

Resumen

Desde mediados de los años noventa del pasado siglo, el Estado del bienestar alemán ofrece una prestación contributiva específica para personas de cualquier edad que precisen asistencia diaria. El Seguro Social de Dependencia presta servicios asistenciales de diverso tipo a aquellas personas que, previa solicitud y después de someterse a un estricto examen médico, son clasificadas en uno de los tres niveles reconocidos en la correspondiente Ley. Prácticamente toda la población está cubierta por este seguro, que se financia mediante cotizaciones sociales y prioriza el cuidado en el hogar dispensado por parientes y allegados de la persona dependiente. Desde la implantación de este nuevo seguro social ha persistido la preocupación por su sostenibilidad financiera. Durante muchos años, las prestaciones no se han revalorizado, mientras que las tasas de cotización se han incrementado en varias ocasiones en respuesta a los crecientes gastos. A pesar de las reformas introducidas últimamente, la cuestión de la financiación sigue lastrando las perspectivas de desarrollo de este seguro.

Palabras clave: Seguro Social de Dependencia, sostenibilidad financiera.

Abstract

Since the mid 90s of the past century the German welfare state offers a specific contributory benefit for all those individuals in need of daily care. The Social Care Insurance provides different types of services to persons who, having applied for it and passed a strict medical exam, are classified according to the three dependency levels which the corresponding law distinguishes. Nearly the whole population is covered by this insurance, which is financed through social contributions and prioritizes home care by relatives of the dependent person. Since the implementation of this new insurance, its financial sustainability has been a matter of concern. Benefits have been not revalued during many years, while the contribution rates have been increased several times in response to growing outlays. Despite the recently introduced reform measures, the financing question puts a burden on the development perspectives of this insurance.

Key words: Social Care Insurance, financial sustainability.

JEL classification: H-51, I18, I38.

EL SEGURO SOCIAL DE DEPENDENCIA EN ALEMANIA (*)

Karl HINRICHS

A. Caroline WARFELMANN

Zentrum für Sozialpolitik
Universität de Breme

I. INTRODUCCIÓN

CON la promulgación, en el año 1994, de la Ley del Seguro Social de Dependencia (*Gesetz zur Sozialen Pflegeversicherung*) se puso fin (provisional) a un largo conflicto político en torno al aseguramiento del riesgo de dependencia. La configuración de las prestaciones no generó mucho conflicto. En cambio, los actores políticos tardaron en ponerse de acuerdo sobre la forma de organización y la cuestión de la financiación, que todavía hoy se discute. Estos conflictos provocaron el retraso durante muchos años de la legislación (Hinrichs, 1995).

El Seguro Social de Dependencia (a partir de ahora, SSD) se añade a los cuatro seguros sociales existentes, que cubren los riesgos de accidente, enfermedad, edad/invalidez y desempleo. Desde un punto de vista organizativo, este quinto seguro se estableció como entidad independiente, con una financiación específica a través de cotizaciones y una definición novedosa de prestaciones, que desde el principio incluían a (casi) toda la población. De este modo, el riesgo de dependencia fue reconocido como un riesgo vital general y, tal como ocurrió mucho antes con los riesgos clásicos relacionados con el empleo asalariado, se trasladó desde el «sótano» de la seguridad social (la beneficencia pública) hasta su planta alta. En este sentido, el SSD representa una «innovación institucional» en la política social alemana. Su introducción supuso la

última reforma expansiva sustantiva del Estado del bienestar alemán. Simpatizantes de los dos grandes partidos (los cristianodemócratas y los socialdemócratas) coincidieron en que el SSD podía ser contemplado como el «colofón» del Estado social alemán.

La introducción del SSD resulta más destacable a la vista de los duros conflictos previos y del alcance de la regulación aprobada. Esta afirmación es válida independientemente de que antes de la entrada en funcionamiento del SSD ya se destinaran recursos públicos a las personas dependientes. Bajo la condición de que cumplieran determinados criterios de acceso, a través de la «ayuda social» (*Sozialhilfe*) se concedía un volumen considerable de prestaciones para el cuidado tanto ambulatorio como institucionalizado de un número creciente de personas dependientes (*Hilfe zur Pflege* se denominaba el programa correspondiente). Además, las aseguradoras médicas (*Krankenkassen*) costeaban desde 1991 prestaciones en dinero o en especie a personas residentes en sus domicilios que dependían de la asistencia de terceros. Estas prestaciones de las aseguradoras médicas se consideraban provisionales ante la expectativa de una regulación global del riesgo de dependencia, y en 1995 se suprimieron.

La innovación institucional del SSD reside en que un seguro social de nueva creación proporciona prestaciones, financiadas mediante

cotizaciones, para la asistencia doméstica e institucionalizada; se trata de un derecho subjetivo, siempre y cuando la necesidad de asistencia se fundamente facultativamente; un derecho que se puede hacer valer con independencia de la situación de ingresos y patrimonio de los beneficiarios. El establecimiento del SSD ha significado un cambio en la financiación del gasto público destinado a la protección de la dependencia (trasladándose los gastos desde diversas instancias estatales al SSD) y una mayor responsabilidad de financiación pública. Los gastos asumidos hasta 1995 por agentes privados fueron (parcialmente) sustituidos por prestaciones públicas. Cabe, por tanto, afirmar que el SSD representa una «expansión y una reorganización» del aseguramiento social (Hinrichs, 1995).

Este artículo ofrece una panorámica del SSD implantado en Alemania, que sirvió de orientación al seguro de dependencia implantado posteriormente en Japón (1997) y en España (2007). En el siguiente apartado se exponen los argumentos que motivaron la introducción de este seguro público. A continuación se describe la configuración institucional, ofreciendo asimismo datos sobre la forma actual de provisión, la estructura de los beneficiarios y el desarrollo financiero. En el quinto apartado se presentan algunas medidas de reforma para el desarrollo ulterior del SSD. En el sexto se discuten problemas presentes y futuros, en particular los relacionados con la financiación de gastos venideros.

II. LAS RAZONES DE LA INTRODUCCIÓN DEL SSD

Los argumentos que, aproximadamente desde la mitad de los años setenta, se han formulado a favor de una amplia protección

social pública del riesgo de dependencia pueden resumirse en cuatro puntos (1):

1) Las personas dependientes y sus familias soportaban las consecuencias y los costes de la dependencia. Cuando se precisaba la intervención de profesionales para el cuidado ambulatorio, o cuando se decidía la institucionalización en una residencia asistida y los medios económicos propios para cubrir esos costes no bastaban, había que recurrir subsidiariamente a la «ayuda social» (*Sozialhilfe*). Ello implicaba la utilización del propio patrimonio para la cobertura de los costes (puesto que la «ayuda social» se concede previa prueba de medios económicos disponibles); asimismo, los ingresos corrientes (por pensiones), excepto una pequeña suma para gastos propios, se retenían, mientras que los familiares obligados a la manutención (hijos o padres) habían de contribuir a los gastos. Especialmente problemático resultaba para mucha gente que los mayores dependientes, quienes durante una larga vida laboral habían pagado impuestos y cotizaciones, adquiriendo así el derecho a una pensión de jubilación desahogada, en la última fase de sus vidas tuvieran que depender de prestaciones de beneficencia y fueran degradados a solicitantes de «ayuda social». Éste era, por ejemplo, el caso del 80 por 100 de las personas dependientes atendidas en instituciones a comienzos de los años noventa.

2) El recurso a los ingresos y el patrimonio de las personas dependientes y de sus familiares para cubrir los costes de las ayudas ambulatorias y residenciales no pudo, sin embargo, impedir que los gastos de los estados federados (*Länder*) y de los municipios para cubrir las prestaciones de dependencia, derivados de la aplicación de la legislación social, crecieran fuertemente

ante el aumento de beneficiarios y el encarecimiento desproporcionado de los servicios, dado el empleo intensivo de personal. En 1970, estos gastos representaban sólo el 2 por 100 de los gastos municipales; en 1990 ya suponían el 5 por 100. El grueso de estos gastos (aproximadamente el 85 por 100) se destinaba a personas atendidas en instituciones, cuyos costes asistenciales sólo se cubrían en un tercio, como promedio, con recursos propios. Como quiera que los proveedores públicos de esta asistencia social también tenían que afrontar, por añadidura, prestaciones crecientes por desempleo y, sobre todo, por el aumento del desempleo de larga duración, presionaron a favor de una nueva regulación que pudiera descargar a los *Länder* y los municipios de la expansión de gastos por dependencia, reduciendo así sus problemas presupuestarios, habida cuenta de los ingresos fiscales estancados o, en el mejor de los casos, débilmente expansivos.

