

La atención a la dependencia y el empleo

**Potencial de creación de empleo y otros efectos económicos
de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal
y Atención a las Personas en Situación de Dependencia**

**Ángel Rodríguez Castedo
Antonio Jiménez Lara**

Documento de trabajo 159/2010



Ángel Rodríguez Castedo

Funcionario de carrera del cuerpo técnico de la Administración, ha sido director general del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), responsable de la elaboración del Plan Gerontológico Nacional, secretario general del Consejo Económico y Social, responsable de la elaboración del Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España, miembro y secretario del Consejo Territorial del SAAD y presidente de su Comisión Delegada, miembro del Comité Consultivo del SAAD y presidente de su Comisión Permanente. Docente en diversos másteres universitarios y autor de diversos estudios y publicaciones. En la actualidad es director adjunto de Promoción y Análisis de Proyectos de SEPIDES, empresa del grupo SEPI.

Antonio Jiménez Lara

Sociólogo y antropólogo social, se ha especializado en el análisis de políticas sociales en los ámbitos de la discapacidad, el envejecimiento y la atención a la dependencia. Con amplia experiencia docente e investigadora, colabora, entre otras instituciones, con la Fundación ONCE, el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI), el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) y el Observatorio Estatal de la Discapacidad. Participó en la elaboración del Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España.

Ninguna parte ni la totalidad de este documento puede ser reproducida, grabada o transmitida en forma alguna ni por cualquier procedimiento, ya sea electrónico, mecánico, reprográfico, magnético o cualquier otro, sin autorización previa y por escrito de la Fundación Alternativas.

© Fundación Alternativas

© Ángel Rodríguez Castedo y Antonio Jiménez Lara

ISBN: 978-84-92957-12-5
Depósito Legal: M-14144-2010

Impreso en papel ecológico 

Contenido

Resumen ejecutivo	5
Introducción	7
1 Las nuevas necesidades sociales y el empleo	14
1.1 El proceso acelerado de envejecimiento de la población	14
1.2 Las discapacidades generan dependencia en todas las edades	17
1.3 Los cambios en el modelo de familia y la incorporación de la mujer al trabajo reducen la disponibilidad de apoyo informal	18
1.4 Incidencia sobre el gasto público	18
1.5 La protección de la dependencia y el empleo	20
2 El impacto real de la implantación del SAAD en el empleo en los tres primeros años de aplicación	25
2.1 Nivel de implantación del SAAD al finalizar 2009	25
2.2 Impacto constatable sobre el empleo	26
3 Potencial de generación de empleo del SAAD	31
3.1 Estimación del número de personas en situación de dependencia a 31/12/2011 y 31/12/2015	31
3.2 Criterios de asignación de recursos	34
3.3 <i>Ratios</i> de personal por usuario atendido	36
3.4 Estimación de la potencialidad de creación de empleo	38
4 Impactos sobre el empleo y el crecimiento económico derivados de factores asociados a una adecuada implantación del SAAD	42
4.1 Coordinación entre el SNS y el SAAD	42
4.2 Integración del SAAD en el Sistema de Servicios Sociales	46
4.3 Nuevas tecnologías en la atención a la dependencia	49
4.4 Servicios de atención a la dependencia para extranjeros mayores de 65 años residentes en España	51
4.5 Otros efectos sobre el empleo	56
4.6 Retornos económicos y sociales	58
5 Conclusiones	61

6 Propuestas	66
6.1 Carácter prioritario de los servicios.....	68
6.2 Suficiencia y sostenibilidad financiera.....	71
6.3 Marco claro y estable de colaboración público-privada.....	73
6.4 Reequilibrio de prestaciones ante el excesivo peso de la prestación económica de cuidados familiares.....	74
6.5 Mayor desarrollo del servicio de ayuda a domicilio.....	76
6.6 Calidad y SAAD.....	77
6.7 Mejora de la cualificación y de la calidad de empleo.....	78
6.8 Necesaria y urgente coordinación sociosanitaria.....	79
6.9 SAAD y medio rural.....	80
6.10 Promoción de la innovación tecnológica.....	82
6.11 Debate social sobre las cuestiones vinculadas a la edad avanzada.....	82
Bibliografía	84
Índice de Gráficos y Tablas	86

Siglas y abreviaturas

AEVAL	Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios
BOE	Boletín oficial del Estado
CNAE	Clasificación nacional de actividades económicas
EDAD	Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia 2008
EDDES	Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud 1999
EPA	Encuesta de Población Activa
EUROSTAT	Oficina Estadística de la Unión Europea
FEDEA	Fundación de Estudios de Economía Aplicada
ICO	Instituto de Crédito Oficial
IMSERSO	Instituto de Mayores y Servicios Sociales
INE	Instituto Nacional de Estadística
IPC	Índice de precios al consumo
IRPF	Impuesto sobre la renta de las personas físicas
IVA	Impuesto sobre el valor añadido
LAPAD	Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia
LOFCA	Ley Orgánica de Financiación de las Comunidades Autónomas
MEPSYD	Ministerio de Educación, Política Social y Deporte
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
PIA	Programa individual de atención
PIB	Producto interior bruto
PROCARE	Proyecto <i>Providing integrated health and social care for older persons. Issues, problems and Solutions</i>
SAAD	Sistema de autonomía y atención a la dependencia
SAD	Servicio de Ayuda a Domicilio
SEPI	Sociedad Española de participaciones Industriales
SISAAD	Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia
SNS	Sistema Nacional de Salud
UE	Unión Europea

La atención a la dependencia y el empleo

Ángel Rodríguez Castedo

Ex director general del Instituto de Mayores y Servicios Sociales
(IMSERSO)

Antonio Jiménez Lara

Sociólogo

La Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD), ha creado un nuevo derecho de ciudadanía que da respuesta a las necesidades de atención que tienen las personas que requieren apoyo para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos.

Además de responder a una urgente necesidad social, la LAPAD supone una importante oportunidad para crear actividad económica sostenible y generar empleo, pues la atención a la dependencia se concreta, fundamentalmente, en actividades de cuidados personales, muy intensivas en trabajo. En un momento en el que el empleo debe convertirse en la gran prioridad, dedicar recursos al desarrollo e implantación de las infraestructuras y servicios que garantiza la LAPAD es una de las mejores formas de contribuir a conseguir un modelo de crecimiento más equilibrado y sostenible de creación de empleo estable y cualificado.

En este informe se analizan las transformaciones sociales que han convertido la dependencia en una de las necesidades sociales más importantes de nuestro tiempo; se constata el impacto real que la implantación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) ha tenido sobre el empleo en sus tres primeros años de aplicación; se analiza el potencial de generación de empleo derivado de su implantación; se describen el impacto sobre el empleo y el crecimiento económico derivados de diversos facto-

res asociados a una adecuada implantación del SAAD y se ofrecen una serie de propuestas concretas dirigidas a hacer posible el aprovechamiento del enorme potencial de creación de empleo y de riqueza que tiene la atención a la dependencia. Las propuestas se articulan en torno a los siguientes ejes:

- Recuperar el **carácter prioritario de los servicios**, que es uno de los principios inspiradores de la LAPAD.
- Garantizar la **suficiencia y sostenibilidad financiera** del SAAD.
- Establecer un **marco claro y estable de colaboración público-privada** en la provisión y desarrollo de servicios de atención a la dependencia.
- **Reequilibrar las prestaciones** ante el excesivo peso de la prestación económica de cuidados familiares.
- Impulsar un **mayor desarrollo del servicio de ayuda a domicilio**.
- Mejorar la **calidad de atención** del SAAD, la **cualificación** de los profesionales y la **calidad de empleo**.
- Impulsar la **coordinación socio-sanitaria**.
- Mejorar la **aplicación de la LAPAD en el medio rural**, bajo la premisa de desplazar servicios en vez de personas.
- Fomentar la **innovación tecnológica** en el sector de la atención a la dependencia.
- **Promover un debate social sobre las cuestiones vinculadas a la edad avanzada** que permita definir el lugar que han de tener las personas de esta edad en nuestra sociedad.

Introducción

La atención de las necesidades de las personas en situación de dependencia es uno de los grandes retos de la política social y económica de los países desarrollados y lo seguirá siendo en los próximos años.

La demanda de cuidados para estas personas se ha venido incrementando de forma notable en los últimos años y va a seguir aumentando a un fuerte ritmo durante las próximas décadas como consecuencia de una combinación de factores de carácter demográfico, médico y social, entre los que podemos destacar: el proceso acelerado de envejecimiento de la población (en especial de los mayores de 80 años), las mayores tasas de supervivencia de las personas afectadas por enfermedades crónicas y por alteraciones congénitas, y las consecuencias derivadas de los altos índices de siniestralidad vial y laboral.

Este elevado crecimiento de la demanda coincide en el tiempo con la crisis de los sistemas de apoyo informal que tradicionalmente han venido dando respuesta a las necesidades de cuidados. Una crisis motivada, fundamentalmente, por los cambios en el modelo de familia y la creciente incorporación de las mujeres al mundo laboral, que pone de relieve la necesidad de revisar el sistema tradicional de atención (cuidados a cargo de familiares) y asegurar una prestación de servicios profesionalizada.

La inmensa mayoría de los ciudadanos europeos (como ponen de manifiesto una y otra vez los eurobarómetros) considera que la protección social es uno de los grandes logros del modelo europeo de sociedad. La aparición de nuevas necesidades sociales ha de suponer en este contexto la consolidación de nuevos derechos sociales y al igual que ha ocurrido con el derecho a las pensiones, a la educación y a la sanidad, la universalización del derecho a los servicios sociales ante las situaciones de dependencia. Y así como se ha desarrollado el Sistema de Pensiones, el Sistema Educativo y el Sistema de Salud, debe desarrollarse el Sistema de Servicios Sociales, como cuarto pilar del Estado de Bienestar.

Así lo ha entendido también la sociedad española. El gran acuerdo social y político existente en nuestra sociedad sobre esta cuestión tuvo como fruto la aprobación, en diciembre de 2006, de la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD), que supone la puesta en marcha de un nuevo sistema de protección y la aplicación de un nuevo derecho de los ciudadanos.

Afrontar el problema de la atención a las personas en situación de dependencia, además de ser una responsabilidad social y política ineludible, es una oportunidad económica que

España tiene que aprovechar. La LAPAD es, por ello, una ley de primer orden no sólo de política social, sino también de política económica.

A partir de la aprobación de la Ley y de la puesta en marcha del proceso de implantación del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), se abre en nuestro país un nuevo escenario económico y social, mediante la creación de infraestructuras y servicios, que supondrá la asignación de un importante volumen de recursos presupuestarios adicionales de las administraciones públicas, una importante inversión por parte del sector privado, la contribución por parte del beneficiario en el coste del servicio, decenas de miles de nuevos empleos directos... Todo ello conlleva la aparición de expectativas que afectarán a las decisiones de inversión, y el surgimiento de un importante mercado de servicios de provisión pública y privada ante la fuerte demanda que se generará y la insuficiente oferta existente. Supone, además, la consolidación de un nuevo sector de actividad que será motor de crecimiento económico, mejorará la competitividad de nuestro tejido productivo y tendrá un importante impacto económico y social. Destacamos algunos de sus efectos:

- La creación de empleo es, a medio y largo plazo, uno de los elementos fundamentales de la puesta en marcha de la Ley, pues, por un lado, la atención a las personas en situación de dependencia se concreta fundamentalmente en actividades de cuidados personales y, por otro, en servicios sociales, como reiteradamente señalan la Comisión Europea y otros organismos internacionales, son uno de los sectores más intensivos en trabajo y constituyen uno de los yacimientos de empleo más importantes.
- La inversión en servicios sociales genera importantes retornos económicos (ahorro en prestaciones de desempleo, incremento de la recaudación por cotizaciones sociales y de los ingresos fiscales, vía IVA, IRPF e Impuesto de Sociedades) y confirma que el gasto social contribuye de forma importante a la generación de actividad económica y de empleo.
- La optimización de recursos que se opera en la prestación de servicios. Por citar un ejemplo, una cama/día en el Sistema Nacional de Salud (*cure*) tiene un coste medio aproximado de quinientos euros. En el SAAD (*care*) este está entre sesenta y noventa euros según tipología y necesidades de atención. Se produce, pues, una importante mejora de la eficiencia del gasto, al reducir o hacer innecesarias las estancias de pacientes que podrían ser tratados mediante recursos alternativos.
- Los servicios sociales españoles tienen con esta Ley una magnífica oportunidad para su indispensable transformación general en un auténtico sistema de protección, además de una ocasión inmejorable para elevar sus estándares de calidad, sus equipamientos y la formación y condiciones de trabajo de sus profesionales.
- El desarrollo e implantación del SAAD nos va a exigir caminar hacia la convergencia con los países de la Unión Europea más desarrollados en términos de protección social y en la equiparación de tasas de actividad y de empleo.

La LAPAD afecta a una gran cantidad de ámbitos sociales, y tiene importantes implicaciones jurídicas, políticas, sociales y económicas. Entre sus señas de identidad más relevantes, cabe destacar:

- Establece un nuevo derecho social. En sus artículos 1.1, 4.1 y 4.2.j) garantiza un nuevo derecho subjetivo en nuestro ordenamiento jurídico y por primera vez en el ámbito de los servicios sociales, en la línea de cómo se garantizan los servicios educativos, las prestaciones sanitarias y las pensiones en nuestro país.
- La Ley ofrece a las personas en situación de dependencia las garantías propias de un derecho subjetivo perfecto: los requisitos están definidos, los servicios y prestaciones a los que se tiene derecho están determinados, existe un procedimiento formalizado de valoración y reconocimiento del derecho que termina en una resolución susceptible de ser recurrida. De la misma manera, la Ley genera un marco de seguridad jurídica a los prestadores de servicios sociales que ya operan dentro del sector o desean incorporarse al mismo.
- Para hacer efectivo este nuevo derecho, la LAPAD crea el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), que sirve de cauce para la colaboración y participación de todas las administraciones públicas y de los demás agentes implicados, optimiza los recursos públicos y privados disponibles, y se configura como una red de utilización pública que integra, de forma coordinada, centros y servicios públicos y privados. La coordinación y cooperación entre unos y otros va a ser un elemento fundamental en su proceso de desarrollo e implantación. Para la articulación del Sistema, la Ley crea el Consejo Territorial del SAAD, en la línea del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
- Homogeneiza el procedimiento y las técnicas de valoración. Todas las personas tienen la misma puerta de entrada en el Sistema. El procedimiento de valoración está orientado a lograr la mayor objetividad y a garantizar la equidad en el acceso a los servicios y prestaciones en todos los territorios del Estado. Debe ajustarse a unos criterios básicos de actuación, a unas características comunes de composición de los órganos de valoración y a un baremo único. La legislación relativa al baremo es competencia del Estado.
- Implanta un catálogo de servicios y prestaciones. Las prestaciones que establece la LAPAD pueden ser servicios o prestaciones económicas. Regula que los servicios tienen carácter prioritario frente a las prestaciones. Además, establece ayudas económicas para facilitar la autonomía personal (ayudas técnicas y adaptaciones en el hogar) y determina un tratamiento específico para los menores de tres años.
- Enfatiza la calidad y fomenta la mejora continua de los recursos del Sistema. Son instrumentos de mejora y eficacia, pero también de cohesión y garantía de la equidad

interterritorial. Plantea, para ello, tres grandes líneas de actuación: la tecnificación del SAAD, a través de la aplicación de las nuevas tecnologías a la gestión y a los cuidados de las personas en situación de dependencia; su profesionalización, mediante la cualificación profesional y la mejora de las condiciones laborales; la acreditación y normalización de los recursos de la Red (indicadores, estándares, guías de buenas prácticas, cartas de servicio, etc.).

En suma, estamos ante una Ley que mejora sustancialmente la atención a las personas en situación de dependencia, aumentando su calidad de vida y la de sus familiares, dando respuesta a una de las demandas más importantes de nuestra sociedad, que amplía los derechos de los ciudadanos fortaleciendo las redes y las estructuras de protección social y económica y que ha logrado en torno a ella un acuerdo parlamentario y social ampliamente mayoritario que la convierte en un proyecto de todos, en un proyecto de país.

Ante el ingente proyecto de país (para cuyo desarrollo la propia Ley establece un período de 8 años) que hay detrás de la puesta en marcha de las infraestructuras y los servicios previstos en la LAPAD, es necesario sumar esfuerzos en la enorme labor necesaria para afrontar este reto de la sociedad española que requiere la movilización de importantes recursos económicos y humanos y del empeño y compromiso de múltiples agentes económicos y sociales que están llamados a coincidir en el desarrollo y consolidación del nuevo sector.

Los efectos esperados de una aplicación eficaz de la LAPAD trascienden el ámbito de la política social. Esta medida, no lo olvidemos, forma parte de la agenda de reformas estructurales a favor de un mayor crecimiento económico y mejores niveles de empleo a medio y largo plazo en nuestro país. En concreto, la medida se incluye dentro del Programa Nacional de Reformas presentado por España en el año 2005 en el marco de la agenda renovada de Lisboa, en el que se establece que la LAPAD “contribuirá a promover la conciliación de la vida personal y profesional, desarrollará nuevas fuentes de empleo y contribuirá a un incremento sustancial del nivel de ocupación, al elevar el empleo y la tasa de actividad femenina” (Ministerio de la Presidencia, 2005:127).

Igualmente, es necesario tener en cuenta que el proceso de implantación de la LAPAD está coincidiendo con una etapa especialmente difícil derivada de la profunda crisis financiera iniciada en el verano de 2007 en Estados Unidos que, inmediatamente, se convirtió en crisis financiera global con unas consecuencias bien conocidas. Esta crisis ha tenido un gran impacto en todas las economías del mundo y, consecuentemente, en los niveles de empleo. En España, a mediados de 2008, los efectos de la crisis comenzaron a sentirse claramente en el mercado laboral. Desde entonces, en sólo seis trimestres, la ocupación ha bajado en 1.756.400 personas, un descenso del 8,6%. El número de desempleados EPA se ha incrementado en 1.945.400 personas entre el segundo trimestre de 2008 y el cuarto trimestre de 2009, situándose en los 4.326.600¹, lo que supone una tasa de desempleo del 18,8%.

1 Ésta es la cifra de desempleados estimada por la EPA. El paro registrado en diciembre de 2009 ascendía a 3.923.603 desempleados.

Afortunadamente, los gobiernos y los bancos centrales de las economías más avanzadas se han empleado a fondo en la lucha contra la crisis, pues la magnitud de los fallos del mercado financiero y de las entidades de supervisión así lo exigía. España contaba en 2007 con un superávit en sus cuentas públicas superior al 2% y una deuda del 38% del PIB. En 2009, las finanzas públicas han registrado un déficit del 11,4%, y la deuda pública se ha situado en el 55,2% del PIB. Estos datos permiten apreciar el gigantesco esfuerzo fiscal realizado estos dos últimos años, empleado en sacar a nuestro país de la profunda recesión mundial (planes de estímulo) y en sostener el sistema financiero (planes de rescate).

No es fácil conjeturar cuál habría sido la situación de la economía mundial si los gobiernos no hubiesen tomado cartas en el asunto. ¿Qué tipo de desastre hubiese ocurrido en nuestro país si no se hubieran utilizado en torno a 13 puntos de déficit y más de 17 puntos de deuda en apuntalar la situación?

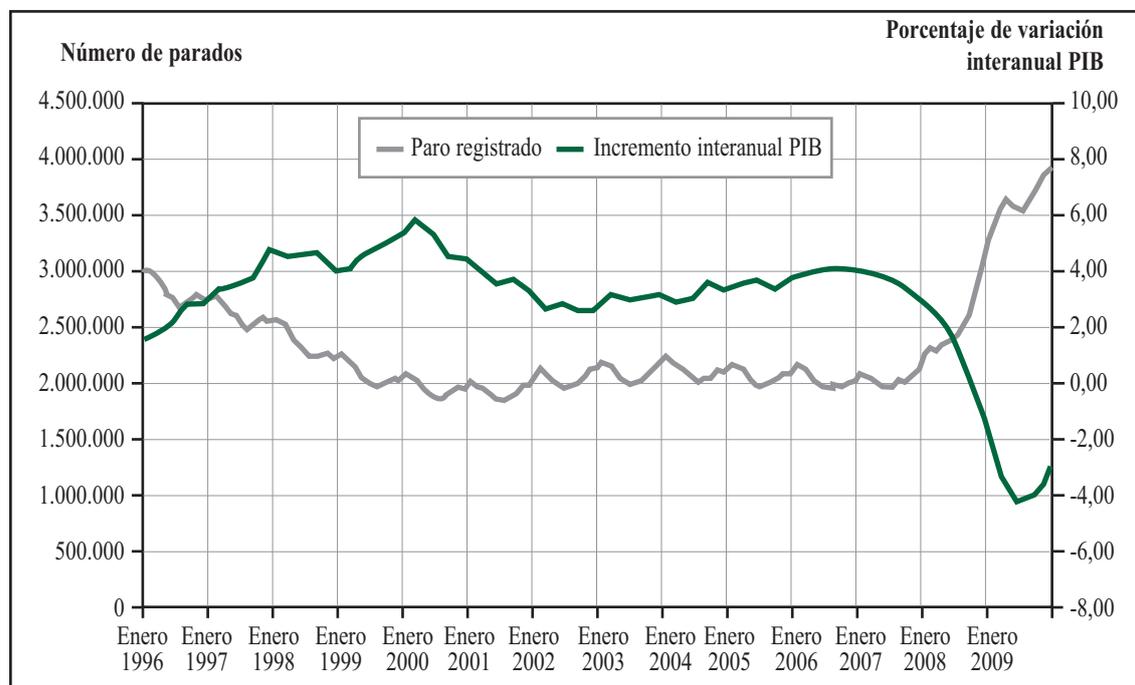
No debemos olvidar lo que ha sucedido. Esta crisis debería servir para desterrar definitivamente, entre otras cosas, el fundamentalismo del mercado como paradigma y la fe ciega en la bondad de la autorregulación y en la eficiencia de los mercados financieros. Las zonas de sombra en las que se ha movido la actividad bancaria han de desaparecer para dejar paso a una estricta supervisión.

Es urgente, por tanto, cambiar de valores y de modelos de crecimiento y de asignación de recursos y no sólo tomar medidas coyunturales, si no queremos estar condenados a repetir cíclicamente situaciones de profundas crisis cada vez más destructivas.

La exigencia de la lucha contra la inflación presidió el modelo económico de los últimos años. Hoy, la lucha contra el paro debería, por el contrario, dar lugar a un nuevo modelo económico. Hay muchos expertos y responsables políticos y sociales que están convencidos de que no es justo que un incremento de la productividad y de la riqueza como el que se ha producido en España entre 1998 y 2008 conviva con la persistencia del alto diferencial del porcentaje del PIB destinado a protección social y de una tasa de desempleo tan elevada sin que haya habido un proceso paralelo de creación de más empleo estable, cualificado y mejor retribuido acorde con la productividad y riqueza generadas (Gráfico 1 y véase Tabla 2).

Para ello es urgente hacer del empleo la gran prioridad, desde la convicción de que sí podemos hacerlo. Si concentramos nuestro esfuerzo en los sectores con mayor potencial de generación de empleo, si orientamos los recursos hacia los sectores más intensivos en trabajo, si cambiamos el actual modelo de crecimiento que crea con gran facilidad empleo precario, temporal y poco cualificado y que lo expulsa del mercado con la misma facilidad y rapidez, podremos luchar eficazmente contra el desempleo y, consecuentemente, contra el malestar y el desencanto ante una sociedad que nos niega lo que nos exige: un trabajo.

Gráfico 1. Evolución del paro registrado y porcentaje de variación anual del PIB en España entre enero de 1996 y diciembre de 2009



Fuentes: *Paro registrado*: Movimiento Laboral Registrado. Ministerio de Trabajo e Inmigración.. *Variación PIB*: Contabilidad Nacional Trimestral de España, base 2000. INE. Banco de datos TEMPUS.

En este contexto, es necesario que las proclamas de los responsables políticos y de los representantes de intereses económicos y sociales y las manifestaciones de medios y expertos cuando declaran: “que el paro es nuestro problema más acuciante”, “que todas las medidas y todos los instrumentos se deberían juzgar en función de si aseguran el trabajo existente y crean nuevo trabajo”, “que es más importante financiar el trabajo que tener que pagar el desempleo”, se concreten en medidas verificables. La realidad demuestra más bien que hay mucha retórica y que las auténticas prioridades son, para unos, salir de la crisis sin afrontar las causas, para otros, seguir incrementando su excedente y, para la mayoría, contribuir lo menos posible a soportar las cargas generales, aunque sin renunciar a exigir que este problema sea resuelto... por otros, sin que suponga la mínima reducción de su estándar particular de vida.

Si de verdad se quiere profundizar en el núcleo del problema, y no solamente corregir parcialmente los resultados, forzosamente ha de incidirse en las formas del crecimiento económico y en el reparto de los beneficios de la productividad.

En esta dirección de conseguir un modelo de crecimiento más equilibrado, más sostenible y más intensivo en creación de empleo estable, más cualificado y no deslocalizable está el desarrollo e implantación de las infraestructuras y servicios que garantiza la LAPAD. Además de cumplir con el mandato de la Ley de atender las necesidades de las personas en situación de dependencia y de sus familias, se conseguiría, dada su potencialidad de generación de empleo, la creación de decenas de miles de puestos de trabajo. Sobre ello vamos a tratar en el presente informe.

1. Las nuevas necesidades sociales y el empleo

La atención a la dependencia demanda respuestas urgentes y sostenibles económicamente. La LAPAD constituye, dentro de un Estado de derecho, la mejor respuesta a las nuevas necesidades que surgen de las transformaciones sociales que se están produciendo en las últimas décadas y, en particular, del proceso acelerado de envejecimiento de la población, de los cambios en la estructura familiar y de la incorporación de la mujer al trabajo, determinando, mediante la consolidación de nuevos derechos sociales, la creación de nuevas infraestructuras y servicios que generarán decenas de miles de puestos de trabajo.

