

ANÁLISIS COMPARADO DE LOS SISTEMAS DE CUIDADOS Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN ALEMANIA Y ESPAÑA

MIGUEL MONTERO LANGE

Sociólogo y Experto en los Sistemas de Dependencia europeos

Sumario

1. LA PUESTA EN MARCHA Y LOS PRINCIPIOS DE LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA.
2. FINANCIACIÓN DE LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA.
3. LA VALORACIÓN DE LA NECESIDAD DE CUIDADOS.
4. LAS PRESTACIONES DE LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA.
 - 4.1. El catálogo de prestaciones.
 - 4.2. El perfil de los beneficiarios.
 - 4.3. La importancia de los cuidados informales y de los servicios profesionales.
5. RETOS DE LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA.
 - 5.1. Los retos del seguro público de cuidados alemán.
 - 5.2. Los retos del SAAD.
6. BIBLIOGRAFÍA.

PALABRAS CLAVE

Dependencia, seguro de cuidados, Alemania, España.

RESUMEN

La atención a la dependencia tradicionalmente ha recaído en las familias, la asunción de esta responsabilidad por los Estados de Bienestar es reciente. Los sistemas de dependencia en España y Alemania presentan importantes similitudes en sus prestaciones, el peso de la atención familiar y de los cuidados informales frente a los servicios, el perfil de las personas en situación de dependencia e incluso en la definición de la dependencia que manejan las respectivas normativas. Pero son sistemas que pertenecen a distintas tradiciones de Bienestar, que aplican modelos de gestión y de financiación divergentes y que, por último, han de afrontar retos diferentes. El seguro de cuidados alemán se encuentra inmerso en un ciclo expansivo, en el que podría ser posible ampliar la cobertura a casuísticas excluidas hasta la fecha. Con ello representa un ejemplo del lento y a veces tortuoso camino hacia la ampliación de derechos. El SAAD, además de haber introducido un modelo gobernanza complejo y poco eficaz en un contexto como el español, está siendo sometido a recortes de tal entidad que cuestionan su capacidad protectora y demuestran la vulnerabilidad de sistemas de protección público jóvenes y poco arraigados como el español.

KEYWORDS

Dependency, care insurance, Germany, Spain.

ABSTRACT

The burden of dependency care has traditionally fallen on families, the acceptance of this responsibility by the Welfare State being recent. Dependency systems in Spain and Germany have important similarities in their services, the influence of family care and informal care with respect to services, the profile of people in situations of dependency and even the definitions of dependency by the respective regulations. But they are systems that belong to different welfare traditions, which use distinct management and funding models and which, finally, have to face different challenges. German care insurance is immersed in an expansive cycle, in which it might be possible to extend coverage to cases excluded up to now. This represents an example of the slow and sometimes tortuous path towards the extension of rights. The SAAD, besides having introduced a governance model that is a complex and ineffective in a context like the Spanish one, is undergoing such extensive cuts that they are questioning its protective capacity and demonstrate the vulnerability of young public protection systems with no deep roots, like the Spanish one.

Tanto en Alemania como en España los sistemas de atención a la dependencia son de reciente creación y han supuesto importantes avances en el desarrollo de los respectivos estados de bienestar. Este artículo intenta presentar de forma comparativa las principales características de ambos sistemas, detallar los sistemas de financiación, las prestaciones y los perfiles de sus beneficiarios. A continuación describiré la situación actual centrándome en los principales retos que han de afrontar ambos sistemas.

1. LA PUESTA EN MARCHA Y LOS PRINCIPIOS DE LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA.

El 11 de marzo de 1994 el Parlamento Federal aprobó la ley que regula el seguro de cuidados, poniendo fin a un debate que duró más de veinte años (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2008; Arntz, 2007). La Ley entró en vigor el 1 de enero de 1995, introduciendo de forma gradual las diferentes prestaciones, comenzando con el nivel moderado. El principal motivo para la creación de este sistema fue la grave situación financiera a la que muchos municipios se vieron abocados por tener que asumir parte de los gastos que generaba la atención a la dependencia a través del subsidio social, una ayuda no contributiva a la que muchos dependientes tenían que recurrir por no disponer de ingresos o patrimonio suficiente para costear los cuidados. (Theobald, 2010a; Hinrichs, 2011).

El seguro de cuidados es un pilar independiente de la Seguridad Social junto a lo seguros de enfermedad, pensiones y desempleo y accidentes, que a pertenecen funcionalmente a los seguros de enfermedad. En lo relativo a la

financiación se barajaron varias opciones entre ellas las de crear un seguro privado o crear un quinto pilar de la Seguridad Social. Finalmente los liberales aprobaron esta segunda vía a cambio de que fueran introducidos elementos de mercantilización y una mayor corresponsabilidad individual (Behning, 1999; Meyer, 1996) y los sindicatos accedieron a eliminar un festivo a cambio de la financiación paritaria. (Theobald, 2013b).

En España la atención a la dependencia había sido recogida de forma parcial e insuficiente por la Ley 13/1982, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI) de 1982 y el Plan Gerontológico (Rodríguez Rodríguez, 2006). Los servicios sociales autonómicos recogieron la atención a la dependencia si bien de forma muy desigual y sin que llegara a consolidarse como derecho subjetivo de las personas en situación de dependencia (Rodríguez Rodríguez, 2006; Casado, 2005).

Podemos constatar que con anterioridad a la aprobación de la LAPAD, la atención a la dependencia no era una contingencia desconocida, si bien se trata de un modelo de provisión de cuidados *“pluralista, familiar y multinivel, altamente intensiva en cuidados familiares, e insuficiente y desigual en oferta y cobertura de servicios públicos y en servicios privados de responsabilidad pública.”* (Marbán, 2012: 382) Como señalaba Casado, ninguna de las CCAA garantizaba las prestaciones en ésta materia (Casado, 2005).

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD) respondió a una amplia demanda de la sociedad canalizada a través de organizaciones

sindicales y sociales de la discapacidad y las personas mayores (Marbán, 2012) y le anteceden una serie de estudios que avalaban la necesidad de introducir una normativa que diera respuesta a esta necesidad (Vilá, 2013). Supuso un avance importante no solo en lo que se refiere a la asunción estatal al menos parcial de la atención de la atención a las personas en situación de dependencia sino también en cuanto a acortar las diferencias que separan al Estado de bienestar español de los países europeos (Rodríguez, 2012).

El Gobierno socialista encargó a un equipo de expertos la elaboración de un Libro Blanco que sirviera de base para un debate conducente a la presentación de un proyecto de ley. El Libro Blanco de atención a las personas en situación de dependencia fue presentado en diciembre de 2004. Un momento clave en la gestación de la LAPAD fue el acuerdo alcanzado el 21.12.2005 en la Mesa de Dependencia dentro del Pacto de Toledo firmado por CEOE-CEPYME, CC.OO., UGT y la Administración General del Estado. Dicho acuerdo recoge algunos de los aspectos que trataremos más adelante y que serán los ejes que configuren la LAPAD como la renuncia a encajar la atención de la dependencia en la Seguridad Social y dar prioridad a los servicios frente a los cuidados familiares (Marbán, 2012).

Los diferentes actores implicados en el debate sobre la LAPAD lograron consensuar aspectos relacionados p.ej. con los principios que debían regir el sistema (universalidad, igualdad en el acceso), el papel de los cuidados familiares y la inclusión en la Seguridad Social de los familiares cuidadores. Fue mucho más difícil llegar a acuerdos sobre el ámbito de aplicación de la LAPAD, el reparto de competencias y las

condiciones de acceso a las prestaciones (Rodríguez, 2013).

El 1 de enero de 2007 la Ley entró en vigor pero no se puso en marcha hasta el segundo semestre de ese año por la falta de reglamentación de aspectos fundamentales como p.ej. la valoración o las cotizaciones a la Seguridad Social para los cuidadores no profesionales (Jiménez, 2012).

La aprobación de la LAPAD ha sido motivo de adecuaciones legislativas por parte de las CC.AA. Siete CC.AA. han reformado sus Estatutos de Autonomía haciendo referencia explícita a la dependencia y diez CC.AA. han aprobado Leyes de servicios sociales que incorporan tanto la promoción de la autonomía y la atención a la dependencia, detallando lo regulado por la LAPAD en materia del derecho subjetivo de acceso a servicios y prestaciones, los derechos y deberes de las personas en situación de dependencia. Por último, si bien en grados de concreción muy diversos, estas Leyes incluyen carteras de servicios, sistemas de organización, la coordinación sociosanitaria y regulan aspectos relacionados con la financiación (Vilá, 2013).

El seguro de cuidados alemán se rige por el principio de cobertura parcial en función de un catálogo de prestaciones y no de las necesidades reales de la persona en situación de dependencia. El sistema alemán se basa en la complementariedad de las prestaciones del sistema con los cuidados informales, las aportaciones propias del usuario o de sus familiares así como de prestaciones sociales no contributivas. El sistema alemán combina el principio del acceso universal a las prestaciones con el objetivo de contener los gastos definiendo el importe de las prestaciones a los que los usuarios tienen

derecho una vez que les haya sido reconocido un nivel de dependencia (Theobald, 2013a).

La Ley establece la prevalencia de la rehabilitación del seguro médico frente a las prestaciones del seguro de cuidados y la prevalencia de la atención en el entorno domiciliario frente a las prestaciones en residencias.

La puesta en marcha del seguro de cuidados alemán creó estructuras de semi-mercado y abrió ese mercado al sector mercantil. En consecuencia el tercer sector perdió su papel protagonista en la provisión de servicios mientras que la responsabilidad de los municipios pasó a ser marginal. Se basa en la libre elección de la persona en situación de dependencia, que pueden optar libremente por las prestaciones económicas para cuidadores informales, los servicios de atención a domicilio, combinar ambas prestaciones o por ser atendidos en un centro.

Una de las peculiaridades del sistema alemán es coexistencia de seguros privados y públicos. En la actualidad existen 161 seguros públicos de enfermedad y dependencia con 69,87 millones de asegurados (1.7.2013) y 43 seguros privados de cuidados con aproximadamente 9,53 millones de asegurados (31.12.2012).