3) El crecimiento demográficamente condicionado de la demanda de prestaciones de dependencia concurría con un potencial decreciente de prestaciones asistenciales informales. En efecto, en comparación con tiempos pasados, los mayores dependientes tienen hoy día menos —y menos todavía tendrán en el futuro— hijas y nueras que (eventualmente, junto con sus cónyuges o parejas) han soportado tradicionalmente, y soportan, la carga fundamental del cuidado en el ámbito familiar. Cada vez más mujeres tienen empleo retribuido y, por lo general, sólo se hallan en situación de prestar estos cuidados renunciando total o parcialmente a las retribuciones laborales y a la calidad de las prestaciones de la Seguridad Social asociadas a ellas (por ejemplo, el importe de la pensión). El mane-

jo del riesgo de dependencia en el ámbito familiar se ve, por lo demás, dificultado por la disolución progresiva de los hogares formados por varias generaciones (segregación residencial de padres e hijos adultos). La dependencia se convierte tanto más en un «problema social» cuanto mayor es el déficit de provisión intrafamiliar; una carencia que, en última instancia, sólo puede resolverse a través de prestaciones públicas. De ahí que la reforma del seguro de dependencia en los años noventa tuviera que promover la disposición a asumir la prestación de cuidados por parte de parientes convivientes con el dependiente, con el fin de no reducir más el potencial de asistencia informal.

4) Antes de la entrada en vigor del SSD, la situación de la asistencia profesional en la República Federal de Alemania se describía habitualmente con el concepto «estado de emergencia asistencial» (*Pflegenotstand*). Se aludía con él, por una parte, a una gran carencia de trabajadores cualificados para practicar tanto la asistencia ambulatoria como la institucionalizada y, en consecuencia, a una oferta insuficiente de prestaciones asistenciales (por ejemplo, existían largas listas de espera para el ingreso en una residencia asistida). Por otra parte, el estándar de calidad de la protección institucional de las personas dependientes se consideraba en gran medida insatisfactorio, según criterios nacionales e internacionales.

Con estos cuatro argumentos se vinculaban las propuestas y demandas a favor de una (amplia) normativa nueva de aseguramiento social público del riesgo de dependencia, si bien la urgencia de la reforma se evaluaba de forma distinta y el foco de las soluciones preferidas variaba en función de los

actores. La materia objeto de regulación se caracterizaba por una elevada complejidad y, asociada a ella, por la inseguridad y el desacuerdo sobre la fórmula más deseable para resolver el problema (Götting y Hinrichs, 1993: 53-54). En contraste con él, la distribución de prestaciones económicas para situaciones de necesidad reconocidas (por ejemplo, la subvención por hijos a cargo, financiada mediante impuestos, o el pago de pensiones de la Seguridad Social) representaba un problema comparativamente simple para el Estado social, toda vez que «sólo» afectaba a la disposición de los ciudadanos a pagar impuestos o cotizaciones. El importe de las prestaciones económicas y la dignidad de los beneficiarios no eran, en tales casos, variables decisivas.

Ciertamente, el problema se complica cuando, como en el caso del sistema de salud, prevalecen las prestaciones en especie, puesto que se añade la intervención de terceros, concretamente los oferentes de las prestaciones, con intereses profesionales o económicos propios, y en consecuencia surgen problemas de organización de la oferta de prestaciones. En el caso del aseguramiento del riesgo de dependencia, el problema aumenta por el lado de las prestaciones, dado que, junto a los oferentes privados o paraestatales de prestaciones asistenciales profesionales, también determinan la estructura de previsión las prestaciones mayoritariamente gratuitas de los parientes y allegados. La mezcla de estas dos formas de previsión es decisiva para establecer la demanda de financiación pública, y el mantenimiento de la disposición a prestar cuidados informales constituye por ello un punto de referencia adicional que ha de tenerse en cuenta en el diseño de la intervención política. El doble problema en la relación

cuadrangular entre contribuyentes de impuestos y cotizantes, y entre personas dependientes beneficiarias de prestaciones y cuidadores profesionales e informales, reside básicamente en encontrar soluciones políticas para conseguir una «estructura de financiación» aceptable y sostenible a lo largo del tiempo, y una «estructura de previsión» ajustada a la demanda y, al mismo tiempo, minimizadora de los gastos.

Entre los actores políticos que deseaban superar ese statu quo existía acuerdo sólo respecto a algunos aspectos de la estructura de previsión. Así, por ejemplo, coincidían en su opinión de que, en principio, debía primarse la asistencia doméstica, claramente preferida por los afectados (y causante de menor gasto público) sobre la institucionalización de los dependientes, incentivándola a través de las disposiciones institucionales correspondientes. También había consenso respecto a la necesidad de poner un tope a las prestaciones y escalonarlas según el grado de la necesidad asistencial y, en caso de institucionalización, de que los costes de residencia y manutención fueran soportados por los propios beneficiarios. Finalmente, también prevalecía el deseo de mejorar la situación de las personas que, de manera no retribuida y a menudo bajo presiones psíquicas y físicas extremas, se encargan del cuidado de las personas dependientes en el ámbito doméstico (en particular, mejorando sus derechos de pensión y reduciendo así sus costes de oportunidad para prestar esos cuidados). Estas consideraciones respondían a la expectativa de efectos de «riesgo moral», esto es, de comportamientos inducidos por el seguro, que, dado un aseguramiento económico mejorado del riesgo de dependencia, podía suscitar una demanda excesiva de

prestaciones ineficientemente asignadas. Para contrarrestar la tendencia hacia la asistencia institucionalizada, más costosa, debían diseñarse incentivos a la permanencia de las personas dependientes en el propio hogar y al mantenimiento de la asistencia informal.

Ahora bien, mientras muy pronto se entrevieron posibilidades de compromiso sobre diversos elementos de la estructura de previsión, la estructura de la financiación se convirtió en el campo central de los conflictos, incidiendo directamente en la cuestión del importe de las prestaciones. Pues, de una u otra manera, era preciso atender a dos objetivos: satisfacer el deseo de descarga financiera de las entidades públicas hasta entonces responsables de la provisión de «ayuda social», y conseguir un aseguramiento «suficiente» de las personas dependientes.

El debate giraba en torno a tres opciones: 1) un sistema financiado mediante impuestos, con disposiciones menos estrictas respecto a la consideración de los ingresos y el patrimonio que en el caso de la «ayuda social»; 2) un aseguramiento privado obligatorio basado en la capitalización, o 3) un aseguramiento social contributivo, bien como programa independiente o en forma de una prestación adicional al seguro sanitario. Tras la reunificación alemana, la primera opción se desvaneció como consecuencia de la elevada carga fiscal que soportaban la Federación y los *Länder*. Contra la segunda opción cabía objetar que las personas ya necesitadas de asistencia no podían suscribir un seguro privado y, por tanto, tendrían que ser aseguradas de otro modo. Las personas de edades avanzadas y, consecuentemente, con un mayor riesgo de dependencia sólo podrían integrarse en el sistema pagando

pólizas muy elevadas (o subvenciones públicas altas). La utilización del acreditado principio de la seguridad social representaba claramente la solución más cercana y familiar para los ciudadanos. La decisión de crear un nuevo programa dentro de la Seguridad Social y de no integrar el aseguramiento del riesgo de dependencia en las estructuras institucionales convencionales del seguro de enfermedad respondió a los problemas que entonces (y todavía ahora) afrontan las aseguradoras médicas para controlar el aumento de sus gastos y, en lógica consecuencia, de las contribuciones que cobran a sus asegurados (Hinrichs, 1995).

III. LA CONFIGURACIÓN INSTITUCIONAL DEL SEGURO SOCIAL DE DEPENDENCIA

Conforme a la normativa básica del SSD, este seguro se financia a través de cotizaciones sociales, siguiendo el modelo de los sistemas de reparto. Las cotizaciones dependen de los ingresos, no de los riesgos del asegurado, y se calculan sobre una base de cotización máxima establecida anualmente (en 2010, 3.750 euros). Desde el 1 de enero de 1995 se cotiza un 1 por 100 del salario bruto, y desde el 1 de abril del mismo año el SSD comenzó a ofrecer prestaciones para el cuidado doméstico. A partir del 1 de julio de 1996, la tasa contributiva se elevó a 1,7 por 100, al añadirse prestaciones para el cuidado residencial de las personas dependientes. Los pensionistas también pagan cotizaciones al SSD; los familiares (cónyuges e hijos) desempleados o con empleos «menores» (2) están asegurados sin necesidad de cotización propia. Los empleados obtuvieron una compensación (parcial) por su obligación de pagar la mitad de la contribución al

SSD: se suprimió una jornada festiva retribuida (lo cual implica, en rigor, que los empleados soportan casi toda la cotización).