La atención a la dependencia es, sin duda, la necesidad social más importante que se ha generado como resultado de esas transformaciones. Desde la década de los noventa del siglo XX, la dependencia y su protección pública han ido adquiriendo cada vez más relevancia en la agenda social y política de todos los países de la Unión Europea, como prueban los numerosos estudios e investigaciones que se han realizado sobre la materia. A este respecto, es referencia obligada el estudio encargado por la Comisión Europea en 1996 y coordinado por la Universidad de Lovaina para analizar los sistemas de protección social de las personas en situación de dependencia en los Estados miembros y en Noruega (Pacolet *et al.*, 2000). Asimismo, hay que destacar como prueba del interés por el tema el hecho de que, desde 1998, los informes anuales de la Comisión sobre la protección social en Europa dedican un capítulo específico al análisis de los cuidados de larga duración.

Como señala el Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España (IMSERSO, 2005), en el debate existente en todos los países desarrollados sobre la atención a las personas en situación de dependencia y a sus familias, pueden destacarse dos variables fundamentales; por un lado, la necesidad de responder al reto que plantean el progresivo envejecimiento de la población y los cambios y transformaciones en las estructuras familiares y sociales, y, por otro, las consecuencias que la protección de las situaciones de dependencia tienen sobre el gasto público y sobre la creación de empleo y de riqueza. A continuación analizaremos brevemente ambos aspectos.

1.1 El proceso acelerado de envejecimiento de la población

La prolongación de la expectativa de vida, una de las mayores conquistas sociales del pasado siglo, se ha traducido en un aumento del número de personas mayores y, como

consecuencia, en un envejecimiento acelerado de la población. En España, la esperanza de vida al nacer es actualmente de 81 años (77,8 años para los varones y 84,1 para las mujeres); la esperanza de vida adicional a los 65 años es de casi 20 años (17,7 años para los varones y 21,7 años para las mujeres), y a las personas que han alcanzado los 80 años les restan todavía por vivir, como media, 9 años (7,9 años a los varones y 9,6 a las mujeres). Para hacernos una idea de lo que se han incrementado las expectativas de vida en el último siglo, baste decir que en 1900 la esperanza de vida al nacer era de 35 años (34 para los varones y 36 para las mujeres); en 1950 de 62 años (60 los varones y 64 las mujeres), y en 1975, de 74 años (70 los varones y 76 las mujeres).

Como resultado de ese incremento en las expectativas de vida, la población mayor española ha experimentado en las últimas décadas un crecimiento muy considerable. El número de personas mayores de 65 años casi se ha duplicado en los últimos treinta años, pasando de 4,2 millones de personas en 1970 (un 11,2% de la población total) a 7,8 millones en 2009 (16,7% de la población total) (Tabla 1). Este aumento se ha debido, entre otros factores, al mayor control de las enfermedades, a unas condiciones de vida más saludables y, en general, al mayor bienestar económico y social alcanzado.

El envejecimiento de la población española va a continuar en los próximos años, en los que la población mayor seguirá incrementándose de manera notable, a la vez que disminuirá la proporción de jóvenes, como muestran las diferencias que se muestran en el Gráfico 2 entre la pirámide de la población española en el año 2000 con la proyectada para el año 2050.

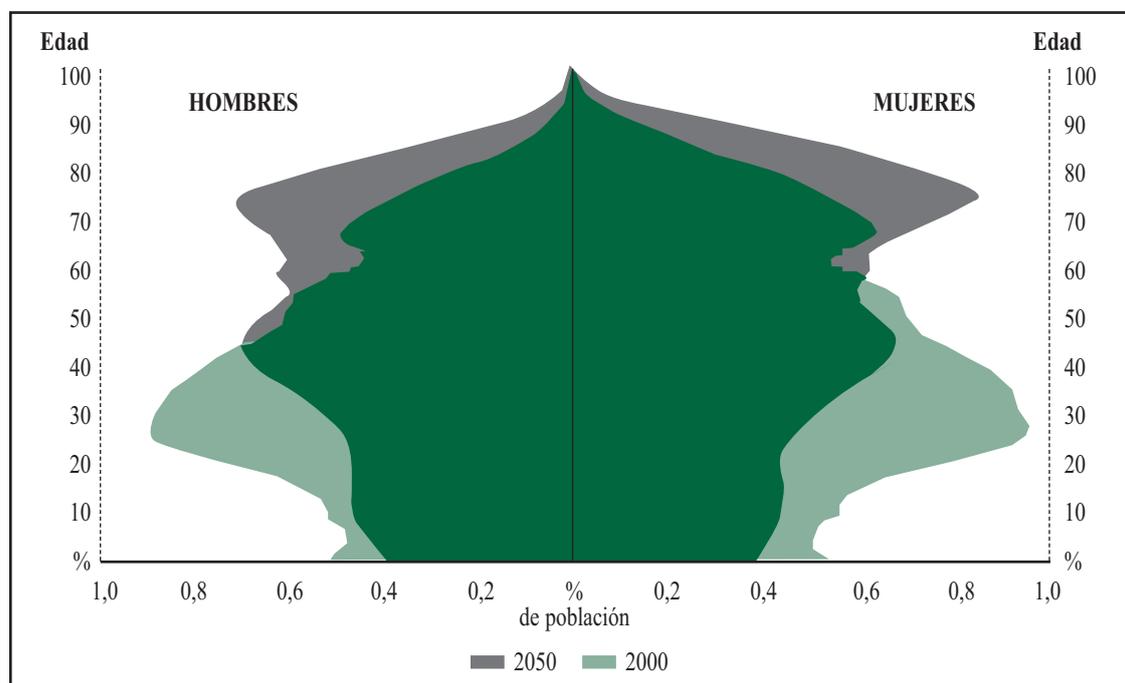
Este proceso de envejecimiento está haciendo que aumente el número de personas que necesitan cuidados de larga duración y recursos de atención adecuados a su nivel de dependencia y su situación sociofamiliar. De hecho, todos los expertos que estudian las

Tabla 1. Evolución de la población mayor de 65, 75 y 80 años en España en el período 1981-2009 (datos absolutos y porcentajes sobre la población total)

	65 y más		75 y más		80 y más	
	Total personas	%	Total personas	%	Total personas	%
1981	4.236.724	11,2	1.577.311	4,2	725.131	1,9
1991	5.370.252	13,8	2.200.571	5,7	1.147.868	3,0
2001	6.958.516	17,0	3.021.083	7,4	1.580.322	3,9
2009	7.780.830	16,7	3.951.758	8,5	2.213.955	4,7

Fuente: Elaboración propia a partir de los censos 1981, 1991 y 2001 y del avance de resultados del padrón municipal para 1 de enero de 2009.

Gráfico 2. Pirámides de población en España en 2000 y 2050



Fuente: INE. Proyecciones de población en base al censo de 2001. Escenario 1

consecuencias del envejecimiento demográfico para las sociedades desarrolladas coinciden en afirmar que uno de los problemas fundamentales es cubrir adecuadamente las necesidades de cuidados y atención a las personas dependientes, cuyo número se está viendo incrementado de forma muy notable como consecuencia del aumento de la población de avanzada edad.

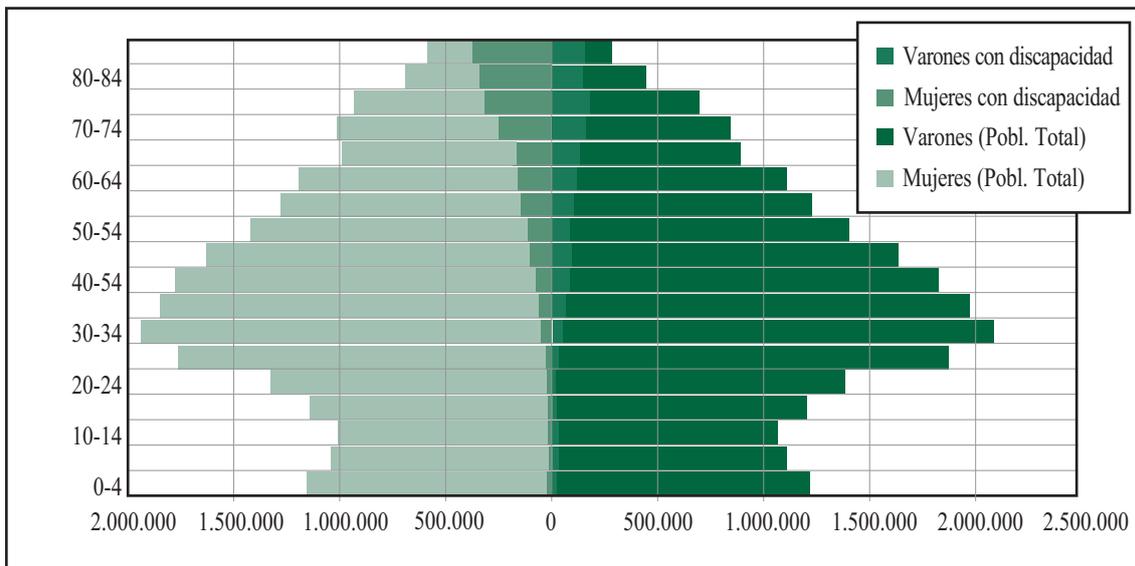
Sin embargo, es importante tener en cuenta que este intenso proceso de envejecimiento no debe ser considerado sólo como un problema, sino también como una oportunidad social que es necesario aprovechar. El envejecimiento de la población es la expresión de un logro humano: vivimos más y vivimos mejor. Constituye una de las transformaciones sociales más importantes producidas en las últimas décadas. Pero es también un reto al que es necesario dar respuesta desde las administraciones y desde el conjunto de los agentes económicos y sociales. Se trata de un reto complejo, pues el incremento del número de personas mayores y las necesidades crecientes de atención derivadas de ese crecimiento coinciden en el tiempo con una crisis de los sistemas de apoyo informal que han venido dando respuesta a esas necesidades, crisis motivada por otras dos grandes transformaciones sociales producidas en el último tercio del siglo pasado: el cambio en el modelo de familia y la creciente incorporación de las mujeres al mundo laboral.

1.2 Las discapacidades generan dependencia en todas las edades

Según la Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia 2008 (EDAD, 2008), en España hay más de 4,1 millones de personas con diversos niveles de discapacidad (un 9% de la población), de las que en torno a 3,8 millones viven en domicilios familiares y el resto en centros residenciales de distintos tipos. La encuesta muestra que la prevalencia de las situaciones de discapacidad está fuertemente relacionada con la edad, pues se mantiene por debajo del 5% hasta los 40 años, supera el 10% a los 60 y se sitúa en torno al 40% a los 80. Como resultado, seis de cada diez personas con discapacidad tienen más de 65 años (Gráfico 3).

El 74% de las personas con discapacidad afirma tener dificultades de diverso grado para realizar las actividades básicas de la vida diaria. Cuando estas dificultades son severas impiden que la persona pueda resolver por sí misma sus necesidades cotidianas y hacen que necesite la ayuda de otras personas para poder llevar una vida digna. Casi 1,4 millones de personas residentes en domicilios particulares tienen, de acuerdo con la EDAD 2008, dificultades que les impiden realizar alguna actividad básica de la vida diaria sin ayuda. Aunque esas situaciones se dan en todas las edades, el número de personas con discapacidad se incrementa con los años: dos tercios de las personas con algún grado de discapacidad para actividades de la vida diaria tienen más de 65 años.

Gráfico 3. Pirámide de la población española total y con discapacidad



Fuente: INE. Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia 2008.

1.3 Los cambios en el modelo de familia y la incorporación de la mujer al trabajo reducen la disponibilidad de apoyo informal

Tradicionalmente, han sido las familias las que han asumido el cuidado de las personas dependientes, a través de lo que ha dado en llamarse “apoyo informal”. Para ser más exactos, habría que puntualizar que esa función ha recaído y recae, casi en exclusiva, en las mujeres del núcleo familiar, en las madres, cónyuges, hijas o hermanas de las personas dependientes y, entre éstas, en las mujeres de mediana edad, sobre todo en el grupo comprendido entre los 45 y los 69 años.

El incremento cuantitativo de las situaciones de dependencia, motivado por el envejecimiento de la población y por los cambios en el perfil de morbilidad, coincide en el tiempo con cambios importantes en el modelo de familia y con la incorporación progresiva de la mujer al mercado de trabajo, fenómenos ambos que están haciendo disminuir sensiblemente la capacidad de prestación de cuidados informales, haciendo que el modelo de apoyo informal, que ya ha empezado a entrar en crisis, sea insostenible a medio plazo, pues cada vez existen menos mujeres en edad de cuidar y más personas que precisan cuidados de larga duración, y esta brecha se está incrementando con el paso de los años.

La atención de las situaciones de dependencia no es sólo una necesidad real, sino que además, es percibida como apremiante por un número creciente de ciudadanos. La mayor parte de los mayores dependientes vive con sus familias, que experimentan grandes dificultades para proporcionarles la atención que necesitan. Como ya se ha indicado, en la mayor parte de los casos, los cuidados los prestan las mujeres de la familia en edad laboral, que encuentran con ello un obstáculo más para su acceso al empleo.

1.4 Incidencia sobre el gasto público

Uno de los temas centrales en el debate europeo en torno a la protección de las situaciones de dependencia, como una ampliación del Estado de Bienestar, es la incidencia que tendrían las nuevas prestaciones y servicios en el gasto público, máxime en los momentos de profunda crisis en que estamos, que podrían servir a algunos para cuestionar la ampliación, o los márgenes de la ampliación, de los servicios y prestaciones que supone el desarrollo de la LAPAD. Es precisamente en momentos como el presente cuando los poderes públicos y todos los agentes económicos y sociales deben plantearse qué asignación de recursos se realiza a corto y especialmente a medio y largo plazo en función del nuevo modelo de crecimiento que se pretende conseguir.

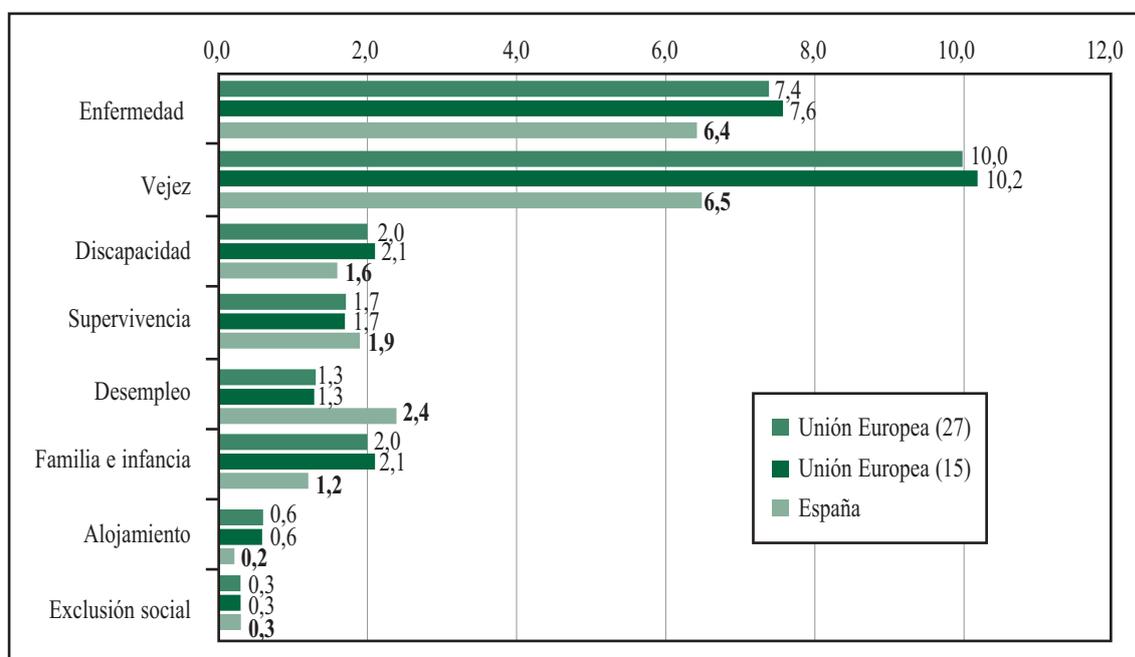
El objetivo de construir el SAAD constituye un compromiso esencial de la LAPAD a medio y largo plazo. En este sentido, los debates en torno a la sostenibilidad económica

Tabla 2. Gasto social, por funciones, en porcentaje del PIB, en la Unión Europea, 2007

	Enfermedad	Vejez	Discapacidad	Supervivencia	Desempleo	Familia e infancia	Alojamiento	Exclusión social	Total
Unión Europea (27)	7,4	10,0	2,0	1,7	1,3	2,0	0,6	0,3	25,2
Unión Europea (15)	7,6	10,2	2,1	1,7	1,3	2,1	0,6	0,3	25,9
Bélgica	7,4	9,9	1,8	2,8	3,3	2,0	0,1	0,7	28,0
Dinamarca	6,5	10,7	4,2	0,0	1,6	3,7	0,7	0,7	28,1
Alemania	8,0	9,5	2,0	2,1	1,5	2,8	0,6	0,2	26,7
Irlanda	7,2	4,0	1,0	0,8	1,4	2,6	0,3	0,4	17,6
Grecia	6,7	10,4	1,2	2,0	1,1	1,5	0,5	0,6	23,8
España	6,4	6,5	1,6	1,9	2,4	1,2	0,2	0,3	20,5
Francia	8,7	11,2	1,8	1,9	1,8	2,5	0,8	0,5	29,0
Italia	6,7	13,1	1,5	2,5	0,5	1,2	0,0	0,1	25,5
Luxemburgo	4,9	5,2	2,3	1,9	0,9	3,2	0,1	0,4	19,0
Holanda	8,7	9,4	2,5	1,4	1,2	1,6	0,4	1,7	26,8
Austria	7,1	11,3	2,2	2,0	1,4	2,8	0,1	0,3	27,1
Portugal	6,6	10,1	2,3	1,7	1,2	1,2	0,0	0,3	23,4
Finlandia	6,5	8,6	3,1	0,9	1,9	2,9	0,2	0,5	24,6
Suecia	7,6	11,3	4,4	0,6	1,1	3,0	0,5	0,6	29,0
Reino Unido	7,6	10,4	2,4	0,8	0,5	1,5	1,4	0,2	24,8

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos en línea de Eurostat. Consultada en diciembre 2009.

Gráfico 4. Gasto social, por funciones, en porcentaje del PIB UE-15, UE-27 y España, 2007



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos en línea de Eurostat. Consultada en diciembre 2009.

del SAAD son recurrentes, como sucedió en su día con el Sistema Nacional de Salud, ante las claras tendencias demográficas que van a provocar presiones crecientes sobre los sistemas de protección social (pensiones, salud y cuidados de larga duración).

La asignación de recursos que se realice determinará el impacto sobre el crecimiento y la actividad económica, sobre el empleo y el tipo de empleo y sobre el bienestar de la población. Por ello, puede resultar clarificador tener en cuenta la asignación de recursos y el peso sobre el PIB de los gastos sociales en la Unión Europea.

La Tabla 2 y el Gráfico 4 reflejan los datos relativos a los gastos en prestaciones sociales por tipo de función en el año 2007. Se constata el gran diferencial existente entre España y la media de la Unión Europea, tanto si se tienen en cuenta los 15 países que formaban parte de la Unión antes de la ampliación como si la comparación se realiza con la media de los 27 países que actualmente la componen. Si se quiere converger con la UE no sólo hay que hacerlo en los indicadores económicos (déficit público, tasa de inflación, etc.), sino también en los indicadores de gasto social.

1.5 La protección de la dependencia y el empleo

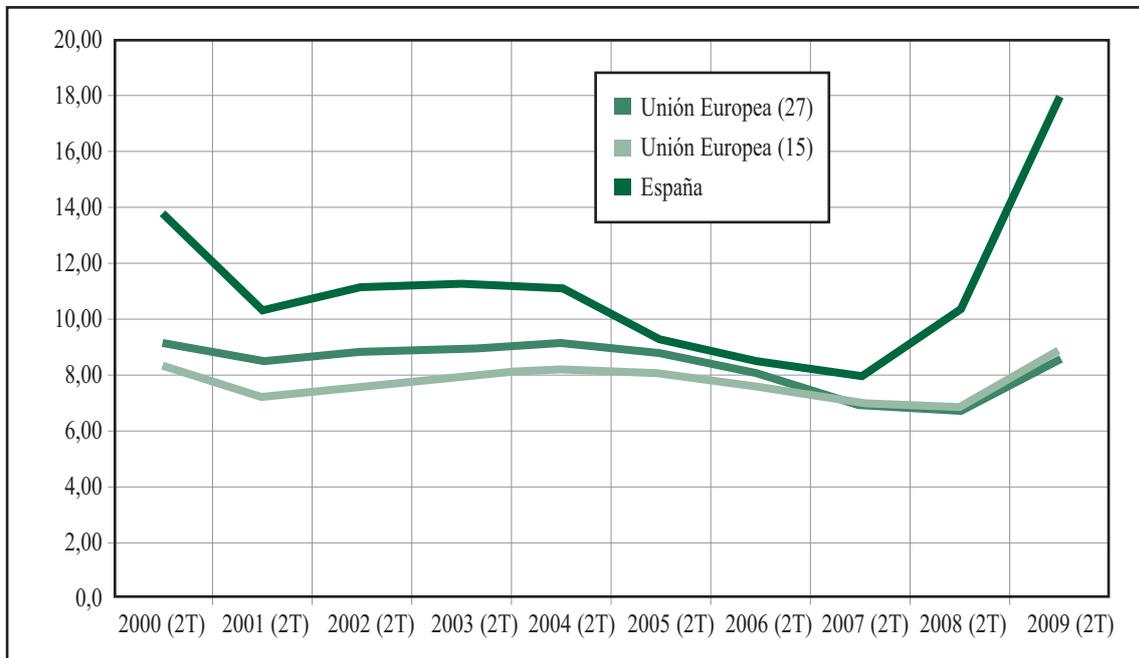
A) Situación del empleo

Desde que se inició la profunda crisis económica que estamos viviendo, la tasa de desempleo en España se ha duplicado. Ese crecimiento del desempleo no responde sólo a una situación coyuntural, sino que es reflejo de una debilidad estructural. Nuestra economía, que fue una de las más dinámicas a la hora de crear empleo en la etapa expansiva que se desarrolló hasta finales de 2007, ha sido también, con mucha diferencia, la que más empleo ha destruido en los dos últimos años (básicamente, empleo temporal, precario y poco cualificado).

El mantenimiento durante muchos años de cifras de paro elevadas, incluso en períodos de importante crecimiento del PIB (véase Gráfico 1) es, sin duda, uno de los mayores problemas estructurales de nuestro país. Resulta relevante, de cara al futuro, constatar como el impacto sobre la destrucción de empleo afectó de distinta manera a unos u otros países en función del modelo prioritario de crecimiento económico que tenían y del modelo de asignación y distribución de recursos que practicaban. Este segundo aspecto es muy importante para el objeto del presente informe (Gráfico 5).

De acuerdo con los últimos resultados de la Encuesta de Población Activa (cuarto trimestre de 2009), la tasa de empleo para la población de entre 16 y 64 años (59,9%) se sitúa cuatro puntos por debajo de la media de la Unión Europea (el 64,8% en el segundo trimestre de 2009), y más de 15 puntos por debajo de países como Holanda,

Gráfico 5. Evolución de las tasas de desempleo en la Unión Europea y en España durante la década del 2000 (datos referidos al segundo trimestre de cada año)



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos en línea de Eurostat. Consultada en diciembre 2009.

Noruega y Dinamarca. La tasa de temporalidad, a pesar de haber descendido significativamente por la destrucción de empleo temporal, es todavía del 25,1%, casi el doble que la media de la Unión Europea (el 13,8% en el tercer trimestre de 2009). Sólo un 13,3% de los ocupados en España trabaja a tiempo parcial, mientras que la media de ocupados a tiempo parcial en la Unión Europea fue del 18,7% en el tercer trimestre de 2009, en algunos países, como Dinamarca, Alemania, Noruega, Suecia y el Reino Unido supera el 25%, y en Holanda se registran tasas todavía superiores. El número de parados EPA asciende a 4.326.500 (1.118.600 más que en el mismo trimestre del año anterior y 2.152.400 más que en el primer trimestre de 2008), y el paro registrado supera los 3,9 millones. La tasa de desempleo se sitúa en el 18,8% (frente a un 8,9% en la Unión Europea en el tercer trimestre de 2009). En los menores de 25 años, la tasa de desempleo alcanza el 39,1%.

Ante este escenario es esencial poner al empleo en el centro de la agenda política y social. La decidida voluntad colectiva de asegurar unas mayores tasas de empleo es primordial para generar riqueza e ingresos suficientes para mantener y poder ampliar los actuales niveles de protección y para permitir la integración de la mayoría de los ciudadanos en la actividad productiva y en la sociedad. Por eso se debe dar prioridad al empleo y, a su vez, compatibilizar las políticas activas de empleo con las de protección social, ya que son dos caras de una misma moneda. Como afirmó hace ya algunos años

el Libro Blanco sobre la Política Social Europea, si la creación de riqueza es esencial para el progreso social, el entorno social también es un factor esencial para el desarrollo económico.

B) Orientar los recursos y concentrar el esfuerzo en los sectores con mayor potencial de generación de empleo

Todos los estudios y la realidad de los países que los han implantado constatan que el desarrollo de los servicios ligados al cuidado de las personas dependientes supone un importante potencial de generación de empleo.

En contra de lo que se suele pensar, las mayores diferencias en las tasas de empleo por sectores de actividad entre España y la UE no se encuentran en los sectores industriales, sino en el sector servicios y básicamente en los servicios de carácter comunitario. Se trata de actividades muy intensivas en mano de obra y, por lo tanto, con un importante impacto en la evolución del empleo.