Los seguros de cuidados pertenecen orgánicamente a las cajas de enfermedad. La intención del legislador era evitar tener que crear un aparato administrativo paralelo. El principio que rige el seguro de cuidados viene recogido en el artículo 20 del Tomo XI del Código Social al señalar que *“el seguro de cuidados sigue al seguro de enfermedad”*, por lo tanto, toda caja de enfermedad tiene su propio seguro de cuidados.

El Sistema para la Atención a la Autonomía y la Dependencia (SAAD) español pretende cumplir los siguientes objetivos:

- Garantizar las condiciones básicas y el contenido común en todo el territorio del Estado.
- Servir de cauce para la colaboración y participación de las distintas Administraciones Públicas.
- Optimizar los recursos públicos y privados disponibles para lo cual establece una red de centros y servicios del Sistema.” (Cobo, 2007a).

Legitima su actuación con el mandato constitucional de garantizar un nivel mínimo de servicio que faciliten a los ciudadanos su desarrollo personal, crea un sistema que pretende ampliar y complementar los servicios ya existentes y declara los servicios sociales municipales como puerta de entrada al Sistema. (Cobo, 2007a).

Vilá (Vilá, 2013) resume los principios que articulan la LAPAD: a) derecho subjetivo de la ciudadanía; b) nivel mínimo de protección garantizado por la Administración General del Estado; c) doble objetivo: la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia; d) igualdad y universalidad; e) prestaciones del Sistema para la Atención a la Dependencia incardinadas básicamente en el ámbito de los servicios sociales; f) gestión mixta público-privada; g) cooperación interadministrativa a través del Consejo Territorial del SAAD; h) prioridad por los servicios sobre las prestaciones económicas; i) financiación mixta (Estado, CCAA y usuarios).

Parece de especial importancia que el derecho a la protección de esta Ley se califica de derecho subjetivo, derecho que inicialmente no estaba previsto por el legislador (Cobo, 2007a).

2. LA FINANCIACIÓN DE LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA.

Al igual que los otros seguros sociales (con la única excepción del seguro de accidentes que corre a cargo exclusivamente del empresario) el seguro de cuidados alemán financia sus prestaciones a través de las cotizaciones de trabajadores y empresarios. El importe de las cotizaciones se fija por ley. Hasta 2005 la financiación era paritaria entre empresarios y trabajadores. El 1 de enero de ese año entró en vigor la Ley para la consideración de la educación de hijos, que transpone una sentencia del Tribunal Federal Constitucional. En la actualidad la cuota es del 2,05% para asegurados con hijos (1,025% a cargo de trabajadores y empresarios respectivamente) y del 2,3% para aquellos que no tienen hijos.

En principio la financiación a través de cotizaciones es más transparente que la basada en impuestos y garantiza la estabilidad de los ingresos. Por otra parte, es un modelo más expuesto a la reducción del número de cotizantes bien por una crisis económica o el cambio demográfico. Es una fuente de financiación menos equitativa ya que las cotizaciones no tienen en cuenta ingresos que no sean los rendimientos del trabajo (Comas-Herrera, 2013).

Las prestaciones del seguro de cuidados fueron introducidas de forma gradual:

- El 1 de enero el seguro comenzó a recaudar cotizaciones.

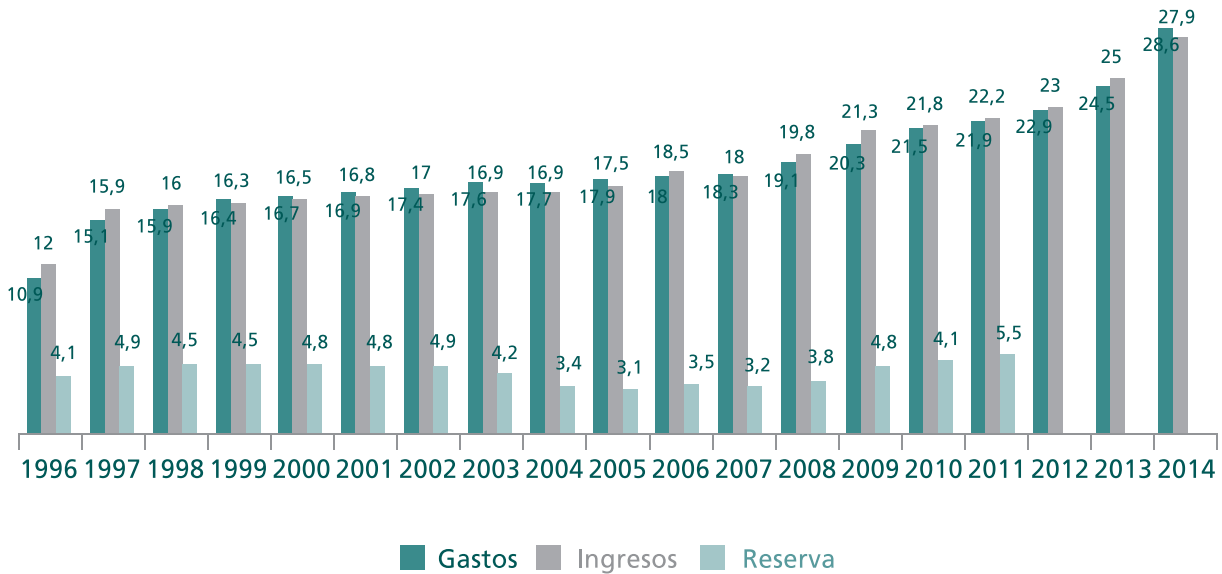
- El 1 de abril de 1995 el seguro empezó a prestar los servicios correspondientes a los cuidados en el entorno domiciliario

- El 1 de julio de 1996 se empezaron a prestar los servicios de la atención residencial.

Gracias a la recaudación de cuotas sin ofrecer prestaciones y a que las prestaciones de los servicios de atención residencial empezaron a conceder 1 ½ año después de iniciar la recaudación, el seguro de cuidados logró acumular un fondo de reserva. En 1999 -cuatro años después de la introducción del seguro privado de dependencia- se registró por primera vez un déficit en el balance de ingresos y gastos del seguro de cuidados. En 2004 este déficit se elevó a 820 millones de euros debido al retroceso de la cifra de trabajadores sujetos a seguridad social y al moderado incremento salarial.

En 2011 el seguro de cuidados público contó con ingresos de 22.200 millones de euros frente a gastos de 21.900 millones de euros, lo que supuso un superávit de 340 millones de euros. El fondo de reserva ascendió a 5.500 millones de euros. Entre 2008 y 2011 se produce un importante incremento tanto de los gastos como de los ingresos, una ligera reducción del superávit y un fuerte aumento del fondo de reserva. El seguro público de dependencia es el único ramo de la Seguridad Social alemana que no recibe aportaciones estatales para mantener su estabilidad financiera.

Evolución de ingresos, gastos y reservas del seguro de cuidados alemán, en miles de millones de euros, 1996 a 2017.



Al ser un sistema de cobertura parcial, el copago por parte de los usuarios es considerable. Los beneficiarios de las prestaciones aportaron en 1999 un 21% del coste de la atención, en 2007 un 27% y en 2011 un 33% (Theobald, 2013a; Zuchandke, 2011). A ello se le añade que entre 1995 y 2008 las prestaciones no fueron actualizadas sufriendo con ello una depreciación de aproximadamente el 18,8% (Schneider, 2007).

Un número considerable de personas en situación de dependencia tiene que recurrir a la prestación no contributiva para poder hacer frente a los gastos de la atención. Esta prestación asistencial específica para la atención a la dependencia creada en 1963, pasó de los 165.000 beneficiarios en el año de su puesta en marcha hasta alcanzar los 660.000 en 1993 (Statistisches Bundesamt, 2010). La introducción del seguro de cuidados supuso una importante reducción del gasto en esta prestación que pasó de 9.000 millones de euros en 1994

a 3.500 millones en 1997 (Bundesregierung, 2004; Theobald, 2013b). Sin embargo, la cifra de beneficiarios de esta ayuda ha vuelto a aumentar considerablemente. En 2011 aproximadamente 423.000 personas recibían esta prestación. Sobre todo la atención residencial supone una enorme carga económica para las personas en situación de dependencia (Bundesamt für Statistik, 2013). El gasto total generado por la prestación asistencial para personas en situación de dependencia ha pasado de 3.152 millones de euros en 2005 a 3.720 millones de euros en 2012 (Bundesamt für Statistik, 2014).

La financiación de la atención a la dependencia en España se realiza a cargo de los Presupuestos Generales del Estado y, a diferencia del modelo alemán, no a través de cotizaciones a la Seguridad Social. Posiblemente éste fuera uno de los temas más debatidos durante la elaboración del anteproyecto (Cobo, 2007b). En cierta manera, la financiación a través de impuestos ha hecho más vulnerable al sistema

ya que -al no estar ligado a un impuesto finalista, a lo que en 2004 habría estado dispuesto el 70% de los encuestados (Cobo, 2007b)-, ha supeditado la financiación del SAAD a la suficiencia económica de los presupuestos de la AGE y de las CC.AA. Comas (Comas, 2013), señala que este tipo de financiación presenta algunas ventajas frente a los sistemas de Seguridad Social, entre otras la de ser más equitativo que una financiación a través de cotizaciones ya que la base recaudatoria es más amplia y es menos costosa para trabajadores y empresarios. Una de las desventajas es sin embargo que la dependencia tiene dificultades para competir con otros gastos sociales a la hora de distribuir los recursos (Comas, 2013).

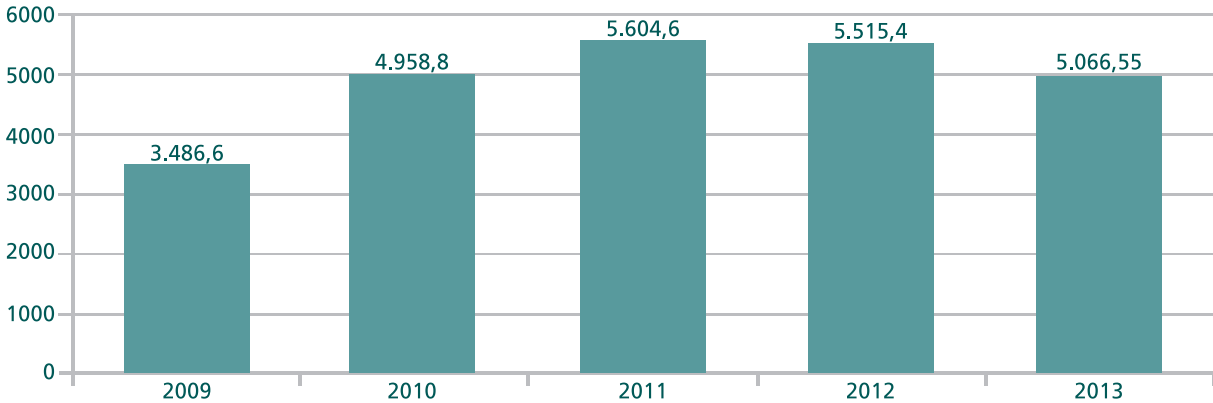
Una de las peculiaridades del SAAD es que la AGE financia el nivel mínimo de protección garantizado en función del número de personas beneficiarias y del grado y nivel reconocidos sin especificar el coste real de las prestaciones y sin tener en cuenta por lo tanto la diferencia del coste entre la prestación económica y los servicios. (González, 2013).