Los beneficiarios pueden elegir entre cuidados domésticos o institucionales, o una combinación de ambos. Las prestaciones del SSD se diferencian según tres grados de dependencia médicamente establecidos—«considerable» (*erheblich*), «severa» (*schwer*) y «muy severa» (*schwerstpflegebedürftig*)—, y cuyo respectivo importe se fija en la Ley. El nivel de dependencia de una persona se determina a través de los informes del Servicio Médico de las Aseguradoras Médicas (*Medizinischer Dienst der Krankenkassen*, MDK). Atendiendo a los niveles definidos de ayuda para realizar actividades de aseo personal, para alimentarse, moverse y organizar la provisión doméstica, en el año 2010 se concedían prestaciones en especie para el cuidado doméstico por cuidadores profesionales equivalentes a 440 euros mensuales (nivel I), 1.040 euros (nivel II) o 1.510 euros (nivel III); en casos excepcionales (por ejemplo, para enfermos de cáncer en fase terminal), la prestación económica podía llegar hasta 1.918 euros (cuadro n.º 1). Alternativamente, o también en combinación con la prestación anterior, las personas dependientes residentes en sus domicilios podían percibir una prestación de inferior cuantía, igualmente escalonada (225, 430 y 685 euros mensuales, respectivamente) para costear la asistencia de cuidadores no profesionales (por ejemplo, parientes, vecinos o amigos). Si estos cuidadores no están empleados más de treinta horas semanales, el SSD les abona cotizaciones al sistema público de pensiones (no en el caso de cuidadores que ya cobren una pensión). Estas cotizaciones, que mejoran la pensión futura de los cuidadores, se diferencian en fun-

CUADRO N.º 1

ADAPTACIÓN GRADUAL DE LOS DERECHOS DE PRESTACIONES

	NIVEL DE DEPENDENCIA		
	I Dependencia considerable	II Dependencia severa	III Dependencia muy severa (casos extremos)
Asistencia doméstica			
Prestaciones en especie (máximo mensual en euros)			
Hasta el 30-06-2008	384	921	1.432 (1.918)
Desde el 01-07-2008.....	420	980	1.470 (1.918)
Desde el 01-07-2010.....	440	1040	1.510 (1.918)
Desde el 01-01-2012.....	450	1100	1.550 (1.918)
Variación porcentual 2007-2012.....	17	19	8
Subsidio económico para la asistencia de parientes [Pflegegeld] (máximo mensual en euros)			
Hasta el 30-06-2008	205	410	665
Desde el 01-07-2008.....	215	420	675
Desde el 01-07-2010.....	225	130	685
Desde el 01-01-2012.....	235	440	700
Variación porcentual 2007-2012.....	15	7	5
Asistencia institucionalizada			
Gastos asistenciales (máximo mensual en euros)			
Hasta el 30-06-2008	1.023	1.279	1.432 (1.688)
Desde el 01-07-2008.....	1.023	1.279	1.470 (1.750)
Desde el 01-07-2010.....	1.023	1.279	1.510 (1.825)
Desde el 01-01-2012.....	1.023	1.279	1.550 (1.918)
Variación porcentual 2007-2012.....	0	0	8

Fuente: BMG (2010a); cálculos propios de la variación porcentual.

ción del nivel de dependencia y del tiempo empleado para el cuidado de las personas dependientes. Se corresponden con un máximo del 80 por 100 del nivel de un empleo de retribución media, sujeta a cotizaciones (y con un mínimo de aproximadamente el 25 por 100 de aquella cotización de referencia). En el año 2007 se beneficiaron en torno a 430.000 cuidadores no profesionales de estas medidas. Los cuidadores no profesionales están asimismo asegurados contra accidentes y tienen derecho a ayudas para el retorno al empleo remunerado. En caso de vacaciones o de enfermedad del cuidador, el SSD financia, durante un máximo de cuatro semanas, su sustitución por cuidadores profesionales o el ingreso de las respectivas personas dependientes en una residen-

cia asistida. En caso de asistencia doméstica, el SSD también puede sufragar ayudas técnicas (por ejemplo, camas especiales) o reformas de la vivienda de la persona dependiente (por ejemplo, duchas adaptadas a la discapacidad).

El SSD financia los gastos para la asistencia residencial con 1.023, 1.279 y 1.510 euros, según el nivel de dependencia en el que haya sido clasificada la persona en cuestión (para el 5 por 100, como máximo, de las personas con dependencia «muy severa», el importe puede llegar hasta 1.825 euros), cuando otro tipo de asistencia (en el propio hogar) no (o ya no) es posible. Por lo general, estos importes fijos no son suficientes para saldar las prestaciones de cuidados que las residencias cargan en cuenta.

Se precisan por ello aportaciones propias, que en el año 2007 alcanzaron una media de 284 euros mensuales para personas dependientes del nivel I, llegando a 726 euros en el caso de las clasificadas en el nivel III. Además, las personas dependientes cuidadas en residencias se hacen cargo de los costes por alojamiento y manutención (en promedio, 608 euros mensuales). Añadidos a estos denominados «costes de hotel», los residentes tienen que subvenir los costes (proporcionales) de inversión no cubierta por los *Länder* para la construcción de la residencia correspondiente (en promedio, 350 euros; según Rothgang, 2010: 440-441). Cuando los ingresos corrientes y el patrimonio disponible de la persona dependiente no bastan para cubrir los

gastos de cobertura propia, cabe solicitar «ayuda social».

La implementación del SSD corresponde a las llamadas «aseguradoras asistenciales» (*Pflegekassen*), que se hallan incorporadas, como entidades independientes, a las aseguradoras médicas afectas al seguro público de enfermedad. La afiliación a una aseguradora asistencial se sigue de la pertenencia a la respectiva aseguradora médica. Si bien esta «paralelización» ha provocado la profusión de aseguradoras asistenciales, se trata de «una» única institución, administrada por organizaciones diferentes. Bien porque está obligada a ello, bien porque lo decide voluntariamente, el 90 por 100 de la población residente en la República Federal de Alemania está afiliada al seguro médico público y, de esta manera, se halla automáticamente incluida en el SSD. En torno al 9 por 100 de la población asegura libremente su riesgo de enfermedad a través de alguna empresa aseguradora privada. Este grupo está obligado a asegurar también en el sector privado el riesgo de dependencia. De ahí que las empresas aseguradoras ofrezcan un «seguro privado obligatorio de dependencia» con prestaciones equivalentes a las del SSD, y por el cual no pueden cobrarse pólizas por encima del importe máximo definido en función de la base contributiva establecida para el SSD. No rigen en este caso elementos esenciales del seguro privado (entre otros, la formación de grupos de riesgo homogéneos, la configuración actuarial de las pólizas y la no obligatoriedad de la contratación); la oferta privada se modela de tal forma que apenas se observan desviaciones significativas respecto del SSD. Habida cuenta de la obligación de aseguramiento de «todas» las personas aseguradas por enfermedad, el seguro de dependencia es prácticamente «universal».

IV. EVOLUCIÓN Y ESTRUCTURA DE LOS BENEFICIARIOS Y DE LA FINANCIACIÓN DEL SEGURO SOCIAL DE DEPENDENCIA

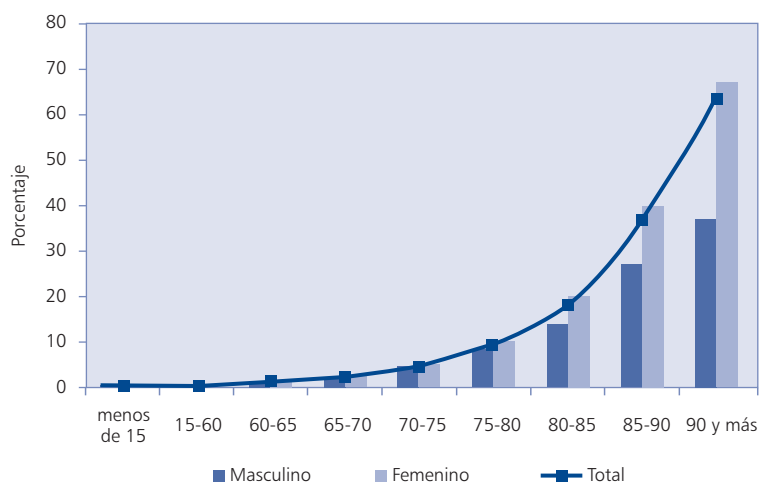
A finales de 2009, 2,24 millones de personas recibían prestaciones del SSD (descontados los asegurados en el sector privado); esta cifra representa un 2,7 por 100 de la población total. En el año 1996, cuando el SSD comenzó a financiar la asistencia institucionalizada, la cifra de beneficiarios ascendía a 1,55 millones. El continuo aumento del número de personas mayores seguirá empujando al alza las cifras de beneficiarios del SSD. De acuerdo con las previsiones del Departamento Federal de Estadística (Statistisches Bundesamt, 2008b: 24), en 2030 el porcentaje de la población dependiente sobre la población total podría situarse en 4,4 por 100.

