente cuantía como para que haya una “compresión de la morbilidad” que compense por los aumentos en el futuro número de personas mayores con dependencia los próximos años. Por lo tanto, parece inevitable que habrá que aumentar la proporción de los recursos destinados a financiar los servicios de dependencia (Lafortune and Balestat, 2007).

2. OPTIMIZAR LOS RECURSOS: ¿PODEMOS SER MÁS EFICIENTES CON LOS RECURSOS QUE TENEMOS?

Es posible, también, buscar formas más eficientes de atender la dependencia. En un contexto en que los recursos son escasos es especialmente importante hacer el mejor uso posible de los recursos disponibles.

La eficiencia puede ser entendida como el logro del máximo rendimiento, en términos de cantidad y calidad, para un nivel dado de gasto. En el contexto de los servicios de dependencia, es importantísimo entender que el objetivo no es maximizar el número de unidades de servicio financiadas, o incluso el número de personas atendidas sino el impacto que estos servicios tienen en la calidad de vida de los usuarios y cuidadores (Wittenberg et al., 2002). Los resultados de los servicios para personas con dependencia son difíciles de definir y medir, pero proyectos como ASCOT están progresando mucho en esta área (Netten et al. 2012). La recogida de información sobre el impacto de los servicios en los individuos es una herramienta clave para la toma de decisiones racionales sobre la mejor forma de utilizar los recursos. Por ejemplo, a la hora de decidir si dedicar más recursos a atención domiciliaria, centros de día, residencias o tele asistencia, deberíamos

entender el impacto de gastar un euro más o menos en cada uno de estos servicios en la calidad de vida de sus usuarios. También es muy importante entender que factores como el nivel y tipo de necesidades de los usuarios van a determinar el efecto que un servicio puede tener en su calidad de vida. Por ejemplo, ECCEP, uno de los estudios pioneros en esta área encontró que, para personas con demencia avanzada, los centros de día eran mucho más eficientes que la atención domiciliaria (Davies and Fernández, 2000), ya que reducían más el nivel de estrés de los cuidadores informales.

3. AUMENTANDO LA PROPORCIÓN DE RECURSOS DESTINADOS A LA DEPENDENCIA.

En esta sección hago una revisión de los principales mecanismos disponibles para generar fondos para financiar la dependencia, evaluando cada mecanismo en relación con los principales criterios de evaluación de políticas sociales. Es importante tener en cuenta que puede haber una multiplicidad de objetivos relacionados con la dependencia y su importancia relativa varía dependiendo del contexto nacional. Siguiendo el trabajo de Wittenberg (1999), Wittenberg y Malley (2007), Glendinning et al., (2004), Wanless (2006) y Fernández et al. (2009), en este artículo vamos a utilizar los siguientes criterios:

- Eficiencia.
- Equidad.
- Sostenibilidad política, económica y social.
- Promoción de la dignidad, libertad de elección e independencia.
- Promoción de la solidaridad.

3.1. Eficiencia.

Los recursos no son infinitos, y dadas las limitaciones en las cantidades de recursos disponibles, es importante tener en cuenta el impacto de diferentes mecanismos de financiación en la eficiencia con que se utilizan los recursos disponibles para sanidad y servicios sociales.

Un obstáculo al logro de la eficiencia, en la práctica, son los incentivos que el sistema de financiación genera para transferir costes a otras agencias, o al individuo. Por ejemplo, si la agencia responsable de la evaluación de las necesidades no es también responsable de la financiación de los servicios, puede que tenga incentivos para maximizar el número de personas clasificadas como dependientes. Otro ejemplo serían los incentivos generados por los sistemas de copago: en el caso en que la contribución familiar o individual a los servicios residenciales sea superior a la contribución de los usuarios a los servicios de atención domiciliaria o centros de día puede darse una situación en la que los organismos públicos promuevan la institucionalización, aunque la atención domiciliaria sea preferible para el usuario y más económica.

El sistema de financiación también debería favorecer que haya una oferta de servicios adecuada. A este respecto, los medios por los que se distribuyen los recursos (prestaciones económicas, cupones, o dando servicios) afectarán el tamaño y la naturaleza del mercado de servicios de dependencia, el nivel de competencia y los precios de los servicios. Los responsables políticos deben equilibrar las ventajas de los mercados más competitivos con un marco normativo que garantice la calidad de los servicios.

Los mecanismos de financiación también afectan la coordinación entre los servicios especialmente entre los servicios sanitarios y sociales. En muchos países, la financiación de los servicios sanitarios y sociales es diferente, con copagos mucho más elevados para los servicios sociales (McDaid et al., 2007). A menudo esto crea situaciones en que personas con necesidades muy similares pueden pagar cantidades muy diferentes por su asistencia en función de si han sido clasificados en el sistema de servicios sociales o en el de sanidad, lo que genera incentivos que pueden resultar perversos.

Otra cuestión relacionada con la eficiencia que hay que considerar es el grado en que el sistema promueve o dificulta la cooperación entre individuos, sus familias y el estado para financiar la dependencia. Por ejemplo, en el caso de normas de copago que penalicen de forma excesiva a las personas que han ahorrado con prudencia para su jubilación, de forma que estén obligados a aportar la mayor parte o todos sus ahorros para pagar sus costes de dependencia (este problema puede ser particularmente grave en sistemas en los que el apoyo público se dirige exclusivamente a personas con medios muy bajos), es muy posible que el sistema público pierda recursos muy considerables si los individuos, en un intento de evitar lo que consideran copagos excesivos e injustos, encuentran formas para esconder o incluso agotar todos sus recursos financieros mediante, por ejemplo, transferencias a sus familiares.

3.2. Equidad.

La equidad es un objetivo ampliamente aceptado de los sistemas públicos de dependencia y, en general, el estado de bienestar. Sin embargo, hay poco acuerdo sobre lo que sig-

nifica. En general, cuando se habla de equidad como objetivo se considera principalmente la importancia de una distribución justa de los recursos y las cargas (Österle, 2002). La equidad del sistema de dependencia es el resultado de las formas en que se generan los recursos y de cómo se asignan los recursos.

En relación a la generación de recursos para la financiación de la dependencia, la equidad horizontal requiere que los individuos con la misma renta y capital contribuyan la misma cantidad de fondos. La equidad vertical requiere que los fondos se recauden de forma progresiva, es decir, que aquellos con más recursos contribuyan una proporción superior.