En lo relativo a la financiación se constata una variedad considerable en la normativa de las CC.AA. tanto en la asignación presupuestaria como en la regulación del copago (González, 2013). En líneas generales, podemos constatar un claro desnivel entre la aportación que realizan las CC.AA. y la AGE, grandes diferencias entre la financiación del sistema por parte de las CCAA, el aumento del copago y una diferencia cada vez mayor entre el coste real de las prestaciones y la aportación estatal para el nivel mínimo garantizado (Observatorio de la dependencia, 2013).

También en España se debatió en profundidad el modelo de financiación y el encaje de la atención a la dependencia. La patronal, la mayoría de las CC.AA. y los partidos políticos nacionalistas se opusieron a la vía de la Seguridad Social y finalmente el argumento competencial pesó más que la viabilidad financiera del sistema (Marbán, 2012). A lo largo de la tramitación de la Ley y los primeros años de funcionamiento del SAAD surgieron otros temas polémicos relacionados con la financiación como p.ej. la pregunta de que administración debía asumir el gasto generado por aquellas personas ya atendidas antes de la entrada en vigor de la LAPAD o el copago por parte de los usuarios del sistema (Cobo, 2007b).

El gasto de la AGE y las CC.AA. experimentó un importante incremento entre 2009 y 2011 pasando de 3.486 millones de euros a 5.604,6 millones de euros, cayendo en 2012 hasta los 5.515,4 y en 2013 probablemente hasta alcanzar los 5.066,55 millones de euros. (Observatorio estatal de la dependencia, 2013).

Gasto total de la atención a la dependencia soportado por la AGE y las CC.AA., 2009 a 2013 (proyección).



Fuente: Observatorio estatal de la dependencia, 2013 (elaboración propia).

A pesar de las diferencias en el gasto del sistema cabe destacar que el incremento del gasto en materia de atención a la dependencia en España ha sido muy superior al que se ha producido en Alemania. Entre 2005 y 2011 el incremento del gasto público destinado a la atención a la dependencia fue del 4,8%, el mismo que en el conjunto de la OCDE pero el doble del incremento registrado en Alemania. (OCDE, Health Statistics 2013). Sin embargo, este incremento fue muy desigual, siendo del 8% en los presupuestos destinados a la atención domiciliaria y del 4% en la atención en centros (OCDE: 5,0% y 4,1%; Alemania: 3,1% y 1,7%). (OCDE Health Statistics 2013). A pesar de este enorme esfuerzo la distancia en lo relativo al gasto público entre ambos países sigue siendo considerable. A precios constantes a 2005 Alemania destinó en 2011 2.759,57 euros por habitante a los cuidados de personas mayores, mientras que en España este gasto ascendió a 1.750,30 euros (UE 27: 2.571,61 euros). (Eurostat, 2013).

3. LA VALORACIÓN DE LA NECESIDAD DE CUIDADOS.

La Ley alemana del seguro de cuidados define la situación de dependencia de la siguiente manera: *“Son dependientes aquellas personas que, debido a una enfermedad o discapacidad física, psíquica o anímica no puedan valerse por sí mismas para realizar de forma regular las tareas de la vida cotidiana para un periodo previsiblemente no inferior a los seis meses y que por ello necesiten de forma considerable o importante de una ayuda.”* (artículo 14, Tomo XI del Código Social).

En el proceso de valoración se diferencia entre los cuidados básicos, (que engloban el aseo personal, la alimentación y la movilidad), y las tareas domésticas. La delimitación de las tareas cubiertas por el seguro de cuidados en cada uno de estos cuatro ámbitos ha sido motivo de un largo e intenso debate que aún no ha concluido. El seguro de cuidados alemán distingue tres niveles de dependencia, que a su vez determinan la cuantía económica de la prestación y que se determinan en función de

la ayuda que precisa el solicitante para realizar diversas tareas.

Desde la puesta en marcha del seguro de cuidados alemán el porcentaje de personas con un nivel moderado de dependencia ha pasado del 40,1% al 56,1% mientras que la gran dependencia (nivel III) y sobre todo la dependencia moderada (nivel II) han caído considerablemente, pasando del 16,6% al 11,9% y del 43,3% al 32% respectivamente.

La concesión de prestaciones del seguro de cuidados alemán se realiza en función de la asignación de un nivel de dependencia, la valoración es competencia del Servicio Médico de los seguros de enfermedad, organismo independiente si bien pertenece orgánicamente al seguro de enfermedad. El proceso de valoración por lo tanto es la puerta de entrada a las prestaciones del seguro de cuidados (Cuellar, 2000:z13). Se trata de un procedimiento de valoración homogéneo para todo el país, en el que se aplican criterios idénticos. El legislador ha querido evitar de esta manera que se produzcan desigualdades entre las regiones (Holdenrieder, 2004:136). En 2010 en el ámbito del seguro público se realizaron 1.317.248 valoraciones, 716.924 de las cuales fueron valoraciones de nuevos solicitantes (Bundesministerium für Gesundheit, 2011b).

Al igual que el sistema alemán, la LAPAD introduce tres grados de dependencia pero, a semejanza del modelo austriaco, asigna a cada grado dos niveles, lo que permite ajustar una mayor diferenciación entre las necesidades individuales de cuidados y a la vez facilita una implementación progresiva de las prestaciones (Cobo, 2007a).

La Ley preveía en su disposición final 1º la inclusión progresiva de los diferentes Grados, comenzando con los grandes dependientes. Tienen derecho a las prestaciones todas aquellas personas que residan en España desde al menos 5 años y tengan reconocido un nivel de dependencia.

La LAPAD adoleció desde sus inicios de una infrafinanciación que se ha visto agravada por un número muy elevado de beneficiarios del Grado III. De hecho, las cifras de población dependiente previstas por el Libro Blanco se están viendo sobrepasadas en la realidad por la inclusión en la Ley de colectivos inicialmente no previstos y por la desigual aplicación del baremo de valoración (Marbán, 2013).

Entre agosto de 2008 y diciembre de 2013 habían sido valoradas un total de 1.530.190 personas, presentando las valoraciones la siguiente distribución: grado I: 33,8%, grado II: 36,2% y grado III: 30,0%.

4. LAS PRESTACIONES DE LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA.

4.1. El catálogo de prestaciones.

El seguro de cuidados alemán distingue básicamente entre dos ámbitos de prestaciones: la atención en el entorno domiciliario y la atención en residencias. Tanto las prestaciones económicas como las prestaciones en servicios no se rigen por las necesidades reales sino que operan con cuantías fijas, independientes del caso concreto. Tienen carácter de cobertura parcial, es decir, que incluyen el copago por parte del asegurado (Skuban, 2004:145).

El catálogo de prestaciones de la atención en el propio domicilio es más complejo que el de la atención residencial. El legislador ha querido dar cuenta con ello del principio que rige el Seguro de cuidados: dar prioridad a la atención en el entorno domiciliario (Skuban, 2004: 137). Se trata pues de un sistema mixto diseñado para reforzar los cuidados familiares. Sin embargo, el número de personas atendidas en centro no ha disminuido sino que incluso ha aumentado.

El sistema alemán delega en los principales actores la configuración del sistema de cuidados. Partiendo de la base del derecho a la libre elección del usuario, las federaciones de seguros de dependencia regionales negocian con las organizaciones regionales de proveedores los precios de los servicios y firman convenios que detallan las condiciones. Si el proveedor cumple ciertos criterios de calidad los seguros de dependencia están obligados a negociar con él (Theobald, 2013a). La estructura de precios presenta considerables diferencias regionales. El Estado renuncia con ello a una planificación de la red de servicios sino que confía la capacidad reguladora del mercado y en el efecto de la demanda y la oferta. (Theobald, 2013b).

En lo relativo a la titularidad de los proveedores, el 50% de los SAD pertenecen al tercer sector y el 49% al sector mercantil. En el ámbito residencial el tercer sector tiene un peso ligeramente superior con un 54% de los centros y el 57% de las plazas, seguido del sector empresarial con un 40% de los centros y un 37% de las plazas y un sector público marginal con 5% de las residencias y un 6% de las plazas (Statistisches Bundesamt, 2013).

La creación de un mercado de la atención a la

dependencia se ha traducido en una creciente aplicación de criterios empresariales y en la irrupción de las empresas privadas con ánimo de lucro en un ámbito de las políticas sociales, cuestionando el papel privilegiado que hasta ese momento ostentaban las organizaciones no lucrativas. La persona en situación de dependencia se constituye en este modelo como "cliente", en teoría un actor más en ese mercado de la dependencia (Butterwege, 2006: 153) pero en una situación débil frente al resto debido a la falta de transparencia del mercado. Por ello, en su reforma de 2008 el legislador introdujo dos prestaciones nuevas: la gestión de caso y la gestión de la dependencia. La gestión de caso se ha convertido en un derecho subjetivo, la coordinación gruesa forma parte de las competencias de los puntos de coordinación, que pretenden reunir la asesoría, la gestión de casos y el mayor número posible de servicios dirigidos a personas dependientes.

Podemos constatar que la implantación de la gestión de caso ha sido un éxito relativo que se refleja en el alto grado de satisfacción de los usuarios y en una implantación que a primera vista parece ser aceptable, si bien resulta difícil de cuantificar. Bien diferentes son los resultados de la creación de los puntos de asesoría, cuyo número ha quedado muy lejos del inicialmente previsto. El fracaso de este aspecto de la reforma del 2008 prueba la capacidad de resistencia de los principales actores del sistema, en especial de los seguros de dependencia y de los gobiernos regionales. Ha resultado imposible garantizar la igualdad de información de todos los actores en el mercado de la dependencia y no ha sido posible forzar la colaboración entre actores que compiten y tienen intereses divergentes.