El SSD concede prestaciones independientemente de la edad de la persona dependiente. El gráfico 1

revela, sin embargo, que la gran mayoría (bastante más del 80 por 100) de los beneficiarios tiene 65 años o más. Por grupos de edad, se aprecia cómo la proporción de personas dependientes aumenta con la edad. La tasa más elevada de dependencia se registra entre los más mayores, los que tienen más de 90 años. Por otra parte, la tasa de dependencia de las mujeres mayores supera a la de los varones en los mismos grupos de edad. Más de dos tercios de los beneficiarios del SSD son mujeres, predominio que se debe a que alcanzan en mayor medida que los varones edades en las que el riesgo de dependencia aumenta.

Desde 2002, la mayoría absoluta de las personas dependientes recibe prestaciones correspondientes al nivel de dependencia más bajo, nivel I (gráfico 2). La proporción de personas dependientes clasificadas en este nivel ha ascendido de manera continuada desde 40,1 por 100 en 1996 hasta 54,5 por 100 en 2009, mientras que el porcentaje de las clasificadas en el nivel II se ha reducido, en el mismo pe-

GRÁFICO 1
TASA DE DEPENDENCIA POR GRUPOS DE EDAD (2007)



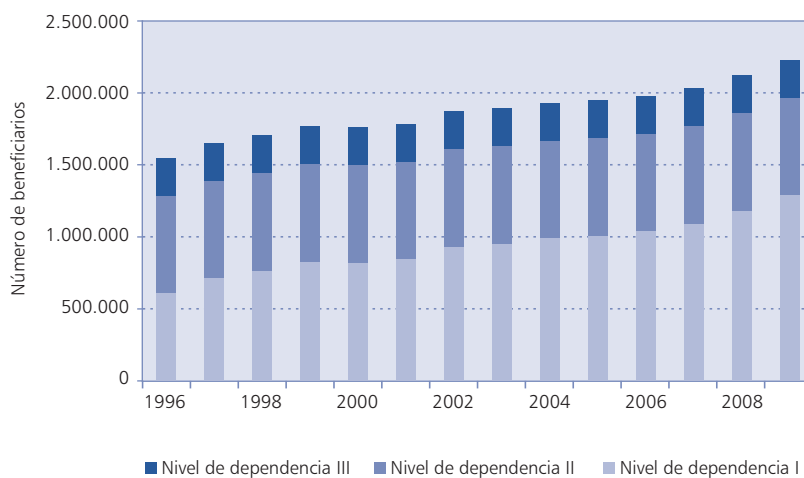
Fuente: Statistisches Bundesamt (2008a).

riodo, de 43,3 por 100 a 33,2 por 100. En contraste, el porcentaje de las personas con dependencia muy severa (nivel III) sólo ha disminuido ligeramente: de 16,6 por 100 a 12,3 por 100 (BMG, 2010a). De este modo, el número de personas evaluadas como dependientes ha aumentado sustancialmente, pero una proporción menor de ellas se halla (formalmente) en situación de dependencia severa o muy severa.

El gráfico 3 ilustra la proporción de personas dependientes según el modo de asistencia prestada. En conjunto, en el año 2000, más de dos terceras partes de las personas dependientes recibían asistencia doméstica (1,5 millones). De ello se desprende la primacía de este tipo de asistencia, que, como se describió arriba, también ha quedado normativamente anclada. Ahora bien, el porcentaje de los beneficiarios que reciben asistencia institucionalizada ha aumentado de 24,8 por 100 en 1996 a más de 31 por 100 en 2009. En cambio, el de aquellos que cobran exclusivamente el subsidio económico para recibir asistencia de parientes u otros cuidadores no profesionales se ha visto reducido. Desde 2005 estas tendencias parecen haberse detenido: no se aprecia un retroceso claro de la asistencia doméstica por cuidadores informales, ni tampoco un aumento de la asistencia profesional a través de residencias asistidas o de servicios ambulatorios (Statistisches Bundesamt, 2008a: 4).

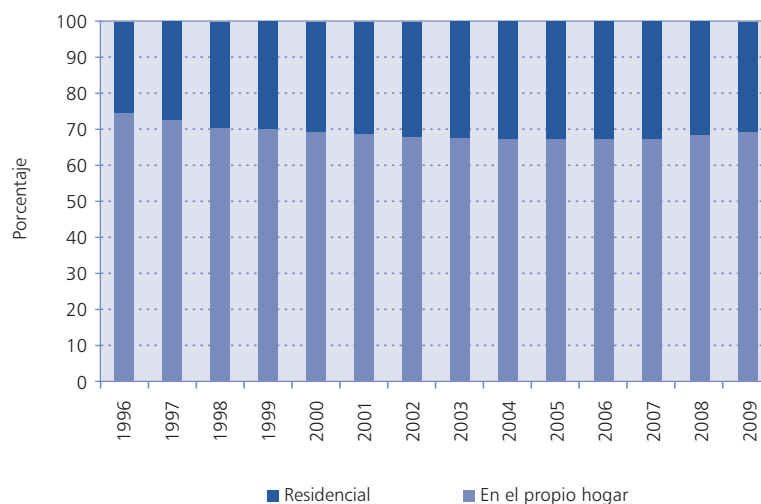
La mayoría de las personas dependientes clasificadas en el nivel I es asistida exclusivamente por familiares en el ámbito doméstico (gráfico 4; Statistisches Bundesamt, 2008: 12). Pero estos cuidadores se sienten crecientemente desbordados cuando la asistencia va asociada a un empleo intensivo de tiempo o cuando requiere cualificaciones específicas.

GRÁFICO 2
BENEFICIARIOS DEL SSD SEGÚN EL NIVEL DE DEPENDENCIA



Fuente: BMG (2010b).

GRÁFICO 3
PORCENTAJE DE PERSONAS DEPENDIENTES SEGÚN EL MODO DE ASISTENCIA

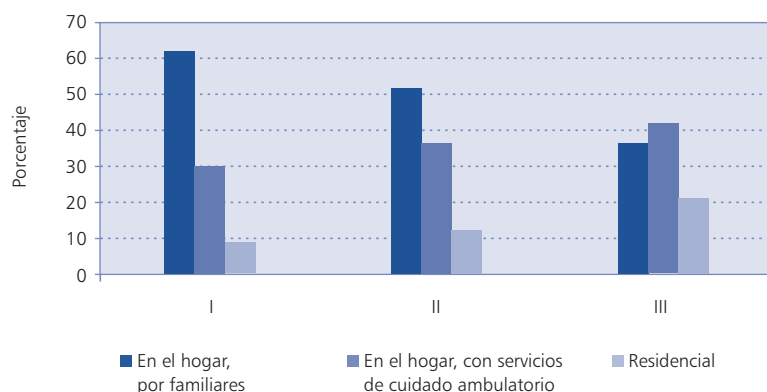


Fuente: BMG (2010b).