3.3. La promoción de la dignidad, la elección y la independencia.

Independencia, autoestima, dignidad y libertad de elección se consideran objetivos claves de la política de dependencia en muchos países. En el contexto de la evaluación de los mecanismos de financiación, esto se traduce en garantizar que el sistema de financiación no limite demasiado la libertad de elección de los usuarios, no distorsione sus preferencias a través de incentivos no satisfactorios, o cree estigma.

En la mayoría de los sistemas de dependencia, los usuarios de servicios contribuyen a los costes de los servicios mediante copagos. Los responsables políticos deben tener en cuenta el grado en que el sistema de copago afecta la dignidad de los usuarios del servicio y asegurarse de que el usuario pueda tener recursos suficientes para pagar sus gastos diarios normales. Muchas pruebas de medios, por ejemplo, estipulan un mínimo de recursos que debe poder retener el individuo.

El diseño del sistema de financiación de la dependencia tiene también consecuencias importantes en la dignidad y la independencia de los cuidadores informales. La forma en que el sistema de financiación reconoce y valora el papel de los cuidadores familiares es especialmente importante.

3.4. Promoción de la solidaridad.

La promoción de la solidaridad también ha sido sugerida como un criterio para la evaluación de las políticas sociales (por ejemplo, Le Grand, Propper y Robinson, 1992). En el área de dependencia hay que considerar el impacto en los incentivos de familiares y amigos para dar cuidados informales. Otro aspecto sería la promoción de la solidaridad entre las generaciones. Políticas que redistribuyan recursos entre la población, en función del grado de necesidad y de recursos, podrían aumentar el sentido de solidaridad y cohesión social de la población.

3.5. Sostenibilidad política, económica y fiscal.

Es fundamental que el sistema de financiación sea sostenible. Hay que empezar aclarando lo que entendemos por sostenibilidad, haciendo una distinción entre la sostenibilidad política, económica y fiscal.

La sostenibilidad política requiere apoyo público al sistema de dependencia, que a su vez dependerá en parte de si las personas creen que se les proporcionará un apoyo adecuado si alguna vez lo necesitan. También dependerá de las preferencias sociales y las expectativas de la población. Estas expectativas dependen, en parte, del nivel de las contribuciones al sis-

tema (mayores expectativas cuanto mayores las contribuciones).

La confianza pública también está influida por la percepción (o no) de que el sistema utiliza bien los recursos. La predisposición de los individuos a cofinanciar el cuidado de los demás será mayor si se considera que los recursos se utilizan para la prestación de servicios esenciales, como la asistencia a las actividades principales de la vida diaria, a personas que realmente lo necesitan. Por otro lado, dirigir los recursos solamente a personas con pocos recursos puede reducir la percepción de la calidad de los servicios, crear estigma entre los usuarios y reducir el apoyo público.

Thomson et al. (2009) definen la sostenibilidad económica del gasto sanitario mediante la comparación del valor producido por los servicios sanitarios con sus costes de oportunidad. Sugieren que en el caso del gasto sanitario, "siempre y cuando el valor producido por la sanidad supere los costes de oportunidad, el crecimiento en el gasto sanitario es económicamente sostenible. Si el coste de oportunidad es demasiado alto, el gasto sanitario es económicamente insostenible" (p. 6).

La sostenibilidad fiscal, por su parte, se refiere únicamente al gasto público y el grado en el que el crecimiento del gasto en un área (por ejemplo la dependencia) afecta a las otras áreas de gasto como la educación, sanidad, defensa... Como Thomson et al. (2009) señalan, es posible que el crecimiento del gasto en dependencia sea sostenible económicamente, pero no fiscalmente.

El punto en el que el gasto en dependencia resulta fiscalmente insostenible dependerá de

si los ingresos públicos crecen al mismo ritmo que el gasto público en dependencia y de si el nivel de gasto público en otras áreas crece más rápidamente o no en comparación con la dependencia. Cuanto más apoyo público tenga el sistema de dependencia, más probable será que sea fiscalmente sostenible.

4. LOS MECANISMOS DE FINANCIACIÓN DE LA DEPENDENCIA.

Existe una gran variabilidad en los modelos de financiación de la dependencia adoptados por diferentes países, con casi ningún ejemplo de “modelo puro” que encaje perfectamente en tipologías (Fernández et al., 2009, Castries, 2009, OECD 2011). Hasta hace relativamente poco tiempo muy pocos países contaban con sistemas de dependencia “coherentes”, por lo general eran el resultado de una evolución gradual del sistema de asistencia social o del sistema sanitario para llenar vacíos en la disponibilidad de ayuda familiar.

Esta sección revisa los principales mecanismos de financiación, entendida como la generación de recursos para la dependencia, y los analiza en relación con los criterios señalados en el apartado anterior.

4.1. Recursos individuales y familiares.

En ausencia de mecanismos colectivos para financiar la dependencia, las personas mayores con suficientes recursos pueden financiar sus necesidades utilizando sus propios recursos: su capital social, ingresos, ahorros y capital económico (incluso capital inmobiliario). Los costes de la dependencia a menudo son financiados por otros miembros de la familia, o bien de forma monetaria, o, predominantemente, me-

diante la prestación de cuidados informales.

El cuidado informal

El cuidado informal no es gratis, aunque no implique una transacción monetaria. La prestación de cuidados informales puede tener costes de oportunidad importantes: salarios dejados de percibir, las oportunidades de empleo perdidas, tiempo de ocio no realizado, impactos en la salud e incluso costes sociales a causa de que la atención desviada de otras responsabilidades familiares (Wittenberg y Malley, 2007).

A través de la prestación de cuidados informales, los familiares y amigos de personas en situación de dependencia son la fuente más importante de recursos de dependencia. Incluso en los países con sistemas de dependencia pública generosos, como Suecia (Sundström et al., 2002).