El SAAD presenta un catálogo de prestaciones similar al alemán, diversificando considerablemente las prestaciones destinadas al entorno domiciliario. El catálogo de servicios regulado por el artículo 15 de la LAPAD ofrece una diferenciación considerablemente de los servicios destinados a apoyar la atención en el domicilio. También las prestaciones económicas recogidas por los artículos 17, 19, 18 y 14.4 demuestran la intención del legislador de reforzar la atención domiciliaria. Merece mención especial la concesión de servicios para la prevención de la dependencia y la promoción de la autonomía personal, además de la prestación económica de asistencia personal, que integran la cobertura prevista para el primero de los objetivos generales de la LAPAD y que vienen regulados por los artículos 1.1, 15.1.a y 19.

En lo que se refiere a la configuración de la cartera de servicios cabe destacar una gran diversidad de realidades en lo referente a la ayuda domiciliaria así como considerables diferencias interterritoriales en cuanto a la intensidad de la prestación. A diferencia de Alemania la ejecución de esta prestación en un 92% de los casos corre a cargo de servicios y centros públicos (González, 2013). Las diferencias interterritoriales en la intensidad y configuración del precio también se dan en la teleasistencia, los servicios de prevención así como en los servicios de promoción de la autonomía personal. (González, 2013). El SAAD no ha logrado homogeneizar las enormes diferencias territoriales en la atención a las personas en situación de dependencia (Observatorio, 2014).

A diferencia del seguro de cuidados alemán la LAPAD tiene como objetivo promover la autonomía de las personas en situación de dependencia, una perspectiva más ambiciosa que

el modelo alemán. Esta dualidad de objetivos (atender las situaciones de dependencia y promover la autonomía) se refleja en las definiciones de la autonomía y la dependencia de los artículos 2.1. y 2.2.

El desarrollo de la promoción de la autonomía ha sido uno de los grandes déficits del sistema español. La definición de la dependencia -similar a la alemana- está inspirada por conceptos gerontológicos y médicos y prioriza el hogar familiar como espacio en el que se desarrolla el individuo (Serrano, 2013). Por un lado la LAPAD vincula el contenido material de su protección al "grado y nivel de dependencia" (art. 28.3). *"Esto resulta inapropiado para las intervenciones de promoción de la autonomía, que no deben vincularse a la gravedad de la afección, sino a las posibilidades de logro de cada caso."* (Casado, 2011). Por otro lado falta una estrategia adecuada para crear los medios necesarios para potenciar la autonomía de las personas en situación de dependencia. Vilá (Vilá, 2013) señala que la propia ley presenta un sesgo hacia la dependencia, dejando a un lado la promoción de la autonomía. Las reformas que siguieron a la aprobación de la Ley incluso han acentuado la rigidez del sistema, la uniformidad de las prestaciones y, en definitiva, eliminando la capacidad de elección de las personas en situación de dependencia en lo que se refiere a la prestación económica en el entorno familiar. Un reflejo de esta deriva es que la prestación para promoción de la autonomía solamente representa el 2,28% del total.

4.2. El perfil de los beneficiarios.

La puesta en marcha del seguro de cuidados alemán supuso un importante incremento del número de beneficiarios de prestaciones públicas

para la atención a la dependencia. En 1994 solamente el 2,4% de los mayores de 65 años recibía una ayuda no contributiva para la atención a la dependencia, el 1,8% para la atención residencial, el 0,1% para la atención formal en el propio domicilio y el 0,5% recibía una prestación económica (Statistisches Bundesamt, 1997). En 2011 el 12% de la población mayor de 65 años recibía prestaciones del seguro de cuidados: el 5% prestaciones económicas, el 3% la combinación entre prestaciones económicas y servicios y el 4% atención residencial (Statistisches Bundesamt, 2011).

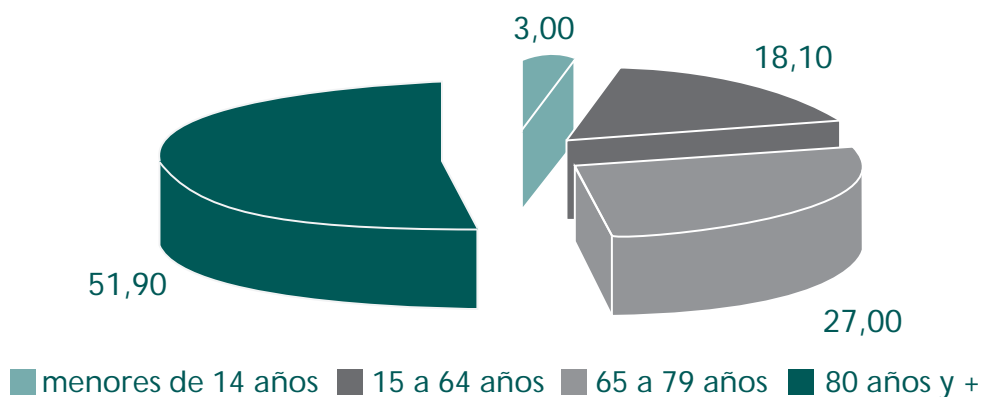
En la actualidad aproximadamente 2,5 millones de personas reciben prestaciones del seguro de cuidados, 1.768.345 en el propio domicilio. De éstas 1.053.632 reciben la prestación económica para familiares cuidadores, 181.865 son atendidos exclusivamente por un SAD y 312.689 combinan la prestación de ser-

vicios con la prestación económica. Un total de 773.408 de personas en situación de dependencia están siendo atendidas en un centro.

El 51,9% de los beneficiarios en Alemania son mayores de 80 años, el 27% tiene entre 65 y 79 años de edad, el 18,1% entre 15 y 64 años y el 3% menos de 14 años. (GKV, 2013).

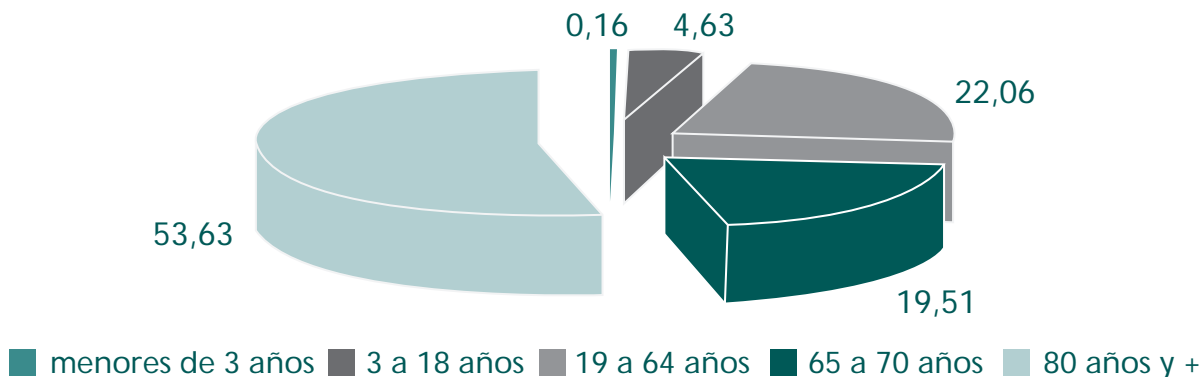
En España el 43,97% de los beneficiarios con derechos reconocidos que ya reciben la prestación en el 2013 correspondían al grado III, el 49,59% al grado II y solamente el 6,34% al grado I. (IMSERSO, 2014). Llama la atención que el sistema español arrastra un elevado número de personas que no reciben las prestaciones que corresponden en función del grado y necesidad reconocida, cifra que podría ascender al 190.503 personas, el 20,17% sobre el total de personas con un derecho reconocido. (Observatorio, 2014).

Perfil de las personas beneficiarios en Alemania por grupos de edad, 2013.



Fuente: GKV, 2013.

Perfil de las personas beneficiarios en España por grupos de edad, 2013.



Fuente: IMSERSO, 2013.

4.3. La importancia de los cuidados informales y de los servicios profesionales.

El porcentaje de mayores de 65 años que reciben alguna prestación para la atención a la dependencia sobre el total de personas de ese grupo de edad, en Alemania se sitúa en el 12,7%, un porcentaje superior a la media de la OCDE (11,7%) así como al porcentaje español (7,2%). (OCDE Health Statistics 2013).

Entre 1996 y 2012 la prestación económica para los familiares cuidadores ha pasado en el sistema alemán del 61,3% al 48,3% sobre el total. Han ganado en importancia la atención en centros (1996: 23,1%, 2012: 28,8%) y la combinación de la atención profesional e informal en el domicilio (1996: 8,8%, 2012: 17,1%). Los servicios profesionales de atención domiciliaria han pasado del 6,9% al 5,8%.

En lo relativo al gasto de las prestaciones se observa una ligera caída del gasto residencial, mientras que en el ámbito de la asistencia a domicilio se nota un ligero incremento de las prestaciones en especie. El coste de la presta-

ción económica para familiares cuidadores se ha mantenido prácticamente estable en 4.400 millones de euros entre 1996 y 2011, mientras que el gasto de la atención en residencias pasó de 2.690 millones de euros en 1996 a 9.710 millones en 2011 y el de los SAD de 1.770 a 2.980 millones. La atención residencial representaba en 2011 el 28,8% de los beneficiarios y consumía el 46,5% de los recursos.

En este contexto hay que mencionar uno de los temas más controvertidos del sistema de cuidados a la dependencia alemán: el control de la calidad de la atención de los familiares cuidadores. El seguro de cuidados alemán ha creado un estrecho sistema de control de la calidad de la atención formal, tanto de las residencias como de los SAD. Sin embargo, resulta sumamente difícil garantizar un control similar de la atención que prestan los cuidadores familiares. La familia se convierte en cierta manera en una *black box*, es decir, un espacio inaccesible para cualquier forma de inspección o valoración que certifique la calidad de la atención que está recibiendo la persona en situación de dependencia (Glendinnig y Kemp, 2006). Al-

gunos autores ponen en duda que la atención de los cuidadores familiares realmente implica una mejora de la calidad de la atención (Cuelar, 2000: 23). De hecho, el 22% de los beneficiarios de la prestación económica dice utilizar esta prestación para cubrir los gastos corrientes de manutención, alojamiento, etc. (Bundesministerium für Gesundheit, 2011a).