Entre los dependientes clasificados en los niveles II y III intervienen por ello, cada vez con más frecuencia, los servicios de cuidados ambula-

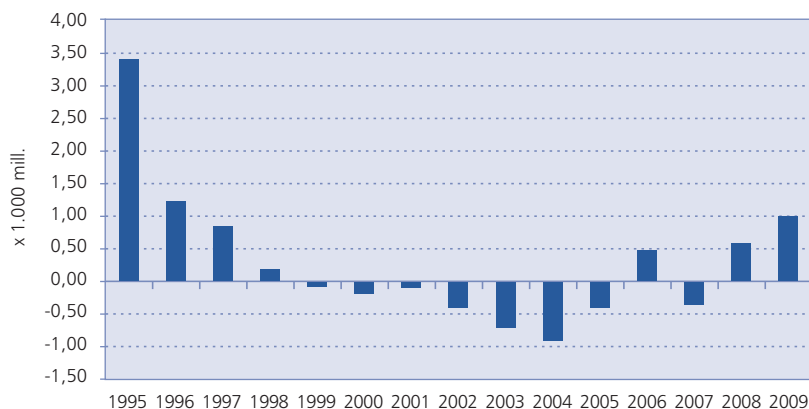
torios, apoyando a los cuidadores informales. Muchas personas dependientes clasificadas en el nivel III no pueden ser asistidas en casa,

GRÁFICO 4
PERSONAS DEPENDIENTES SEGÚN EL NIVEL DE DEPENDENCIA
Y EL MODO DE ASISTENCIA (2007)



Fuente: Statistisches Bundesamt (2008).

GRÁFICO 5
EVOLUCIÓN DE LA FINANCIACIÓN DEL SSD (SUPERÁVIT Y DÉFICIT)



Fuente: BMG (2010c).

por lo que registran la proporción más alta de los que reciben asistencia institucionalizada.

La introducción del SSD aumentó la responsabilidad financiera del Estado en la cobertura del riesgo de dependencia, multiplicándose por un factor de 2,6 (Hinrichs 1995: 254). En 1997, el primer año de implementación completa del SSD, los gastos de este seguro ascendieron

a 15,9 millardos de euros; desde entonces han aumentado progresivamente, hasta situarse en 20,3 millardos en 2009. A diferencia de los seguros de pensiones, y recientemente también de los seguros de enfermedad y desempleo, el SSD no cuenta con aportaciones del Gobierno federal provenientes de impuestos generales. Las prestaciones han de ser cubiertas en su totalidad por las cotizaciones so-

ciales. Por ello, no sólo el número y la estructura de los beneficiarios y el modo de la asistencia (informal, ambulatoria o institucionalizada) resultan decisivos para la situación financiera del SSD, sino también el número de ocupados cotizantes, así como la evolución de sus salarios brutos.

El gráfico 5 pone de manifiesto la existencia de un superávit de 3,4 millardos de euros en el año 1995, resultado de que las cotizaciones comenzaron a cobrarse desde el 1 de enero, pero las prestaciones para la asistencia doméstica no se ofrecieron hasta abril. Desde entonces, en casi todos los años se ha registrado déficit, el mayor hasta ahora en 2004, con 0,8 millardos de euros. Que este déficit no creciera todavía más en los años siguientes se debió, por una parte, a los ingresos adicionales como consecuencia del aumento de la cotización para asegurados sin hijos; por otra parte, en el año 2006 se adelantó el cobro de las cotizaciones, de tal manera que el SSD ingresó 13 cotizaciones mensuales. El balance de 2007 fue de nuevo negativo. El saldo positivo de 2008 obedece al aumento, a partir del 1 de julio, de la tasa de cotización regular a 1,95 por 100. Al final del año 2009, el SSD disponía de una reserva de 4,8 millardos de euros, cantidad que permite enjugar el déficit durante una serie de años (BMG, 2010a).

V. REFORMAS DE LA NORMATIVA TRAS LA INTRODUCCIÓN DEL SEGURO SOCIAL DE DEPENDENCIA

La Ley del Seguro Social de Dependencia ha sido objeto de diversas reformas desde su aprobación (2002, 2004, 2005 y 2008), si bien,

hasta el momento, se ha resistido a una reforma estructural repetidamente demandada, que, ante todo, coloque la financiación sobre una base duraderamente sólida. A continuación se presentan cronológicamente las reformas introducidas.

El 1 de enero de 2002 entraron en vigor dos nuevas piezas legislativas: la Ley Complementaria de Prestaciones por Dependencia y la Ley de Aseguramiento de la Calidad Asistencial. La Ley (original) de 1994 no preveía prestación alguna para personas que precisaran cuidados pero no cumplieran los criterios de los niveles de dependencia I a III. Además, no contemplaba la posibilidad de esfuerzos asistenciales reforzados para algunas personas dependientes clasificadas en alguno de los tres niveles. Según la Ley Complementaria, todas las personas que presentan una necesidad objetiva de cuidados, como por ejemplo enfermos de demencia, personas con discapacidad mental o perturbaciones psíquicas pueden reclamar, al margen de las prestaciones del SSD, ayudas complementarias. Son titulares de tales derechos las personas con limitaciones considerables para llevar a cabo las actividades de la vida diaria. Ello incluye al círculo de personas que rodea a los dependientes clasificados en los niveles I a III, así como también a personas dependientes que no alcanzan el nivel I (quedándose en el denominado «nivel 0»). Las prestaciones están ligadas a una finalidad, es decir, se financian gastos complementarios para asistencia profesional (como, por ejemplo, la asistencia diaria o nocturna, o la asistencia durante breves periodos) hasta un importe de 100 (importe básico) o 200 euros (importe elevado) mensuales. Por su parte, la Ley de Calidad tiene por objeto reforzar la protección de los consumidores de servicios asistenciales y la calidad de la asis-

tencia, obligando, por ejemplo, a los establecimientos que prestan cuidados a introducir la gestión de calidad (Rothgang, 2010: 448-9).

Desde abril de 2004, los pensionistas tienen que pagar la cotización completa al seguro de dependencia. Hasta entonces, el sistema de pensiones asumía la mitad de la cotización, en analogía a la financiación paritaria de las cotizaciones sociales entre trabajadores y empresarios. Se argumentó, sin embargo, que los pensionistas no habían podido renunciar a una jornada festiva remunerada, como sí lo habían hecho los trabajadores. En realidad, el principal propósito de este cambio no fue otro que el de contribuir a la sostenibilidad financiera del sistema de pensiones. La modificación supuso, en rigor, una reducción de la pensión; careció, sin embargo, de efectos sobre la situación financiera del Seguro Social de Dependencia.

En cambio, sí resultó relevante para la evolución financiera del SSD una modificación ulterior, que entró en vigor en 2005. Remite a una sentencia del Tribunal Constitucional Alemán de 2001, y posiblemente no resulte fácil de comprender fuera de Alemania. La sentencia se basó en jurisprudencia de 1992; entonces, el Tribunal Constitucional resolvió que las contribuciones «naturales» que hacen los padres (adicionalmente) al sistema público de pensiones en forma de cotizantes futuros debían considerarse junto con las «monetarias», y ello porque sin una «próxima generación» de cotizantes el sistema resultaría inviable. El Tribunal «obligó» así al legislador a retribuir la crianza y educación de los hijos a la hora de generar derechos de pensión para compensar las cargas que asumen los padres en beneficio de la Seguridad Social.

Sobre esta sentencia se apoya una demanda contra la Ley del Seguro Social de Dependencia, que argumentaba del siguiente modo: las personas dependientes con hijos pueden seguir contando, en gran medida, con su ayuda no retribuida o tienen más probabilidades de recibir únicamente subsidios «baratos» para cubrir la asistencia doméstica por parte de cuidadores no profesionales; sólo cuando se agota este potencial de solidaridad familiar se recurre a formas de provisión que causan gastos públicos más elevados. En cambio, las personas dependientes sin hijos pueden hacer valer desde el principio el derecho a prestaciones en especie más caras, ofrecidas bien de forma ambulatoria por parte de cuidadores profesionales, bien a través de la institucionalización. Además, las cotizaciones con las que se cubren los gastos de dependencia son aportadas, en gran medida, por cotizantes jóvenes que prestan asistencia directa a sus padres o están dispuestos a hacerlo en caso de necesidad. Por añadidura, según sigue el argumento, las personas sin hijos pueden acumular efectivos patrimoniales claramente más altos que, gracias a las prestaciones del SSD, quedan protegidos (o se consumen sólo después de sufrir estados de dependencia durante mucho tiempo). En cambio, las familias con hijos han de soportar gastos adicionales para la crianza de estos y, a menudo, la pérdida temporal de ingresos por trabajo durante ese periodo de crianza, por lo que no sólo pueden generar menos ahorros, sino también han de conformarse con una pensión comparativamente menor. Si con la edad se convierten en personas dependientes y el potencial de asistencia familiar no basta, no les queda más remedio que recurrir a la «ayuda social», con todas sus consecuencias (Hinrichs, 1995).