Los cuidados informales son eficientes si los costes de oportunidad de la prestación de cuidados informales son menores que los costes totales de la atención formal. Sin embargo la medición de los costes de oportunidad de los cuidados informales es complicada ya que depende de muchos factores. Siguiendo el modelo de asignación de tiempo propuesto por Becker (1965), es importante distinguir entre la prestación de cuidados informales por parte de los cónyuges (que, en su mayoría están jubilados, por lo que es poco probable que estén activos laboralmente) y por parte de los hijos (que es probable que tengan edad laboral, por lo que sí que entran en consideración sus oportunidades para ejercer trabajo remunerado, el ocio, el cuidado de sus propios hijos y sus propias tareas domésticas). La comparación de los costes de oportunidad entre los cuidadores

de estos dos grupos no es tan sencilla. Además de su tiempo, los cuidadores a menudo ven perjudicada su propia salud física y mental. A medida que envejece la población también envejecen los cuidadores, especialmente los cónyuges que son los que suelen cuidar de forma más intensiva (véase, por ejemplo, Pickard et al., 2000). Los aumentos en los niveles de educación, que potencialmente podrían traducirse en mayores ingresos para las generaciones más jóvenes, acompañados por aumentos en los niveles de participación de mujeres jóvenes y de mediana edad, también resultarían en un aumento en los costes de oportunidad (Jaumotte 2003).

El precio de los servicios públicos que experimenta el usuario y sus familias también afecta la decisión entre los cuidados formales e informales. En este sentido, la financiación pública de los servicios de dependencia y el tamaño de los copagos afectará el precio percibido del cuidado formal y en consecuencia influirá en las decisiones de los individuos y sus familias.

Otro factor importante en la comparación de los costes de oportunidad del cuidado informal frente a los costes de los cuidados formales son las preferencias y expectativas de los cuidadores y de las personas que son atendidas. Si hay una fuerte preferencia por los cuidados informales, tanto por parte del cuidador como por parte de quien necesita cuidados, el coste de oportunidad sería menor. Sin embargo, la evidencia sugiere que a las personas mayores cada vez les preocupa más ser una carga para sus familias. Por otro lado, si se cree que los servicios formales son de baja calidad, el coste de oportunidad de los cuidados informales puede parecer menor.

Desde el punto de vista de la equidad, los cuidados informales no conllevan ninguna redistribución fuera de la familia. Además, las personas que prestan cuidados informales tienden a ser mujeres, a no estar en el mercado laboral y a tener ingresos bajos, por lo que se podría argumentar que los cuidados informales son una forma de financiación de la dependencia regresiva.

La medida en que la dependencia se considera como una responsabilidad individual o familiar varía entre diferentes países y culturas. En algunos países, como Francia y Alemania, los hijos tienen la responsabilidad legal de financiar el cuidado de sus padres, si los padres no pueden sufragar los gastos propios.

Ingresos, ahorros y capital.

Hay varias maneras en que las personas pueden financiar su dependencia: pensiones, ahorros en efectivo, inversiones, capital... También pueden utilizar el capital acumulado en la vivienda, o bien trasladándose a una vivienda más barata (y normalmente más manejable), contratando una hipoteca inversa, o vendiendo la vivienda y utilizando el capital para financiar una plaza en una residencia.

El uso de recursos individuales y familiares como únicos medios para financiar la dependencia presenta algunos problemas. Desde el punto de vista de eficiencia, ya que no todas las personas van a necesitar servicios, no es eficiente que todo el mundo ahorre lo suficiente como para cubrir los costes medios de los servicios, y mucho menos el coste máximo posible (véase, por ejemplo, Barr 2010). En este sentido, colectivizar el riesgo mediante un seguro o fondos públicos es más eficiente que el ahorro privado.

Hay otras razones por las cuales la financiación colectiva es preferible al ahorro individual y los recursos familiares para cubrir los costos de dependencia. Muchas personas, debido a sus circunstancias económicas y personales, no podrán ahorrar lo suficiente para cubrir los costos de sus cuidados ni podrán contar con suficiente apoyo familiar. Antes del desarrollo del sistema de dependencia, muchas de estas personas hubieran recibido ayuda de organizaciones benéficas (véase, por ejemplo, Kendall, Knapp y Forder, 2006). Con el desarrollo del Estado de bienestar, el apoyo a aquellos que no podían financiarse los servicios que necesitaban lo proporcionó gradualmente el sector público, a través de la asistencia social y plazas en residencias públicas. Sin embargo, cuando los servicios públicos se utilizan sólo para ayudar a personas con insuficientes recursos, el uso de servicios puede ser estigmatizado, afectando la dignidad de los usuarios, lo que podría resultar en niveles más bajos de utilización de lo que sería eficiente.

Además, diversos estudios han demostrado que la mayoría de personas subestiman el riesgo de necesitar cuidados a largo plazo, y en consecuencia es difícil que ahorren lo suficiente como para hacer frente a los costos de la dependencia.

El ahorro privado desempeña un papel muy importante en muchos países, ya sea a través de la compra directa de los servicios privados o a través de copagos, especialmente en países (como los Estados Unidos y el Reino Unido) donde las personas mayores con un cierto nivel de renta o capital no tienen derecho a financiación pública de la dependencia.

4.2. Seguros privados de dependencia.

El seguro es un mecanismo para compartir los riesgos y sus consecuencias. El asegurador recibe recursos (primas) de todos los asegurados y hace pagos a los que sufren el riesgo especificado en las pólizas, de forma que los riesgos de todas las personas aseguradas son asumidos colectivamente. Al comprar una prima, las personas transfieren su riesgo personal de la pérdida.

Es importante destacar que, a diferencia de los seguros de salud, que se compran de forma anual y cubren las necesidades médicas durante el periodo contratado, los seguros de dependencia son contratos a largo plazo para pagar las necesidades que puedan aparecer en el futuro. Otra diferencia importante es que el seguro de dependencia tiende a ser adquirido por individuos, mientras que la compra del seguro sanitario se hace, más a menudo, a través del empleo. Las prestaciones pueden ser en metálico (por ejemplo en Francia y otros países europeos) o en servicios (más común en los Estados Unidos). Los pagos se activan mediante la superación de determinados umbrales de necesidades, normalmente definidos en términos de necesidad de ayuda en las actividades de la vida diaria (Brown y Finkelstein, 2009 y Courbage y Roudaut, 2008).

Los seguros privados, en principio, serían una forma de financiación de la dependencia más eficiente que el ahorro privado, ya que eliminan la necesidad de que cada individuo intente ahorrar para cubrir el máximo coste posible (véase, por ejemplo, Barr, 2010), cuando en la práctica sólo una de cada tres personas necesitan servicios. Los seguros también redistribuyen recursos entre las personas que no tienen

necesidades a las que las tienen y, en principio, pueden promover la elección, la independencia y la dignidad.