En las prestaciones que concede el SAAD la económica para cuidados informales es la que tiene el mayor peso con un 43,84% sobre el total (2012). Le sigue el 13,44% que recibe una prestación en una residencia, el 13,17% para la ayuda a domicilio, el 7,09% para la atención en un centro de día o de noche y el 6,93% para la prestación económica vinculada al servicio. (Observatorio de la Dependencia, 2013). En 2013 los beneficiarios de una atención residencial representaban el 16,2% de los atendidos pero consumían el 51,1% de los recursos. (Observatorio, 2014).

Llama la atención el elevado nivel de beneficiarios que reciben la prestación económica a pesar de que la LAPAD la califique de excepcional. Esta predominancia es resultado de la preferencia de ser cuidados en el entorno familiar, cuidados de los que en su mayoría se encargan mujeres; la falta de perspectivas laborales para mujeres mayores de 50 años, la falta de servicios, la prioridad que muchos usuarios dan a la posibilidad de elegir libremente sus cuidados y, por último, de la falta de ingresos que sufren muchas familias, contexto en el que esta prestación puede resultar ser esencial para la economía familiar (Rodríguez, 2013).

La LAPAD nació con la aspiración de modificar gradualmente la predominancia de la familia en los cuidados de las personas en situación de

dependencia sustituyendo o complementando a éstos por servicios profesionales. Desde un punto de vista de género presentaba un "potencial herético" (Serrano, 2013: 6) que se sustancia en una posible desfamiliarización de los cuidados. El que el Estado asuma un papel central en la atención a la dependencia podría haber supuesto una desindividualización de la búsqueda de la solución a los cuidados (Serrano, 2013). Estas aspiraciones se vieron frustradas en parte por ser la prestación económica más barata que los servicios profesionales pero también por la persistencia de patrones culturales que asignan los cuidados de los mayores a las familias (Rodríguez, 2012). Tres de cuatro cuidadores son mujeres (Instituto Nacional de Estadística, 2008) ascendiendo esta relación en el caso de los cuidados informales incluso a dos de cada tres (Serrano, 2013).

A ello se le añade el hecho que los servicios conllevan un copago mientras que la prestación para cuidados en el entorno familiar es la única que no implica una aportación económica propia por parte del usuario lo que implica reforzar la tendencia a elegir esta opción (Serrano, 2013:15). Marbán señala además que la concesión de prestaciones económicas presentan un rédito político en fases electorales (Marbán, 2013).

Hemos visto que uno de los principales puntos de discusión es el relativo al equilibrio entre los servicios y la atención domiciliaria a cargo de los cuidadores familiares. La falta de servicios e infraestructuras puede ser uno de los motivos para esta deriva hacia la atención informal es el número sumamente reducido de plazas para la atención residencial en centros y hospitales. De hecho, España contaba en 2011 con 37,2 plazas de atención a la dependencia

en centros y hospitales por cada 1.000 habitantes, un número muy inferior a la media de la OCDE (49,1) y al número de plazas en Alemania (52,1). (OCDE Health Statistics 2013).

No obstante, hay que tener en cuenta que el sistema español tiene un recorrido mucho más corto que el alemán y que el incremento porcentual de plazas ha sido importante. Entre el año 2000 y el 2011 el número de plazas para la atención a la dependencia en centros y hospitales aumentó en España un 19,4%, en el conjunto de la OCDE un 3,7% y en Alemania un 2,6% (OCDE Health Statistics 2013).

Ambos países presentan similitudes en cuanto a la importancia de los cuidados informales. Si comparamos el porcentaje de la población mayor de 50 años que realiza cuidados informales que se sitúa en un 14,18% en España y el 15,65% en Alemania (OCDE: 15,63%), la diferencia entre Alemania y España es de apenas 1,5 puntos porcentuales (OCDE Health Statistics 2013).

La diferencia es mayor si nos fijamos en qué medida son las mujeres mayores de 50 años las que asumen estos cuidados aunque en ambos países este porcentaje supera el 60% (Alemania: 60,8%; OCDE: 62,3%; España: 63,9%). (OCDE Health Statistics 2013).

Una de las consecuencias directas de que sea la mujer la que se encarga de los cuidados informales es un empeoramiento de su estado de salud. Comparando el sistema alemán con el de los países escandinavos, más centrados en los servicios, podemos constatar una considerable diferencia en el número de años de vida sana a partir de los 65 años de edad. En 2009 se situaba en 14,6 años mientras que en Alemania

era de 6,5 años. (Heintze, 2012).

El sistema alemán y el español son similares en lo relativo al peso de los cuidados informales pero la diferencia es significativa en cuanto a la intensidad de la atención que prestan los cuidadores informales. En España el 85% de los cuidadores realiza estas tareas a diario, un porcentaje que en Alemania se sitúa en el 59% (OCDE: 66%). (OCDE Health Statistics 2013). Además, en España y en los otros países mediterráneos la familia presta estos cuidados prácticamente en exclusividad. En el resto de los países es más frecuente que estos cuidados se complementen con cuidados formales y con cuidados informales ajenos a las familias como p.ej. vecinos, amigos o antiguos compañeros de trabajo (Hank, 2010).

5. RETOS DE LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA.

Centraré este apartado en describir algunos de los retos que considero centrales para cada uno de los sistemas. En el caso alemán se trata de las diversas propuestas para afrontar la viabilidad financiera del seguro de cuidados y la reforma de la definición de dependencia. En lo que se refiere al SAAD trataré la compleja estructura de gobernanza del sistema y los profundos recortes que éste ha sufrido a partir de 2011 y que ponen en peligro al sistema en su conjunto.

5.1. Los retos del seguro público de cuidados alemán.

El cambio demográfico tendrá como consecuencia un importante aumento de las personas mayores y probablemente también de las personas en situación de dependencia. Esto unido a una ampliación de las prestaciones lle-

vará a un considerable incremento de los gastos en concepto de atención a la dependencia. La Oficina Federal de Estadística parte de la base que el cambio demográfico llevará a una disminución de la población del 5% hasta 2030 en comparación a 2009 y del 15% hasta 2050. A su vez, el número de personas mayores de 80 años aumentará un 55% hasta 2030 y un 150% hasta 2050 (Rothgang, 2013a). Si bien es cierto que las condiciones de salud de las personas mayores mejorarán considerablemente, no es descartable que ello lleve a ampliar la duración en la que las personas mayores dependen de los cuidados suministrados por terceros (Unger, 2011). A ello se le añade un probable incremento de los cuidados formales por la caída de la atención familiar debido a los profundos cambios que experimentan las estructuras familiares y cambio en la estructura de edad (Rothgang, 2013).

Bajo el aspecto de la contención y redistribución de gastos se han barajado varias propuestas de reforma del sistema de financiación. Una Comisión de expertos creada por el Ministerio de Sanidad (Bundesministerium für Gesundheit, 2003) lanzó la idea de pasar a un sistema financiado a través de impuestos y complementarlo con una capitalización de fondos. Además de los enormes problemas que plantea la transición desde un modelo de cotizaciones (Zuchandke, 2011), la volatilidad de los mercados y la experiencia acumulada en otros países suscitan dudas acerca de la viabilidad de esta propuesta.

La opción de un seguro privado complementario para cubrir el copago no parece atractiva a la vista del exiguo número de pólizas suscritas hasta la fecha, apenas un 2,2% de todos los asegurados en un seguro de cuidados (Zuchan-

dke, 2011). En 2012 el entonces ministro de Sanidad liberal Christian Bahr creó una modalidad de subvención de pólizas adicionales privadas para los asegurados al seguro de cuidados. La introducción de este instrumento suscitó un considerable debate (Jacobs, 2013) ya que la introducción de seguros complementarios en el sistema de pensiones no benefició a personas con ingresos bajos o medios (Schmähl, 2010; Blank, 2011; Kleinklein, 2011). Precisamente los colectivos con ingresos más bajos son los que necesitan de una mayor intensidad de cuidados pero, a la vez, no cuentan con medios suficientes para contratar estas pólizas (Comas-Herra, 2012).

Forman parte de este debate las propuestas encaminadas a eliminar la dualidad de los sistemas privados y públicos. Los afiliados al sistema público pueden elegir el seguro al que quieren pertenecer pero no tienen la opción de cambiar al seguro privado. La normativa alemana limita este derecho de opción a aquellas personas que a través de su trabajo obtengan ingresos superiores a unos topes definidos por la Administración. En el caso de la dependencia estos ingresos no pueden ser inferiores a 47.250,00 euros anuales. Además pueden optar por los seguros privados los funcionarios, autónomos y las profesiones liberales.

El sistema público se rige por el principio de la solidaridad que se traduce en la determinación de las cotizaciones en función de los ingresos y en la concesión de prestaciones con independencia de los ingresos. El seguro privado no determina las cotizaciones en función de los ingresos pero sí en función del riesgo individual. Las prestaciones de ambos seguros deben ser idénticas, la valoración aplica el mismo baremo. Sin embargo, la media de edad de los

afiliados al seguro privado de dependencia es claramente inferior a la del seguro público, los ingresos medios de los afiliados a los seguros privados son superiores. Todo ello redundaría en que el seguro de cuidados público soporta un gasto medio por afiliado doble del que genera un afiliado en el seguro privado (Rothgang, 2011).

Esto ha suscitado un amplio debate acerca de la necesidad de eliminar esta duplicidad. Los partidos de izquierda y los sindicatos abogan por un seguro que unifique ambos ramos e incluya en el cálculo de las cotizaciones ingresos patrimoniales excluidos hasta la fecha (Theobald, 2013; Rothgang, 2011). Este modelo supondría la inclusión de funcionarios y trabajadores por cuenta propia en el sistema único, la eliminación de la opción de afiliación al seguro privado a partir de un determinado ingreso y la inclusión de todos los ingresos, incluidos los patrimoniales en el cálculo de la cotización (Zuchandke, 2011). Esta propuesta, rechazada por conservadores y liberales, no ha sido tenida en cuenta en el acuerdo de gobierno firmado recientemente por socialdemócratas y demócrata-cristianos.