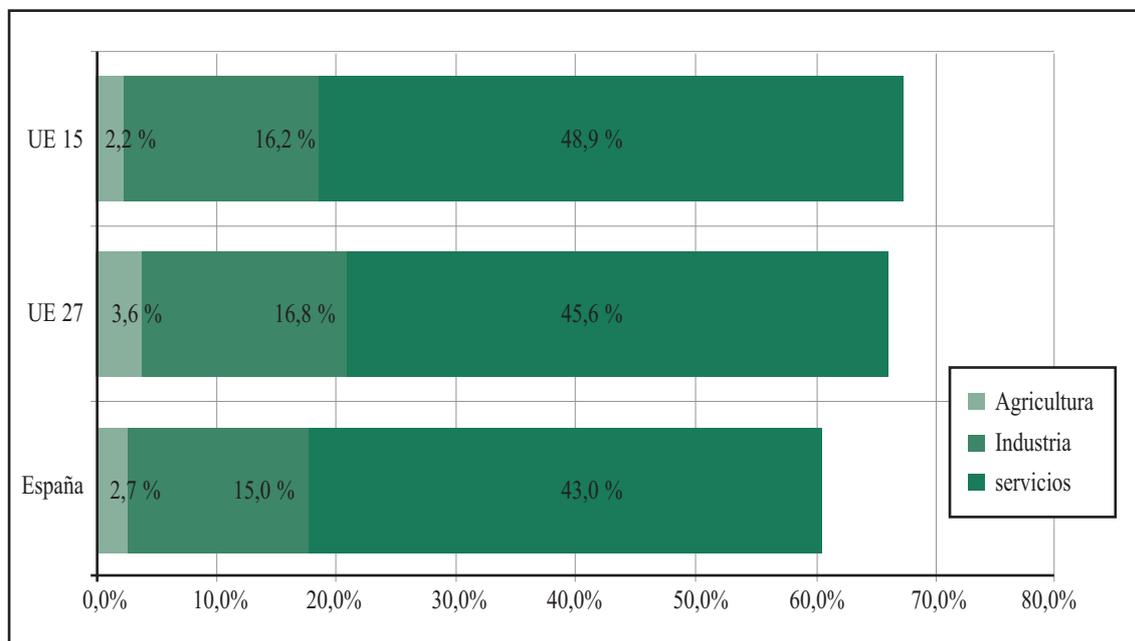
Está muy extendida la consideración de que el futuro del empleo en España pivotará fundamentalmente sobre las potencialidades que tiene el sector de los servicios en relación con las nuevas necesidades y demandas sociales, máxime teniendo en cuenta los importantes diferenciales en la prestación de estos servicios que tenemos como país en relación con la media de los países más desarrollados de la Unión Europea (Tabla 3 y Gráfico 6).

Tabla 3. Empleo total en cada rama de actividad como porcentaje de la población en edad de trabajar. UE-15, UE-27 y España. Segundo trimestre de 2009

Rama de actividad	UE-27	UE-15	España	Diferencia España-UE-15
Agricultura, silvicultura y pesca	3,4%	2,0%	2,5%	0,5%
Minería	0,3%	0,2%	0,2%	0,0%
Manufactura	10,6%	10,1%	8,1%	-2,0%
Electricidad, gas y agua	1,0%	0,9%	0,7%	-0,2%
Construcción	5,2%	5,2%	6,2%	0,9%
Distribución, transporte y almacenamiento	12,7%	12,8%	12,4%	-0,4%
Hoteles y restaurantes	2,9%	3,2%	4,6%	1,5%
Información y comunicaciones	1,9%	2,0%	1,7%	-0,4%
Finanzas, seguros y actividades inmobiliarias	2,5%	2,7%	1,8%	-0,9%
Servicios empresariales	5,7%	6,4%	5,6%	-0,8%
Servicios de carácter comunitario (Administración pública, educación, salud y servicios sociales)	16,1%	17,3%	12,3%	-5,0%
Cultura, entretenimiento y otros servicios	3,4%	3,8%	4,6%	0,8%
Otros y no consta	0,6%	0,8%	0,0%	-0,8%
Total	66,1%	67,3%	60,6%	-6,7%

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos en línea de Eurostat. Consultada en diciembre 2009.

Gráfico 6. Empleo total en cada sector como porcentaje de la población en edad de trabajar. UE-15, UE-27 y España. Segundo trimestre de 2009



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos en línea de Eurostat. Consultada en diciembre 2009.

La potencialidad de generación de empleo en España es, como vemos, muy visible respecto a las nuevas demandas que han surgido como consecuencia de los cambios demográficos, jurídicos, económicos y sociales, que demandan, por parte de la sociedad española, más y mejores respuestas.

El sector de los servicios de proximidad es uno de los que ha contado y cuenta con mayor potencial de generación de empleo en la Unión Europea. La Comisión Europea ha afirmado reiteradamente que el incremento del empleo tendrá que conseguirse fundamentalmente en el sector servicios, en concreto en los servicios de carácter comunitario (sanidad y servicios sociales, educación, Administración pública...).

Dentro de estos servicios comunitarios, la tasa de empleo en España en el sector de la sanidad y los servicios sociales (4,2%), en el que se incluyen los trabajadores ocupados en la atención a la dependencia, está muy lejos no sólo de Dinamarca, que es el país de la UE con mayor tasa (14,0%), sino también de la media de la UE-15 (7,4%) e incluso de la media de la UE-27 (6,5%). Para homologarse a la media de la UE-15, España necesitaría crear más de un millón de empleos en este subsector de sanidad y servicios sociales. La mayoría de ellos correspondería al desarrollo e implantación plena del SAAD, como luego veremos. El resto del Sistema de Servicios Sociales

Tabla 4. Empleo en los servicios de carácter comunitario, como porcentaje de la población en edad de trabajar. (UE-27, UE-15, España y países de la UE con mayor tasa. Segundo trimestre de 2009)

Sector	UE-27	UE-15	España	Países de la UE con mayor tasa	
Sanidad y servicios sociales	6,5%	7,4%	4,2%	14,0% 12,4%	(Dinamarca) (Holanda)
Educación	4,8%	5,0%	3,8%	7,9% 7,2%	(Suecia) (Reino Unido)
Administración Pública	6,0%	4,9%	4,3%	8,3% 6,4%	(Luxemburgo) (Francia)

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos en línea de Eurostat. Consultada en diciembre 2009.

debería incrementar sustancialmente sus estructuras y su red de prestación de servicios para que se pueda desarrollar adecuadamente el propio SAAD y para responder a las demandas de servicios (atención a domicilio principalmente) de los ciudadanos que no tengan derecho a las prestaciones y servicios del SAAD (Tabla 4).

Es evidente, por tanto, que el desarrollo de los servicios ligados a la respuesta a las nuevas demandas sociales comporta enormes posibilidades en materia de creación de empleo. La apuesta por ampliar el Estado de Bienestar es también una apuesta por el empleo. Es muy improbable que España pueda resolver su problema estructural de desempleo sin una expansión notable de su sistema de bienestar y, en concreto, del sector de los servicios sociales, en el que el diferencial en relación con los países más desarrollados es mayor.

Los recursos financieros que se dediquen a esta ampliación mediante la creación de infraestructuras y servicios se estarán empleando en crear actividad económica y empleo. Además, los retornos económicos que se consiguen con este tipo de actuaciones, como han demostrado programas como el de Vacaciones para la Tercera Edad y el de Termalismo Social, suficientemente consolidados y validados, confirman que la inversión realizada para su puesta en marcha es productiva, porque han conjugado varios objetivos simultáneamente (mayor calidad de vida para las personas, mayor generación o mantenimiento de empleo y de actividad económica). Se crea empleo y, con ello, se ahorran prestaciones de desempleo, se incrementa la recaudación de la Seguridad Social y se ingresan nuevos recursos por la vía impositiva, haciendo visible que la política económica y la política social son dos caras (crecimiento económico y progreso social) de una misma moneda (el modelo europeo de sociedad).

2. El impacto real de la implantación del SAAD en el empleo en los tres primeros años de aplicación

2.1 Nivel de implantación del SAAD al finalizar 2009

Finalizado 2009, de acuerdo con la información estadística facilitada por el SAAD, se han presentado ya más de 1.275.000 solicitudes de valoración de las situaciones de dependencia y se han emitido más de un 1.100.000 dictámenes, de los que 1.021.830 corresponden a personas que, a la fecha de referencia de los datos, continúan registradas en el sistema (el resto son personas que han fallecido o causado baja por otras causas). Alrededor de 745.000 de las personas con dictamen de valoración tienen una dependencia de grado II o III, que son los que, en 2009, dan acceso a las prestaciones y servicios del SAAD. 485.000 de estas personas ya están recibiendo alguna de esas prestaciones o servicios (Tabla 5).

Las prestaciones de la LAPAD en vigor a 1 de enero de 2010 ascendían a 560.350. La prestación reconocida a un mayor número de personas (280.013 beneficiarios) es la económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales, que, a pesar de su carácter excepcional, se ha convertido, con diferencia, en la prestación más “popular” del SAAD. Le siguen en importancia cuantitativa, de acuerdo con el número de personas a las que se les ha reconocido, el servicio de atención residencial (98.941 beneficiarios, la mayoría de los cuales ya venían recibiendo dicha atención), el servicio

Tabla 5. Estado de implantación de la Ley de Dependencia a 1 de enero de 2010. Solicitudes, dictámenes, prestaciones reconocidas y personas que las reciben

	Datos históricos acumulados (desde el 1 de enero de 2007)	Personas registradas en el Sistema a 1 de enero de 2010
Solicitudes	1.277.806	1.141.608
Dictámenes emitidos	1.127.062	1.021.830
Personas con derecho a prestación	841.803	743.596
Prestaciones reconocidas	614.528	560.350
Personas con prestaciones		485.526

Fuente: Información Estadística del SAAD. Situación a 1 de enero de 2010.

Tabla 6. Prestaciones reconocidas, según tipo de prestación, y personas que las reciben a 1 de enero de 2010

Prestaciones	Situación a 1 de enero de 2010
Prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal	3.018
Teleasistencia	51.480
Ayuda a domicilio	59.576
Centros de día/noche	28.479
Atención residencial	98.941
Prestación económica vinculada al servicio	38.158
Prestación económica por cuidados familiares	280.013
Prestación económica de asistencia personal	685
Total prestaciones	560.350
Personas beneficiarias con prestaciones	485.526
Media de prestaciones por persona	1,15

Fuente: Información Estadística del SAAD. Situación a 1 de enero de 2010.

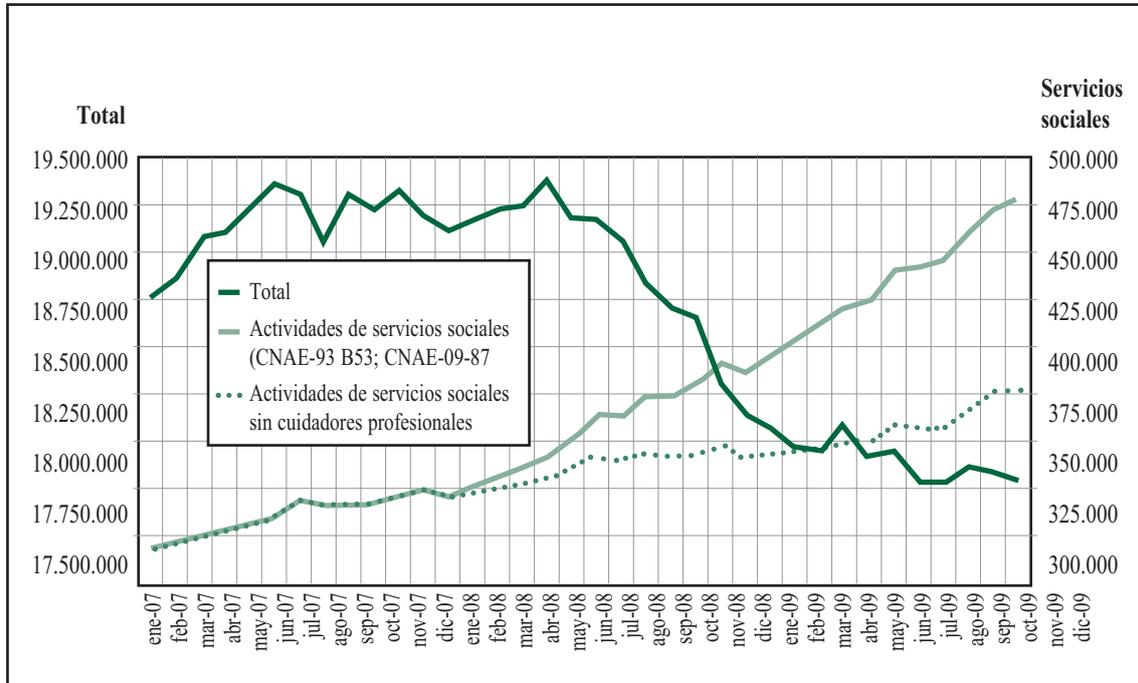
de ayuda a domicilio (59.576 beneficiarios), el de teleasistencia (51.450 beneficiarios), la prestación económica vinculada al servicio (38.158 beneficiarios) y los centros de día y noche (28.479 beneficiarios). El derecho a recibir los servicios de prevención de la dependencia y de promoción de la autonomía personal o la prestación económica de asistencia personal solo se ha reconocido a unas pocas personas en algunas comunidades autónomas. La posibilidad de compatibilizar prestaciones hace que la media de prestaciones recibidas por beneficiario ascienda a 1,15.

Llama la atención la escasa asignación de la prestación de ayuda a domicilio, que estaba llamada a ser la prestación más importante en un sistema que apuesta por la permanencia de las personas en situación de dependencia, siempre que sea posible, en el entorno en el que desarrollan su vida (art. 3.i de la LAPAD), y de la teleasistencia, indicada en principio para las personas que no reciban servicios de atención residencial (art. 22.2 de la LAPAD). A 1 de enero de 2010, cinco comunidades autónomas no han asignado ninguna prestación de ayuda a domicilio y cuatro ninguna prestación de teleasistencia en el marco del SAAD.

2.2 Impacto constatable sobre el empleo

A los tres años de vigencia de la LAPAD, ¿está respondiendo la realidad a las expectativas que la puesta en marcha de esta Ley ha despertado en materia de creación de empleo? Aunque aún es pronto para responder a esta pregunta, algunos de los datos disponibles

Gráfico 7. Evolución de los afiliados a la SS en situación de alta (enero 2007-diciembre 2009. Datos para el último día de cada mes)



Fuente: Elaboración propia a partir de la Estadística de Afiliación y alta de trabajadores de la Seguridad Social, diciembre 2009.

apuntan a que, a pesar de la difícil coyuntura económica por la que estamos atravesando, el efecto de la puesta en marcha del SAAD se ha dejado sentir nítidamente en el empleo.

En el Gráfico 7 se recoge la evolución, desde la entrada en vigor de la LAPAD (entre enero de 2007 y diciembre de 2009), del número de afiliados a la Seguridad Social en situación de alta laboral, tanto en el conjunto de nuestra economía como en el sector de actividades de servicios sociales (código 853 de la versión de 1993 de la Clasificación nacional de actividades económicas, CNAE 93, y códigos 87 y 88 de la versión de 2009, CNAE 09).

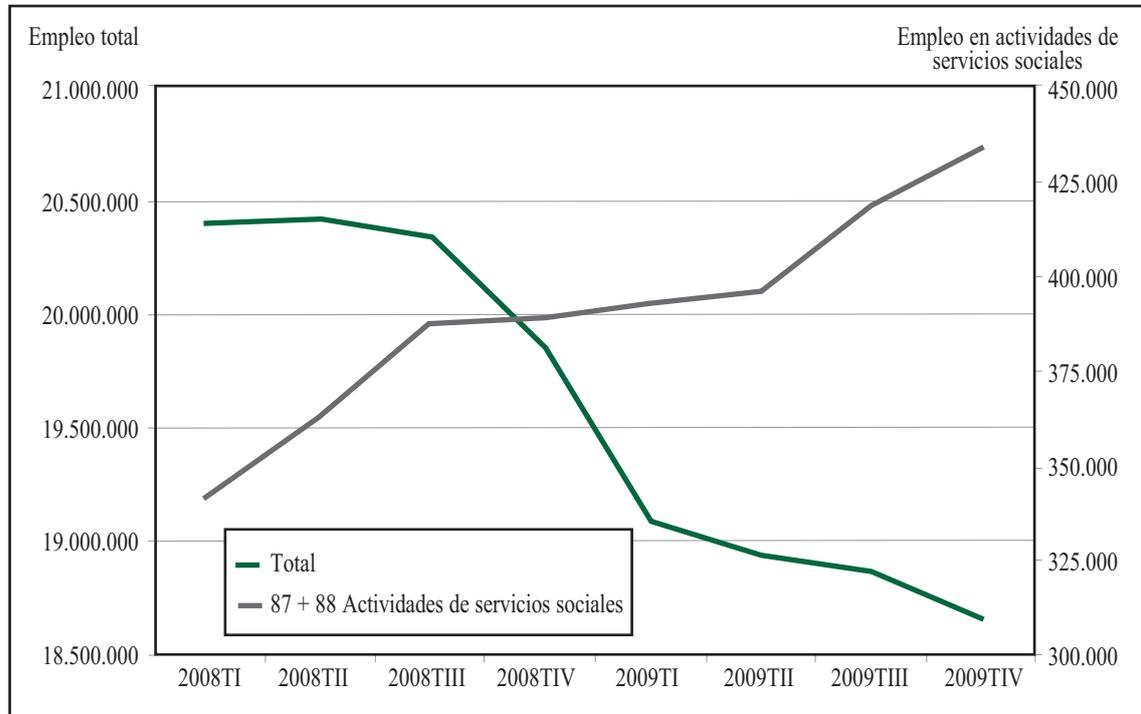
Puede observarse el importante crecimiento experimentado por el empleo en este sector de actividad, incluso en el segundo semestre de 2008 y el primero de 2009, en un momento en el que el empleo global ha estado en España en fuerte descenso. Este crecimiento se mantiene incluso si se dejan de computar los cuidadores no profesionales que han causado alta en la Seguridad Social en virtud de las previsiones de la Ley 39/2006, que se reflejan en esta estadística desde enero de 2008.

De acuerdo con estos datos, el número de afiliados dados de alta en el sector de los servicios sociales se ha incrementado desde enero de 2007 hasta diciembre de 2009 en 184.815 personas (83.625 si no se computan los 101.190 cuidadores no profesionales que desde enero de 2008 a 31 de diciembre de 2009 han causado alta en el Sistema de la Seguridad Social).

La Encuesta de Población Activa (EPA) ofrece también datos de gran interés para conocer la evolución reciente de la ocupación en el sector de los servicios sociales y aproximarse así a una estimación del efecto real sobre el empleo que se deriva de la aplicación de la LAPAD. La EPA ha incorporado en 2008 la versión 2009 de la Clasificación nacional de actividades económicas (CNAE-09), que incluye las actividades de servicios sociales en los códigos 87 (asistencia en establecimientos residenciales) y 88 (actividades de servicios sociales sin alojamiento).

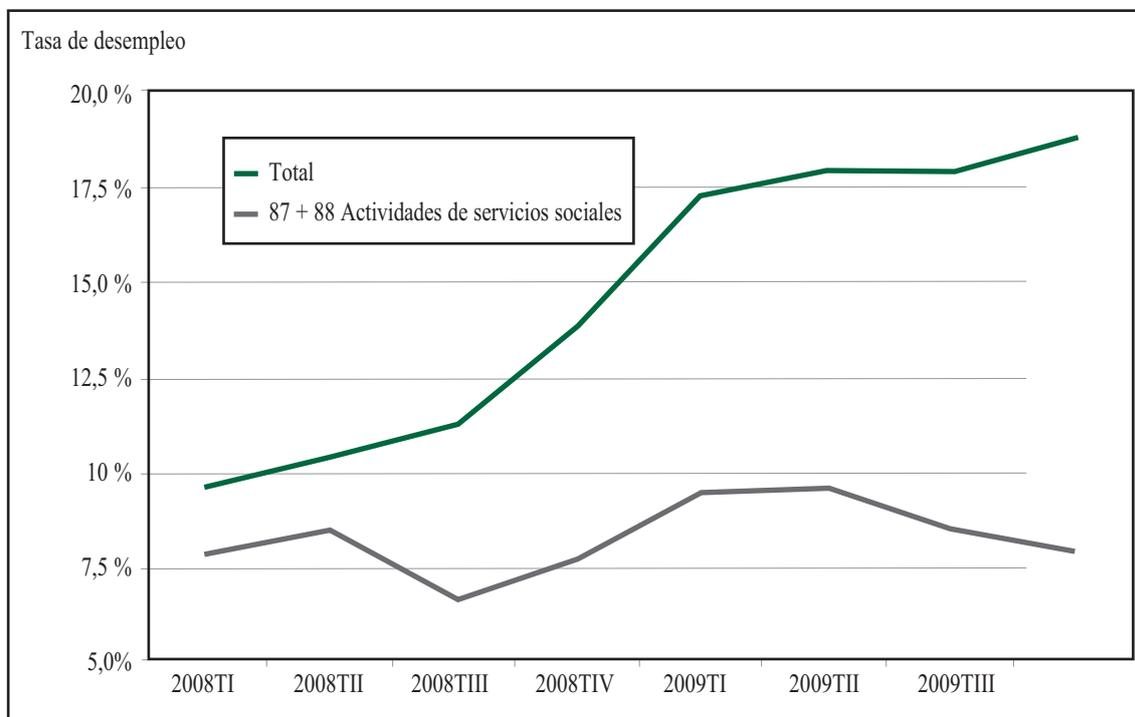
De acuerdo con la EPA, la ocupación en el sector de los servicios sociales ha crecido entre el primer trimestre de 2008 y el cuarto de 2009 en un 26,7%, pasando de 342.000 a 433.400 empleos, con un crecimiento total de 91.400 empleos (Gráfico 8). Mientras

Gráfico 8. Evolución del empleo total y del empleo en actividades de servicios sociales (primer trimestre de 2008-cuarto trimestre de 2009) según la EPA



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Población Activa.

Gráfico 9. Evolución de la tasa de paro total y en actividades de servicios sociales (primer trimestre de 2008-cuarto trimestre de 2009) según la EPA



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Población Activa.

que la tasa de paro en el conjunto de la economía prácticamente se ha duplicado entre el primer trimestre de 2008 y el cuarto de 2009, pasando del 9,6% al 18,8%, en el sector de los servicios sociales la tasa de paro sólo ha aumentado en una décima, pasando del 7,9% al 8,0% (Gráfico 9).

Hay que tener en cuenta que la EPA no identifica a los cuidadores familiares como ocupados, aunque muchos de ellos sí aparecen en los datos de afiliados en situación de alta, en virtud de las previsiones de la Ley 39/2006.

Aunque el impacto sobre el empleo derivado de la puesta en marcha del SAAD es, como se ve, indiscutible, los empleos asociados a la atención de los beneficiarios de la LAPAD se están generando a un ritmo más lento de lo esperado, debido básicamente a dos importantes factores: la profunda crisis económica y la proliferación de las prestaciones económicas para cuidados en el medio familiar, excepcionales según el art. 14.4 de la LAPAD, lo que a todas luces es negativo para el crecimiento del empleo y para garantizar un servicio profesional y de calidad. También hay que tener en cuenta que una buena parte de las personas cuya situación de dependencia ha sido valorada en los primeros años de aplicación de la LAPAD ya estaban recibiendo atención, especialmente en cen-

tros residenciales. Obviamente, todos esos casos de personas valoradas que contaban con un servicio anterior (residencia, servicio de ayuda a domicilio, centro de día...) no se traducen apenas en nuevos puestos de trabajo dentro del sector.

Aunque la prestación económica para cuidados en el medio familiar no genera por sí misma empleo, puede tener algunos efectos indirectos sobre el nivel de actividad económica y laboral, por cuanto supone una transferencia de renta a la persona dependiente y a su familia, que en parte se trasladará al consumo.

Asimismo, hay que tener en cuenta que el Real Decreto 1224/2009, de 17 de julio, de reconocimiento de las competencias profesionales adquiridas por experiencia laboral, incluye una vía de acreditación de la práctica como cuidador no profesional a mayores y niños pequeños, que puede contribuir a que un número importante de personas sin experiencia profesional previa puedan incorporarse, en el futuro, al mercado laboral de atención a la dependencia. Por otra parte, las acciones de apoyo a los cuidadores no profesionales (programas de formación, información y medidas para atender a las personas dependientes en los periodos de descanso de sus cuidadores familiares) van a contribuir también a la generación de empleo en el sector.

El escaso ritmo de generación de empleo en el sector de la atención a la dependencia, más allá de responder a un problema estructural (el insuficiente desarrollo de los servicios sociales en España) o coyuntural (la profunda crisis económica), deriva también de una serie de factores que podrían denominarse culturales o simbólicos, que siguen teniendo un importante protagonismo en el seno de las familias.

Si bien es verdad que se está generalizando la prestación económica para cuidados familiares, debido a la falta de recursos y a la desinformación inicial (muchos usuarios potenciales del SAAD o sus familiares instaban la valoración de la dependencia para “solicitar la paga de la dependencia”), también es cierto que es difícil en tan corto plazo propiciar un cambio de mentalidad que pase de la generalización de los cuidados dentro del núcleo familiar a la generalización de la prestación de servicios profesionalizados de atención a las personas dependientes. Es necesario, por ello, no sólo dotarse de mayores recursos presupuestarios, sino también que se vaya consolidando un cambio social y cultural en torno a las pautas y formas de los cuidados que genere la confianza de las familias en la labor de los profesionales que desarrollan las funciones de atención a las personas en situación de dependencia.

3. Potencial de generación de empleo del SAAD

En el capítulo anterior se han analizado los datos que permiten constatar el efecto real que está teniendo la implantación del SAAD sobre el empleo. En este se aborda una estimación del potencial de generación de empleo que se podría desarrollar si se cumple con el mandato de la LAPAD sobre la prioridad de los servicios, desarrollando una red suficiente para cubrir la demanda actual y de futuro.