Dada la importancia de la «próxima generación» para el mantenimiento del SSD, el Tribunal Constitucional reconoció la existencia de una desventaja, susceptible de corrección, sufrida por las familias con hijos y, en su sentencia del año 2001, exigió una diferenciación de las cotizaciones basándose en el siguiente argumento: no es compatible con la Ley Fundamental (la Constitución alemana) que los asegurados del SSD que cuidan de niños y los educan paguen la misma cotización que los asegurados sin hijos (Bundesverfassungsgericht, 2001; Ruland, 2001). Así se plasmó en una nueva norma, de la que cabe destacar que no fueron los asegurados con hijos los que se beneficiaron de una descarga contributiva, toda vez que para ellos se decidió aplicar la tasa entonces vigente de 1,7 por 100; antes bien, se elevó la carga de los asegurados sin hijos, consiguiendo de este modo ingresos más elevados para el deficitario SSD. En efecto, la tasa de cotización para los asegurados sin hijos, una vez cumplidos 23 años, se aumentó, desde el 1 de enero de 2005, en 0,25 puntos porcentuales (hasta el 1,95 por 100). Esa cotización adicional no se financia paritariamente, sino que la soporta exclusivamente el asegurado.

La reforma más reciente y hasta ahora más relevante, la Ley de Desarrollo de la Asistencia, entró en vigor el 1 de julio de 2008. Los principios innovadores se encuentran, sobre todo, en la parte de las prestaciones. Rothgang y Dräther (2009: 50) han valorado, en particular, las medidas «infraestructurales» como, por ejemplo, la introducción de una asesoría asistencial (gestión de casos) y de puntos de apoyo asistenciales. Además, se prevén algunos cambios en el ámbito de la gestión de calidad que mejoren la transparencia y la competencia entre los

prestadores de servicios. Con este cometido, se ha previsto aumentar la frecuencia de las pruebas de calidad, exigiendo la publicación de sus resultados (en forma de calificaciones), al objeto de facilitar a las personas dependientes (o a sus familiares) la elección entre proveedores.

Por lo demás, como medida de refuerzo de la asistencia doméstica por parte de parientes se introdujo en la legislación laboral la «excedencia por cuidados», que permite a los trabajadores disfrutar de un permiso no retribuido de hasta seis meses, siempre que la persona dependiente sea cuidada en casa y se halle clasificada, como mínimo, en el nivel de dependencia I. También se prevé la posibilidad de una excedencia parcial (en forma de trabajo a tiempo parcial), cuya solicitud puede, no obstante, ser rechazada por el empleador en virtud de razones de conveniencia empresarial. Si la dependencia de un familiar sobreviene de repente y se ha de organizar un arreglo asistencial, se puede asimismo hacer valer el derecho a una excedencia breve de hasta diez días.

Por otra parte, la reforma de 2008 también aumentó la tasa de cotización en 0,25 puntos porcentuales, hasta 1,95 por 100 (2,2 por 100 para quienes no tienen hijos), con el fin de financiar la revalorización de las prestaciones. Estas últimas, cuyo importe quedó fijado en la Ley de 1994 para los diferentes niveles de dependencia, no se habían actualizado desde la introducción del SSD, lo cual, habida cuenta de los precios crecientes de las prestaciones asistenciales, había supuesto pérdidas considerables en términos reales y, en consecuencia, la necesidad de mayores esfuerzos económicos por parte de las propias personas dependientes. Para el ámbito de la

asistencia institucional, Rothgang y Dräther (2009: 52) han calculado un descenso del poder adquisitivo —y, por tanto, una pérdida correspondiente del valor real de las prestaciones asistenciales provistas por el SSD— del 15 por 100 desde 1996. Conforme a lo establecido en la Ley de 2008, el desfase que se ha producido ha de irse cubriendo mediante una revalorización progresiva hasta 2012; a partir de ese año, la revalorización se aplicará periódicamente. La información recogida en el cuadro n.º 1 pone de manifiesto que la subida gradual de las prestaciones varía tanto entre los diferentes niveles de dependencia como según la modalidad de la provisión. Se aprecia claramente la intención de estimular la preferencia por la asistencia doméstica. Estas prestaciones son las que más aumentan, mientras que las correspondientes a la asistencia institucionalizada para los niveles I y II permanecen invariables, y las correspondientes a la asistencia para el nivel III crecen escasamente, con lo cual quienes no pueden satisfacer sus necesidades de cuidado a través de la asistencia doméstica se ven obligados a asumir personalmente cargas económicas crecientes. En conjunto, la revalorización resulta insuficiente, toda vez que, en el mejor de los casos, compensa los aumentos de precios para prestaciones asistenciales profesionales entre 2007 y 2012; desde luego, no equilibra la pérdida de poder adquisitivo durante los primeros doce años de aplicación del SSD (Rothgang, 2010: 452).

Este desajuste tampoco lo resuelve la Ley de Desarrollo Asistencial de 2008 cuando encomienda al Gobierno federal que compruebe «periódicamente» la necesidad de revalorización de las prestaciones hasta 2015, y posteriormente lo haga trianualmente. Según la

norma, esa actualización trianual no podrá, en ningún caso, superar ni la tasa de inflación general ni el crecimiento de los salarios, y se producirá sólo cuando la situación económica general lo permita. Así pues, cabe anticipar que la actualización de las prestaciones por dependencia será recurrentemente motivo de conflictos políticos. En cualquier caso, la pérdida de poder adquisitivo seguirá aumentando, puesto que las subidas de precios en un sector tan intensivo en el empleo de personas como el asistencial, que apenas permite ganancias de productividad, se mantendrán muy probablemente por encima de la tasa general de inflación.

El problema de la insuficiente revalorización de las prestaciones sólo se podría resolver si el SSD dispusiera de manera estable de más ingresos de los que ha dispuesto hasta ahora. Y es que, incluso según las previsiones del Gobierno federal, los ingresos que ha procurado el aumento de la tasa de cotización establecido a partir del 1 de julio de 2008 sólo bastarán para financiar las prestaciones por dependencia hasta 2014. A partir de ese año, el SSD incurrirá previsiblemente de nuevo en déficit (Bundesregierung, 2008: 55). Estos datos perfilan la reforma global y sostenible de la financiación del SSD como el problema más urgente de todos los relacionados con la protección social de la dependencia.

VI. LOS FUTUROS PROBLEMAS (DE FINANCIACIÓN)

Como ya se ha expuesto en los apartados previos, el SSD ha registrado desde su introducción un crecimiento continuo del gasto. Sólo dos factores lo han frenado y

siguen frenándolo. Por una parte, la estricta definición del concepto de dependencia que hace el SSD y el riguroso informe médico que se requiere para justificar el derecho a la prestación, y para clasificar a los beneficiarios en los niveles de dependencia, han podido evitar un aumento incontrolado de los beneficiarios (se han concedido aproximadamente siete de cada diez solicitudes como promedio durante todo el periodo). Por otra parte, las tarifas fijadas en la Ley de 1994 y no revalorizadas hasta 2008 han acabado reduciendo el gasto por beneficiario. Ello trajo consigo el aumento de los gastos asistenciales costeados con medios propios de los beneficiarios (incluidos los pagos de alojamiento y manutención en las residencias), que entretanto representan en torno al 30 por 100 de los gastos totales que se efectúan en concepto de asistencia a personas dependientes en la República Federal (Rothgang, 2010: 447). Con semejantes pagos adicionales se sobrecarga a las personas dependientes, en particular cuando precisan asistencia institucionalizada de larga duración. De ahí que haya crecido el número de quienes han de recurrir a prestaciones de «ayuda social» complementariamente. En 1994, el año anterior a la introducción del SSD, 454.000 personas recibieron «la ayuda para la asistencia» (*Hilfe zur Pflege*); en 1998, el número se redujo a 222.000, pero en 2008 ya eran otra vez 312.000 (Bundesregierung, 2008: 29; Dorn, 2010: 67). Esta evolución debilita la legitimación del SSD, cuya introducción respondió esencialmente al propósito de evitar la dependencia de la «ayuda social» (si bien otro propósito, tan importante como este, fue el de descargar financieramente a los municipios y los *Länder*). Pero incluso si la clase política obvia la cuestión de la insuficiencia de las

prestaciones o de su actualización, el creciente número de beneficiarios, por razones demográficas, y la necesidad cada vez mayor de recurrir a la asistencia profesional, siempre «más cara», empujarán al alza los gastos del Seguro Social de Dependencia.