Sin embargo, el principal motivo de debate desde hace varios años es la reforma de la definición de la dependencia. Una vez puesta en marcha la ley, diversos actores criticaron que el proceso de valoración aplicaba criterios excesivamente restrictivos dejando a un lado trastornos causantes de dependencia motivados por trastornos mentales o psíquicos (Kuratorium Deutsche Altenhilfe, 1996).

La exposición de motivos de la ley aprobada en 1993 ya dejaba claro que era necesario restringir el ámbito de aplicación de la ley

para garantizar la viabilidad financiera de la atención a la dependencia (Deutscher Bundestag, 1993; ver también: Deutscher Bundestag, 1997). Sin embargo ya el Segundo informe sobre el seguro de cuidados publicado en 2001, constató que la atención a los enfermos de una demencia por el seguro de cuidados era uno de los asuntos que debían ser solucionados con la mayor urgencia y al que el Gobierno le daría la mayor prioridad. (Bundesregierung, 2001: 25 y s., ver también Schneekloth, 2000; Bundespflegeausschuss, 2002; Deutscher Bundestag, 1998; Bundesregierung, 2003).

En 2006 la Ministra de Sanidad creó una comisión de expertos para reformar la definición de la dependencia que presentó su informe final en 2009 (Bundesministerium für Gesundheit, 2009). Concluye que la actual definición de la dependencia no permite determinar la necesidad real de cuidados debido a la fijación exclusiva en las tareas de la vida diaria. La Comisión propuso una definición de la dependencia que engloba todas las causas que motivan una dependencia: corporales, psíquicas y mentales y elaboró un instrumento de valoración que cubra todas las realidades vivenciales y las necesidades de las personas dependientes de una forma flexible, garantice un elevado grado de diferenciación y la necesaria transparencia del proceso.

El objetivo es lograr una valoración integral de la necesidad de atención a personas dependiente incorporando las situaciones cognitivas y psíquicas que motivan una necesidad de apoyo. A diferencia del instrumento de valoración actual no pretende cifrar el tiempo necesario para atender a las personas dependientes sino que intenta determinar el grado de autonomía para la realización de actividades en diferen-

tes áreas de la vida diaria, pasando de los tres niveles de dependencia actuales a cinco (Wingenfeld, 2009). El coste adicional de esta reforma variaba en función de los criterios a aplicar, pero en ninguno de los casos sería inferior a los 3.000 millones de euros anuales (Rothgang, 2009, 16 y s.).

El cambio de Gobierno en el año 2009 y, sobre todo, el hecho de que la cartera de sanidad fuera ocupada por un miembro del partido liberal paralizó la reforma. En 2011 el Ministerio de sanidad nombró una segunda comisión de expertos de la que formaban parte 37 organizaciones del sector y varios expertos en la materia que inició sus trabajos a comienzos de 2012 y entregó su informe final el 27 de junio de 2013. Este informe recoge las propuestas elaboradas anteriormente, lo que supondría un cambio paradigmático en la valoración ya que el factor tiempo dejaría de ser el criterio decisivo para determinar la necesidad concreta e individual de cuidados (Hoffer, 2013). En la actualidad, el proceso de valoración se fundamenta básicamente en el tiempo que los cuidadores familiares tienen que dedicar a atender a la persona en situación de dependencia. La propuesta toma como referencia el tipo de dependencia que presenta la persona y el grado de autonomía. La introducción de esta reforma sí ha tenido entrada en el acuerdo de gobierno firmado por socialdemócratas y demócrata-cristianos.

5.2. Los retos del SAAD.

También la LAPAD presenta diversos retos, me centraré en dos aspectos que considero centrales: el modelo de gobernanza creado por la LAPAD y los profundos recortes que cuestionan la viabilidad del SAAD, el principal reto de la

atención a la dependencia en España.

El encaje en la Constitución se realiza a través del artículo 149.1.1, que faculta al Estado para la regulación de las "condiciones básicas". "1. *El Estado tiene competencia exclusiva sobre las siguientes materias: 1º La regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales.*" Podría haberse realizado a través del artículo 149.1.7 que regula la legislación básica y el régimen económico de la seguridad social. Si bien la LAPAD contó con un alto nivel de consenso, precisamente este punto fue uno de los motivos por los que diversas formaciones políticas nacionalistas se abstuvieron por considerar que la ley invadía sus competencias.

La LAPAD presenta una estructura compleja que ha dificultado su implementación. El SAAD precisa de una estrecha colaboración entre la AGE y las CC.AA. (Marbán, 2013: 389 s.) ya que éstas deberán negociar la materialización de las prestaciones previstas por la LAPAD. Este aspecto se vio agravado por el hecho de que la LAPAD no pertenece al ámbito de la Seguridad Social sino de los Servicios Sociales, competencia de las CC.AA. que tenían desarrolladas toda una serie de actuaciones y servicios en materia de atención a la dependencia y la discapacidad (Rodríguez, 2012).

Cobo (Cobo, 2007a) resalta lo novedoso de este sistema que crea un marco de cooperación altamente formalizado. Pero se trata de un sistema expuesto a las respectivas mayorías políticas y que ha sido utilizado por los partidos en su pugna política (González, 2013). Unido a las diferencias existentes en los servicios sociales de las CC.AA. (Rodríguez, 2013) esto explica en

buena parte las disparidades en lo relativo a la implementación del SAAD en las CC.AA. (Marbán, 2013). Como señala Sitges (Sitges, 2011) no existe un SAAD sino diecisiete sistemas diferentes con más de 500 normas distintas. La LAPAD además está sometida a coyunturas sociopolíticas generales y de las CC.AA. que han llevado a una considerable heterogeneidad en lo *“relativo al acceso, acreditación de centros y copago.”* (Marbán, 2013: 390). Otro aspecto problemático en este complejo entramado creado para la gestión y financiación del SAAD es la práctica ausencia de los municipios que ostentan un papel central en la provisión y financiación de los servicios sociales básicos (Rodríguez, 2013).

La complejidad del sistema de relaciones entre los diferentes actores institucionales se refleja en los niveles de protección previstos por la LAPAD. El artículo 7 de la Ley prevé un nivel de protección mínimo, determinado por el Estado para garantizar la igualdad en todo el territorio. El nivel intermedio es que el Estado debe acordar con cada una de las CC.AA. Por último, el tercer nivel es el adicional y que será fijado y financiado únicamente por las CC.AA.

Posiblemente un sistema de cooperación entre los diferentes niveles de la administración como el creado por la LAPAD solamente es viable si hubiera una mayor cultura política de colaboración de la que parece existir en España.

El segundo aspecto que quiero tratar es el del impacto de la crisis sobre el sistema de la dependencia español. El derrumbe de Lehmann Brothers en los EE.UU. en otoño de 2008 desató una de las crisis más profundas del sistema financiero y económico. La puesta en marcha de la ley coincidió con los primeros síntomas de

esta crisis. Los gobiernos nacionales pronto tuvieron que enfrentarse al impacto de esta crisis en los mercados de trabajo y los presupuestos nacionales. Despidos masivos, un incremento espectacular de la tasa de desempleo y, en especial, del desempleo juvenil, el aumento de los índices de pobreza y, en consecuencia, de las protestas sociales fueron algunos de los resultados inmediatos de la crisis. Ésta también se tradujo en una creciente presión sobre algunos de los estados más afectados por parte de instituciones internacionales como el FMI y la UE para que implementen programas de ahorro drásticos.

En 1981 la OCDE ya diagnosticaba la crisis de los sistemas públicos de bienestar (OCDE, 1981), crítica que se agudizó a partir de 1989. Esta argumentación insiste en el lastre que supuestamente supone el gasto social para las economías nacionales en un mundo globalizado. Desde entonces, la insistencia en desregularizar, privatizar y reducir el gasto social ha pasado a formar parte no solo de los discursos de partidos conservadores y liberales sino también de la socialdemocracia de la denominada tercera vía (Weishaupt, 2013).

También la LAPAD ha sido reformada en diversas ocasiones desde el 2010, todas ellas en sintonía con los recortes sufridos por el conjunto de las prestaciones sociales en España (Vilá, 2013; González, 2013; Rodríguez, 2012).

La Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales identifica cuatro etapas desde la aprobación de la LAPAD en diciembre de 2006. A una primera fase de inicio y desconcierto le sigue una fase de consolidación y expansión que dura hasta finales de 2010 y se caracteriza por la incorporación masiva de

nuevos usuarios al sistema. A partir de mayo de 2011 con las elecciones autonómicas se inicia un período de ralentización o estancamiento del número de solicitudes y finalmente, una vez iniciado el mandato del actual Gobierno, pasamos a una fase que esa asociación denomina de retroceso y demolición, acelerada con el RD 20/2012 y que se caracteriza por recortes presupuestarios y un caída del número de beneficiarios (Observatorio de la dependencia, 2013).

Diversas normas aprobadas desde 2010 han mermado considerablemente la eficacia del SAAD (RD 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público, RD 20/2011, de 30 de diciembre, de medidas urgentes en materia presupuestaria, tributaria y financiera para la corrección del déficit público y RD 2/2012, de 29 de junio, de Presupuestos general del Estado para el año 2012).

Merece especial mención el RD 20/2012 que ha sido la de mayor calado (Vilá, 2013) y que se rige principalmente por el principio de *“la exigencia de cumplimiento de los objetivos de déficit público”* lo que, *“desde el punto de vista de la protección no significa otra cosa que eliminación o empeoramiento de la calidad de la tutela”* (González, 2013:11). Introduce la obligatoriedad de volver a presentar documentación que ya obra en poder de la Administración, concede a las Administraciones la competencia para ajustar la intensidad de los servicios a personas que hayan obtenido una resolución afirmativa y a determinarla para aquellas personas que las soliciten. Supedita la concesión de la prestación económica en el entorno familiar a la Administración, excluye los efectos retroactivos de las prestaciones por

cuidados en el entorno familiar que quedarán sujetas a un plazo suspensivo máximo de dos años. Elimina las cotizaciones a la Seguridad Social de los cuidadores no profesionales y suprime los niveles de los tres grados de dependencia. En general se observa cierta centralización pasando algunas competencias del Consejo Territorial al Gobierno en lo relativo a la hora de establecer cuantías máximas de las prestaciones económicas. Establece algunas incompatibilidades entre prestaciones y servicios. Por último, reduce un 15% las prestaciones económicas por cuidado en el entorno familiar. El conjunto del ahorro generado por estas medidas alcanza los 800 millones de euros en 2012 a lo que habría que sumar la reducción del gasto de las CC.AA.