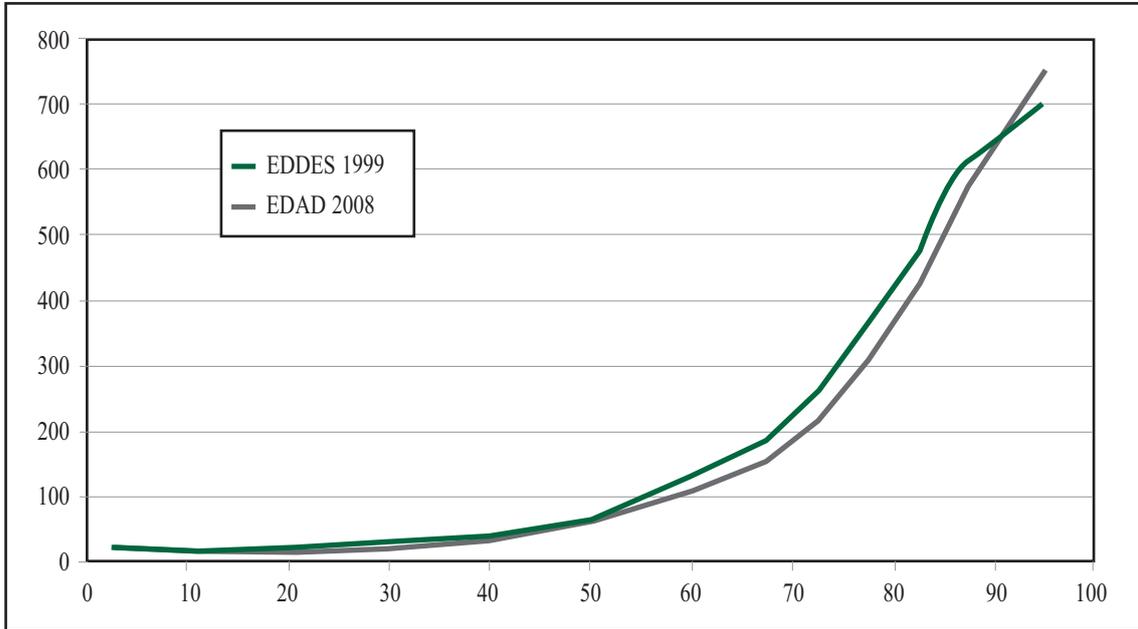
Es importante destacar que las cifras que se ofrecen a continuación reflejan el potencial bruto de generación de empleo derivado de la atención a las personas en situación de dependencia, sin descontar el empleo que ya existía en el sector con anterioridad a la puesta en marcha del SAAD (una parte de los beneficiarios de sus servicios y prestaciones ya estaban recibiendo atención con anterioridad), es decir, se incluye el empleo que ya existe, al que se van sumando los nuevos empleos derivados de la implantación de la Ley y sin tener en cuenta la graduación en la implantación (los cálculos toman como base la población total en situación de dependencia estimada en cada momento, no las personas con derecho efectivo a prestaciones), es decir, los cálculos se hacen (incluso los de 2011) en un escenario en el que todas las personas dependientes, cualquiera que fuera su grado, estarían atendidas por algún tipo de servicio.

3.1 Estimación del número de personas en situación de dependencia a 31/12/2011 y 31/12/2015

Para la estimación del número de personas dependientes a 31 de diciembre de 2011 y 31 de diciembre de 2015 y su distribución por grados de dependencia, que sirven de base al cálculo del potencial de generación de empleo del SAAD, se ha partido de las tasas específicas de dependencia por grupo quinquenal de edad y sexo que se utilizaron en las estimaciones del Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España, a partir de la Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud de 1999 (EDDES, 99), dado que los datos de la Encuesta sobre discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia (EDAD, 2008), cuyos datos definitivos han sido recientemente publicados, presentan unas variaciones mínimas en lo que a tasas de prevalencia de la discapacidad se refiere (Gráfico 10).

Las tasas de dependencia por edad utilizadas en las estimaciones del Libro Blanco se han aplicado a la población española calculada por el INE para cada una de las dos fechas de

**Gráfico 10. Proporción de personas con discapacidad, por edad (tantos por mil)
EDAD 2008 y EDDDES 1999**



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999 (EDDES 1999) y de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD 2008).

referencia en las proyecciones a corto plazo (serie 2008-2018), cuyo tamaño y estructura por edades difieren del escenario demográfico utilizado en el Libro Blanco (proyecciones del INE en base al censo de 2001), al incorporar el efecto del importante aporte migratorio recibido por nuestro país entre 2001 y 2008. En concreto, la población estimada para 31 de diciembre de 2011 en dichas proyecciones (46,95 millones de personas) supera en 900.000 personas a la población prevista a partir del censo de 2001 (46,06 millones), aunque presenta un perfil algo más joven, pues las diferencias entre ambas previsiones se deben sobre todo a la afluencia de inmigrantes y al aumento de la natalidad, que han hecho que se incrementen sobre todo los grupos de niños y adultos jóvenes, mientras que las cifras de población de edad más avanzada son algo inferiores en las nuevas proyecciones a las calculadas en las proyecciones basadas en el censo de 2001.

En la distribución por grados de dependencia, y dada la finalidad del presente informe, se ha tenido en cuenta el hecho de que actualmente según el SISAAD el número de personas con dependencia reconocida de grado III prácticamente duplica las previsiones del Libro Blanco. Una de las razones fundamentales es que se han realizado reconocimientos de grado muy permisivos, mediante “pasarela” y en ocasiones sin aplicación expresa y adecuada del baremo, de muchas personas que ya estaban recibiendo atención (sobre

todo en centros residenciales), inflando su nivel de gravedad y logrando así mayores recursos provenientes de la Administración General del Estado a través del nivel mínimo de protección garantizado para cada uno de los beneficiarios del Sistema, según el grado y nivel de su dependencia.

Es deseable y previsible que poco a poco se vaya avanzando, mediante la aplicación adecuada del baremo, una vez que se realicen los ajustes que se pacten en el instrumento de valoración y en los criterios comunes de aplicación, hacia una distribución por grados más lógica y acorde con la experiencia de los países de nuestro entorno que usan desde hace varios años instrumentos de valoración similares al nuestro y que establecen el umbral de entrada en función de la cantidad y/o del tipo de ayuda que precisan las personas dependientes. Es importante que se apliquen con rigor los criterios que definen la “puerta de entrada” al SAAD, pues una excesiva generosidad en esta aplicación puede hacer que una ley que ha nacido para garantizar derechos termine siendo meramente declarativa por problemas de sostenibilidad económica.

A este respecto es oportuno mencionar un estudio publicado en la *Revista Española de Salud Pública* (Albarrán Lozano *et al.*, 2009), que muestra cómo la aplicación del baremo para medir la dependencia de tres países, Alemania³, Francia y España, en una misma población, obtienen resultados distintos, tanto en el número de personas consideradas dependientes como en la distribución de éstas en diferentes grados de dependencia. El resultado es que el baremo más generoso es el español: 163.000 personas que serían valoradas como dependientes con el baremo español no lo serían con el baremo alemán, y 463.000 no lo serían con el francés (en este caso, hay que tener en cuenta que el baremo francés excluye a las personas de menos de 60 años).

También parece oportuno señalar (Cervera *et al.*, 2009) que, frente a tanta diversidad en la aplicación del baremo y en los resultados obtenidos, es necesario adoptar mecanismos *ex ante* (formulación de criterios comunes) y mecanismos *ex post* (control de calidad de las valoraciones). Es la única manera de asegurar la equidad.

Por ello, y aunque a corto plazo, una vez que se ha reconocido el grado y nivel, es difícil que se produzca una reducción significativa del número de personas con dependencia de grado III, los escenarios estimados contemplan un progresivo avance desde la situación actual hacia una distribución más en línea con las previsiones del Libro Blanco y con la experiencia contrastada y validada en los países de nuestro entorno que aplican desde hace años leyes similares a la nuestra: más personas en grado I que en grado II, y más en grado II que en grado III.

3 En Alemania, con casi el doble de población que España y más de una década de implantación de su ley de dependencia, el número de beneficiarios se encuentra en torno a 300.000 en el grado III, 800.000 en el grado II y 1.155.000 en el grado I, según datos de la Oficina Federal de Estadística para 2008.

Tabla 7. Estimación de la población dependiente, por grados, a 31 de diciembre de 2011

	Grado III	Grado II	Grado I	Total
Hasta 64 años	53.593	86.279	187.168	327.040
65 a 79 años	76.284	111.370	186.676	374.330
80 años y más	235.894	232.158	105.136	573.189
Total	365.771	429.806	478.981	1.274.558

Fuente: Elaboración propia a partir de las estimaciones del Libro Blanco, las proyecciones a corto plazo de la población española del INE e hipótesis complementarias.

Tabla 8. Estimación de la población dependiente, por grados, a 31 de diciembre de 2015

	Grado III	Grado II	Grado I	Total
Hasta 64 años	42.861	90.092	210.449	343.402
65 a 79 años	59.719	113.429	209.125	382.273
80 años y más	214.577	271.863	179.185	665.625
Total	317.157	475.383	598.760	1.391.300

Fuente: Elaboración propia a partir de las estimaciones del Libro Blanco, las proyecciones a corto plazo de la población española del INE e hipótesis complementarias.

Los resultados de aplicar esos criterios dan lugar a un nuevo escenario hipotético, sobre el que puede fundamentarse la estimación del potencial de generación de empleo. Ese escenario, concretado en dos momentos (31 de diciembre de 2011 y 31 de diciembre de 2015) se recoge en las Tablas 7 y 8.

3.2 Criterios de asignación de recursos

Una vez formuladas las proyecciones de la población dependiente que hay que proteger, se establecen, siguiendo la metodología empleada en el Libro Blanco y la experiencia en la estructura de atención de servicios a personas en situación de dependencia en los países más desarrollados de nuestro entorno, unos parámetros de asignación óptima de recursos para las personas dependientes que quedarían cubiertas por el SAAD, fijando para cada grupo de edad y grado de dependencia los porcentajes de población dependiente que será atendida por los diferentes recursos en cada uno de los dos escenarios temporales tomados en consideración.

Para calcular dicha asignación se han considerado los siguientes recursos: centros residenciales, centros de día, ayuda a domicilio y asistente personal para la autonomía. También se ha tenido en cuenta que un determinado porcentaje de personas dependientes, decreciente conforme avanza la edad, el grado de dependencia y la implantación del SAAD, va a optar porque sea la propia familia la que se haga cargo de su atención sin recurrir a servicios profesionales. Asimismo, se ha considerado que todas las personas que estén atendidas en centros de día, ayuda a domicilio y servicio de autonomía personal, además de todas las personas que opten por que sea su propia familia la que se haga cargo de su atención, podrán ser usuarios del servicio de teleasistencia (Tablas 9 y 10).

La suma total de los porcentajes resultantes (excluyendo la teleasistencia) es del 110%, debido a la compatibilidad de servicios de atención a domicilio y de centro de día, que se estima en un moderado 10%.

Tabla 9. Hipótesis de asignación de recursos, año 2011

	Hasta 64 años	65 a 79	80 y más
Gran dependencia			
Cuidado informal	20,0%	20,0%	20,0%
Ayuda a domicilio	20,0%	20,0%	15,0%
Asistencia personal	20,0%	0,0%	0,0%
Centros de día y noche	20,0%	10,0%	10,0%
Centros residenciales	30,0%	60,0%	65,0%
Teleasistencia	70,0%	40,0%	35,0%
Dependencia severa			
Cuidado informal	30,0%	30,0%	30,0%
Ayuda a domicilio	30,0%	30,0%	30,0%
Asistencia personal	0,0%	0,0%	0,0%
Centros de día y noche	25,0%	20,0%	20,0%
Centros residenciales	25,0%	30,0%	30,0%
Teleasistencia	75,0%	70,0%	70,0%
Dependencia moderada			
Cuidado informal	40,0%	45,0%	40,0%
Ayuda a domicilio	40,0%	45,0%	45,0%
Asistencia personal	0,0%	0,0%	0,0%
Centros de día y noche	20,0%	10,0%	10,0%
Centros residenciales	10,0%	10,0%	15,0%
Teleasistencia	90,0%	90,0%	85,0%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 10. Hipótesis de asignación de recursos, año 2015

	Hasta 64 años	65 a 79	80 y más
Gran dependencia			
Cuidado informal	15,0%	15,0%	15,0%
Ayuda a domicilio	15,0%	20,0%	20,0%
Asistencia personal	25,0%	0,0%	0,0%
Centros de día y noche	25,0%	15,0%	10,0%
Centros residenciales	30,0%	60,0%	65,0%
Teleasistencia	70,0%	40,0%	35,0%
Dependencia severa			
Cuidado informal	25,0%	25,0%	25,0%
Ayuda a domicilio	30,0%	30,0%	25,0%
Asistencia personal	0,0%	0,0%	0,0%
Centros de día y noche	25,0%	25,0%	25,0%
Centros residenciales	30,0%	30,0%	35,0%
Teleasistencia	70,0%	70,0%	65,0%
Dependencia moderada			
Cuidado informal	35,0%	40,0%	40,0%
Ayuda a domicilio	35,0%	45,0%	40,0%
Asistencia personal	0,0%	0,0%	0,0%
Centros de día y noche	25,0%	10,0%	15,0%
Centros residenciales	10,0%	15,0%	15,0%
Teleasistencia	90,0%	85,0%	85,0%

Fuente: Elaboración propia.

3.3 Ratios de personal por usuario atendido

Se fijan según el Acuerdo aprobado por el Consejo Territorial del SAAD sobre criterios comunes de acreditación que han de ser entendidos como mínimos y exigibles con vistas al 31/12/2011, para garantizar la calidad de los centros y servicios del SAAD⁴ y las *ratios* actuales exigidas por las comunidades autónomas que las han regulado para los centros concertados (Tabla 11).

Para el cálculo del servicio de ayuda a domicilio, cuya *ratio* no se incluye en el acuerdo, se han utilizado las previsiones del Libro Blanco y la *ratio* derivada del máximo de atención prescrita para cada uno de los grados de dependencia⁵, y la jornada máxima regulada en el art. 37 del V

4 Acuerdo publicado por resolución de 2 de diciembre de 2008 del MEPSYD (BOE 17/12/2008).

5 Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

Tabla 11. Ratios de personal por usuario atendido, año 2011

	Hasta 64 años	65 a 79	80 y más
Gran dependencia			
Ayuda a domicilio	0,70	0,65	0,70
Asistencia personal	0,70	0,00	0,00
Centros de día y noche	0,50	0,45	0,45
Centros residenciales	0,75	0,65	0,75
Teleasistencia	0,01	0,01	0,01
Dependencia severa			
Ayuda a domicilio	0,50	0,50	0,50
Asistencia personal	0,00	0,00	0,00
Centros de día y noche	0,40	0,35	0,35
Centros residenciales	0,60	0,50	0,55
Teleasistencia	0,01	0,01	0,01
Dependencia moderada			
Ayuda a domicilio	0,25	0,25	0,25
Asistencia personal	0,00	0,00	0,00
Centros de día y noche	0,35	0,30	0,30
Centros residenciales	0,50	0,40	0,45
Teleasistencia	0,01	0,01	0,01

Fuente: Elaboración propia.

Convenio marco estatal de servicios de atención a las personas en situación de dependencia (1.755 horas anuales).

En el caso del servicio de teleasistencia, se ha utilizado la *ratio* media usada habitualmente en el sector.

Para el escenario de 31/12/2015, se han tenido en cuenta, además, algunos aspectos que conforme se va consolidando la implantación del Sistema, tenderán previsiblemente a generar más y mejor empleo. Cabe citar, entre ellos, mayor intensidad en la prestación del servicio de ayuda a domicilio, mayor compatibilidad de servicios, mayor crecimiento de los servicios profesionales frente a los informales, más centros y servicios sociosanitarios (unidades especializadas en demencia, atención a grandes discapacitados, cuidados paliativos...) derivados de una mayor coordinación SNS-SAAD (Tabla 12).

Tabla 12. Ratios de personal por usuario atendido. Año 2015

	Hasta 64 años	65 a 79	80 y más
Gran dependencia			
Ayuda a domicilio	0,80	0,70	0,80
Asistencia personal	0,80	0,00	0,00
Centros de día y noche	0,60	0,50	0,50
Centros residenciales	0,85	0,75	0,85
Teleasistencia	0,01	0,01	0,01
Dependencia severa			
Ayuda a domicilio	0,60	0,60	0,60
Asistencia personal	0,00	0,00	0,00
Centros de día y noche	0,45	0,40	0,45
Centros residenciales	0,65	0,60	0,60
Teleasistencia	0,01	0,01	0,01
Dependencia moderada			
Ayuda a domicilio	0,40	0,35	0,35
Asistencia personal	0,00	0,00	0,00
Centros de día y noche	0,40	0,35	0,40
Centros residenciales	0,55	0,50	0,50
Teleasistencia	0,01	0,01	0,01

Fuente: Elaboración propia.

3.4 Estimación de la potencialidad de creación de empleo

El análisis del potencial de generación de empleo derivado de la implantación del SAAD se basa en el desarrollo de un modelo de distribución interna de la población dependiente según grado de dependencia, edad de las personas dependientes, tipo de servicio asignado y aplicación de ratios de empleo dentro de cada tipo de recurso aplicado a cada grado de dependencia. Es un modelo que opta, conforme al mandato de la Ley, por la profesionalización de los servicios, aunque contempla también los cuidados informales en función del grado y nivel de dependencia y del previsible ejercicio de la libre elección de la persona dependiente y, en su caso, de su familia. Si dicho mandato no se cumple a medio y largo plazo, la creación de empleo y las presentes estimaciones se verán seriamente afectadas.

Es necesario aunar esfuerzos para hacer de la atención a la dependencia un sector productivo, dinamizador de la economía y creador de empleo de calidad. La LAPAD es la primera norma que, de una forma explícita (art. 35), pone en relación directa la calidad de los servicios con la calidad del empleo.

En la construcción del escenario se estima que la población no atendida actualmente mediante centros y servicios acabará siéndolo por algún tipo de recurso. De esta manera se generan nuevos empleos en el sector y se libera en los hogares capacidad para el empleo en otros sectores de la economía de aquellas personas ocupadas en el cuidado informal (Tablas 13 y 14).

Los resultados de la estimación (casi 500.000 puestos de trabajo en 2011 y por encima de 635.000 en 2015) se expresan en términos de empleo equivalentes a jornada completa y tienen

Tabla 13. Estimación del potencial de generación de empleo, año 2011

	Hasta 64 años	65 a 79	80 y más	Total
Gran dependencia				
Ayuda a domicilio	7.503	9.917	24.769	42.189
Asistencia personal	7.503	0	0	7.503
Centros de día y noche	5.359	3.433	10.615	19.407
Centros residenciales	12.058	29.751	114.999	156.808
Teleasistencia	375	305	826	1.506
Total	32.799	43.405	151.208	227.413
Dependencia severa				
Ayuda a domicilio	12.942	16.705	34.824	64.471
Asistencia personal	0	0	0	0
Centros de día y noche	8.628	7.796	16.251	32.675
Centros residenciales	12.942	16.705	38.306	67.953
Teleasistencia	647	780	1.625	3.052
Total	35.159	41.986	91.006	168.151
Dependencia moderada				
Ayuda a domicilio	18.717	21.001	11.828	51.546
Asistencia personal	0	0	0	0
Centros de día y noche	13.102	5.600	3.154	21.856
Centros residenciales	9.358	7.467	7.097	23.922
Teleasistencia	1.685	1.680	894	4.258
Total	42.862	35.749	22.972	101.582
Todos los grados de dependencia				
Ayuda a domicilio	39.162	47.623	71.420	158.205
Asistencia personal	7.503	0	0	7.503
Centros de día y noche	27.089	16.829	30.020	73.938
Centros residenciales	34.359	53.923	160.401	248.683
Teleasistencia	2.707	2.765	3.344	8.816
Total	110.819	121.140	265.186	497.146

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 14. Estimación del potencial de generación de empleo, año 2015

	Hasta 64 años	65 a 79	80 y más	Total
Gran dependencia				
Ayuda a domicilio	5.143	8.361	34.332	47.836
Asistencia personal	8.572	0	0	8.572
Centros de día y noche	6.429	4.479	10.729	21.637
Centros residenciales	10.929	26.874	118.554	156.357
Teleasistencia	300	239	751	1.290
Total	31.374	39.952	164.366	235.692
Dependencia severa				
Ayuda a domicilio	16.217	20.417	40.779	77.413
Asistencia personal	0	0	0	0
Centros de día y noche	10.135	11.343	30.585	52.063
Centros residenciales	17.568	20.417	57.091	95.076
Teleasistencia	631	794	1.767	3.192
Total	44.550	52.971	130.222	227.744
Dependencia moderada				
Ayuda a domicilio	29.463	32.937	25.086	87.486
Asistencia personal	0	0	0	0
Centros de día y noche	21.045	7.319	10.751	39.115
Centros residenciales	11.575	15.684	13.439	40.698
Teleasistencia	1.894	1.778	1.523	5.195
Total	63.977	57.719	50.799	172.494
Todos los grados de dependencia				
Ayuda a domicilio	50.823	61.715	100.198	212.735
Asistencia personal	8.572	0	0	8.572
Centros de día y noche	37.609	23.141	52.064	112.815
Centros residenciales	40.072	62.975	189.084	292.131
Teleasistencia	2.825	2.810	4.041	9.676
Total	139.901	150.642	345.387	635.930

Fuente: Elaboración propia.

en cuenta las diferentes necesidades de jornada y horario de cada servicio (turnos de mañana, tarde y noche, cobertura de sábados, domingos y festivos, sustituciones en vacaciones, etc.).

Una parte importante de estos empleos beneficiarán a colectivos que tienen especiales dificultades de inserción laboral (mujeres, personas con discapacidad, trabajadores con escasa cualificación, desempleados de larga duración, jóvenes en busca de su primer empleo y trabajadores de más de 45 años) y contribuirán a bajar la tasa de desempleo, subir la de actividad, luchar contra la temporalidad y disminuir el número de hogares en los que todos los miembros activos están en situación de desempleo.

Algunos de estos puestos de trabajo podrían ser desempeñados a tiempo parcial, lo que, además de traducirse en un número mayor de puestos de trabajo generados, favorecería el acceso al empleo de trabajadores con cargas familiares y de otros colectivos con dificultades de inserción en el mercado laboral. La tasa de ocupados a tiempo parcial en España, como se indicó en el capítulo anterior, es bastante más baja que la media en la Unión Europea y la mitad que en los países nórdicos, Alemania y Austria (el 12,3% frente al 25%).

Siempre que se habla de la creación de empleo derivada de la implantación del SAAD se tiene una tendencia inercial desde algunos sectores a considerar voluntaristas aquellas previsiones que, a su juicio, superen lo razonable desde el punto de vista de las políticas de gasto.

Si bien es cierto que cualquier cálculo de previsión sobre la evolución a medio y largo plazo está sujeto a importantes riesgos de incertidumbre y afectado por la metodología y los criterios adoptados, por lo que siempre hay que tomar las previsiones con cierto distanciamiento, también es cierto, como ocurrió en el caso del Sistema Nacional de Salud, que si se quiere de verdad (y parece existir en España una amplia voluntad política y social al respecto) desarrollar e implantar el SAAD de acuerdo con los mandatos de la Ley y con su normativa de desarrollo⁶ y con la voluntad de lograr una auténtica calidad de atención⁷, las previsiones que se plantean en este informe resultan razonables, moderadas y coherentes, por una parte, con el necesario desarrollo de una infraestructura de centros y servicios más amplia y de calidad, innovadora y equilibrada, que dé respuesta a la demanda real actual y de los próximos años y, por otra, con el esperable descenso, conforme se vaya consolidando el sistema, de la proporción de familias que optan por los cuidados informales.

Dichas previsiones son también abordables y sostenibles económicamente (España tiene el octavo PIB del mundo) y contribuirán, además, a reducir el diferencial (casi seis puntos del PIB) de nuestro gasto social respecto a la media de la UE.

6 A este respecto, son especialmente relevantes: el artículo 14.2 de la LAPAD, que establece el carácter prioritario de los servicios; el artículo 14.3, que señala que **de no ser posible** la atención mediante alguno de ellos se utilizará la prestación vinculada prevista en el artículo 17; el artículo 14.4, que declara **excepcional** la prestación económica por cuidados no profesionales en el medio familiar; los criterios de acreditación de centros y servicios del SAAD, aprobados por Resolución de 2/12/2008 (BOE de 17/12/08) y las normativas de las comunidades autónomas que han regulado *ratios* para los centros concertados y que marcan tendencias de *ratios* y de perfiles profesionales.

7 Una calidad que tiene que tener en cuenta los referentes de los países más desarrollados de nuestro entorno en cuanto a estructuras de prestación de servicios y a *ratios* y perfiles profesionales, el aumento de la población mayor de 80 años, las enormes carencias en la prestación de servicios a personas con discapacidades severas, la necesidad de profesionalización del sistema, el incremento de la intensidad en las prestaciones (especialmente en las de atención domiciliaria), y la esperable e inaplazable coordinación del Sistema Nacional de Salud y el SAAD.

4. Impactos sobre el empleo y el crecimiento económico derivados de factores asociados a una adecuada implantación del SAAD

4.1 Coordinación entre el SNS y el SAAD

La coordinación entre servicios sociales y servicios sanitarios es inaplazable. La sociedad española no puede permitirse perder la oportunidad que se presenta con la puesta en marcha e implantación del SAAD para establecer la imprescindible coordinación sociosanitaria.

Hasta el momento, el nivel de coordinación entre los servicios sanitarios y los sociales ha sido bajo y complejo, debido quizá a la diferencia que existe entre ambos sistemas en materia jurídica, financiera, organizativa y profesional.

La aprobación de la LAPAD y la puesta en marcha del SAAD no han supuesto apenas ningún avance relevante en este campo, salvo algunas experiencias aisladas y meritorias (exitosas tanto por su eficiencia como por su valoración por parte de los usuarios) puestas en funcionamiento por profesionales y/o responsables públicos concretos.