El incremento constante de los gastos concurre con un débil desarrollo de los ingresos del SSD. El volumen ingresado por cotizaciones depende del número de asegurados con obligación de cotizar y del importe de las rentas sujetas a cotización. Ambas magnitudes han evolucionado desfavorablemente para la situación de la Seguridad Social en general, y por tanto también para el SSD. El número de empleados cotizantes a la Seguridad Social se redujo de 28,2 millones en 1994 a 27,4 en 2009. Este retroceso no parece muy grave, pero ocurre que entre los cotizantes hay ahora muchos más empleados a tiempo parcial, con menores retribuciones sujetas a cotización (en 1994, 3,3 millones; en 2009, 5,2 millones). Por lo demás, Alemania pertenece a los países de la Unión Europea que han registrado tasas más bajas de crecimiento salarial durante las dos últimas décadas: las retribuciones acordadas por convenio subieron entre 1995 y 2009 sólo el 32,8 por 100 en términos nominales (en promedio, un 2 por 100 anual). Esta evolución afectó asimismo a las pensiones públicas, también sujetas a cotización, que entre 1994 y 2009 sólo aumentaron un 15,6 por 100, como consecuencia de la aplicación de sucesivas reformas del sistema de pensiones orientadas hacia el recorte de los gastos. Finalmente, diversas reformas del mercado de trabajo han suprimido o han recortado las cotizaciones al SSD para quienes tienen empleos «menores» o están desempleados. No es, por tanto, sorprendente que

el SSD, pese al aumento de las tasas de cotización y (hasta 2008) el mantenimiento de prestaciones nominalmente invariables, haya arrojado déficit en la mayoría de los años transcurridos desde 1995.

A la luz de la proporción creciente de gente mayor y del correspondiente aumento del número de personas dependientes, la tasa de cotización habrá de seguir creciendo. El informe de la Comisión Sostenibilidad de la Financiación de los Sistemas de Aseguramiento Social, presentado en 2003, pronosticó una subida de hasta el 3,0 por 100 en 2040 (BMGS, 2003: 190). Proyecciones más pesimistas anuncian tasas de cotización entre 3,5 y 4,5 por 100 para ese año (Häcker y Raffelhüschen, 2008: 32-3). Cabe dudar de si un aumento de tal magnitud de una cotización paritariamente financiada resulta aceptable, más todavía si se tiene en cuenta que, por motivos similares, habrá que esperar también tasas de cotización más altas para cubrir los costes de las pensiones y de las prestaciones sanitarias. Los críticos del SSD argumentan que la decisión que se adoptó en 1994 a favor de un sistema de reparto fue un «error» (por ejemplo, Häcker y Raffelhüschen, 2008) y defienden la sustitución total del SSD de forma gradual por un seguro obligatorio de capitalización. No obstante, contra esta reivindicación se esgrimen los argumentos que ya se formulaban antes de 1994, concretamente que la presión financiera será considerablemente más alta hasta que se extingan totalmente los compromisos del actual SSD. De ahí que una transformación total del SSD se perciba como una opción poco realista.

Más plausibles resultan los modelos de capitalización parcial, bien como aseguramiento privado com-

plementario a las prestaciones del SSD, bien como acumulación de una reserva de capital en el marco del SSD para amortiguar el aumento futuro de la tasa de cotización en las próximas décadas. En cualquier caso, la capitalización parcial implica para los asegurados actuales y futuros una mayor carga contributiva. Como otra posible opción de reforma, se discute que el SSD se financie no sólo mediante las contribuciones de los asegurados, sino, análogamente a otros programas de la Seguridad Social (por ejemplo, las pensiones, la sanidad y el desempleo), que el Gobierno federal realice aportaciones de ingresos fiscales generales. Esta opción hallaría también respaldo en argumentos de política distributiva, ya que las cotizaciones realizadas sobre bases sujetas a tope (en 2011, 3.712,50 euros) tienen efectos regresivos, mientras que una financiación mediante impuestos generales, aunque sólo fuera parcial, provocaría efectos distributivos progresivos. Pero también esta propuesta suscita argumentos contrarios, que ya se formulaban antes de 1994: el deterioro de la situación presupuestaria de la Federación y los *Länder* (y la magnitud de la deuda pública), que la crisis financiera ha ahondado, resta a esta propuesta de reforma visos de probabilidad. Prosperará más probablemente la propuesta de complementar el SSD mediante un seguro adicional, de suscripción obligatoria y capitalizado. Un seguro de esas características se anunció ya en el acuerdo del Gobierno de coalición entre los cristianodemócratas y los liberales en 2009, pero hasta bien entrado el verano de 2010 no se presentó una propuesta concreta.

El debate sobre el SSD incluye, además de la cuestión de la financiación de prestaciones asistenciales, también la de la limitada

definición del concepto de dependencia. Desde la aprobación de la Ley Complementaria de 2001, las personas con elevadas necesidades asistenciales comprobadas que quedan, no obstante, fuera de la clasificación por niveles de dependencia también reciben prestaciones del SSD. La reforma asistencial de 2008 ha traído consigo una nueva mejora para este grupo de personas, pero no ha puesto fin a la discusión sobre este tema. Así, en el año 2006 se creó una comisión de expertos a la que se encargó el desarrollo de un concepto nuevo de dependencia y de su correspondiente procedimiento de valoración. En enero de 2009, dicha comisión presentó su primer informe y recomendó la clasificación de las personas dependientes según cinco grados de necesidad, en lugar de en tres niveles de dependencia. El procedimiento de evaluación propuesto contempla deterioros cognitivos y comportamientos anómalos, así como también la necesidad de vigilancia continuada para el cuidado de personas afectadas por demencias (BMG, 2009). En mayo de 2009 se publicó un segundo informe sobre la determinación de las prestaciones en función de los grados de necesidad asistencial. Sin embargo, la esperada reforma legislativa no se ha producido.

Recuérdese, por otra parte, que la superación del «estado de emergencia asistencial» representó un objetivo esencial de la introducción del SSD. Ciertamente, la calidad de la asistencia profesional ha mejorado (al margen de los escándalos relacionados con estas cuestiones publicados repetidamente). También se ha acabado con las listas de espera para acceder a plazas en residencias asistidas, mientras que con el desarrollo de la infraestructura asistencial ha aumentado el número de los ocupados en la asis-

tencia ambulatoria e institucionalizada. A finales de 2005, 760.000 personas se hallaban ocupadas en este sector; de ellas, sólo 546.000 en el ámbito residencial (Bundesregierung, 2008: 97). Al mismo tiempo, el número de cuidadores de personas mayores con formación específica ha aumentado. No obstante, se cierne la amenaza de un nuevo estado de emergencia asistencial, ya que el aumento del número de personas dependientes implica un incremento de la demanda de cuidadores cualificados. El Instituto WiFOR de Darmstadt ha pronosticado que para el año 2030 se habrá doblado el número de empleados en el ámbito asistencial, alcanzando una cifra aproximada de 1,5 millones (*Frankfurter Rundschau*, 2010). Ante la previsible reducción de la población activa (las cohortes que ingresan en el mercado de trabajo son cada vez más pequeñas), cabe imaginar en un futuro próximo un déficit importante de personal asistencial especializado, que sólo se podrá evitar si la pesada actividad del cuidado de las personas dependientes adquiere mayor atractivo (también en sus aspectos económicos), lo cual redundaría, a su vez, en un mayor aumento del gasto.

La carencia de personal cualificado y otro tipo de consideraciones económicas favorecen a menudo que las personas dependientes y sus parientes opten por emplear a personal de países de Europa Central y del Este. Acogiéndolos en los hogares de las personas dependientes, se puede garantizar una asistencia de 24 horas; además, la provisión de asistencia y cuidado (mayoritariamente) por mujeres de estos países resulta (más) económica (Husmann, 2010; Hoffer, 2010) (3). Se estima que entre 60.000 y 150.000 cuidadores de esos países trabajan en hogares alemanes (Husmann,

2010) (4). La situación jurídica de estos cuidadores es, con frecuencia, todo menos clara, tanto para las personas dependientes como para sus parientes. Cabe distinguir tres modalidades de empleo de este personal asistencial. En primer lugar, la persona dependiente puede ofrecer un contrato de trabajo al cuidador, con los respectivos derechos y obligaciones. Tras la ampliación de la Unión Europea en 2003, Alemania ha hecho uso de su derecho de limitar el acceso al mercado de trabajo nacional: durante la fase de transición, hasta abril de 2011, los ciudadanos de países de Europa Central y del Este han precisado una autorización para trabajar que sólo permite asistencia en el hogar, y no prestaciones de cuidado. Por lo demás, la relación de empleo está sujeta a la obligación fiscal y de cotización. En segundo lugar, los cuidadores de estos países pueden emplearse como autónomos y establecerse en Alemania, puesto que disfrutan de libertad para prestar servicios como autónomos, sin precisar autorización de trabajo. En tercer lugar, las personas dependientes pueden dirigirse a agencias de intermediación nacionales que contactan con los servicios asistenciales extranjeros. En este último caso, se firma un contrato con ambas instituciones.