Una medida que ha tenido un efecto inmediato sobre la cuantía de las prestaciones han sido los Acuerdos del Consejo Territorial del 10 de julio de 2012 encaminados a *“prestar una mejor atención a los beneficiarios del Sistema, de más calidad, con unos criterios que garanticen la igualdad en la concesión de las prestaciones en todo el territorio nacional, más profesional, con impacto en el empleo y respetando los principios recogidos en la propia Ley de Dependencia.”* (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013: 2). La reducción de las prestaciones económicas en un 15% ha redundado en una caída del gasto de las CC.AA. por este concepto en un 23%. La prestación media de una persona con un Grado III pasó de 414,58 euros a 343,38 euros, la del Grado II de 295,09 a 214,43 euros y las del Grado I de 137,20 a 100,94 euros.

En el Programa Nacional de Reformas el Gobierno anuncia que, con el fin de proseguir en la senda del ajuste presupuestario, regulará

el copago que supondrá un incremento de la carga para los usuarios del 5%, siendo la introducción gradual durante los próximos 3 años. Asimismo el Gobierno prevé publicar dos Reales Decretos que pretenden dar prioridad a los servicios sobre las prestaciones económicas y regular el conjunto de las prestaciones, lo que generaría un ahorro de 489 millones de euros (Gobierno de España, 2013:53).

El Gobierno justifica estos recortes con una supuesta mejora de los servicios, argumentando que las medidas son adecuadas *“para racionalizar y modernizar los servicios prestados, garantizando su sostenibilidad.”* (Gobierno de España, 2013:23). No obstante este ejercicio retórico no puede soslayar que las medidas han empeorado considerablemente la atención que se presta a las personas en situación de dependencia y vacía de contenido el derecho subjetivo a estas prestaciones. *“Las reformas efectuadas han debilitado el contenido de los derechos reconocidos, debido a las medidas adoptadas (rebaja de la intensidad y de las cuantías, aumento de las aportaciones de los usuarios y reducción de la financiación pública, retrasos en la aplicación de la ley y en la percepción de las cantidades adecuadas, etc.)”* (Vilá, 2013: 17).

Las reformas se justifican afirmando que se quieren reforzar los servicios frente a las prestaciones económicas. Esta argumentación se aleja de la tendencia europea que fomenta los cuidados informales introduciendo p.ej. sistemas de cheques que permiten contratar servicios (Rodríguez, 2012). Intenta enlazar con la intención inicial de la Ley que preveía la excepcionalidad de estas prestaciones económicas hasta que estuviera implementada la red de servicios necesaria para garantizar la

atención a todas las personas en situación de dependencia, aún siendo conscientes todos los actores que la preferencia de buena parte de las personas en situación de dependencia es la de ser atendidas en su entorno familiar (Cobo, 2007b).

Sin embargo, la realidad es que los servicios profesionales de atención a la dependencia están siendo estrangulados por los recortes económicos. (Jiménez, 2012: 21). La retirada de la financiación estatal supone incluso un duro revés para aquellas CC.AA. que apostaron por ampliar la red de servicios profesionales y que ahora deben afrontar el elevado coste que generan estos servicios (Observatorio, 2012).

El efecto de estas reformas no será otro que la reprivatización y refamiliarización de la atención a las personas en situación de dependencia y *“crea las condiciones para consolidar una visión de protección social en la que los riesgos sociales se convierten en riesgos individuales, sustituyendo de este modo las políticas de cohesión social por combinaciones variadas de darwinismo social, familiarismo y asistencia social.”* (Rodríguez, 2012).

Rodríguez (Rodríguez, 2012) concluye que el giro de la política estatal en materia de dependencia, sustanciado sobre todo con el RDL 20/2012 de julio de 2012 sobre medidas de estabilidad presupuestaria y mejora de la competitividad golpean en especial al SAAD por ser un sistema de reciente creación que comenzaba a afianzarse, por frustrar las expectativas que los usuarios actuales y potenciales ponen en él y, por último, por truncar una de las vías más prometedoras de creación de empleo. Se trata de un conjunto de reformas que cuestionan el carácter universal y público de la LAPAD (Serrano, 2013).

Estos recortes están en línea con los que sufre el sistema público de salud en su conjunto y que básicamente van a tener dos efectos: reducir considerablemente la calidad de los servicios y con ello la salud de la población y a hacer más vulnerables los sistemas públicos a posteriores recortes (Gaffney, 2013). El desmantelamiento de los servicios públicos sigue unas pautas que parecen preestablecidas. Se escuda en la reducción del déficit y supuestas ineficacias de los sistemas públicos para acelerar procesos de privatización y reducción del gasto público. Los primeros pasos suelen ser restringir el acceso a las prestaciones incrementando las aportaciones de los usuarios o excluyendo a diferentes colectivos como p.ej. los indocumentados, eliminando aportaciones estatales y prestaciones de los catálogos de servicios. Reducen la calidad de los servicios con el objetivo de ir modificando gradualmente el carácter universal y público de los sistemas (Gaffney, 2013). Son reformas que no solo debilitan la capacidad de los sistemas para dar respuesta a las necesidades más urgentes sino que acaban de agravar estas necesidades (Scheil-Adlung, 2013: 28).

Ante la acumulación de recortes que está sufriendo el sistema español de atención a la dependencia deberíamos preguntarnos pues en que medida las recientes reformas del SAAD no van mucho más allá de simples reformas paramétricas y si en la suma no pueden llegar a suponer un cambio paradigmático. La rapidez con la que se ha puesto en marcha y posteriormente desmantelado el sistema de atención a la dependencia español prueba la vulnerabilidad de sistemas de reciente creación.

Conclusión

Los dos sistemas de protección a la dependencia analizados en este artículo presentan ciertas similitudes, pero están tomando sendas completamente diferentes. Mientras que el modelo alemán -con todas sus limitaciones- se encuentra en un proceso lento de ampliación de derechos y prestaciones, el sistema español se encuentra en una profunda crisis institucional y financiera que podría cuestionar lo creado desde 2007.

6. BIBLIOGRAFÍA.

ALBERS, JENS (1982). Vom Armenhaus zum Wohlfahrtsstaat. Analysen zur Entwicklung der Sozialversicherung in Westeuropa. Frankfurt a. M.: Campus.

APPLEBAUM, Robert; BARDO, Anthony; ROBBINS, Emily (2013). International Approaches to Long-term Services and Supports. Generations. Journal of the American Society of Ageing, 37 (1), 59-65.

ARNTZ, MELANIE; SACCHETO, RALF (2007). The German Social Long-Term Care Insurance, ZEW Discussion Paper N° 2625, Mannheim.

AUSSCHUSS FÜR GESUNDHEIT DES DEUTSCHEN BUNDESTAGES (2012). Änderungsantrag 18 der Fraktion der CDU/CSU und FDP zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung. 17(14)287, 12.6.2012.

BEHNING, UTE (1999). Zum Wandel der Geschlechterrepräsentation in der Sozialpolitik. Opladen: Leske und Budrich.

BERTRAM, HANS; RÖSLER, WIEBKE; EHLERT, NANCY, Zeit (2005). Infrastruktur und Geld: Familienpolitik als Zukunftspolitik. Aus Politik und Zeitgeschichte, 23-24, 2005, 6-15.

BLANK, F. (2011). Die Riester-Rente: ihre Verbreitung, Förderung und Nutzung. Soziale Sicherheit 60 (12), 414 – 420.

BORRÁS, VICENT; TORNS, TERESA; MORENO, SARA (2007). Las políticas de conciliación: políticas laborales versus políticas de tiempo. Papers, 83, 83-96.

BUNDESAMT FÜR STATISTIK (2013). Sozialleistungen. Empfänger und Empfängerinnen von Leistungen nach dem 5. bis 9. Kapitel SGB XII. Wiesbaden.

BUNDESAMT FÜR STATISTIK (2014). Ausgaben und Einnahmen der Sozialhilfe: Deutschland. https://www-genesis.destatis.de/genesis/online;jsessionid=5F8D26C840864CAC1AC8FD3B15F8A337.tomcat_GO_2_2?operation=previous&levelindex=2&levelid=1389348180346&step=2.

BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES (2008). Übersicht über das Sozialrecht. Nuremberg: BW Bildung und Wissen, 2008.

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALES (2003). Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme. Berlin.

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (2011b). Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin.

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (2011a). Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“, Bericht zu den Repräsentativerhebungen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit von TNS Infratest Sozialforschung München. Berlin.

BUNDESREGIERUNG (2004). Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. Berlin.

BUTTERWEGGE, CHRISTOPH (2006). Krise und Zukunft des Sozialstaates. Vs-Verlag.

CASADO, Demetrio (2005). Nota sobre el futuro de los servicios sociales: nuevas necesidades, actividades y garantías. Documentación administrativa, 271-272, 176-204.

CASADO, DEMETRIO (2011). Objetivos y medios de la LAAD. Presentación ppt en el Seminario SIPOSO, ENCUENTRO ENVEJECIMIENTO ACTIVO, Madrid, 30 de noviembre 30 de 2011.

COBO GÁLVEZ, Pablo (2007a). El desarrollo e implantación del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia y de sus prestaciones desde la Administración General del Estado: normas y criterios comunes. Documentación administrativa, 276- 277.

COBO GÁLVEZ, Pablo (2007b). Génesis y elaboración de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Documentación administrativa, 276- 277.

COMAS-HERRERA, ADELINA; BUTTERFIELD, REBECCA; FERNÁNDEZ, JOSÉ-LUIS, WITTENBERG, RÁPAEL; WIENER, JOSHUA M. (2012). Barriers and Opportunities for Private Long-Term Care Insurance in England: What Can We Learn From Other Countries? Kent: PSSRU Discussion Paper 2780.

COMAS-HERRERA, ADELINA (2013). Dependencia, financiación público-privada y sostenibilidad. *Actas de la dependencia*, 9, 7 – 27.

CUELLAR, ALISON EVANS; WIENER, JOSHUA M. (2000), Can social insurance for long-term care work? The experience of Germany. *Health Affairs*, 19, 3, 8 – 25.