Barr (2010) también argumenta que el seguro puede ser interpretado como un ejemplo de solidaridad tras el velo de la ignorancia (Rawls, 1972): las personas que compran seguros no saben con antelación si van a necesitar servicios. Esto hace que los seguros privados sean moralmente más atractivos que el uso de ahorros individuales o familiares. Si las personas tienen aversión al riesgo, el seguro también puede mejorar su bienestar.

Sin embargo, el seguro privado a un precio actuarialmente justo no es siempre posible. Existe un importante cuerpo teórico sobre la economía del seguro de dependencia, que enumera una serie de condiciones bajo las cuales los seguros privados serán ineficaces o inexistentes. Hay una serie de fallos de mercado que hacen cuestionar hasta qué punto el seguro privado es factible como el principal mecanismo de financiación de la dependencia. Hay problemas de selección adversa: las personas que saben que tienen más probabilidades de necesitar servicios es más probable que deseen comprar primas. Otro problema importante es la presencia de riesgos de grupo (es decir, no independientes), a causa de incertidumbre acerca de cambios futuros en la necesidad de servicios al nivel de la población, y sobre los costes futuros de los servicios. Los aseguradores también se encuentran con que tener un seguro puede resultar en que los asegurados utilicen más servicios de los que utilizarían si no tuvieran el seguro (demanda inducida), con que en general hay poco conocimiento del riesgo real de necesitar servicios, y que solo una parte pequeña de la población

tiene suficientes recursos como para comprar primas (Glennerster 2003, Wiener et al., 1994).

Las aseguradoras pueden tomar medidas para contrarrestar algunos de estos problemas, por ejemplo, a través de primas más altas, exclusiones y copagos, pero estas medidas tienden a reducir la capacidad de pago y/o el atractivo de las pólizas. Los precios de las pólizas típicas para la dependencia son marcadamente superiores que los de otros tipos de seguros (Brown y Finkelstein, 2008).

La falta de atractivo y poca asequibilidad del seguro de dependencia son un obstáculo importante (Brown y Finkelstein, 2008). La compra de un seguro de dependencia se hace a largo plazo, es un producto complejo y los posibles compradores se enfrentan a incertidumbres acerca del nivel de cobertura futuro, sobre si sus primas pueden cambiar si, por ejemplo, a causa de un diagnóstico pasan a tener un perfil de más riesgo, o si hay cambios en los costes de los servicios. Además, los cambios en la financiación pública de dependencia podrían resultar en sobre-aseguramiento si el sistema se hiciera más generoso, o en una cobertura insuficiente si sucede lo contrario (Barr, 2010). Las primas son más asequibles si se compran cuando aún se es joven, sin embargo en la edad en que los seguros de dependencia resultarían asequibles se suelen tener otras prioridades financieras como la vivienda, educación de los hijos, etc.

Los dos países con los mayores mercados de seguros de dependencia son los Estados Unidos y Francia. Los productos de seguros de dependencia que se venden en los dos países son muy diferentes. Según Kessler (2008), esto se debe a que mientras que la filosofía del seguro de

dependencia en los EE.UU. se ha desarrollado a partir del seguro sanitario, el modelo de seguro francés se ha basado en los seguros de incapacidad.

En Estados Unidos se ha estimado que en total hay más de 6 millones de asegurados (Kessler, 2008). En 2006 las prestaciones de los seguros de dependencia representaron el 8% de los gastos de dependencia totales. El gasto individual en compra de servicios representó, en el mismo año, alrededor del 19% (Congressional Budget Office, 2008).

Courbage y Roudaut (2008, p. 649) analizaron los datos franceses de la encuesta SHARE y encontraron que, de las personas mayores que viven en Francia, el 26% tenían un seguro de dependencia que cubría las residencias, el 49% de los cuidados de enfermería en casa en caso de una enfermedad crónica o discapacidad, y el 12,5% de ayuda a domicilio para obtener ayuda con las actividades diarias. Hay alrededor de 3 millones de asegurados en Francia y en el mercado de dependencia está creciendo a un ritmo del 15% anual (Kessler, 2008).

En parte por los bajos niveles de adopción del seguro privado en los EE.UU., ha habido una serie de estudios que han investigado las características de las personas que compran LTCI, en comparación con los no compradores. Un hallazgo común es una fuerte asociación entre el nivel de ingresos y capital y la probabilidad de tener un seguro (véase, por ejemplo, Brown y Finkelstein, 2009, Schaber y Stum, 2007). La evidencia también sugiere que la relación entre la riqueza y la compra de un seguro no es lineal (Courbage y Roudaut, 2008, Cramer y Jensen, 2006, Mellor, 2000), y que las personas con niveles de recursos medios tienden a ser

más propensos a comprar un seguro que los más pobres (que no pueden pagarlo y es más probable que estén cubiertos por los sistemas públicos), o los muy ricos (que tienen suficientes activos para auto-asegurarse y pueden ser menos adversos al riesgo).

Varios estudios también muestran que las personas que compran seguros de dependencia tienden a percibirse a sí mismos como mayor riesgo de tener dependencia que los que no compran (por ejemplo, Schaber y Stum, 2007, Courbage y Roudaut, 2008). Algunos autores interpretan esto como una confirmación de la presencia de selección adversa, sin embargo, Mellor (2000) advierte que este aumento de la conciencia sobre el riesgo de necesitar servicios puede deberse a haber comprado el seguro.

Estar casado también se asocia positivamente con la compra de seguro de dependencia (Brown y Finkelstein, 2009, Cramer y Jensen 2006, Courbage y Roudaut, 2008). Tener hijos y un número elevado de hijos está asociado con la compra de seguro con la muestra francesa de SHARE, según el análisis de Courbage y Roudaut (2008), sin embargo Schaber y Stum (2007), en los EE.UU., encontró que las personas que compraron seguros de dependencia tendían a tener familias más pequeñas.

Davidoff sugiere que la vivienda afecta a la demanda de otros productos financieros para la vejez, ya que concentra una parte desproporcionada de la capacidad de ahorro (Davidoff, 2010) y que las hipotecas inversas podrían sustituir el seguro de dependencia, en ausencia de fuertes motivos de herencia.