En relación con el empleo de personal asistencial de otros países europeos, surgen dos problemas: el trabajo sumergido y los falsos autónomos. Los datos sobre el número de ocupados ilegalmente oscilan entre los 30.000 y los 100.000 (Husmann, 2010: 48). Razones económicas (el pago de impuestos y de cotizaciones a la Seguridad Social) y burocratismo se alegan con frecuencia para justificar la desviación hacia prácticas ilegales, pero mayoritariamente toleradas.

VII. RESUMEN

La introducción del SSD supuso el reconocimiento de la dependencia como riesgo social y la definición de la prestación asistencial a estas personas como una tarea de toda la sociedad. La práctica totalidad de la población ha quedado integrada en este nuevo programa de la Seguridad Social, que se diseñó como un sistema de reparto, de tal manera que las personas evaluadas, conforme a lo establecido en la legislación, como dependientes pudieron beneficiarse inmediatamente de las prestaciones, sin necesidad de que antes se acumularan reservas de capital. Gracias al SSD, el número de personas dependientes que no podían cubrir totalmente con ingresos y patrimonio propios los elevados costes de la asistencia ambulatoria o institucionalizada, y tenían por ello que recurrir a la «ayuda social», se ha visto considerablemente reducido, al tiempo que las arcas municipales han experimentado un notable alivio.

El aumento masivo del gasto público en el ámbito asistencial ha ido de la mano de una expansión del sector asistencial formal y del avance de la calidad asistencial, aun cuando persista la necesidad de mejoras. El subsidio de asistencia (*Pflegegeld*) y otras ventajas reconocidas a los cuidadores informales (en particular, la mejora de sus derechos de pensión) han contribuido, de momento, a mantener la disposición de familiares a prestar cuidados. Sin embargo, los cambios sociodemográficos provocarán un retroceso del predominio actual de la provisión de cuidados domésticos e informales, reforzando la esperable carencia de cuidadores profesionales.

Con todo, el mayor problema del SSD reside en consolidar una base financiera duradera para este

ámbito de la Seguridad Social. Hasta ahora, más allá de la discusión de diferentes opciones, no se ha conseguido avanzar una reforma estructural de la financiación del SSD. Una reforma semejante ha de encontrar una solución al problema de que, en razón de la insuficiente actualización de la oferta de prestaciones, cada vez más personas mayores han de asumir costes de asistencia ambulatoria e institucionalizada no cubiertos por el SSD. Cuando así sucede, falla el cumplimiento de un objetivo central del SSD, concretamente evitar la dependencia de la «ayuda social». El creciente número de personas que precisan recurrir a este tipo de prestaciones de «ayuda social», que sólo se conceden previa prueba de recursos de los solicitantes, muestra la necesidad de encontrar pronto una respuesta a esta acuciante cuestión.

NOTAS

(*) Traducido del alemán por Elisa Chuliá Rodrigo.

(1) Véanse Götting y Hinrichs (1993), Götting et al. (1994) y Hinrichs (1995).

(2) Los empleos «menores» (*geringfügige Beschäftigung*) se caracterizan por su baja retribución (como máximo 400 euros mensuales) y habitualmente los contratos correspondientes son de escasa duración temporal (nota de la traductora).

(3) De acuerdo con las investigaciones de Husmann (2010: 30), desde los países de Europa Central y del Este se ofrecen servicios asistenciales para prestar cuidados durante 24 horas por importes —según la intensidad de la asistencia— que van desde 1.500 a 2.500 euros. Los cuidadores autónomos piden entre 1.400 y 1.900 euros. En el mercado de trabajo sumergido se encuentran ofertas entre 800 y 1.400 euros. Las prestaciones de servicios asistenciales nacionales se retribuyen, en cambio, con sumas más elevadas (entre 2.700 y 3.200 euros).

(4) Los datos difieren porque se basan en declaraciones no coincidentes del Ministerio Federal de Sanidad, de la Asociación Federal de Proveedores Privados de Servicios Sociales (*Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste*), del Instituto Alemán para la Investigación Asistencial (*Deutsches Institut für Pflegeforschung e.V.*) y de la Asociación Federal de las Agencias de Intermediación para Asistencia Doméstica y Cuidado de Mayores (*Bundesverband der Vermittlungsagenturen für Haushaltshilfen und Seniorenbetreuung*). Véase al respecto Husmann (2010: 30).

BIBLIOGRAFÍA

BMGS (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung), ed. (2003), *Bericht der Kommission «Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme»*, Berlín.

BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2009), *Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs*, Berlín.

— (2010a), *Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung (05/10)*, Berlín (www.bmg.bund.de).

— (2010b), *Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung am Jahresende nach Pflegestufen*, Berlín (www.bmg.bund.de).

— (2010c), *Die Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung*, Berlín (www.bmg.bund.de).

BUNDESREGIERUNG (2008), *Vierter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. Unterrichtung durch die Bundesregierung*, Deutscher Bundestag, Drucksache 16/7772 (v. 17.01.2008), Berlín.

BUNDESVERFASSUNGSGERICHT (2001), «Urteil des Ersten Senats vom 3.4.2001», 1 BvR 1629/94-, Karlsruhe (mimeo.).

DORN, Markus (2010), «Ergebnisse der Sozialhilfestatistik 2008», *Wirtschaft und Statistik*, 1: 60-73.

Frankfurter Rundschau (2010), «Studie: Pflege größer als Autoindustrie», 8 de agosto.

GÖTTING, Ulrike, y Karl HINRICHS (1993), «Probleme der politischen Kompromissbildung bei der gesetzlichen Absicherung des Pflegefallrisikos – Eine vorläufige Bilanz», *Politische Vierteljahresschrift* 34(1): 47-71.

GÖTTING, Ulrike; HAUG, Karin, y Karl HINRICHS (1994), «The long road to long-term care insurance in Germany: A case study in Welfare State expansion», *Journal of Public Policy* 14(3): 285-309.

HÄCKER, Jasmin, y Bernd RAFFELHÜSCHEN (2008), *Die Pflegeversicherung in der Krise. Renditen, Leistungsniveau und Versorgungslücken*, Colonia, Deutsches Institut für Altersvorsorge (Eigenverlag).

HINRICHS, Karl (1995), «Die Soziale Pflegeversicherung – eine institutionelle Innovation in der deutschen Sozialpolitik», *Staatswissenschaften und Staatspraxis* 6(2): 227-259.

HOFFER, Heike (2010), «Irreguläre Arbeitsmigration in der Pflege: Rechtliche und politische Argumente für das notwendige Ende einer politischen Grauzone», en: SCHEIWE, Kirsten, y Johanna KRAWIETZ (eds.), *Transnationale Sorgearbeit. Rechtliche Rahmenbedingungen und gesellschaftliche Praxis*, Wiesbaden, VS Verlag: 95-120.

HUSMANN, Manfred (2010), «Rechtliche Rahmenbedingungen bei grenzüberschreitender Haushalts- und Pflegearbeit», en: SCHEIWE, Kirsten, y Johanna KRAWIETZ (eds.), *Transnationale Sorgearbeit. Rechtliche Rahmenbedingungen und gesellschaftliche Praxis*, Wiesbaden, VS Verlag: 29-56.

ROTHGANG, Heinz (2010), «Social insurance for long-term care: an evaluation of the German model», *Social Policy and Administration* 44(4): 436-460.

ROTHGANG, Heinz, y Hendrik DRÄTHER (2009), «Zur aktuellen Diskussion über die Finanzierungsreform der Sozialen Pflegeversicherung», en: DRÄTHER, Hendrik; JACOBS, Klaus, y Heinz ROTHGANG (eds.), *Fokus Pflegeversicherung. Nach der Reform ist vor der Reform*, Berlín, Wissenschaftliches Institut der AOK (WldO): 41-69.

RULAND, Franz (2001), «Das BVerfG und der Familienlastenausgleich in der Pflegeversicherung», *Neue Juristische Wochenschrift* 54(23): 1673-1678.

STATISTISCHES BUNDESAMT (2008a), *Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*, Wiesbaden.

— (2008b), *Demografischer Wandel in Deutschland. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern*, Heft 2, Wiesbaden.