GAFFNEY, Adam (2013). Austerity and the Unraveling of European Universal Health Care. *Dissent* (Spring), 11-15.

GKV (2013). Kennzahlen der Sozialen Pflegeversicherung. Berlín.

GOBIERNO DE ESPAÑA (2013). Programa Nacional de Reformas 2013. Madrid.

GOHDE, JÜRGEN (2013). Reformbedarf der Pflegeversicherung. *Gesundheit und Sozialversicherung*, 4, 4 – 13.

GONZÁLEZ ORTEGA, Santiago (2013). La aplicación de la Ley de Dependencia en España. Madrid: Consejo Económico y Social.

HANK, KARSTEN, JÜRGES, HENDRIK (2010). The last year of life in Europe: regional variations in functional status and sources of support. *Ageing & Society*, 30, 1041 – 1054.

HEINTZE, CORNELIA (2012). Auf der Highroad –der skandinavische Weg zu einem zeitgemäßen Pflegesystem. Ein Vergleich zwischen fünf nordischen Ländern und Deutschland. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.

HINRICHS, KARL; WARFELMANN, CAROLINE A. (2011). El seguro social de cuidados en Alemania. *Papeles de Economía Española*, 129, 123 - 136.

HOFFER, HEIKE (2013). Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff: Die Empfehlungen des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung seiner Einführung revisited. *Gesundheit und Sozialversicherung*, 4, 14 – 20.

HOLDENRIEDER, JÜRGEN (2003). Comparative evaluation of Long-Term Care Policies for Elderly in the EU. Frankfurt a. M.: Verlag Peter Lang, Francfort.

IMSERSO (2013). Aspectos destacables de la gestión del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia. Madrid: IMSERSO.

IMSERSO (2014). Avance de la evaluación 2013 del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, según datos a 31 de diciembre de 2013. Madrid: IMSERSO.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2008). Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2008.

JACOBS, KLAUS; ROTHGANG, HEINZ (2013a). Der Pflege-Bahr: falsches Signal und untaugliches Geschäftsmodell. *Gesundheit und Sozialversicherung*, 4, 24 – 27.

JIMÉNEZ LARA, ANTONIO (2012). Crisis y atención a la dependencia. Efecto sobre el empleo y las familias. Actas de la dependencia, 5.

KLEINKLEIN, A (2011). Zehn Jahre „Riester-Rente. Bestandsaufnahme und Effizienzanalyse. Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn.

KLIE, THOMAS / BLINKERT, BALDO (2008): Die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen vor dem Hintergrund von Bedarf und Chancen. Bauer, A. / Büscher, U. (Hg.): Soziale Ungleichheit und Pflege. 238-255; VS-Verlag.

LESSENICH, STEPHAN (2000). Soziologische Erklärungsansätze zur Entstehung und Funktion des Sozialstaates. En: ALLMENDINGER, JUTTA (ed.), Soziologie des Sozialstaates. Gesellschaftliche Grundlagen, historische Zusammenhänge und aktuelle Entwicklungstendenzen, Juventa, Weinheim y Munich, 2000.

MARBÁN GALLEGO, VICENTE (2012). Actores sociales y desarrollo de la Ley de Dependencia. Revista Internacional de Sociología, 70 (2), 375 – 398.

MEYER, J. A. (1996). Der Weg zur Pflegeversicherung. Frankfurt am Main: Mabuse.

MORENO, LUIS; MCEWEN, NICOLA (2005). Exploring the Territorial Politics of Welfare. Working Paper 05-05, Unidad de Políticas Comparadas (CSIC), Madrid.

OBSERVATORIO ESTATAL DE LA DEPENDENCIA (2012). Presupuestos públicos y financiación de la atención a la dependencia. La cuadratura del círculo. Madrid: Asociación estatal de directoras y gerentes de servicios sociales.

OBSERVATORIO ESTATAL DE LA DEPENDENCIA (2013). Informe sobre el desarrollo y evaluación territorial de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Madrid: Asociación estatal de directoras y gerentes de servicios sociales.

OBSERVATORIO ESTATAL DE LA DEPENDENCIA (2014). XII Dictamen del Observatorio. Madrid: : Asociación estatal de directoras y gerentes de servicios sociales.

OCDE (1981). The welfare state in crisis: an account of the Conference on Social Policies in the 1980s. OCDE, Paris, 20-23 October.

RODRÍGUEZ CABRERO, Gregorio (2011). Los sistemas públicos europeos de atención a la dependencia. Actas de la dependencia, 1.

RODRÍGUEZ CABRERO, Gregorio (2012). La Ley de la Dependencia: ¿una oportunidad perdida en el desarrollo de los derechos sociales?. Gaceta sindical: reflexión y debate, 19, 319-338.

RODRÍGUEZ CABRERO, GREGORIO; MARBÁN GALLEGO, VICENTE (2013). Long-Term Care in Spain: Between Family Care Tradition and the Public Recognition of Social Risk. En: Ranci,

CONSTANZO; PAVOLINI, EMMANUEL (2013). Reforms in Long-Term Care Policies in Europe. Investigating Institutional Change and Social Impacts. Berlin: Springer, 2013, 201 – 219.

RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, PILAR (2006). El sistema de servicios español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia. Documento de trabajo 87/2006. Madrid: Fundación Alternativas.

ROTHGANG, HEINZ; MÜLLER, ROLF; UNGER, RAINER; WEISS, CHRISTIAN; WOLTER, ANNIKA (2010). Barmer GEK Pflegereport 2010. Schwerpunktthema: Demenz und Pflege. Schwäbisch Gmünd: Barmer GEK.

ROTHGANG, HEINZ (2011). Solidarität in der Pflegeversicherung: Das Verhältnis von Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegeversicherung. Sozialer Fortschritt, 4, 81 – 87.

ROTHGANG, HEINZ; MÜLLER, ROLF; UNGER, RAINER (2013). Barmer GEK Pflegereport 2013. Schwerpunktthema: Reha bei Pflege. Schwäbisch Gmünd: Barmer GEK.

ROTHGANG, HEINZ; JACOBS, KLAUS (2013a). Pflegereform 2014: Was ist zu tun ?. GGW, 13, 3, 7 – 14.

SCHÄFFER, DORIS; EWER, MICHAEL (2004), Ambulant vor stationär. Ambulantisierung – Konsequenzen für die Pflege. Arbeiterwohlfahrt, 42 – 50.

SCHEIL-ADLUNG, Xenia; BONAN, Jacopo (2013). Brechas en la protección social de la salud y en los cuidados de larga duración en Europa: ¿bancarrota para la tercera edad? Revista Internacional de la Seguridad Social, 66 (1), 27-51.

SCHMÄHL, W. (2011). Die Riester-Reform von 2011 – Entscheidungen, Begründungen, Folgen. Soziale Sicherheit 60 (12), 23 – 28.

SCHNEIDER, U.; REYES, C. (2007). Mixed blessing: long-term care benefits in Germany. Ungerson, C.; Yeandle, S. (eds.). Cash for care in developed Welfare states. Houndmill: Palgrave Macmillan, 137 – 165.

SCHULZ, ERIKA; LEIDL, REINER; KÖNIG, HANS-HELMUT (2001). Starker Anstieg der Pflegebedürftigkeit zu erwarteten Vorausschätzungen bis 2020 mit Ausblick auf 2050. DIW-Wochenbericht 5/01, Berlin.

SERRANO PASCUAL, A.; ARTIAGA LEIRAS, A. & DÁVILA DE LEÓN, M.C. (2013), "Crisis de los cuidados, Ley de Dependencia y confusión semántica. Revista Internacional de Sociología. doi: 10.3989/ris. 2012.07.30.

SITGES, JUAN (2011). Análisis del estado actual de la Ley de dependencia. Papeles de Economía Española, 129, 244 – 248.

SKUBAN, RALPH, Pflegeversicherung in Europa. Sozialpolitik im Binnenmarkt, VS-Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2004.

STATISTISCHES BUNDESAMT (2010). Statistik der Sozialhilfe – Hilfe zur Pflege. Wiesbaden.

STATISTISCHES BUNDESAMT (2013). Pflegestatistik 2011. Wiesbaden.

STATISTISCHES BUNDESAMT (1994): Soziale Leistungen. Fachserie 13. Reihe 2: Sozialhilfe 1994. Wiesbaden.

THEOBALD, HILDEGARD (2010). Pflegepolitik, Sorgetätigkeiten und Ungleichheit: Europäische Perspektiven. Sozialer Fortschritt, 2, 31 – 39.

THEOBALD, HILDEGARD; HAMPEL, SARAH (2013b). Radical Institutional Change and Incremental Transformation: Long-Term Care Insurance in Germany. En: Ranci, Constanzo; Pavolini, Emmanuel (2013). Reforms in Long-Term Care Policies in Europe. Investigating Institutional Change and Social Impacts. Berlin: Springer, 2013, 117 - 138.

THEOBALD, HILDEGARD; SZEBEHELY, MARTA (2013a). Care Workers and New Public Management. A comparison in long-term care reforms and their effects on care workers in Sweden and Germany. Paper presented at the 11th Annual ESPAnet conference, Poznan.

TN INFRATEST SOZIALFORSCHUNG (2011). Abschlussbericht zur Studie "Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes". Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.

UNGER, R.; MÜLLER, R.; ROTHGANG, H. (2011). Lebenserwartung in und ohne Pflegebedürftigkeit. Ausmaß und Entwicklungstendenzen in Deutschland. Das Gesundheitswesen, 73, 5, 292 - 297.

VILÁ MANCEBO, Toni (2013). Evolución y reforma del sistema para la autonomía y atención a la dependencia. Actas de la dependencia, 8.

WEISHAUPT, J. TIMO; EBBINGHAUS, BERNHARD; WENDT, CLAUS (2013) Der Umbau des Wohlfahrtsstaates in Krisenzeit Institutioneller Wandel in Deutschland im internationalen Vergleich. Zeitschrift für Sozialreform , 2013, 59 (3), 279-290. Wiesbaden.

ZUCHANDKE, ANDY; REDDERMANN, SEBASTIAN; KRUMMAKER, SIMONE (2011). Financing Long-Term Care in Germany. En: Costa-Font, Joan; Courbage, Christophe (2011). Financing long-term care in Europe. Institutions, markets and models. New York: Palgrave Macmillan, 214 – 235.