Desde el punto de vista de la equidad, los seguros de dependencia privados son regresivos

en el sentido de que sólo las personas más ricas son capaces de pagar las primas y están protegidos contra el riesgo de los costos de dependencia. Además, los grupos de personas con mayor probabilidad de necesitar cuidados, que también son propensos a tener ingresos más bajos, tendrían que pagar primas más altas (Holdenrieder, 2006).

4.3. Seguros privados con apoyo del sector público.

El sector público puede promover la demanda del seguro de dependencia de varias formas. Puede dar incentivos como desgravar la compra de seguro de los impuestos, o dar la opción de no tener que pagar contribuciones de dependencia a la seguridad social si se tiene un seguro privado. Otra estrategia sería la de concienciar a la población sobre el riesgo de la dependencia a través de programas educativos y de aclarar lo que realmente cubre o no el sistema público. El estado también podría definir la cobertura pública de forma que mitigue parte del riesgo de los proveedores de LTCI, o incluso, hacer que el seguro de dependencia sea obligatorio.

La desgravación fiscal de las primas de dependencia, podría hacerse de forma similar a la de las contribuciones a las pensiones. Desde 1996 en los EE.UU. se permite deducir una parte de los gastos sanitarios y de dependencia (incluyendo las primas de seguros) de los ingresos antes de impuestos (Courtemanche et al., 2008). Hay una amplia variación en el tratamiento fiscal que los diferentes estados den a las primas de dependencia (Wiener et al., 2000).

La evidencia disponible sugiere que los incentivos fiscales tienen un impacto muy mo-

desto debido a la inelasticidad de precios (Cramer y Jensen, 2006, Courtemanche y He, 2008 y Brown y Finkelstein 2009). Courtemanche y He (2008) también concluyeron que la pérdida de ingresos federales por los incentivos fiscales en los EE.UU. superó la reducción en los gastos de Medicaid, lo que sugiere que desde el punto de vista fiscal no es rentable utilizar los subsidios fiscales para ampliar el mercado de seguro de dependencia privado.

Otra posibilidad sería la de no tener que pagar contribuciones de dependencia a la seguridad social si se tiene un seguro privado. Este es el caso en Alemania, donde las personas con niveles altos de renta pueden optar por no contribuir al fondo de seguro social de dependencia. Sin embargo, desde un punto de vista de la equidad, esta es una política regresiva (van Doorslaer et al., 1999).

El sector público también puede reducir el coste de los seguros privados de dependencia, asumiendo una parte del riesgo. Las "partnerships" que se han introducido en algunos estados de EE.UU., tienen este efecto ya que las personas que compran seguros privados reciben un trato más favorable en las pruebas de medios si agotan los beneficios del seguro y buscan financiación pública (Medicaid) para sus cuidados. En principio las pólizas que se venden bajo estas "partnerships" tendrían primas más bajas ya que el sector público asume una parte del riesgo. Sin embargo, el nivel de compras de estas pólizas ha sido decepcionante (GAO, 2005), se piensa que esto se debe a que Medicaid se percibe como una red de seguridad para gente pobre, lo que conlleva estigma, por lo que el incentivo de poder acceder a Medicaid más fácilmente no es muy atractivo para los compradores.

En varios estados de los EE.UU., los incentivos financieros se han complementado con programas educativos destinados a educar a las personas mayores sobre la necesidad de planificar la dependencia (National Governors Association, 2004). La evidencia empírica sugiere que el aumento de la conciencia sobre el riesgo de dependencia aumenta la probabilidad de adquirir un seguro. Por ejemplo, incluso si se tienen en cuenta los ingresos y la riqueza, las personas con niveles de educación más altos son más propensos a comprar un seguro (Cramer y Jensen 2006, Courbage 2008 y Mellor, 2000). Courbage también encontró una asociación positiva con haber prestado atención a los familiares.

El sector público también puede intervenir haciendo que el seguro de dependencia sea obligatorio. Barr (2010) sugiere que un seguro obligatorio sería pertinente porque las personas no siempre toman decisiones que son en su propio interés a largo plazo (por falta de conocimiento, o por presiones del corto plazo). Además solucionaría el riesgo de selección adversa y permitiría una cierta redistribución. La obligatoriedad no es en sí misma incompatible con un papel importante para el sector privado. Otro argumento a favor del seguro obligatorio es que neutraliza las diferencias respecto al riesgo y coste de dependencia entre hombres y mujeres, evitando la selección adversa por género.

Un sistema obligatorio plantea la cuestión de cómo se financian las primas para aquellos que no tienen suficientes recursos. El sector público podría financiar las primas en estos casos, o pagar las prestaciones de los que no han podido comprar un seguro. Hay que plantear la cuestión de si un sistema de seguros privado financiado, por lo menos en parte, por el sector

público sería preferible a un sistema de seguro público, como por ejemplo un sistema de seguridad social para la dependencia.

4.4. Sistemas de Seguridad Social.

La Seguridad Social por lo general significa que los costes de la dependencia se pagan a través de cotizaciones sociales, que por lo general provienen de empleados y empleadores. Las contribuciones se fijan de acuerdo con el nivel de ingresos, pero no según el riesgo. Por lo general, el acceso a las prestaciones depende de haber participado como contribuyente, y de tener necesidades por encima del nivel determinado por los criterios de elegibilidad. El sistema es regulado por el estado (o a nivel sub-nacional), y puede estar administrado por el mismo estado, por otros niveles de gobierno, o, frecuentemente, por entidades privadas sin ánimo de lucro.

Las principales diferencias entre el seguro privado y la seguridad social son que la seguridad social es generalmente obligatoria (aunque puede haber algunas excepciones, por ejemplo si se ha comprado un seguro privado), que en la seguridad social no se paga según el riesgo individual, y que la cobertura obligatoria distribuye el riesgo entre toda la población.

En los últimos años las características distintivas entre los sistemas de dependencia basados en los impuestos y en la seguridad social han disminuido gradualmente. Por ejemplo, los criterios de elegibilidad nacionales están presentes en España y también se han anunciado para Inglaterra (HM Government, 2010).

La asignación de las cotizaciones directamente a la dependencia es una de las características

más importantes del sistema de seguridad social y tiene la ventaja de garantizar los recursos para un propósito específico, ofreciendo un sistema de financiación mucho más transparente, y evitando la competencia con otras áreas de gasto políticamente más atractivas.