La LAPAD, en el art. 11.1.c), señala, como función de las comunidades autónomas, establecer los procedimientos de coordinación sociosanitaria, creando, en su caso, los órganos de coordinación que procedan para garantizar una atención efectiva. No llega a definir las relaciones con el Sistema Nacional de Salud (SNS) en el ámbito de la dependencia y contempla un catálogo de servicios de marcado perfil social. No obstante, en el art. 15.2 hace referencia expresa al art. 14 de la Ley de Cohesión y Calidad del SNS, que incluye la prestación sociosanitaria en el ámbito de la salud dentro del catálogo de prestaciones del SNS (según el art. 10 de esta Ley, las prestaciones que establece en su catálogo son responsabilidad financiera de las comunidades autónomas). Asimismo, es importante señalar a este respecto de coordinación entre sistemas el art. 21 de la LAPAD.

El proceso acelerado de demanda de cuidados profesionales sociales y sanitarios para hacer frente a las necesidades de atención de las personas en situación de dependencia ha generado desde hace años (demasiados) la necesidad de reformular los sistemas de financiación, gestión y distribución de recursos destinados a estas personas.

No es éste un problema que se circunscriba solamente a España, sino que en la actualidad ocupa el primer plano de los debates sobre el tema en toda Europa. De hecho, la necesidad de derribar esa especie de “muro de Berlín” entre los sistemas sanitario (*cure*) y social (*care*) ha llevado a países con larga tradición en la atención a las personas en situación de dependencia a plantearse una revisión en profundidad de sus sistemas de cuidados. Es el caso de países como Holanda, Dinamarca y Suecia, que, con sólidos sistemas de atención a la dependencia, están actualmente abordando reformas en profundidad, dirigidas a distribuir de forma más racional y eficiente las responsabilidades de los sistemas social y sanitario en la respuesta a las situaciones de dependencia. También el Reino Unido, que en 1998 creó la *Royal Commision on Long Term Care*, que ha emitido recomendaciones inequívocas al respecto. Más recientemente (Leichsenring, 2005), el proyecto de investigación PROCARE, cofinanciado por el V programa marco de la UE con el objetivo de promover un nuevo concepto de atención social y sanitaria integral para las personas mayores, ha ofrecido una idea del camino a seguir para alcanzar una adecuada coordinación sociosanitaria.

En el caso de las personas de edad muy avanzada, el objetivo de los cuidados no puede ser sólo curar y no resulta válida una concepción exclusivamente organicista. Se trata de favorecer lo más posible la comodidad y calidad de vida, lo que remite a un enfoque global de la situación que integre los aspectos médicos, psicológicos y sociales (*Commissariat General du Plan*, 2005).

La característica más sobresaliente de este periodo vital es la fragilidad de la salud, que implica necesidades específicas de cuidados, lo que coloca a las personas de edad muy avanzada en una situación de especial dependencia. La atención más conveniente que se les ha de ofrecer no parece que sea la mera curación de sus afecciones físicas y/o psicológicas, a menudo irreversibles, sino que es preciso proporcionarles unos cuidados integrales, desde un enfoque más completo y global que parta del respeto a los deseos de cada uno, permitiéndoles la permanencia en su domicilio el mayor tiempo posible.

Este enfoque está centrado en la persona más que en la enfermedad, buscando proporcionarle una vida más agradable, evitando tratamientos que le produzcan más dolor que alivio de sus afecciones. Con frecuencia, el desconocimiento de este modelo de cuidados provoca recelos entre las familias y también en algunos profesionales, al concebirlos como una ausencia de tratamiento y no como la aplicación de un tipo diferente de medidas concretas.

La atención integral actuaría como una cadena de servicios ininterrumpidos, es decir, como un modelo operativo en el que los servicios de atención social y de asistencia sanitaria que recibe el ciudadano se integren en una organización flexible que satisfaga sus necesidades con independencia de cuál sea la unidad operativa que los proporcione o lleve a cabo.

Así, tanto en la teoría como en la elaboración de las políticas, se tiende a la construcción de sistemas asistenciales regidos por la demanda⁸. Desde la perspectiva del ciudadano, la prestación coordinada e integral tiene lugar cuando puede disponer de los recursos necesarios, del tipo adecuado y le son entregados en el orden apropiado y en el momento correcto.

Aunque existe acuerdo sobre la necesidad de que se implanten estrategias estables de coordinación, éste no ha conseguido traducirse en realizaciones prácticas generalizables. A pesar de los esfuerzos realizados en los últimos años, del importante incremento de recursos sanitarios y sociales y de haber logrado algunos acuerdos conceptuales, se ha avanzado poco en el establecimiento de medidas que no suponen incrementos presupuestarios, sino la puesta en marcha de una metodología de trabajo más eficaz y eficiente que evitaría la fragmentación, la duplicidad y la falta de equidad en el acceso a los recursos disponibles y que garantizaría la continuidad en los cuidados a las personas dependientes.

Entre ellas cabría destacar: la sectorización en áreas sociosanitarias, al hacer coincidir las áreas de salud y de servicios sociales; la elaboración de protocolos y circuitos de derivación entre los sistemas que hagan posible la automatización de los procesos; la descentralización en la toma de decisiones de derivación; la utilización de sistemas de información e instrumentos de valoración comunes; el establecimiento de estándares de calidad para la acreditación y la evaluación de los servicios públicos y privados...

El sistema sanitario no se ha adaptado a los cambios sociales derivados del envejecimiento de la población. Está orientado principalmente a atender procesos agudos y no tanto al perfil del paciente con una o varias patologías de larga evolución. El aumento de la población mayor tiene un importante impacto en la asistencia sanitaria en general y en la medicina de urgencias en particular. El perfil del enfermo crónico se ha modificado. Suelen ser pluripatológicos, padecer insuficiencia cardiaca, bronquitis crónica y alguna otra patología como diabetes o hipertensión. Es un paciente más activo, más demandante, que quiere participar en el proceso asistencial e incluso, en algunos casos, consulta por internet y está al día de todo lo relacionado con sus patologías. El modelo sanitario actual es muy eficiente para el paciente agudo, pero no tanto para el paciente con varias patologías crónicas. A la vista de todos los cambios producidos, hay que cambiar el modelo de atención y hacerlo más sostenible. El reto de la cronicidad tiene que ser compartido por el SNS y el SAAD.

Uno de los primeros problemas que se deben abordar para iniciar este camino es conectar el hogar del paciente, la atención primaria (centros de salud y centros de servicios socia-

8 La Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud publicó en 2008 “Los cuidados a domicilio en Europa”. Señala que en las próximas décadas veremos cambios drásticos en las necesidades de las personas de edad avanzada con condiciones crónicas que permanecen en casa con dificultades de movilidad o con trastornos mentales. Estos cambios requieren un enfoque sociosanitario, ya que un enfoque exclusivamente sanitario no resulta apropiado.

les) y la especializada (hospitales y centros residenciales sociosanitarios integrados en el SAAD y que tienen unidades especializadas para personas con pluripatologías, demencias, cuidados paliativos, etc.). Dichas unidades funcionarían en estrecha colaboración con los centros de atención primaria, los hospitales y con sus servicios de urgencias (o adscritas a ellos). Se evitarían desplazamientos e ingresos hospitalarios innecesarios, exploraciones y pruebas duplicadas, e incluso la polifarmacia que se da en algunos casos, contribuyendo a aliviar la presión creciente sobre los centros hospitalarios.

Supondría también una importante optimización del gasto, ya que el coste medio de una plaza hospitalaria es de unos 500 euros/día, mientras que la estancia/día en un centro residencial sociosanitario supone entre 60 y 90 euros, según el grado de dependencia y el tipo de unidad especializada en el que se ingrese a la persona dependiente. En el caso de grandes discapacidades físicas y/o psíquicas, los costes de la estancia/día son un poco mayores y varían según tipología y necesidades de atención. Se produce, pues, una importante eficiencia en el gasto, al reducir las estancias de pacientes que pueden ser atendidos mediante recursos alternativos.

Se evitaría así seguir atendiendo en centros hospitalarios a personas dependientes crónicas o en procesos de larga estancia, lo que no sólo es inadecuado en términos de política social, sino que conlleva, además, unos costes muy superiores a lo que supondría la atención domiciliaria con apoyo sanitario, social y tecnológico o la atención en centros residenciales sociosanitarios. Obviamente el proceso no puede realizarse externalizando los costes hacia el sector de cuidados de larga duración, que no podría hacer frente a los mismos sin los cambios correspondientes en cuanto a financiación.

La estimación del impacto sobre la creación de empleo derivado de la necesaria coordinación entre el SNS y el SAAD es de **varias decenas de miles de nuevos puestos de trabajo**, en función de la intensidad de las actuaciones que se realicen, calculados según los criterios siguientes:

- Derivar determinado perfil de personas que ocupan plazas hospitalarias hacia servicios alternativos de atención, partiendo del total actual de camas hospitalarias (160.000), del porcentaje de dichas camas ocupadas por mayores de 65 años y del porcentaje de dichos mayores de 65 años cuyo perfil de paciente le hace susceptible de ser derivado a dichos servicios, bien de atención domiciliaria e intermedia con apoyo sanitario, social y tecnológico, bien a unidades especializadas de centros residenciales sociosanitarios del SAAD en condición de plazas temporales o permanentes.
- Evitar ingresos hospitalarios innecesarios desde atención primaria y/o desde los servicios de urgencias mediante la derivación a los servicios señalados anteriormente, previa valoración del paciente, especialmente el geriátrico.
- Mejorar la atención domiciliaria de salud. Debe lograrse a través del impulso de planes de acción de atención domiciliaria ejecutados desde la atención primaria y coor-

dinados con otros dispositivos sanitarios (hospitalización a domicilio) y con los servicios sociales.

- Crear para las personas con graves discapacidades físicas y/o psíquicas y para enfermos mentales crónicos una red suficiente de infraestructuras y servicios de atención en domicilio con los apoyos necesarios de los dos sistemas, de atención intermedia y de atención residencial con unidades especializadas en función de tipología y necesidades de cuidados.
- Hacer frente al reto de los cuidados paliativos (unas 200.000 personas cada año necesitan estos cuidados según la Sociedad española de cuidados paliativos). Este ámbito, que inicialmente se construyó en torno a la problemática de la fase terminal de los pacientes afectados por cáncer, debe ahora también hacer frente al reto de las situaciones de cronicidad y dependencia importante, cuya duración es muy variable –de varios meses a varios años– cuando el tratamiento médico curativo muestra sus límites y ya no puede ser la única solución a los problemas del paciente. Los cuidados sanitarios y los cuidados sociales de apoyo deben complementarse, agilizando y flexibilizando los procedimientos de solicitud y concesión de los cuidados domiciliarios o residenciales adecuados.
- Innovar en los procesos de aplicación de los programas de rehabilitación o recuperación funcional, coordinando mejor los recursos de los dos sistemas y acercando la aplicación del servicio al domicilio del usuario a través de medios propios o de contratos con entidades externas especializadas y debidamente acreditadas.

4.2 Integración del SAAD en el Sistema de Servicios Sociales

Si en el apartado anterior se planteaba la necesidad y la urgencia de una estrecha coordinación del SAAD y del SNS, con mayor motivo es necesario y urgente que se actúe dentro del Sistema de Servicios Sociales, inequívoco cuarto pilar del Estado del Bienestar, con una plena coordinación e integración de todas sus infraestructuras y servicios. Es necesario recordar, a este respecto, que la integración de las prestaciones establecidas en la LAPAD en las redes de servicios sociales de las comunidades autónomas, en el ámbito de competencias que tienen asumidas, es uno de los principios de la LAPAD (art. 3.o).

Dado que el SAAD está dentro del Sistema de Servicios Sociales (su catálogo de servicios asume y amplía los mismos servicios sociales que ya se venían prestando), el Sistema de Servicios Sociales y su red de infraestructuras y servicios deben actuar de una manera integrada para atender a todas las personas que necesiten su asistencia, sean dependientes o no, evitando la creación de redes paralelas y la dispersión de recursos humanos y económicos. Las leyes de servicios sociales de las comunidades autónomas y

su normativa de desarrollo deben regular de forma clara y sistemática esta integración de infraestructuras y servicios.

Los servicios sociales españoles tienen con esta Ley una magnífica oportunidad para su indispensable transformación general en un auténtico sistema de protección. Igualmente, ofrece una ocasión inmejorable para elevar sus estándares de calidad, sus equipamientos, la formación y las condiciones de trabajo de sus profesionales.

Este nuevo escenario de protección que hace posible la puesta en marcha de la LAPAD supone sin duda, un muy significativo avance en la protección social en España, al consolidar derechos subjetivos y universalizar su cobertura a todos los ciudadanos, y tiene que servir de revulsivo para consolidar y ampliar el Sistema Público de Servicios Sociales como el cuarto pilar del Estado de Bienestar. En esa línea van las leyes de servicios sociales de nueva generación ya aprobadas o en fase de elaboración en la mayor parte de las comunidades autónomas.

Desde el punto de vista institucional, la implantación del SAAD obliga al Sistema de Servicios Sociales no sólo a integrar las nuevas prestaciones, sino también a redefinir el conjunto del sistema, lo que provoca inevitables y variadas tensiones organizativas. En este contexto de complejidad, la intervención de prestadores privados de servicios sociales, sociedades mercantiles y organizaciones del tercer sector es otro importante factor que se debe considerar en la medida en que su papel en la oferta y gestión de servicios profesionalizados de calidad es relevante en el desarrollo e implantación del SAAD.

Este escenario, por una parte, potencia el desarrollo conjunto de los servicios sociales por otra, puede provocar una no deseable absorción de recursos de otros ámbitos de los servicios sociales distintos de los de la dependencia. No se puede ni debe vaciar el Sistema de Servicios Sociales únicamente para atender a las situaciones de dependencia.

La implantación del SAAD como red de utilización pública que integra la oferta pública y la privada no debe suponer la creación de una red nueva de servicios sociales, sino el crecimiento en cantidad y calidad de las prestaciones dentro de la trama de los servicios sociales preexistentes. En este sentido, la coordinación e integración de redes y servicios en sus aspectos administrativos y territoriales es un elemento destacable que presenta múltiples facetas. Esto requiere, entre otras acciones, un conjunto de medidas de ordenación normativa y de reorganización funcional y territorial.

Cada comunidad autónoma, a través de su capacidad normativa, tiene la obligación de articular un sistema coherente en el que se unifiquen las formas de acceso, los sistemas de provisión de plazas y servicios, los criterios de calidad y acreditación y la aportación económica del usuario. Esto sólo será posible desde el acuerdo entre las administraciones autónoma y local de forma que desde ambos niveles se aporten sus recursos, propios y concertados, se homogeneice el sistema y se acuerde el modo de su financiación para el conjunto del sistema de servicios sociales a nivel de comunidad autónoma.

Las comunidades autónomas han de desarrollar normativas que deleguen competencias y corresponsabilidad a los ayuntamientos que son responsables, de hecho, de buena parte de los procesos de gestión de la demanda (información y solicitud de acceso al sistema, programa individual de atención, identificación de recursos a asignar) y de la oferta (prestación de determinados servicios, seguimiento).

Igualmente, es preciso desarrollar el contenido de los servicios y prestaciones que forman parte del catálogo del art. 15 de la LAPAD (se trata básicamente de los mismos servicios sociales que ya se venían prestando dentro del sistema de servicios sociales), definiendo con más claridad y precisión su alcance (v.g. regular no genéricamente el servicio de ayuda a domicilio, sino concretando los servicios que debe incluir), intensidad y las compatibilidades o incompatibilidades entre servicios.

El modelo organizativo y de provisión de servicios que adopte cada comunidad autónoma a la hora de regular los distintos procesos enunciados, resulta muy relevante y tendrá unas repercusiones directas sobre el volumen de creación de puestos de trabajo en el sector. Es evidente que, por muy reconocido que esté el derecho en el ordenamiento público y por mucho amparo y tutela judicial que posea su ejercicio, el modelo organizativo y de gestión determinará la efectividad y eficacia reales del mismo.

Obviamente, el hecho de que se establezca un umbral de entrada para tener derecho a las prestaciones del SAAD no implica que las personas que no superen ese umbral, pero tengan necesidades de ayuda para realizar tareas domésticas o presenten una discapacidad leve para alguna actividad básica y/o para alguna actividad instrumental de la vida diaria⁹ o vivan solas (la tasa de personas mayores de 65 años que viven solas en España es del 20% [IMSERSO, 2009]), vayan a quedar sin protección desde el sistema de servicios sociales. Por el contrario, es razonable esperar que, al garantizar el SAAD la cobertura de las necesidades de atención de las personas dependientes, las administraciones públicas, y en especial las comunidades autónomas y las corporaciones locales, podrán, al existir más recursos, ampliar el número y la calidad de los servicios (especialmente el servicio de ayuda a domicilio y la teleasistencia) que actualmente vienen dedicando a la atención de este otro segmento de población.

Ante este escenario, parece lógico que las comunidades autónomas, en el contexto de la elaboración y/o puesta en marcha de las nuevas leyes de servicios sociales, refuercen los servicios sociales de proximidad en el ámbito local y extiendan gradualmente, a los servicios sociales de atención primaria, las pautas de actuación que se están implantando en el SAAD en cuanto a *ratios* de personal de atención, intensidades, calidad, profesionalidad, etc.

9 De acuerdo con los datos de la Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situación de dependencia (EDAD, 2008), puede estimarse esta población en torno a 1,5 millones de personas.

Todo ello tendría como resultado la generación de un importante volumen de actividad económica y de empleo que se puede estimar en el horizonte de 2015 en **varias decenas de miles de puestos de trabajo** en función de la intensidad de las medidas y recursos adoptados.

4.3 Nuevas tecnologías en la atención a la dependencia

El desarrollo de la Sociedad de la Información está teniendo y tendrá en los próximos años un enorme impacto en todos los ámbitos de la vida de las personas. Está cambiando no sólo la forma de trabajar y de hacer negocios, sino también las formas de estudiar, de acceder a los conocimientos, de interactuar con otras personas, de divertirse, de desarrollar las propias aficiones, e, incluso, de recibir atención y cuidados. Para las personas en situación de dependencia, como para los demás ciudadanos, el desarrollo de la Sociedad de la Información supone una formidable oportunidad para mejorar la calidad de vida y la participación social.

Uno de los campos en los que la aplicación de las nuevas tecnologías de la información y las comunicaciones está generando innovaciones promisorias para las personas en situación de dependencia es la domótica, nombre con el que solemos referirnos al conjunto de sistemas que automatizan las diferentes instalaciones de una vivienda. La domótica implica la aplicación de diversas tecnologías, como la electricidad, la electrónica, la informática, la robótica y las telecomunicaciones, que convergen y se integran en un sistema con objeto de proveer aplicaciones y servicios de utilidad para los habitantes del hogar.

Para las personas en situación de dependencia, el desarrollo de la domótica y su adecuada integración con un diseño arquitectónico y un equipamiento mobiliario adecuado suponen una importante ampliación de sus niveles de autonomía personal y de sus posibilidades de participación, pues lo que para la mayoría de la gente puede suponer una simple mejora del confort o de la seguridad, para una persona con limitaciones funcionales severas puede marcar la diferencia entre poder o no poder realizar una determinada tarea doméstica o una actividad esencial de la vida cotidiana, y, en definitiva, entre poder o no poder seguir viviendo en su ambiente habitual. Por ello, la incorporación de diseños ergonómicos y de innovaciones tecnológicas en las viviendas en las que residen personas dependientes es cada vez más usual.

Esta incorporación de elementos accesibles debería impulsarse utilizando la vía que abre la disposición adicional tercera de la LAPAD, que prevé que la Administración General del Estado y las administraciones de las comunidades autónomas podrán, de conformidad con sus disponibilidades presupuestarias, establecer acuerdos específicos para la concesión de ayudas económicas con el fin de facilitar la autonomía personal. Estas ayudas podrán ir destinadas a apoyar a la persona con ayudas técnicas o con los instrumen-

tos necesarios para el normal desenvolvimiento de su vida ordinaria y a facilitar la accesibilidad con adaptaciones en el hogar que contribuyan a mejorar su capacidad de desplazamiento en la vivienda.

La confluencia de la domótica y las telecomunicaciones (el nuevo ámbito ya bautizado como “teledomótica”) es especialmente prometedora para las personas en situación de dependencia. No se trataría ya sólo de hacer de la casa un lugar más habitable, confortable y seguro, sino también un lugar en el que se pueda continuar viviendo (porque se facilita la realización de las actividades de la vida cotidiana con el máximo grado posible de autonomía) y, además, un lugar interconectado, abierto al mundo, integrado en la comunidad.

Las nuevas tecnologías están cambiando el perfil de servicios como el de teleasistencia, que, aunque apoyados en la tecnología, hasta ahora se han venido prestando con el soporte de la red de telefonía fija y sin un alto grado de sofisticación tecnológica. Además de las prestaciones tradicionales de este servicio (atención y apoyo ante emergencias, crisis de soledad o cualquier otra circunstancia que precise de atención), en la actualidad el usuario puede disponer de dispositivos de localización y emergencia, de detección de caídas o de medida de constantes vitales, y la comunicación con el centro de atención, además de la transmisión de voz, permite la transferencia de datos y la videollamada, utilizando una *webcam* y la pantalla del televisor del hogar.

Los sistemas de teleasistencia pueden ya, además, funcionar de manera proactiva, y no sólo reactiva, pues además de asegurar la respuesta ante la activación de las alertas por parte del usuario (a través del pulsador de su unidad de control remoto), pueden detectar, mediante sensores que monitorizan los hábitos de vida del usuario (por ejemplo, el tiempo que permanece en la cama, las veces que va al baño o si toma o no los medicamentos) y sus constantes (por ejemplo, el peso, la frecuencia cardíaca o la tensión arterial) anomalías o cambios que pueden ser indicativos de posibles problemas de salud. Sin embargo, los servicios de teleasistencia avanzada están todavía poco extendidos, pues los diversos proyectos piloto realizados (que responden frecuentemente a compromisos adquiridos por los operadores por mejoras ofertadas en las licitaciones para la prestación del servicio), aunque han permitido confirmar su viabilidad técnica, no han cristalizado en una implantación a gran escala, pues su costo, aunque no es elevado, está por encima de los precios de contratación de estos servicios.

La tecnología ha hecho posible también la incorporación de la telemedicina a los dispositivos de atención a las personas en situación de dependencia. La monitorización remota a través de las nuevas tecnologías aplicadas a la salud, mediante sistemas que permiten la realización de videoconferencias, la transmisión de datos y el envío de imágenes con calidad diagnóstica, puede proporcionar seguridad y asistencia a estas personas, tanto si residen en su domicilio como si están en una residencia, evitando desplazamientos innecesarios al centro de salud o al hospital. La monitorización remota abre nuevas posibilidades para el tratamiento de los pacientes en forma ambulatoria, una función vital en las

zonas rurales, en las que el acceso a los hospitales y clínicas es más difícil. De hecho, el cuidado a enfermos crónicos y a personas mayores en sus domicilios, junto con el diagnóstico por imagen y la hospitalización a domicilio, son los servicios de telemedicina más extendidos en España.

Uno de los principios que inspiran el programa del Gobierno español para la recién inaugurada Presidencia Europea es la innovación. Esa prioridad se debe traducir, como ha afirmado recientemente la ministra de Sanidad y Política Social (Jiménez García-Herrera, 2009), en el apoyo a todos los procesos tecnológicos que, en los distintos campos sanitarios y sociales, están permitiendo gestionar mejor los recursos y producir conocimiento que se traduce en una mejora de las condiciones de vida. Estos desarrollos mejoran la gestión, la calidad, la seguridad y la accesibilidad de la sanidad y de los servicios sociales españoles y, a la vez, generan innovación y competitividad para las empresas que han participado en ellos. Constituyen, pues, modelos rentables que ya producen beneficios cuantificables en la calidad de vida, en la economía y en la creación de puestos de trabajo.

Dicha prioridad potencia el desarrollo de la disposición adicional décima de la LAPAD, en la que se establece que los poderes públicos fomentarán la innovación en todos los aspectos relacionados con la calidad de vida y la atención de las personas en situación de dependencia. Para ello, promoverán la investigación en las áreas relacionadas con estas cuestiones en los planes de I+D+i.

4.4 Servicios de atención a la dependencia para extranjeros mayores de 65 años residentes en España

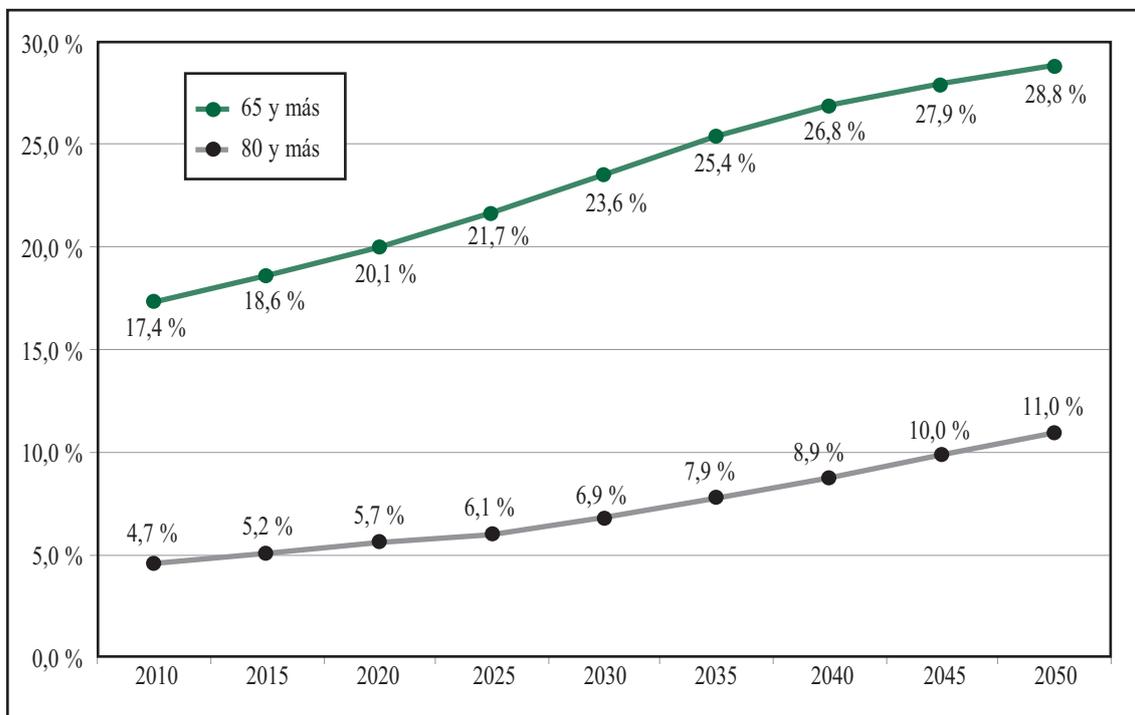
Las posibilidades que ofrecería ofertar desde nuestro país servicios de atención para extranjeros mayores de 65 años en situación de dependencia, residentes o no, que potencialmente pudiesen estar interesados en ser atendidos en España, son claras y los responsables públicos y los agentes que operan en el sector deberían moverse en esta dirección.