Los análisis que se han hecho de los efectos redistributivos de la financiación de la sanidad han demostrado que los sistemas de seguridad social en general ofrecen menor equidad vertical que los sistemas financiados por impuestos (van Doorslaer et al., 1999). Esto se debe a que las cotizaciones son generalmente proporcionales a los rendimientos del trabajo, hasta un nivel de contribución máxima, y no incluyen los ingresos obtenidos de otras fuentes (como ganancias de capital, rentas). Esas fuentes adicionales de ingresos son más frecuentes entre las personas más ricas.

En Alemania, por ejemplo, ciertos grupos (trabajadores por cuenta propia, funcionarios públicos, personas con altos niveles de ingresos) pueden optar por no participar en el sistema de seguridad social y comprar un seguro privado en su lugar (Rothgang, 2003). Es probable que la mayoría de las personas que tienen un seguro privado paguen contribuciones más bajas y presenten menor riesgo de necesitar atención médica. Esto aumenta la inequidad vertical.

También es importante tener en cuenta que, incluso en los países con sistemas de seguridad social de dependencia, los impuestos a menudo tienen un papel importante en la financiación de los servicios. A menudo para cubrir las cotizaciones de la población no ocupada y, cuando las prestaciones son insuficientes para cubrir el coste total de los servicios, la asistencia social

acaba cubriendo los costes de las personas que no tienen suficientes recursos, como pasa en Alemania (Rothgang, 2003).

Otra desventaja importante de los sistemas de seguridad social, como señala Holdenreider (2006) es que normalmente no son sistemas capitalizados sino “pay-as-you-go” (las generaciones que están trabajando ahora pagan los servicios de la población que necesita los servicios ahora), por lo que pueden ser más vulnerables que la financiación por impuestos a cambios demográficos que resulten en una reducción en la población en edades laborables.

Un régimen de capitalización podría ofrecer una financiación de la dependencia mucho más sostenible, pero requiere un esfuerzo inicial muy importante para generar los fondos necesarios (que, además significaría que habría una generación que tendría que financiar los servicios de los usuarios actuales además de los propios en el futuro), o que el sistema no entre en funcionamiento hasta que hayan suficientes recursos (Villaplana, 2012). Un sistema de capitalización estará sujeto también a las incertidumbres sobre la cantidad de dinero que se necesitará para satisfacer las necesidades de las personas dependientes en el futuro (Holdenreider, 2006), esto hace que la estimación de las tasas de contribución capitalización sea difícil de calcular.

Si se evalúan opciones sobre cómo podría ser un nuevo sistema de seguridad social para la dependencia sería interesante considerar el momento en que se hacen las cotizaciones. La opción tradicional sería que los trabajadores y empleadores paguen cotizaciones a la seguridad social durante la vida laboral. En países con poca tradición de seguridad social, como en

Inglaterra, se ha propuesto que en lugar de pagar contribuciones a lo largo de la vida laboral, se hagan las contribuciones en forma de capital, o en el momento de jubilarse, o utilizando su legado (una opción que la prensa sensacionalista describe como una “death tax” o tasa de muerte). Esta última opción es complicada políticamente, sobre todo por la dificultad de extraer recursos del legado de personas que no han requerido servicios de dependencia (Lloyd, 2008).

4.5. Sistemas financiados por impuestos.

Una de las principales formas de financiación colectiva de la dependencia son los impuestos. Los impuestos difieren mucho entre sí (ver por ejemplo Glennerster 2003, p. 44), hay los impuestos directos a las rentas individuales o de empresas (impuesto sobre la renta, de sociedades, sobre plusvalías...). Los impuestos indirectos se aplican al gasto (como el IVA, los impuestos sobre los bienes especiales: tabaco, alcohol, propiedades, tasas aeroportuarias, combustible...). Se pueden recaudar a nivel nacional, regional o local.

Si se utilizan los impuestos generales para financiar la dependencia, sus efectos sobre la equidad son los mismos que los de otros tipos de gasto público, ya que son fondos que normalmente provienen de la misma fuente (Mossialos y Dixon, 2002). Sin embargo, los diferentes tipos de impuestos son muy diferentes a nivel de equidad. Los impuestos directos generalmente son progresivos y redistribuyen recursos entre los ricos y los pobres, ya que por lo general las tasas de impuestos son más altas para las personas con más recursos. Los impuestos indirectos suelen ser regresivos, ya que afectan desproporcionadamente a personas

con menores recursos, que destinan una proporción más alta de sus recursos a la compra de bienes tasados.

Desde el punto de vista de la sostenibilidad económica, una posible ventaja de los impuestos sobre la seguridad social es que los riesgos se comparten entre toda la población, tienen una base recaudatoria más amplia, y no penalizan tanto los costes de empleo. Desde el punto de vista administrativo, la financiación de la dependencia de la tributación general resulta menos costosa para los países que no tienen tradición de seguridad social (Holdenrieder, 2006).

Una de las principales desventajas de la financiación a través de impuestos es que es difícil competir contra las otras áreas de gasto público, tal como comentamos anteriormente.

4.6. Estrategia mixta y colaboración público-privada.

El plan Eldersshield en Singapur es un ejemplo interesante (véase, por ejemplo, de Castries, 2009) del potencial de colaboración entre el sistema público y los seguros privados. Consiste en un seguro privado con inscripción automática para personas de edades comprendidas entre 40 y 69 años de edad. Es posible optar a no participar durante los primeros 3 meses. Si se opta por no participar, se pierde el derecho a condiciones de suscripción preferentes en el futuro.

En el plan Eldersshield los productos, la fijación de precios y la gestión de las reclamaciones son responsabilidad de los aseguradores privados. Los productos están estandarizados, de forma que hay una prestación económica

en caso de necesitar servicios de dependencia. Las funciones de comunicación y prevención son compartidas entre el gobierno y las aseguradoras. El plan se puso en marcha en 2002 con la inscripción automática de todas las personas entre 40 y 69 años de edad.

Para poner en marcha el sistema el gobierno de Singapur financió una parte de las primas para aquellos en edades comprendidas entre 55 y 69 años para hacer que las primas fueran asequibles. Las personas mayores de 70 años o aquellos con discapacidad reciben beneficios públicos en función de sus ingresos. Cuando se introdujo el plan hubo una campaña de información sobre los riesgos de la dependencia, con el fin de promover el plan y los productos. La tasa de no participación se redujo del 38% en 2002 (el año en el que el plan se puso en marcha) al 14% en 2006 (de Castries, p. 31).

Las características del sistema público determinan el tipo de productos LTCI que se ofrecen en cada país y si las primas son asequibles. Cuando el sistema público cubre una parte considerable del riesgo de todos los individuos (cobertura universal parcial), los seguros privados se venden como complemento, para cubrir los costes que no están cubiertos por el sistema público como es el caso en Francia y Alemania. Estos seguros normalmente se venden como productos complementarios a seguros de vida y de sanidad. Normalmente las prestaciones son económicas y van relacionadas a niveles de necesidad fijos. Este tipo de seguros son atractivos porque son más asequibles que cuando hay que cubrir el riesgo entero de la dependencia.

En los sistemas públicos que sólo cubren a personas que no tienen suficientes recursos las

primas de los seguros de dependencia deben cubrir la totalidad del gasto en dependencia de los individuos, por lo que son solo asequibles para una parte muy pequeña de la población, como es el caso en EE.UU. y en el Reino Unido.

Las reformas inspiradas en la Dilnot Comission que van a entrar en vigor en el Reino Unido en 2016 (Humphries, 2013) también pueden ser vistas como una cooperación público-privada, ya que el estado va a asumir el coste (aunque con límites) de la dependencia a partir de una cantidad determinada, por lo que el estado acota, por lo menos en teoría, el riesgo para los individuos y aseguradores. El gobierno británico espera que esta reforma impulse la creación de productos aseguradores más asequibles.

5. CONCLUSIONES.

La cobertura del riesgo de dependencia a través de alguna forma de seguro es una forma más eficiente y equitativa de financiar la dependencia que la utilización de recursos individuales y familiares. El seguro privado por sí solo no es ideal ya que no es accesible a toda la población y hay fallos de mercado. Parece inevitable que el sector público tenga un papel importante en la financiación de la dependencia. Este papel puede variar mucho, desde ofrecer una red de seguridad a personas con recursos insuficientes, a la creación de un sistema que cubra por lo menos parte de las necesidades de toda la población, o la creación de las condiciones para que puedan surgir formas de financiación público-privadas. En la práctica, la mayoría de los países han optado por un sistema de financiamiento de la dependencia coincidente con el financiamiento de la sanidad.

En momentos en que el gasto público se encuentra bajo enorme presión, con muchos países tratando de reducir, o al menos limitar, el gasto social, se plantea una situación en que va a ser difícil que el gasto público en dependencia aumente al mismo ritmo que el aumento de las necesidades. Y esto plantea cuestiones muy importantes, ya que si el gasto público no aumenta al mismo ritmo que el gasto total, esto significa que una mayor proporción de los costes de dependencia serán costeados por las personas que necesitan cuidados y sus familias. Esto sucederá “en especie” (proporcionando cuidados informales), o mediante el pago de forma privada de servicios de dependencia que, si se necesitan durante mucho tiempo, puede tener efectos muy graves sobre los recursos de la familia y su bienestar.

La financiación pública de la dependencia ofrece ventajas importantes sobre la financiación privada: el riesgo de estar expuesto a costes ruinosos es compartido entre toda la población, se garantiza la cobertura del riesgo de dependencia (sobre todo para personas y familias con menores recursos) y hay redistribución de recursos de forma que las personas con mayor riqueza tienden a contribuir más que los que tienen menores recursos.

En los debates sobre la financiación de la dependencia pasamos mucho tiempo evaluando los pros y contras de los diferentes mecanismos de financiación pública. Sin embargo hay una cuestión mucho más fundamental: ¿Existe una limitación real en la capacidad de financiación pública que implica que no va a poder aumentar al mismo ritmo que el aumento de los gastos futuros de dependencia? Y si es así, ¿existen nuevas soluciones para cubrir la brecha que deje el financiamiento público y que

combinen las ventajas de la financiación pública con el potencial que, potencialmente, tiene el sector privado para innovar, adaptarse a cambios y recaudar fondos?

Y, quizás la pregunta más difícil de todas, ¿tenemos suficiente confianza en las instituciones públicas y privadas como para confiar una parte mayor de nuestro futuro financiero en sus manos?

Estas son preguntas sin respuestas rápidas o fáciles.

6. BIBLIOGRAFÍA.

Barr N. (2010) Long-term care: A suitable case for social insurance. *Social Policy and Administration* 44(4) 359-374.

Brown J.R. and Finkelstein A. (2008). Why is the market for long-term care insurance so small? *Journal of Public Economics* 91: 1967-1991.

Brown J.R. and Finkelstein A. (2009) The Private Market for Long-Term Care Insurance in the United States: A Review. *The Journal of Risk and Insurance*. 76 (1): 5-29.

Castries de, H. (2009). Ageing and Long-Term Care: Key Challenges in Long-Term Care Coverage for Public and Private Systems. *The Geneva Papers on Risk and Insurance* 34: 24-34.

Congressional Budget Office. (2008). *The Outlook for Spending on Health Care and Long-Term Care*. Presentation to the National Governors Association’s Health and Human Services Committee, February 2008. <http://www.cbo.gov/ftpdocs/89xx/doc8995/02-24-2008-NGA.pdf>.

Courbage C. and Roudaut N. (2008) Empirical Evidence on Long-term Care Insurance Purchase in France. *The Geneva Papers on Risk and Insurance* (33): 645-658.

Courtemanche C. and He D. (2008). Tax incentives and the decision to purchase long-term care insurance. *Journal of Public Economics* 93: 296-310.

Cramer, A.T. and Jensen, G.A. (2006). Why Don't People Buy Long-Term Care Insurance? *Journal of Gerontology: Social Sciences* 61B (4): S185-S193.

Davidoff T. (2010). Home equity commitment and long-term care insurance demand. *Journal of Public Economics* 94: 44-49.

Davies B and Fernandez J with Nomer B (2000) *Equity and Efficiency Policy in Community Care: Needs, Service Productivities, Efficiencies and their Implications*. Aldershot: Ashgate.

Economic Policy Committee and DG Economic and Financial Affairs. (2012). *The 2012 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU27 Member States (2010-2060)*. http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2012/pdf/ee2012-2_en.pdf.

Holdenrieder J. (2006) Equity and efficiency in funding long-term care from an EU perspective. *Journal of Public Health* 14: 139-147.