En todos los países de la UE se puede comprobar el importante proceso de envejecimiento, que tiende a irse incrementando, estimándose que para el año 2020 la tasa media de personas mayores de 65 años supere el 20% en el conjunto de países de la UE.

Dado el objeto de este informe, nos centraremos en los países de la UE-15 más Noruega y Suiza. El nivel de envejecimiento de estos países se indica en el Gráfico 11.

La población total UE-15 más Noruega y Suiza era, el 1 de enero de 2009, según Eurostat, de 408,4 millones. Las personas mayores de 65 años suponían 69,8 millones (17,1%).

Gráfico 11. Evolución prevista de la proporción de personas mayores en la UE-15 más Noruega y Suiza 2010-2050



Fuente: Elaboración propia a partir de Eurostat. Proyecciones de Población con base en el año 2008 (Europop 2008).

Haciendo una extrapolación de los parámetros que hemos utilizado en nuestro país para determinar las situaciones de dependencia, estaríamos hablando de unos 8,5 millones de personas mayores de 65 años que se encontrarían en situación de dependencia en los países citados (excluyendo a España), además de 2,5 millones de personas menores de 65 años.

En España reside de forma permanente un número importante de personas extranjeras de edad avanzada y es previsible que, a la vista del Gráfico 11, dicho número siga incrementándose en los próximos años si se dan una serie de condiciones, convirtiéndose en residencia habitual de personas mayores, especialmente de algunos países centroeuropeos y nórdicos.

Si se analiza la nacionalidad, se comprueba que son los países centroeuropeos y nórdicos los que tienen mayor presencia. Concretamente, los mayores del Reino Unido suponen unos 90.000, seguidos de los de Alemania con más de 50.000; en un segundo nivel se encuentra Francia, con 15.000, Italia, con 11.500, Países Bajos, con 10.000, y Bélgica, con 9.000. Con cifras en torno a 6.500 por país se encuentran Suecia, Suiza y Noruega, y en torno a 4.000, Finlandia y Dinamarca (Tabla 15).

Tabla 15. Extranjeros de 65 y más años residentes en España por tramos de edad (UE-15 más Noruega y Suiza)

	65 y más	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más
Alemania	51.580	22.982	15.228	6.544	3.871	2.955
Austria	1.722	901	355	247	116	103
Bélgica	8.939	2.516	2.350	1.893	1.288	892
Dinamarca	3.483	1.393	906	553	330	301
Finlandia	3.886	1.463	1.243	693	306	181
Francia	14.659	4.712	3.714	2.895	1.801	1.537
Grecia	214	74	55	33	28	24
Irlanda	2.240	1.102	674	275	115	74
Italia	11.612	4.743	3.129	1.930	1.107	703
Luxemburgo	170	49	55	33	20	13
Países Bajos	9.973	3.984	2.658	1.662	948	721
Portugal	5.884	1.873	1.429	1.039	738	805
Reino Unido	89.899	38.913	25.336	13.444	7.051	5.155
Suecia	6.322	2.176	1.736	1.178	688	544
Noruega	6.009	2.258	1.797	1.088	502	364
Suiza	6.619	2.077	1.790	1.298	856	598
Total	223.211	91.216	62.455	34.805	19.765	14.970

Fuente: Avance del Padrón a 1 de enero de 2009. Datos provisionales

El hecho de que la gran mayoría de estas personas mayores extranjeras residentes en nuestro país sea de las nacionalidades citadas (los países más desarrollados de la UE) y que la mayoría de ellos disponga de sistemas públicos de atención a la dependencia es muy relevante porque les convierte en una demanda solvente.

Otro hecho relevante lo constituye el que estos mayores no se encuentran diseminados en el territorio, sino que la inmensa mayoría se concentran en la costa mediterránea, especialmente en Alicante (en torno a 85.000) y Málaga (más de 35.000), en las Islas Canarias (en torno a 30.000) y Baleares (más de 15.000). El resto prácticamente está asentada en otras nueve provincias, todas ellas del litoral: Murcia, Almería, Girona, Barcelona, Valencia, Tarragona, Granada, Castellón y Cádiz (Tabla 16).

Este nivel de concentración por provincias también se observa dentro de cada una de ellas en una serie de municipios (en muchos de ellos el porcentaje de mayores de 65 años extranjeros es mayor que el de españoles, como en Calpe, Jávea y Alfás del Pi en Alicante; Mijas, Torrox y Benalmádena en Málaga; y Santiago del Teide, Adeje y Tías en Canarias). Todo ello facilita la creación de las infraestructuras necesarias para la generación de una red de centros y servicios adecuada.

Extrapolando los datos de las personas mayores extranjeras de la UE-15 más Noruega y Suiza según la estimación de población dependiente utilizada en el capítulo 3, se encon-

Tabla 16. Población mayor de 65 años extranjeros residentes en España por provincia de residencia (UE-15 más Noruega y Suiza)

Provincia	Número	Porcentaje sobre el total
Alicante	83.890	37,6%
Málaga	36.139	16,2%
Santa Cruz de Tenerife	19.303	8,6%
Illes Balears	16.083	7,2%
Palmas (Las)	9.344	4,2%
Murcia	8.369	3,7%
Almería	6.868	3,1%
Girona	6.120	2,7%
Barcelona	5.595	2,5%
Valencia	5.080	2,3%
Tarragona	3.524	1,6%
Granada	2.990	1,3%
Castellón	2.194	1,0%
Cádiz	2.188	1,0%
Resto de provincias	15.524	7,0%
Total	223.211	100,0%

Fuente: Avance del Padrón a 1 de enero de 2009. Datos provisionales

trarían en situación de dependencia unas 35.700 de estas personas. Si se distribuyeran según los parámetros utilizados en ese capítulo según estructura de atención (servicios domiciliarios y servicios residenciales) y según grado de dependencia y aplicando las *ratios* de plantilla acordadas en el Consejo Territorial del SAAD, **se generarían unos 25.000 puestos de trabajo directos** de jornada completa.

Tan importante como las posibilidades concretas que tiene la atención específica de los ya residentes es valorar su potencialidad de servir como instrumento de referencia respecto de los responsables públicos de estos países y de otras personas de edad avanzada de éstas que pudiesen, a la vista de las actuaciones desarrolladas o a desarrollar según acuerdos concretos, estar interesados en venir a nuestro país a recibir atención de forma permanente o recibir atención y cuidados en estancias temporales. España estaría contribuyendo, simultáneamente, a la consolidación de la ciudadanía europea. El espacio español visto y vivido como espacio europeo, al igual que Florida y/o California en Estados Unidos.

El potencial que tiene España en este sector es enorme, y es necesario planificar y desarrollar las actuaciones necesarias. Ésta es, sin duda, una línea de actividad económica generadora de empleo que debería promoverse desde los poderes públicos en los foros correspondientes de la UE y ante los responsables públicos de los distintos niveles administrativos de los países con importante presencia de residentes de edad avanzada en

España, abordando, de acuerdo con el art. 5.3 de la LAPAD, convenios específicos con los países de origen, de modo que desde España se podría desarrollar una oferta de servicios de atención a la dependencia que estuviese sufragada directamente con cargo a los respectivos sistemas públicos nacionales de cuidados de larga duración.

Con todo, de cara a la planificación y desarrollo de una red de centros y servicios adecuada para la población de extranjeros de régimen comunitario que residan en España y que puedan ser demandantes de las prestaciones reguladas en la LAPAD, es necesario tener en cuenta que la normativa y la jurisprudencia comunitaria¹⁰ consideran el seguro de dependencia como una rama del seguro de enfermedad, por lo que será de aplicación el Reglamento 1408/71, siendo el tratamiento diferente según se trate de prestaciones en especie (servicios) o prestaciones económicas.

Su aplicación implica que las prestaciones económicas (monetarias) son exportables y las prestaciones en especie (servicios) se conceden por el Estado de residencia de acuerdo con los servicios que proporciona su sistema de prestaciones y deberán ser reembolsadas por el Estado miembro en el que el ciudadano esté asegurado y/o haya cotizado.

Respecto a las prestaciones económicas de dependencia, pueden darse dos situaciones:

- a) Que el Estado de origen del ciudadano extranjero tenga un seguro/legislación específica sobre protección de las situaciones de dependencia (Alemania, Austria, Suecia, Noruega...), en cuyo caso se paga al país de residencia, de acuerdo con la legislación del país en el que se esté asegurado o se tenga reconocido el derecho a recibir prestaciones ante situaciones de falta de autonomía y de dependencia.
- b) Que el Estado de origen no tenga un seguro/legislación específica que regule determinadas situaciones para hacer frente a situaciones de dependencia (Italia, Portugal...), en cuyo caso, si el extranjero dependiente de régimen comunitario solicita y se le concede una prestación económica en España (arts. 17, 18 y 19 de la LAPAD), es necesario transformar en especie esta prestación económica, y entonces pasaría a formar parte de la cuota global de reembolso.

En este sentido, las sentencias de referencia apuntan que el pago debe realizarlo directamente la institución competente del país de origen al prestador del servicio en el país de residencia o bien plantear la alternativa de reembolso contra facturas presentadas o denominarla prestación sustitutoria de la prestación en especie en vez de prestación económica. Esta diferenciación de las prestaciones, en especie o económicas, ha ocasionado y sigue ocasionando multitud de problemas de interpretación que han acabado en el Tribunal

10 Reglamento 1408/71 del Consejo, Reglamento 574/72 del Consejo, sentencias del Tribunal de Justicia: Manfred Molenaar (asunto C-160/96), Friedrich Jauch (asunto C-215/99) y Silvia Hosse (asunto C-286/03), y Carta de derechos fundamentales de la UE (2000/C-364/01).

Europeo de Justicia, no siendo tampoco excesivamente clara su doctrina a tenor de lo expresado por los expertos en jurisprudencia europea y por la propia Comisión.

4.5 Otros efectos sobre el empleo

Como ya se ha indicado, el desarrollo y la implantación del SAAD requiere un importante volumen de inversión en infraestructuras: construcción de nuevos centros residenciales, de atención diurna, de espacios para ubicar los servicios de teleasistencia, de viviendas tuteladas, de centros de servicios sociales, de atención primaria y la adaptación a los nuevos criterios de acreditación en accesibilidad y calidad de una parte importante de los centros y plazas existentes.

Asimismo, y dada la evolución de las preferencias de las personas mayores y de los modelos de atención, hay que debatir y acordar primero, y luego abordar, la construcción de nuevos tipos de alojamiento de nueva planta y/o adaptando al nuevo modelo una parte de los centros que no reúnen las condiciones mínimas de acreditación.

Se trataría de complejos residenciales modulares, en función del tipo y nivel de dependencia. Estarían basados en un modelo de apartamento individual para uso de una pareja o de una sola persona, luminosos y con terraza, con espacios y servicios comunes, accesibles y dotados de nuevas tecnologías, que ofrezcan la prestación de determinados servicios (comida, limpieza, seguridad, rehabilitación...), que estén dentro o próximos a los núcleos de población para que sus usuarios puedan acceder, siempre que les sea posible, a los servicios ofrecidos en ellos. Ejemplo de este tipo de alojamiento son las comunidades para mayores de Dinamarca, Suecia y Holanda. El avance de este tipo de modelo de atención impulsará a muchos mayores a vender sus viviendas, en muchos casos inadecuadas para sus necesidades. Este hecho podría contribuir a una mayor oferta de viviendas más espaciales y adecuadas para familias más jóvenes.

Todas estas inversiones nuevas o de adaptación de centros y plazas existentes implican la generación de un considerable volumen de empleo en el sector de la construcción a medio y largo plazo.

De una parte, la creación de esta nueva red de infraestructuras de centros y/o la adaptación de una parte de los ya existentes llevará aparejado su equipamiento con instalaciones, mobiliario y diverso tipo de material, generando, igualmente, **empleo inducido** en las industrias suministradoras durante un largo periodo de tiempo.

De otra, la actividad permanente de los centros y servicios derivados del desarrollo e implantación gradual del SAAD tiene una importante incidencia en la generación de **empleo indirecto** a través de las empresas proveedoras de productos alimenticios, de mantenimiento de instalaciones y programas, de material fungible relacionado con la actividad hostelera que se desarrolla en los centros, de material vinculado a actividades de rehabilitación o de mantenimiento físico o psíquico, de ayudas técnicas y de nuevas tecnologías, de productos referidos a los cuidados de higiene y de salud, etc.

Igualmente, es de destacar que la implantación del SAAD supondrá que gradualmente un número importante de personas que actualmente están siendo atendidas por cuidadores familiares podrán pasar a ser usuarios de recursos y servicios profesionalizados. Ello permitirá que muchas personas (en su mayoría mujeres) que han tenido que renunciar a sus trabajos profesionales para cuidar a familiares dependientes puedan incorporarse al mercado laboral e incrementar así la tasa de empleo femenino.

Otro aspecto que hay que señalar es que, simultáneamente al despliegue de las infraestructuras y servicios del SAAD, se produce una generación de empleo en varias direcciones: de una parte, ampliación y creación de estructuras de planificación y gestión en las administraciones públicas (personal técnico, administrativo y auxiliar; personal de inspección, seguimiento y evaluación...); labores de apoyo al Consejo Territorial (elaboración de estudios, preparación de documentación, promoción de propuestas en la comisión delegada vía comisiones técnicas, formalización de acuerdos y seguimiento de los mismos...); ampliación y creación de nuevos equipos multiprofesionales para realizar trabajos de información y orientación, valoración, elaboración de los informes social y médico, elaboración del PIA y gestión del caso (se supera el millón de solicitudes a 01/01/2010).

Finalmente, hay que destacar, por la relevancia que va a alcanzar, el empleo relacionado con los procesos de formación y cualificación profesional de decenas de miles de trabajadores de distintas categorías y perfiles profesionales que ya prestan sus servicios en el Sistema y de las decenas de miles de trabajadores que se vayan incorporando gradualmente, conforme al Acuerdo del Consejo Territorial sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del SAAD.

Es necesario implementar también procesos de formación para los cuidadores familiares (a 01/01/2010 son 280.000 según el SISAAD). El Consejo Territorial ha acordado recientemente¹¹ criterios comunes en materia de formación e información de cuidadores no profesionales en los que se especifican los objetivos y las condiciones de las acciones formativas, los programas de formación y de información, y su financiación.

11 El acuerdo se produjo en la reunión del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia de 22 de septiembre de 2009, y ha sido publicado por Resolución de la Secretaría General de Política Social y Consumo de 4 de noviembre de 2009 (BOE de 27/11/2009).

4.6 Retornos económicos y sociales

A) Retornos económicos

El incremento de las infraestructuras y servicios necesarios para proporcionar una adecuada atención de las situaciones de dependencia supondrá un importante esfuerzo económico (del orden del 0,9-1,0% del PIB anual en 2011 y del 1,3-1,4% en 2015, según nuestros cálculos), que en una parte sustancial ha de ser realizado con cargo a fondos públicos.

Sin embargo, el gasto neto será considerablemente inferior, como consecuencia de los importantes ahorros e ingresos fiscales que se producirán, entre los que hay que tener en cuenta los siguientes:

- Descenso en las prestaciones por desempleo al incorporarse una parte importante de trabajadores del desempleo subsidiado (es mejor invertir en empleo que pagar desempleo).
- Incremento de los ingresos por cuotas de la Seguridad Social, aun cuando una parte de los nuevos contratos podrían beneficiarse de los diversos incentivos a la contratación existentes.
- Ingresos procedentes del IVA y del Impuesto de Sociedades de las empresas prestadoras de servicios, así como incremento de la recaudación del IVA vía consumo y del de la recaudación del IRPF aplicable a los salarios de los nuevos trabajadores.

También hay que tener en cuenta, como se indicó en la sección 4.1, que las mejoras en la atención pueden provocar un importante incremento de la eficiencia del gasto en el sistema sanitario, al evitar ingresos innecesarios o al reducir las estancias de pacientes que pueden ser atendidos mediante recursos alternativos. Se evita así seguir atendiendo en centros hospitalarios a personas dependientes crónicas o en procesos de larga estancia, lo que no sólo es inadecuado en términos de política social, sino que conlleva, además, unos costes muy superiores a lo que supone la atención en los centros residenciales. La implantación del SAAD comportará una mayor optimización y racionalización del gasto sanitario. En la actualidad, el déficit en servicios sociosanitarios para la dependencia hace que muchos problemas sociales deban ser atendidos, con mucho mayor coste (en torno a seis veces más que el coste de la atención en un centro o servicio del SAAD) por el sistema sanitario.

Como ponen de manifiesto varios estudios de instituciones económicas (v.g. la OCDE), la no implantación de un dispositivo como el SAAD supone un enorme coste de oportunidad, pues, de no ponerse en marcha a corto plazo, las presiones de atención de las personas dependientes sobre el Sistema Nacional de Salud se incrementan considerablemente. El no implantar una adecuada red de infraestructuras de centros y

servicios del SAAD será una mala política económica, pues la presión de la dependencia recaerá sobre el SNS (mucho más costoso y totalmente gratuito).

Según una de las conclusiones del estudio solicitado por el IMSERSO a la Fundación de Estudios de Economía Aplicada (FEDEA): “de la metodología macroeconómica se desprende que el estímulo a la demanda agregada que supondrá el SAAD provocará efectos sobre el PIB de nuestra economía que podría llegar a ser un 1,56% mayor en 2010 (2,68% a finales de 2014) que en ausencia del programa de gasto implicado por el SAAD, lo que implicaría a su vez un diferencial en tasa de crecimiento acumulativo anual real de +0,28% a lo largo de todo el periodo. Igualmente esta metodología nos ha permitido estimar que el retorno fiscal global, por impuestos generales y cotizaciones, llegaría a cubrir hasta casi dos terceras partes del gasto asociado al despliegue del SAAD” (Herce *et al.*, 2006: 40). Vemos que el impacto de este gasto público en el crecimiento económico es significativo. Es, sin duda, una inversión productiva. Todo ello confirma la eficacia del gasto social como mecanismo de generación de actividad y de empleo.

B) Retornos sociales

Como efecto de la implantación del SAAD se logran también otro tipo de retornos de carácter social que tienen un importante impacto en la calidad de vida de las familias y en el incremento de la tasa de empleo femenino. Como se ha indicado, en la actualidad, el cuidado de las personas dependientes descansa fundamentalmente en las familias y, dentro de éstas, en las mujeres. Ello supone, en bastantes ocasiones, la renuncia total a desarrollar una actividad laboral o, como mal menor, la posibilidad de aceptar únicamente trabajos temporales o a tiempo parcial que puedan compatibilizarse con los cuidados.

Las encuestas todavía siguen mostrando que el principal motivo por el que los empleadores prefieren contratar o promocionar a los varones antes que a las mujeres radica en la convicción de que, en el caso de problemas familiares, serán éstas las que se ausenten del trabajo. La profesionalización de los cuidados a las personas dependientes reduciría ese prejuicio.

El modelo actual de provisión de cuidados supone, en primer lugar, un fuerte límite a las posibilidades de las mujeres para integrarse en el mercado de trabajo y, en segundo lugar, una fuerte devaluación de la importante aportación que la dedicación al cuidado de familiares dependientes supone para nuestra sociedad y nuestra economía. Sólo se percibe la magnitud e importancia de ese esfuerzo cuando las circunstancias obligan a sustituirlo total o parcialmente por una prestación de servicios profesionalizados.

El coste de oportunidad que tienen que soportar los familiares cuidadores va mucho más allá de su renuncia a la actividad laboral y la consiguiente vía de ingresos. De acuerdo con la EDAD 2008, el 60% de los cuidadores principales que residen en el hogar de la

persona dependiente afirman que han tenido que reducir “sustancialmente” su tiempo de ocio y de relaciones personales. Los cuidados también afectan al propio trabajo doméstico, a la vida familiar y a otras actividades habituales, y trasladan a la familia muchos de los costos derivados del cuidado.

5. Conclusiones

La atención de las necesidades de las personas en situación de dependencia es uno de los grandes retos de la política social y económica de los países desarrollados. En España, el gran acuerdo social y político existente sobre esta cuestión tuvo como fruto la aprobación, en diciembre de 2006, de la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD), que ha creado un nuevo sistema de protección y un nuevo derecho de los ciudadanos.

A partir de la aprobación de la Ley y de la puesta en marcha del proceso de implantación del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), se ha abierto en nuestro país un nuevo escenario económico y social, que supondrá la asignación de un importante volumen de recursos presupuestarios adicionales de las administraciones públicas, una importante inversión por parte del sector privado, la contribución por parte del beneficiario al coste del servicio, decenas de miles de nuevos empleos directos... Todo ello generará expectativas que afectarán a las decisiones de inversión, determinará la aparición de un importante mercado de servicios de provisión pública y privada ante la fuerte demanda que se generará y la insuficiente oferta que existe, permitirá la consolidación de un nuevo sector de actividad, y tendrá un importante impacto económico y social.

La creación de empleo será, sin duda, a medio y largo plazo, uno de los resultados fundamentales de la puesta en marcha de la LAPAD, pues, por un lado, la atención a las personas en situación de dependencia se concreta fundamentalmente en actividades de cuidados personales y, por otro, los servicios sociales constituyen uno de los yacimientos de empleo más importantes. Por otra parte, se generarán importantes retornos económicos y se mejorará la eficiencia del gasto en salud, al reducir o hacer innecesarias las estancias hospitalarias de pacientes que podrían ser tratados mediante recursos alternativos. Además, los servicios sociales tendrán una magnífica oportunidad para su indispensable transformación en un auténtico sistema de protección, así como para elevar sus estándares de calidad, sus equipamientos, el nivel de formación y las condiciones de trabajo de sus profesionales.

En suma, estamos ante una Ley que mejora sustancialmente la atención a las personas en situación de dependencia y aumenta su calidad de vida y la de sus familiares, dando respuesta a una de las demandas más importantes de nuestra sociedad que amplía los derechos de los ciudadanos, fortaleciendo las redes y las estructuras de protección social y económica y que ha logrado en torno a ella un acuerdo parlamentario y social ampliamente mayoritario que la convierte en un proyecto de todos, en un proyecto de país.

Ante este ingente proyecto de país, es necesario sumar esfuerzos en la enorme labor que hay que desarrollar y contribuir a afrontar este reto de la sociedad española que requiere la movilización de importantes recursos económicos y humanos, y del empeño y compromiso de múltiples agentes económicos y sociales que están llamados a coincidir en el desarrollo y consolidación del nuevo sector.

El desarrollo del SAAD se está realizando en un contexto económico mediatizado por la profunda crisis financiera iniciada en el verano de 2007 en Estados Unidos que, inmediatamente, se convirtió en crisis financiera global, con consecuencias bien conocidas. Se produjo un grave impacto en todas las economías del mundo y, consecuentemente, elevadas tasas de desempleo. En España, los efectos de la crisis comenzaron a sentirse en los niveles de empleo a mediados de 2008 y han provocado una elevada pérdida de ocupación, mucho más grave que la registrada en otras economías desarrolladas. Las previsiones de expertos y analistas insisten en pronosticar para nuestro país una recuperación más lenta y tardía que en el resto de los países de nuestro entorno, debido no sólo a que entramos en recesión algo más tarde, sino fundamentalmente a que los efectos depresivos han sido más intensos, debido al patrón de crecimiento vigente en la década 1998-2008.

Es urgente, por tanto, cambiar de valores y de modelos de crecimiento y de asignación de recursos, y no sólo tomar medidas coyunturales, si no queremos repetir cíclicamente situaciones de profundas crisis cada vez más destructivas. Debemos hacer del empleo la gran prioridad, pues si concentramos nuestro esfuerzo en los sectores con mayor potencial de generación de empleo, si orientamos los recursos hacia los sectores más intensivos en trabajo, si cambiamos el actual modelo de crecimiento que crea con gran facilidad gran cantidad de empleo precario, temporal y poco cualificado y que lo expulsa del mercado con la misma facilidad y rapidez, podremos luchar eficazmente contra el desempleo y, consecuentemente, contra el malestar y el desencanto ante una sociedad que nos niega lo que nos exige: un trabajo.

Dedicar recursos al desarrollo e implantación de las infraestructuras y servicios que garantiza la LAPAD contribuirá a conseguir un modelo de crecimiento más equilibrado, más sostenible y más intensivo en creación de empleo estable y cualificado. Además de cumplir con el mandato de la Ley de atender las necesidades de las personas en situación de dependencia y de sus familias, se conseguiría, dada la potencialidad de generación de empleo de aquella, la creación de decenas de miles de puestos de trabajo.

La dimensión concreta de los impactos sobre el crecimiento y la actividad económica, sobre el empleo y el tipo de empleo y sobre el bienestar de la población dependerán, obviamente, de la asignación de recursos que se realice y de la capacidad para corregir y reorientar algunos aspectos, como los necesarios ajustes en el instrumento de valoración y en su aplicación, el sesgo hacia las prestaciones económicas por cuidados en el medio familiar (que la propia LAPAD considera como excepcionales) y el limitado papel que

hasta ahora han desempeñado las corporaciones locales y la coordinación sociosanitaria. En cualquier caso, lo que está claro es el enorme potencial de generación de empleo y actividad económica que tiene la implantación del SAAD.