Fernández J-L, Forder J, Truckeschitz B, Rokosova M. and McDaid D. (2009) *How can European states design efficient, equitable and sustainable funding systems for long-term care for older people?* Policy Brief 11. World Health Organisation Europe: Copenhagen.

Glendinning C., Davies B., Pickard L. and Comas-Herrera A. (2004) *Funding Long-Term Care for Older People. Lessons from Other Countries*. York : Joseph Rowntree Foundation.

Glennerster H. (2003). *Understanding the finance of welfare*. The Policy Press: Bristol.

Government Accountability Office (GAO). (2005) Overview of the Long-Term Care Partnership Program, GAO-05-1021R. <http://www.gao.gov/new.items/d051021r.pdf>.

HM Government (2010) Building a National Care Service. http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_114923.pdf.

Humphries R. (2013) *Paying for Social Care. Beyond Dilnot*. The King's Fund. http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_summary/social-care-funding-paper-may13.pdf

Jagger C., Matthews R., Lindsay J., Robinson T., Croft P. and Brayne C. (2009) The effect of dementia trends and treatments on longevity and disability: a simulation model based on the MRC Cognitive Function and Ageing Study (MRC CFAS). *Age and Ageing* 38(3): 319-325.

Jaumotte. F. (2003). *Female labour force participation: past trends and main determinants in OECD countries*. OECD Economics Department Working Papers No. 376. Paris.

Kendall J., Knapp M. and Forder J. (2006) Social care and the nonprofit sector in the western developed world, in Powell W, Steinberg R (ed.) *The Non-Profit Sector Research Handbook* 2nd Ed, New Haven, Yale University Press.

Kessler, D. (2008). The Long-Term Care Insurance Market. *The Geneva Papers on Risk and Insurance*, 33: 33-40.

Lafortune, G. and G. Balestat (2007), "Trends in Severe Disability Among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and the Future Implications", OECD Health Working Papers, No. 26, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/217072070078>.

Le Grand, J., Propper, C. and Robinson, R. (1992). *The Economics of Social Problems*, Basingstoke: MacMillan.

Lloyd J. (2008) *A National Fund for Long-Term Care*. International Longevity Centre – UK. http://www.ilcuk.org.uk/index.php/publications/publication_details/a_national_care_fund_for_long-term_care.

McDaid D, Oliveira M, Jurczak K et al. (2007). Moving beyond the mental health care system: an exploration of the interfaces between health and non-health sectors. *Journal of Mental Health*, 16(2):181–194.

Mellor, J. (2000) Private Long-Term Care Insurance and the Asset Protection Motive. *The Gerontologist* 40 (5): 596-604.

Mossialos, E. and Dixon, A. (2003) Funding health care: an introduction. Chapter in: Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J. and Kutzin, J. (eds.) *Funding health care: options for Europe*. Open University Press: 1-30.

National Governors Association (2004). *State innovations to encourage personal planning for long-term care*. <http://www.nga.org/Files/pdf/0406StateInnovationsLTC.pdf>.

Netten A., Burge P., Malley J., Potoglou D., Towers AM., Brazier J., Flynn T., Forder J., Wall B. (2012) Outcomes of social care for adults: developing a preference-weighted measure. *Health Technology Assessment*, vol. 16, No. 16. (disponible en <http://www.hta.ac.uk/fullmono/mon1616.pdf>).

OECD (2011) Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care. OECD, Paris. <http://www.oecd.org/els/health-systems/helpwantedprovidingandpayingforlong-termcare.htm>.

Österle, A. (2002). Evaluating Equity in Social Policy: A Framework for Comparative Analysis. *Evaluation* 8(1): 46-59.

Rawls, J. (1972). *A Theory of Justice*. Oxford University Press: Oxford.

Rothgang, H. (2003). Long-term care for older people in Germany. In Comas-Herrera, A. and Wittenberg, R. (eds), *European Study of Long-Term Care Expenditure*. Report to the Employment and Social Affairs DG of the European Commission, PSSRU Discussion Paper 1840. London School of Economics, London, 24–42.

Schaber P.L. and M.S. Stum (2007), 'Factors impacting group long-term care insurance enrolment decisions'. *Journal of Family and Economic Issues*, 28, 189–205.

Sundström, G., Johansson, L., Hassing, L.B. (2002). The Shifting Balance of Long-Term Care in Sweden. *The Gerontologist*, 42 (3): 350-355.

Thomson S., Foubister T. and Mossialos E. (2009). *Financing Health Care in the European Union: Challenges and Policy Responses*.

Observatory Studies Series No. 17. European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organisation: Copenhagen.

Van Doorslaer, E., Wagstaff, A. et al. (1999) The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries. *Journal of Health Economics*, **18**: 291–313.

Verbrugge, LM, Jette J (1994) The Disablement Process. *Social Science and Medicine* 38:1-14.

Vilaplana C. (2012) Cómo afrontar los costs del SAAD. Análisis de reformas en los sistemas de cuidados a largo plazo en otros países. Actas de la Dependencia 6, Noviembre 2012. Fundación Cáser para la Dependencia.

Wanless, D., Forder J., Fernandez J.-L., Poole T., Beesley L., Henwood M. and Moscone F. (2006) *Securing Good Care for Older People: taking a long-term view*. King's Fund: London.

Wiener, J.M., L.H. Illston, and R.J. Hanley (1994), *Sharing the Burden: Strategies for Public and Private Long-Term Care Insurance*. Washington: The Brookings Institution.

Wiener, J.M., Tilly, J., and Goldenson, S.M. (2000), 'Federal and state initiatives to jump start the market for private long-term care insurance'. *Elder Law Journal*, 8(1), 57–99.

Wittenberg R. and Malley J. (2007). Financing long-term care for older people in England. *Ageing Horizons*, 6: 28-32.

Wittenberg, R., Sandhu, B. and Knapp, M. (2002) Financing long-term care: the public and private options. Chapter in: Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J. and Kutzin, J. (eds.) *Funding health care: options for Europe*. Open University Press: 226-249.

Wittenberg, R. (1999) Economics of Long Term Care Finance, in *With Respect to Old Age: Long Term Care – Rights and Responsibilities*, Research volume 1, chapter 2 (pp 63-72) of Report of the Royal Commission on Long Term Care, Cm 4192-II/1, The Stationery Office.