A pesar de la difícil coyuntura económica por la que estamos atravesando, los datos disponibles apuntan a que el efecto de la puesta en marcha del SAAD se ha dejado sentir nítidamente en el empleo. De hecho, tal y como muestra la estadística del número de afiliados a la Seguridad Social en situación de alta laboral, se ha producido un importante crecimiento del empleo en el sector de los servicios sociales en un momento en el que el empleo global ha estado en España en claro descenso. Este crecimiento (185.815 afiliados más en situación de alta en diciembre de 2009 que en enero de 2007) se mantiene incluso si se dejan de computar los cuidadores no profesionales que han causado alta en la Seguridad Social en virtud de las previsiones de la Ley 39/2006 (unos 100.000 en diciembre de 2009), que se reflejan en esta estadística desde enero de 2008.

La Encuesta de Población Activa (EPA) confirma este crecimiento, pues, según sus datos, la ocupación en el sector de los servicios sociales ha crecido entre el primer trimestre de 2008 y el cuarto de 2009 en un 26,7%, pasando de 342.000 a 433.400 empleos, con un crecimiento total de 91.400 empleos. Hay que tener en cuenta que la EPA no identifica a los cuidadores familiares como ocupados, aunque muchos de ellos sí aparecen en los datos de afiliados en situación de alta, en virtud de las previsiones de la LAPAD.

Con el fin de hacer evidente el potencial de generación de empleo del SAAD, se ha realizado una estimación, basada en el desarrollo de un modelo de distribución interna de la población dependiente que tiene en cuenta el grado de dependencia, la edad de las personas afectadas, el tipo de servicio asignado y la aplicación de *ratios* de empleo dentro de cada tipo de recurso aplicado a cada grado de dependencia. El modelo de estimación opta, conforme al mandato de la Ley, por la profesionalización de los servicios, aunque contempla también los cuidados informales en función del grado y nivel de dependencia y del previsible ejercicio de la libre elección de la persona dependiente y, en su caso, de su familia.

De acuerdo con esta estimación, el potencial de creación de empleo derivado de la LAPAD, expresado en términos de empleos equivalentes a jornada completa, es de más de 490.000 puestos de trabajo en el horizonte de 2011, y por encima de 635.000 en el de 2015. Una parte importante de estos puestos de trabajo podrían ser desempeñados a tiempo parcial, lo que, además de traducirse en un número mayor de puestos de trabajo generados, favorecería el acceso al empleo de trabajadores con cargas familiares y de otros colectivos con dificultades de inserción en el mercado laboral.

Es importante destacar que en estas cifras no se ha descontado el empleo que ya existía en el sector con anterioridad a la puesta en marcha del SAAD (una parte de los beneficiarios de sus servicios y prestaciones ya estaban recibiendo atención con anterioridad),

y no se ha tenido en cuenta la gradualidad en la implantación (los cálculos toman como base la población total en situación de dependencia estimada en cada momento, no las personas con derecho efectivo a prestaciones), pues los cálculos (incluso los de 2011) se refieren a un hipotético escenario en el que todas las personas dependientes, cualquiera que sea su grado, estarían atendidas por algún tipo de servicio.

Si bien es cierto que cualquier cálculo de previsión sobre la evolución a medio y largo plazo está sujeto a importantes riesgos de incertidumbre y está afectado por la metodología y los criterios adoptados, por lo que siempre hay que tomar las previsiones con cierto distanciamiento, también es cierto que, si se quiere de verdad, como se quiso en el caso del Sistema Nacional de Salud, desarrollar e implantar el SAAD de acuerdo con los mandatos de la Ley y su normativa de desarrollo y con la voluntad de lograr una auténtica calidad de atención, las previsiones que se plantean en este informe resultarían no sólo razonables y moderadas, sino también sostenibles económicamente (España tiene el octavo PIB del mundo y el diferencial de su gasto social respecto a la media de la Unión Europea es de más de cinco puntos).

Aunque el impacto sobre el empleo derivado de la puesta en marcha del SAAD es indiscutible, los empleos asociados a la atención de los beneficiarios de la LAPAD se están generando a un ritmo más lento que el esperado, debido básicamente a dos importantes factores: la profunda crisis económica y la proliferación de las prestaciones económicas para cuidados en el medio familiar. También hay que tener en cuenta que una buena parte de las personas cuya situación de dependencia ha sido valorada en los primeros años de aplicación de la LAPAD ya estaban recibiendo atención, especialmente en centros residenciales. Obviamente, todos esos casos de personas valoradas que contaban con un servicio anterior (residencia, servicio de ayuda a domicilio, centro de día...) no se traducen apenas en nuevos puestos de trabajo dentro del sector.

Hay una serie de factores asociados al proceso de implantación del SAAD que pueden tener impactos positivos e importantes sobre el empleo y el crecimiento económico. Entre ellos, cabe destacar la ineludible coordinación entre el SAAD y el SNS, la integración del SAAD en el Sistema de Servicios Sociales, la aplicación de las nuevas tecnologías en la atención a la dependencia, la posibilidad de ofertar servicios de atención a la dependencia a extranjeros mayores de 65 años residentes en España, la necesaria inversión en infraestructuras de centros y servicios y su correspondiente equipamiento y mantenimiento. Todo ello implica un volumen importante de empleo en el sector de la construcción y en las empresas proveedoras de servicios, y la generación de importantes retornos económicos y sociales.

El impacto sobre la creación de empleo derivado de la necesaria coordinación entre el SNS y el SAAD sería de varias decenas de miles de nuevos puestos de trabajo, en función de la intensidad de las actuaciones que se realicen. También se pueden estimar en varias decenas de miles los puestos de trabajo que se crearían como consecuencia del

refuerzo de los servicios sociales de proximidad en el ámbito local y de la extensión gradual a los servicios sociales de atención primaria de las pautas de actuación que se están implantando en el SAAD. La atención de las personas mayores extranjeras de origen comunitario podría generar unos 25.000 puestos de trabajo a jornada completa. A todo esto hay que sumar los empleos ligados a la construcción de nuevos centros y la adaptación de los existentes, el equipamiento de centros y servicios, la mejora de accesibilidad de los domicilios, la dotación de ayudas técnicas y la aplicación de nuevas tecnologías en la atención a la dependencia.

Para hacer posible el aprovechamiento de todo este potencial es necesario, como ya se ha indicado, que no se regateen esfuerzos a la hora de asignar los recursos necesarios (existe una amplia coincidencia en analistas y expertos a la hora de considerar esta inversión productiva y estratégica) y que se actúe con una voluntad firme para reconducir las desviaciones que amenazan con desvirtuar los planteamientos, principios y valores que inspiran la LAPAD. En el capítulo siguiente se ofrecen algunas propuestas para avanzar en ese sentido.

6. Propuestas

Los análisis de valoración que están haciendo comisiones de expertos (Cervera *et al.*, 2009), asociaciones profesionales (Barriga *et al.*, 2009), agencias públicas (AEVAL, 2008) y organizaciones sociales (Costa y Martín-Serrano, 2009) valoran positivamente la importancia de la LAPAD, que ha supuesto un significativo avance en la protección social en España al consolidar derechos subjetivos y hacer posible que miles de personas en situación de dependencia vean mejoradas sus condiciones de vida en circunstancias en las que requieren un especial apoyo y protección social.

En dichos informes se analizan sistemáticamente los distintos aspectos y las distintas fases que conforman el proceso de implantación del SAAD: procedimientos de acceso (solicitud, valoración de la dependencia, resolución de grado y nivel), programa individual de atención (PIA) y asignación de recursos, servicios y prestaciones, consejo territorial y marco de cooperación interadministrativo, papel de la Administración General del Estado, papel de las corporaciones locales, coordinación entre sistemas, sistema de información, financiación...

Como resultado de ese análisis, se detectan problemas de aplicación práctica que han surgido en el desarrollo de la Ley, entre otros:

- Excesivo transcurso de tiempo entre solicitud y asignación de prestación o servicio (un año o incluso más) que alteran la legalidad, dando lugar a una judicialización de determinados procesos, minando la eficacia y la imagen del sistema.
- Necesarios ajustes en el instrumento de valoración y en los criterios de aplicación en el conjunto de las comunidades autónomas.
- Destacable falta de coherencia entre el número de personas a las que se les reconoce el derecho a recibir prestación y el número de prestaciones que se están dando. A 1 de enero de 2010, una de cada tres personas que tiene valorado un grado y nivel que le da derecho a recibir prestaciones no recibe ninguna.
- Muy significativa disparidad en el desarrollo del SAAD en unas u otras comunidades autónomas que altera la unidad, la equidad y la coherencia del sistema, causando perjuicios a muchos de sus ciudadanos en situación de dependencia al no poder beneficiarse de las prestaciones y servicios que ya son una realidad en otras comunidades.

- La información publicada por el SISAAD es claramente insuficiente y no permite un seguimiento y evaluación efectivos de la implantación del Sistema. Debería incluir datos relativos al empleo en el Sistema, a la calidad de la atención (intensidad y compatibilidad de los servicios), al tipo de proveedores, a las tipologías de familias cuidadoras... El acuerdo del Consejo Territorial del SAAD sobre objetivos y contenidos comunes de la información del SISAAD (Resolución 4 noviembre 2009, BOE 27 noviembre 2009) abre la vía para la construcción de un adecuado sistema de información.
- Fuerte sesgo hacia las prestaciones económicas que la propia LAPAD considera como excepcionales, en detrimento de la prestación de servicios.
- Muy escaso desarrollo de la coordinación sociosanitaria y de los procesos de plena integración de los servicios del SAAD dentro del sistema de servicios sociales.
- Falta de regulación clara de las prestaciones y servicios y de su contenido, intensidad de la prestación, compatibilidad entre ellos, estándares de calidad, etc.
- Limitado papel de las corporaciones locales en relación con su función central y determinante en el SAAD en tanto facilitadores de información y orientación, gestores del caso, responsables del programa individual de atención y prestadores de una importante oferta de servicios, especialmente de prevención de la dependencia, de promoción de la vida autónoma, de teleasistencia, y de ayuda a domicilio.
- En relación con la financiación de la Ley, Ramírez y Barriga (2009) señalan que no sólo es una cuestión de volumen total de recursos, sino también de criterios de distribución de la financiación y de mecanismos de control sobre el gasto real. Más que un problema en el modelo de financiación, son los criterios de reparto los que hacen que en la práctica no se incentive la plena implantación de las coberturas y se sobrefinancien las prestaciones económicas respecto a los servicios, ya que éstos son más costosos que aquéllas. No se puede seguir manteniendo una financiación basada en los dictámenes elaborados si la diferencia entre éstos y la prestación efectiva de los servicios es tan elevada en la mayoría de las comunidades autónomas. Esto lleva a la sobrefinanciación de las comunidades que tienen en espera de asignación de servicios a miles de personas durante largos periodos de tiempo.

Los informes ofrecen numerosos ejemplos de buenas prácticas y recomendaciones para afrontar los problemas detectados, entre otras, sobre el papel de la Administración del Estado, del Consejo Territorial, del Marco de Cooperación Interadministrativa, de la colaboración público-privada y de la necesaria accesibilidad a los servicios.

En 2010, el Consejo Territorial del SAAD debe realizar, conforme al mandato de la LAPAD (disposición final primera, punto 3), una evaluación de los resultados de la Ley. Las recomendaciones de los informes antes citados y las de las múltiples aportaciones que han ido apareciendo serán, sin duda, de utilidad en esa evaluación.

En este informe no se pretende (no es su objetivo) abordar sistemáticamente todos esos aspectos y fases, sino ofrecer, a la vista del proceso de desarrollo de la Ley, algunas propuestas operativas y realizables a corto y medio plazo y que están directamente relacionadas con el objetivo del informe, esperando que resulten útiles y contribuyan a una más rápida y mejor implantación del SAAD, desde la convicción de que estando como estamos ante uno de los proyectos más importantes que tiene nuestro país en el sector social (se garantizan nuevos derechos a los ciudadanos) y en el económico (se consolida y amplía un nuevo sector que genera una intensa actividad económica y un gran número de puestos de trabajo), no podemos fallar. Afrontar el problema de la dependencia, como queda dicho, no es sólo una responsabilidad social ineludible, sino también una oportunidad económica que es necesario aprovechar.

6.1 Carácter prioritario de los servicios

Una característica esencial de **la Ley** es que **opta por la prestación de servicios** a las personas reconocidas como dependientes (art. 14.2). **Opta por la profesionalización** de los servicios del Sistema. Sólo con carácter excepcional en el caso de que el servicio no sea posible por falta de oferta, la Ley prevé (art.14.3-5) que las personas beneficiarias puedan percibir una prestación económica.

Para ello, **el SAAD deberá contar con una red de infraestructuras de centros y servicios suficientemente desarrollada**, capaz de prestar los servicios reconocidos en la Ley con unos niveles adecuados de intensidad y calidad. Frente a esto, nuestro sistema de servicios sociales tiene un nivel de gasto público notablemente inferior a los países de nuestro entorno. Este insuficiente nivel de gasto se ha traducido en una oferta de una red de infraestructuras claramente deficitaria a la hora de responder a la elevada demanda de cuidados. **Es necesario abordar el desarrollo de la red de infraestructuras. No hacerlo sería una mala política económica**, pues la presión de la dependencia continuará generando un gasto muy elevado en el Sistema Nacional de Salud, cuyos dispositivos de atención son mucho más costosos.

Es urgente, por tanto, la actualización de los mapas de servicios de cada comunidad autónoma, que deberán estar incluidos en el sistema de información del SAAD y a disposición de los profesionales que elaboran los PIA, y que permitirán conocer con detalle el conjunto de la red de infraestructuras de centros y servicios que integran actualmente o que deberían integrar el SAAD.

Sería muy relevante que, a la vista de dichos mapas, la Administración General del Estado llevase una propuesta de un **plan de inversión en infraestructuras y servicios** al Consejo Territorial, y que en éste se lograse un amplio acuerdo sobre **unos criterios**

comunes para la elaboración por parte de las comunidades autónomas de planes de promoción y desarrollo (a medio y largo plazo) de la red de infraestructuras y servicios de utilización pública que generen un importante volumen de empleos estables en un sector de futuro como éste, en un marco estable de inversión propia y/o concertada con la iniciativa privada. Se produciría, sin duda, un efecto psicológico movilizador en la opinión pública, tan necesitada de buenas noticias.

Esto nos permitiría acercarnos a unas estimaciones más reales del coste total del Sistema y de su reparto entre las distintas administraciones. Asimismo, nos permitiría ir pasando de estimaciones sobre potencialidad de creación de empleo a estimaciones más reales de puestos de trabajo creados por la implantación del SAAD.

El Fondo para la promoción y desarrollo de infraestructuras y servicios del SAAD, creado por la Ley 2/2008, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 2009, en su disposición adicional sexagésima primera, que tiene por objeto prestar apoyo financiero a las empresas que lleven a cabo dicha actividad, en los términos y condiciones establecidos en el Convenio entre el Ministerio de Economía y Hacienda, el Ministerio de Sanidad y Política Social y la SEPI, **sería un buen instrumento** para promover el desarrollo de la red de infraestructuras y servicios, reforzándolo financieramente y dedicando parte de sus recursos a la constitución de Fondos que tendrían el mismo fin pero limitarían su ámbito de actuación a cada comunidad autónoma. Estos nuevos fondos, constituidos a partir de un convenio de las partes, contarían con los recursos aportados por el fondo estatal, la comunidad autónoma correspondiente y las entidades económico-financieras que pudieran estar interesadas.

El Fondo responde al **compromiso del Gobierno de desarrollar la LAPAD** y dotar al país de las infraestructuras necesarias para dar respuesta a las necesidades de servicios garantizados en dicha Ley, incrementando así una oferta insuficiente frente a una fuerte y creciente demanda (acercándonos con ello a los parámetros medios de los países más desarrollados de nuestro entorno). Responde también a la situación de crisis económica con sus efectos negativos sobre la inversión y el empleo. Ambas circunstancias aconsejan hacer **una decidida apuesta de promoción de inversión productiva** (pública y privada), reorientando parte del sector de la construcción hacia el desarrollo de las infraestructuras necesarias para el desarrollo e implantación real de la Ley. Esto contribuirá, sin duda, a aminorar el impacto económico y laboral de la crisis del sector inmobiliario, a generar empleo, actividad económica y tejido empresarial, y a poner en valor al Estado como agente dinamizador de la economía, aportando a las empresas del sector, ante las dificultades del mercado crediticio, posibilidades reales de financiación para sus proyectos de expansión en un mercado que posee un gran potencial de crecimiento debido a la baja cobertura actual y a la creciente demanda y presión social. **Todo ello repercute favorablemente en el coste neto que supone la implantación del SAAD.**

Existe amplia coincidencia en que es urgente inyectar liquidez e impulsar la circulación crediticia. No debería olvidarse el interés que tiene, a este respecto, **promover una red de entidades públicas que permitan al Estado canalizar sus recursos financieros directamente a la economía real** para sortear los problemas de distribución a los que se enfrenta en la actualidad su agencia financiera, el ICO.

En ese marco de inversión, se **deberían abordar, simultáneamente a la ejecución de obra nueva, actuaciones de adaptación y rehabilitación**. Para ello, en el contexto y las condiciones que se regulen en la **Ley de Economía Sostenible** (ventajas fiscales, aplicación del IVA reducido, etc.) **es urgente la creación, en el seno del Consejo Territorial**, en colaboración con todas las administraciones públicas, **de un censo de locales, edificios y viviendas desocupados o infrautilizados**, muchos de los cuales, una vez rehabilitados de acuerdo con las normas de acreditación de las comunidades autónomas, podrían ponerse, en un breve periodo de tiempo, a disposición del SAAD para la prestación de diversos servicios del sistema: desde centros de servicios sociales para realizar labores de información, presentación y seguimiento de solicitudes, valoración, elaboración del PIA y asignación de los recursos más adaptados a las necesidades de la persona dependiente, así como promoción y realización de procesos de formación tanto para cuidadores profesionales como informales, pasando por centros de día y determinado tipo de viviendas hasta centros residenciales de estancia temporal o permanente. La mayoría de estos inmuebles van a estar bien ubicados en el ámbito comunitario, próximos a la vivienda de las personas en situación de dependencia, creándose así una red de servicios muy pegada al barrio, al entorno. Hasta la aprobación de esta Ley, el **Fondo Estatal de Inversión Local**, uno de cuyos ejes de actuación es el apoyo a los servicios sociales, en especial los relacionados con la dependencia, puede ser un excelente instrumento para la realización de estas actuaciones. Asimismo, se deberían contemplar y desarrollar diversas actuaciones en el marco del **Plan Estatal de Vivienda y Rehabilitación 2009-2012**.

Igualmente, es urgente **la elaboración, en el seno del Consejo Territorial**, en colaboración con todas las administraciones públicas y las organizaciones empresariales del sector, **de un censo real de las plazas residenciales y diurnas vacías**, por tipo y ubicación, construidas de acuerdo con criterios de calidad y que no se ponen a disposición del SAAD, en la mayoría de los casos por problemas derivados del coste que representa para una familia de tipo medio y por las actuales tarifas no acordes con los costes reales de cada tipo de plaza según grado y nivel de dependencia. Es necesario llegar a un acuerdo con los titulares de esas plazas y ponerlas gradualmente a disposición del SAAD a través de la concertación. No podemos permitirnos tal falta de eficiencia.

Si no se abordan con urgencia estos planes, no se superará el actual modelo de atención centrado en los cuidados familiares que descansa básicamente en las mujeres del entorno familiar. Este hecho ha provocado y sigue provocando importantes costes sociales y un marcado déficit en el bienestar de las familias.

6.2 Suficiencia y sostenibilidad financiera

En un sistema de dependencia como el español que está fundado sobre el reconocimiento de un derecho subjetivo, siempre estarán presentes los problemas y las tensiones de financiación. Es imprescindible encarar esos problemas y resolver esas tensiones, desde la premisa de que **la garantía de una financiación suficiente y sostenible es central para el desarrollo y la implantación del SAAD.**

Igualmente, es necesario tener claro que la adecuada cobertura de los servicios y prestaciones asociados a un sistema de dependencia tan ambicioso como el español requiere importantes recursos financieros que crecerán en el tiempo a medida que se implante el SAAD y se vayan incorporando todos los beneficiarios potenciales y a medida que avance la esperanza de vida. Precisamente por ello, se debería, por una parte, **concentrar los esfuerzos de asignación de recursos en los grados altos de dependencia** cubriendo en esos niveles el nivel máximo de las necesidades existentes y, por otra, **ser especialmente cuidadosos en la valoración de los grados y niveles más elevados**, como ya se indicó en el capítulo 3.

En vez de afrontar con coherencia los desafíos de la financiación, frecuentemente nos perdemos en un debate poco riguroso y muy simplificador, que a poco o nada conduce. El problema, se dice, es la falta de financiación, olvidando que quizá lo que realmente falte es la voluntad política de asignar los recursos necesarios, pues ningún derecho en la historia de la protección social se ha podido ejercer sin una financiación suficiente y sostenible en el tiempo. Junto con la **necesidad de dotar, como exige la LAPAD, recursos financieros suficientes**, un debate riguroso y fructífero sobre financiación debe partir también de la necesidad de **construir un modelo organizativo, de gestión y de provisión de servicios que sea eficiente**. Esa eficiencia requiere, entre otras cosas, mejores formas de coordinación interadministrativa (especialmente entre las comunidades autónomas y las corporaciones locales) e intersistemas (SAAD y SNS), la plena integración del SAAD dentro del sistema de servicios sociales, la acreditación de la calidad y la colaboración con la iniciativa privada.

La mera disponibilidad de recursos financieros suficientes no bastaría por sí sola; **tan importante es invertir más como invertir bien**. Resulta curioso comprobar cómo la mayoría de las críticas en torno a la financiación del SAAD no van más allá de pedir una subida lineal de fondos y no se detienen a analizar y reconducir las cosas que están funcionando mal.

El Consejo Territorial, desde el mandato de la LAPAD (art. 14.2) y a la vista de los informes y estimaciones que considere necesarios, **tiene que consensuar unas estimaciones razonables del coste del SAAD y acordar su distribución entre las partes**,

teniendo en cuenta el número de beneficiarios y su distribución por grados y por tipo de servicios; catálogo de servicios y su contenido detallado que incluya estándares de intensidad, compatibilidad y calidad y su coste unitario; acreditación de centros y servicios; incidencia de la coparticipación del beneficiario en el coste de los servicios; otras cuestiones, como inversiones necesarias para la creación y adaptación de las infraestructuras y modo de abordarlas y modelos de organización, gestión y provisión de servicios mejorando la cooperación con la iniciativa privada.

Para ello es imprescindible establecer módulos de coste efectivo de los diferentes servicios por grado y nivel. **La lógica del coste debe impregnar el diseño del esquema financiero de la dependencia.** Mientras no se evalúe el coste efectivo de los servicios, difícilmente podrán establecerse conciertos satisfactorios para las diferentes partes (entre las diferentes administraciones públicas y entre éstas y la iniciativa privada).

También es imprescindible que dicha distribución del coste sea transparente. Actualmente, en relación con el análisis de las fuentes de financiación, la única información fiable disponible hasta la fecha es la que corresponde a las aportaciones realizadas por la Administración General del Estado. **Sería necesario conocer, por un lado, las aportaciones presupuestarias que las distintas administraciones públicas destinan a la dependencia** y, por otro, la parte de la **coparticipación del beneficiario en el coste de los servicios**, de acuerdo con las reglas establecidas en cada comunidad autónoma.

Todas las comunidades autónomas deberían tener un programa presupuestario específico en sus correspondientes presupuestos anuales en el que se visualicen los ingresos y los gastos destinados específicamente a la dependencia y su distribución (art. 32.1 de la LAPAD).

De cara al objetivo de lograr una financiación suficiente y sostenible de la Ley, sería muy positiva su **inclusión en el ámbito de la Ley Orgánica de Financiación de las Comunidades Autónomas (LOFCA)** a partir de la consideración de que los servicios sociales de la dependencia deben formar parte de los servicios públicos fundamentales con la educación y la sanidad. La Ley Orgánica 3/2009, de 18 de diciembre, que modifica la LOFCA y establece un nuevo modelo de financiación en el que se contempla un incremento muy importante en los porcentajes de cesión de impuestos (IRPF, IVA; impuestos especiales...) a las comunidades autónomas, **podría ser el marco idóneo para asegurar la adecuada financiación de la atención a la dependencia**, superando el escollo jurídico que pudiera suponer el hecho de que la LAPAD no es una ley básica. Las personas dependientes verían cubiertos sus derechos a través de la recaudación de los impuestos generales, al igual que los ven cubiertos quienes acceden al sistema educativo o son atendidos en el sistema público de salud. A partir de este alto porcentaje de cesión de distintos impuestos, debería existir **una mayor transparencia por parte de las comunidades autónomas en la asignación de los nuevos recursos.**

Igualmente, como parte de la evaluación que debe realizar el Consejo Territorial en el tercer año de implementación de la Ley, **deberían examinarse en detalle los efectos que el actual modelo de financiación pueda estar teniendo sobre la implantación del SAAD:**

- La financiación a través de un nivel mínimo que se fija para cada beneficiario en función de su grado y nivel, no modulándose las cuantías sobre la base de la prestación que efectivamente reciben los beneficiarios (bien sea en servicios o en prestaciones económicas) ni en función del coste de dichos servicios, podría estar incidiendo en la manera en que algunas comunidades autónomas están resolviendo las valoraciones de grado y nivel y el tipo de prestaciones ofrecidas a los beneficiarios en los PIA.
- Las cuantías fijadas para las prestaciones económicas por parte de la Administración General del Estado podrían estar constituyendo un incentivo para que las comunidades autónomas favorezcan las prestaciones económicas (especialmente la de cuidados familiares), financieramente más favorables para ellas, en detrimento de la prestación de servicios, a través de las necesarias infraestructuras, que resultan más costosos.

Si se mantiene este sesgo, además de no cumplirse un principio básico de la LAPAD, **los efectos macroeconómicos de la implantación del SAAD**, en términos de incremento de la inversión y del empleo, y la consolidación y ampliación de un nuevo sector de actividad motor de crecimiento económico y competitividad de nuestro tejido productivo como consecuencia del desarrollo de la red de infraestructuras de centros y servicios, **serían mucho menores de los esperados.**

6.3 Marco claro y estable de colaboración público-privada

Debe lograrse un marco claro y estable de relación entre el sector público y el privado en la provisión y desarrollo de servicios de atención a la dependencia. Este marco debería tener un planteamiento a medio y largo plazo, en especial en torno al **papel que cada parte ha de tener en los planes de desarrollo de infraestructuras y servicios** (obra nueva y actuaciones de adaptación y rehabilitación, así como puesta a disposición del SAAD a través de la concertación de la gran cantidad de plazas vacías) que se citan en la primera de las propuestas (apartado 6.1).

La cobertura de nuestra red de infraestructuras y servicios se encuentra a considerable distancia de los niveles de los países más desarrollados de nuestro entorno (Antares Consulting, 2006). La titularidad de los centros residenciales y de día es mayoritariamente (79%) privada. La inversión necesaria para responder a la demanda de atención en dependencia (sólo en centros residenciales y de día-noche), teniendo en cuenta las previsiones demográficas del INE, los últimos datos sobre cobertura de estos servicios

(IMERSO, 2008) y los datos sobre prevalencia de la dependencia en España (Dizy Menéndez *et al.*, 2006), oscila según la hipótesis empleada (Deloitte, 2006) entre 4.800 y 6.200 millones de euros hasta 2020 y entre 10.300 millones de euros y 13.300 millones de euros hasta 2030. **Sobre todo esto es necesario y urgente hablar y pactar.**

La LAPAD establece la colaboración y la cooperación entre el sector público y el privado. La Administración tiene que encargarse de aquellas materias que son indelegables: la regulación, la planificación de los servicios, las acreditaciones, la inspección, la evaluación de la calidad de los servicios, las sanciones a quien no cumpla la normativa... La gestión directa de los servicios la realizarán el sector público y la iniciativa privada. **Se optimizan así los recursos públicos y privados disponibles configurándose, como indica la LAPAD, una red de utilización pública.** La coordinación y cooperación de unos y otros va a ser un elemento fundamental en el proceso de desarrollo e implantación de la Ley.

Un buen comienzo sería **consensuar cuánto cuestan los servicios** a partir de los estudios que se han realizado sobre análisis de coste. A continuación, tanto las administraciones públicas como los operadores deben actuar en consecuencia para primar la calidad del servicio, por ejemplo uniendo un mayor grado de cumplimiento de los criterios de acreditación a una mayor tarifa de concertación. **La tarifa debe adecuarse a los costes reales de los servicios y diferenciarse según grado y nivel de dependencia.** Las revisiones anuales deben tener en cuenta no sólo la subida real del IPC, sino también, dadas las peculiaridades actuales del sector, los posibles incrementos salariales pactados en convenio, consiguiendo plantillas más estables y cualificadas. Asimismo, habría que reducir las excesivas demoras de pagos por parte de las administraciones públicas y lograr que los concursos públicos no se conviertan en meras subastas.

En lo que respecta a la ayuda a domicilio, conforme se vaya alcanzando un volumen elevado en el número de beneficiarios, es preciso adaptar los costes y las condiciones de provisión y gestión del servicio para hacerlo más eficiente y sostenible económicamente. Igualmente, para mejorar la calidad en la prestación de los servicios y la competencia entre las entidades prestadoras de éstos **debería respetarse la libre elección del usuario.**

6.4 Reequilibrio de prestaciones ante el excesivo peso de la prestación económica de cuidados familiares

En los casi tres años transcurridos desde el inicio de su implantación, la LAPAD no ha logrado un cambio de tendencia que haya incrementado la atención formal frente a la atención informal. Ello va en detrimento del modelo de servicios que propugna la Ley y que debería suponer una oferta amplia de servicios hasta ahora muy poco desarrollados, tales

como los servicios profesionales de atención a domicilio (apenas el 10%), los centros de día (en torno al 5%) y los servicios de teleasistencia (por debajo del 3% en la mayoría de las comunidades autónomas).

Se están imponiendo las propuestas de PIA orientadas únicamente hacia los recursos disponibles y no hacia los servicios necesarios y demandados. En los PIA predomina la concesión de la prestación económica para los cuidados familiares en el domicilio, que a 1 de enero de 2010 están percibiendo 280.000 de 485.000 beneficiarios. Factores como las preferencias de las personas afectadas y las familias en una cultura familiarista y con escasa experiencia en prestación de servicios de atención personal de calidad, junto al hecho de que el coste de esta prestación resulta inferior en términos globales al coste de un servicio residencial o a un servicio de ayuda a domicilio con una intensidad horaria adecuada, han hecho de la excepción la regla dominante. Causas determinantes de esta realidad son, por un lado, una oferta insuficiente de servicios y, por otro, que para ser beneficiario de un servicio prestado desde cualquiera de los recursos que contiene la cartera de servicios resulta necesaria una aportación económica importante por parte del usuario o de su familia, mientras que, en contraposición, la prestación económica en el caso de cuidados familiares significa un ingreso más en la economía familiar. Sin embargo, **por más explicaciones que tenga, lo cierto es que ésta es una forma de desarrollar la Ley que desactiva todo su potencial de creación de nuevos servicios sociales profesionalizados y de nuevos empleos.**

Si no se ha logrado cambiar la tendencia e incrementar la proporción de cuidados formales en un momento en el que las personas con derecho a prestación lo son con al menos un reconocimiento de grado II y nivel 1, será aún más difícil hacerlo en el futuro inmediato, pues es previsible que las nuevas oleadas de solicitantes, al incorporarse el grado I, incrementen todavía más las listas de prestación económica para cuidados familiares. **Es necesario, por tanto, reequilibrar las prestaciones y servicios dentro del Sistema conforme se vayan ampliando servicios y produciendo nuevas incorporaciones de beneficiarios con dependencia moderada.**

En el contexto de su desarrollo actual, y con el fin de mantener el espíritu de una Ley que es de servicios, es inaplazable **adaptar la cartera y la forma de su prestación, incluyendo servicios directos al cuidador (formación, respiro...) y ejerciendo un control real y directo de la situación en la que se encuentra quien recibe el cuidado.**

Igualmente debe ser motivo de reflexión que los cuidadores que se han dado de alta en el convenio especial de la Seguridad Social son unos 100.000 a 1 de enero de 2010, frente a 280.000 personas con cuidados familiares. De ello puede deducirse que el resto son cuidadores que están jubilados y que se ven obligados a responsabilizarse de los intensos cuidados que requiere la persona con la que conviven, o bien que se trata de personas que tienen un trabajo remunerado fuera de casa y quien realmente presta los cuidados es alguien (probablemente una empleada de hogar) diferente a quien figura como cuidador.

6.5 Mayor desarrollo del servicio de ayuda a domicilio

Conociendo las preferencias de las personas por recibir atención en su propio hogar, viendo cómo crece la demanda de ayuda a domicilio y atendiendo a las tendencias más innovadoras en los programas de atención a la dependencia en los países más desarrollados de nuestro entorno, es difícil de comprender el escaso desarrollo que está teniendo en el proceso de implantación del SAAD (sólo un 10% del total de prestaciones, con cinco comunidades autónomas que no han prescrito ninguna).

Dentro del Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD), deberían tender a **aumentar los servicios relacionados con los cuidados personales**, se tendría que **incrementar la intensidad horaria** de prestación del servicio, y deberían **priorizarse las actividades preventivas y de fomento de la autonomía personal**. **Se debería definir con más claridad y precisión su alcance**, es decir, regular no genéricamente el servicio de ayuda a domicilio, sino concretamente los servicios que debe incluir la ayuda a domicilio.

Hay que tener claro que con la implantación del SAD profesionalizado no se trata de sustituir a la familia (es insustituible), sino de prestarle ayuda profesional, descargándola de determinadas actuaciones en la atención directa y permitiéndole su integración o reintegración en el mundo del trabajo.

Algunas comunidades autónomas exigen a sus ayuntamientos que garanticen con su propio servicio de ayuda a domicilio la prestación cuando se prescribe en un PIA, sin aportar la correspondiente financiación, con el argumento de que ya están financiando ese servicio en el marco del Plan Concertado.

Es urgente, por tanto, que se alcancen los acuerdos correspondientes entre comunidades autónomas y corporaciones locales **que establezcan sistemas unificados de acceso al servicio y que permitan** un fuerte impulso y desarrollo del servicio de ayuda a domicilio, **su regulación** (contenidos, intensidades y compatibilidades) **y su adecuada financiación**, haciendo un especial hincapié en la **utilización de ayudas técnicas y de nuevas tecnologías**. En este contexto, las comunidades autónomas tienen que desarrollar normativa que delegue competencias, financiación y corresponsabilidad a los ayuntamientos.

De no alcanzarse este objetivo, estaríamos ante la evidencia de que no se está implantando un auténtico sistema de prestación de servicios (como manda la LAPAD) sino básicamente un sistema de ayudas económicas, lo que resultaría preocupante, no sólo porque no se daría el nivel de calidad en la atención especializada que las personas en situación de gran dependencia o dependencia severa requieren, sino también porque **el Sistema no desarrollaría su extraordinario potencial de actividad económica y de creación de empleo**. Este potencial es especialmente importante en el caso del servicio de ayuda a domicilio, que ofrece oportunidades de empleo a amplios colectivos que en una situación

como la actual tienen muy difícil incorporarse a otros ámbitos de la actividad profesional y que, además, ofrece un empleo ampliamente descentralizado en el territorio, y todo ello en un proceso rápido de incorporación al puesto de trabajo.

6.6 Calidad y SAAD

Uno de los aciertos de la LAPAD es que **la calidad no está implícita** como en cualquier otra disposición legal, sino que, además de reconocer el derecho del ciudadano, exige que sea de calidad. En consecuencia, la calidad en el SAAD no es sólo un requisito para que el derecho de ciudadanía reconocido se haga efectivo, sino que **es en sí mismo un mandato legal** (Duque Gómez, 2007). Cuando una ley articula de una forma tan completa los mecanismos para hacer efectiva la calidad, es que la considera elemento esencial para que se cumplan los objetivos que pretende lograr.

Es necesario, por tanto, que el Consejo Territorial defina y acuerde los requisitos, los indicadores y los estándares que deben exigirse a los centros, servicios y entidades para que puedan pasar a formar parte del Sistema. En el acuerdo de noviembre de 2008 no se definió la **cartera de servicios** para cada recurso. Se propone que se cubra este vacío tan importante del acuerdo¹². Asimismo, **el Consejo Territorial**, a la vista de la opción decidida de la Ley por la profesionalización del Sistema, **debe desarrollar de forma efectiva los dos componentes básicos de la profesionalización: formación y calidad en el empleo**. La calidad de los profesionales condiciona la calidad del Sistema. También debería impulsar la normalización específica sobre los distintos recursos del Sistema en colaboración con las entidades responsables y fomentar la innovación en todo lo relacionado con la calidad.

Para que puedan llevarse a cabo estos objetivos han de acordarse criterios comunes y estándares de calidad. Los criterios comunes y la fijación de estándares no pueden ignorar la realidad existente, que es compleja, dispersa y desigual, tanto en las administraciones como en los otros grupos de interés.

Es necesario, por tanto, que se plantee por las administraciones públicas la calidad en el SAAD no de forma genérica, como en cualquier otro servicio público, sino como algo que realmente debe impregnar todo el Sistema, sus recursos, sus medios y la forma de utilizarlos y ponerlos a disposición de las personas a quienes se dirige. Además, **para comprobar que son de calidad, se han de articular mecanismos de control e inspección y efectuar las correspondientes evaluaciones que permitan conocer cómo funcionan y mejorarlos constantemente**.

12 Conviene recordar cómo la cartera de servicios condiciona las instalaciones, los profesionales y, en definitiva, la calidad y el coste del servicio.

6.7 Mejora de la cualificación y de la calidad de empleo

La mejora efectiva de la calidad de atención no podrá lograrse sin que paralelamente mejore la cualificación y la calidad de empleo del personal que trabaja en el sector de la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia. Como señalaba acertadamente el Libro Blanco (IMSERSO, 2005), **el logro de una atención de calidad requiere una política de recursos humanos** que dimensione adecuadamente las plantillas de cada tipo de centro y servicio; defina con precisión las tareas y funciones que ha de desarrollar cada profesional o grupo de profesionales; establezca los niveles de conocimientos técnicos requeridos, la capacitación profesional necesaria y el perfil profesional más adecuado para cada puesto; ponga a punto métodos y canales idóneos para la selección del personal; dedique tiempo y recursos suficientes a la formación inicial y continua; y fije unas condiciones de trabajo adecuadas.

Las expectativas acerca de la mejora de la calidad del empleo en el sector como consecuencia del desarrollo e implantación de la LAPAD contrastan con una realidad caracterizada por niveles salariales bajos, alto porcentaje de contratos temporales y a tiempo parcial y elevado índice de rotación.

Las dificultades para la generación de un empleo de calidad, estable y bien remunerado provienen, en buena medida, de las condiciones económicas y técnicas que se establecen en las licitaciones para la adjudicación de los servicios, y en el propio sistema de valoración de las propuestas, que suele primar más la oferta económica a la baja que la calidad de atención. **Es necesario cambiar estas prácticas, para que el precio al que se adjudican los contratos sea suficiente para garantizar un empleo de calidad y bien remunerado**, que permita contratar a profesionales adecuadamente cualificados.

Para responder a la amplia demanda que se generará como resultado de la aplicación de la LAPAD, **resulta necesario poder contar con profesionales preparados, capaces de responder a las múltiples demandas que plantea el sector**. Además de las competencias específicas que habilitan para el desempeño de los distintos puestos de trabajo, **los profesionales de la atención de la dependencia han de adquirir también una serie de competencias de carácter transversal**, entre las que destacan la calidad, el medio ambiente, la prevención de riesgos laborales, las competencias en comunicación y las habilidades de interlocución con equipos de trabajo, usuarios, familiares y administraciones públicas. Los puestos que requieran un alto nivel de cualificación deberán disponer de competencias relacionadas con el entorno económico y social del servicio, su gestión, conocimientos del marco jurídico aplicable, gestión de recursos humanos, gestión económico-financiera, organización y visión estratégica.

La formación en promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia ha de comprender todos los niveles de cualificación, desde una formación especializada a los

profesionales de menor cualificación hasta la formación específica en geriatría y en discapacidad a profesionales universitarios de las ramas social y sanitaria y de otras como la económica y la jurídica que potencialmente puedan desempeñar en el futuro su trabajo en el sector.

6.8 Necesaria y urgente coordinación sociosanitaria

Con el fin de promover las mejores prácticas de coordinación, sería necesario **acordar en el Consejo Territorial la puesta en marcha de un programa piloto de coordinación integral** en algunas (o en todas) las comunidades autónomas para demostrar la eficiencia y la eficacia de esta coordinación.

Es urgente comenzar a visualizar experiencias concretas en las que profesionales, infraestructuras y servicios de ambos sistemas operan en red, establecen “pasarelas” y derivaciones protocolizadas entre ellos y prestan a la persona en situación de dependencia, eficaz y eficientemente, la atención apropiada y en el sitio adecuado, asegurando cuidados continuos (la atención social y sanitaria debe ser un *continuum*) y, simultáneamente, consiguiendo una mejor calidad asistencial y una mayor sostenibilidad económica de los dos sistemas de protección.

También es urgente dar pasos concretos, innovar, moverse en esa dirección, en base a la convicción de que **la persona es, debe ser, el centro de las actuaciones de los dos sistemas**. En la situación actual se mueve al paciente, a las personas en situación de dependencia (con unos costes muy elevados), cuando **lo que se tienen que mover son los sistemas hacia el paciente**, hacia la persona en situación de dependencia (con unos costes más razonables y con una mayor calidad de vida para la persona que necesita esos servicios y para su familia). **Se trata, por tanto, de adoptar una visión de atención integral centrada en el paciente.**

Existe mucha y muy variada información basada en el **análisis de la implantación de modelos internacionales con características similares**, en los que la coordinación o la integración son el eje de su desarrollo. A partir del análisis comparativo es necesario extraer ejemplos de buena práctica aplicables, cuyas ventajas dejan huella tanto en beneficios monetarios como no monetarios en los sistemas que los asumen.

Sería relevante y de gran utilidad que se celebrase, al menos, una **reunión anual conjunta del Consejo Interterritorial de Salud y del Consejo Territorial del SAAD**, en la que se acordasen criterios comunes de coordinación que puedan servir de base para regulaciones posteriores de las comunidades autónomas.

Igualmente resultaría operativa la **constitución en todas las comunidades autónomas de un consejo de coordinación** del que formasen partes los máximos responsables polí-

ticos y gerenciales del ámbito sanitario y del social. Ello contribuiría a lograr compromisos y avanzar en la prestación integral de estos servicios. Asimismo, **en cada área socio-sanitaria debería funcionar una comisión con poder ejecutivo** que constituyese no sólo un verdadero foro donde profesionales de los dos sistemas (especialistas del hospital de referencia que actuarían como consultores, profesionales de atención primaria y profesionales de las unidades especializadas de los centros residenciales del SAAD) puedan compartir información y realizar sesiones clínicas periódicas, sino también que a la vista de los casos analizados se debatan las pautas a seguir y se tomen decisiones para lograr una mayor calidad asistencial y aprovechamiento de los recursos.

La constitución de órganos, estructuras e instrumentos de coordinación ha de contar con el suficiente respaldo normativo. El modelo de las comisiones sociosanitarias de área podría ser un buen punto de partida, siempre que se superaran las debilidades que han impedido su acción eficaz: existencia de recursos específicos que coordinar y reforzamiento de la capacidad ejecutiva para hacerlo (Jiménez Lara, 2007:47).

Desde la aprobación de la Ley General de Sanidad se han realizado muchos esfuerzos de acercamiento y coordinación, se ha estudiado, analizado y escrito mucho, y se sigue haciendo, en torno a la coordinación sociosanitaria, pero en la práctica (por miedos, inercias, corporativismos...), las realizaciones son escasas. **Es necesario derribar muros, superar inercias y debates estériles**, no tener miedo a que no se den los servicios adecuados en el lugar de derivación¹³, por el contrario, tener la seguridad de que se recibirán los mismos cuidados que se obtendrían en el centro hospitalario; **innovar y crear nuevos espacios de organización** y delimitación de actuaciones; **dar una oportunidad a tanta reflexión acumulada y a tantas propuestas formuladas.** Tendremos la capacidad de lograrlo si tenemos el valor de emprenderlo.

6.9 SAAD y medio rural

El Consejo Territorial del SAAD, en el contexto de la evaluación de la Ley durante 2010, debería **analizar en detalle cómo se está implantando el SAAD en el medio rural** y actuar en consecuencia.

La población rural constituye cerca del 15% de la población española y ocupa en torno al 80% del territorio. Ha visto cómo en las últimas décadas, de la agricultura familiar se

13 El Instituto Australiano de Salud y Bienestar publicó a finales de 2008 una memoria en la que recoge datos cuantitativos referentes al traslado de pacientes desde los hospitales a las residencias de cuidados para mayores y fija una estrategia de cuidados para las personas que se trasladan del hospital a la residencia.

ha pasado a la agricultura profesional, disminuyendo considerablemente el número de ocupados. Durante décadas no ha dejado de emigrar al medio urbano, incrementándose aceleradamente su tasa de envejecimiento.

De los 8.112 municipios que existen en España, 6.808 cuentan con una población inferior a 5.000 habitantes, con tasas de envejecimiento del 28%; de ellos 4.861 municipios no llegan a los 1.000 habitantes, de los que uno de cada tres supera los 65 años. A medida que el tamaño de la población disminuye, aumenta la tasa de envejecimiento y el acceso a los recursos y servicios, sean públicos o privados, se vuelve más difícil.

Al envejecimiento propio de la población rural hay que añadir factores, como rentas más bajas, menor nivel formativo y una menor accesibilidad a los servicios. Muchos pueblos presentan a veces condiciones insalvables para acceder a ellos. No es de extrañar que la gente prefiera quedarse en sus casas, optando por la prestación económica de cuidados familiares. Las hijas siempre lo han hecho y siguen viendo normal el hacerlo, y más si les pagan por ello. Tampoco tienen muchas opciones, porque los servicios en el campo prácticamente no existen.

Ante ello, **la excepcionalidad que marca la Ley quizá tenga que ser contemplada de otro modo en el ámbito rural**, dotando de la mayor calidad posible los cuidados prestados. Habría que vincularlos con la formación por parte de profesionales que les enseñen a afrontar el diverso tipo de situaciones que se plantean y que les presten el necesario apoyo emocional. También con la supervisión profesional de los cuidados que se prestan al dependiente y de las condiciones en que se realizan estos cuidados.

Lo mejor y más eficaz en estos casos es **desplazar servicios, no personas**: comida a domicilio, lavandería, rehabilitación, teleasistencia y servicios de respiro cubiertos por profesionales. Asimismo, **facilitar la accesibilidad y las adaptaciones en el hogar** que contribuyan a mejorar su capacidad de desplazamiento en la vivienda y **apoyarles con ayudas técnicas que les faciliten un mayor grado de autonomía personal y calidad de vida**. **En las cabeceras de comarca podrían establecerse** por emprendedores locales **pequeñas empresas** donde se puedan vender o alquilar, instalar y reparar dichas ayudas técnicas. Todo ello contribuiría, además, a crear empleo y frenaría la sangría de población que está sufriendo el mundo rural.

En esta misma dirección, la creación de empresas propias o filiales de otras que ya operan en el sector o de cooperativas de servicios profesionales para personas en situación de dependencia puede ser una apuesta por parte de personas que quieren seguir viviendo o vivir en el medio rural y prestar servicios en el contexto de la implantación del SAAD, apoyándose también en los programas de desarrollo rural y sensibilizando a las entidades locales en el uso de infraestructuras inutilizadas (v.g. antiguas escuelas). **La LAPAD constituye así, mediante la red de cuidados que se vaya estableciendo, una oportunidad frente a la despoblación, contribuyendo, además, a crear empleo, rejuvenecer el mundo rural y favorecer su desarrollo.**

6.10 Promoción de la innovación tecnológica

Las nuevas tecnologías permiten resolver problemas de accesibilidad y disponibilidad de los servicios sociosanitarios sin generar nuevos costes, mediante la prestación de asistencia en el lugar más adecuado según la necesidad del dependiente, a la vez que mejoran la respuesta del usuario y su nivel de implicación en el proceso de atención.

La apuesta decidida por la innovación debe traducirse en un adecuado **apoyo a los procesos tecnológicos** que están permitiendo gestionar mejor los recursos y producir conocimiento, lo que se traduce en una mejora de las condiciones de vida. Estos desarrollos mejoran la gestión, la calidad, la seguridad y la accesibilidad de la atención sociosanitaria española y, al mismo tiempo, generan innovación y competitividad, produciendo beneficios tangibles en la calidad de vida, en la economía y en el empleo.

Los poderes públicos deben fomentar la innovación en todos los aspectos relacionados con la calidad de vida y la atención de las necesidades de las personas en situación de dependencia, **promoviendo la investigación relacionada con la promoción de la autonomía personal** en los planes de I+D+i, facilitando y apoyando el desarrollo de normativa técnica que asegure la no discriminación en los procesos de diseño y desarrollo de tecnologías, productos y servicios, en colaboración con las organizaciones de normalización y todos los agentes implicados. En particular, **debe impulsarse el desarrollo de las tecnologías de apoyo**, que evitan, neutralizan, compensan o mitigan las limitaciones funcionales de las personas para acceder al entorno y utilizar productos que mejoren su calidad de vida.

6.11 Debate social sobre las cuestiones vinculadas a la edad avanzada

La sociedad debe tomar conciencia de la necesidad de elaborar una estrategia ante el cambio demográfico, del mismo modo que está elaborando una ante las consecuencias del cambio climático o de los problemas energéticos.

En el marco de este debate, el aspecto demográfico que queremos destacar en este informe es el envejecimiento de la población. De acuerdo con la Oficina del Censo de los Estados Unidos de América, la población mundial mayor de 65 años se doblará entre 2000 y 2030 (*US Census Bureau International Data Base*, 2010). Es una tendencia que no ocurre sólo en el mundo desarrollado, sino también en los países en vía de desarrollo, donde se prevé que el número de personas mayores de 65 años se multiplique por tres durante este periodo.

De forma paralela, se ha producido un cambio en las causas de mortalidad, desde enfermedades infecciosas y agudas hacia dolencias crónicas y degenerativas que necesitan de cuidados de larga duración.

Existe la tendencia a dar al envejecimiento el tratamiento de un problema médico cuando es, en realidad, un fenómeno social. El envejecimiento de la población constituye una de las transformaciones sociales más importantes producidas en el último tercio del siglo pasado y es la expresión de un gran logro humano que nos permite vivir más y vivir mejor. Las consecuencias económicas, sociales, culturales y políticas de este fenómeno social son bien conocidas.

En el contexto de este informe, la cuestión que resulta necesario prever es la de **qué lugar han de tener las personas de edad avanzada en nuestra sociedad.** Y saber qué es lo que piensan y qué es lo que quieren. Por tanto, **es urgente iniciar un debate público sobre las cuestiones vinculadas a la edad avanzada.**

* * *

Los países democráticos avanzan con grandes acuerdos asentados en amplios consensos. Eso hace que los procesos no sean tan rápidos y fáciles como uno desearía, pero asegura la consolidación de las iniciativas que, huyendo de particularismos a corto plazo y localismos demagógicos, se basan en una visión clara y compartida del camino a recorrer, en la decidida voluntad de avanzar, en el compromiso y la participación de todos los agentes que intervienen en el proceso y en el rigor técnico y la profesionalidad de quienes lo conducen.

Un proyecto de la magnitud de la implantación del SAAD (que implica la creación de un importante volumen de infraestructuras, la valoración de millones de personas, la acreditación de miles de centros y servicios, la formación de decenas de miles de profesionales...) necesita tiempo. La propia LAPAD marca para ello un plazo de ocho años.

En los años que todavía quedan para completar su implantación se requerirán notables esfuerzos políticos y económicos y unas enormes dosis de cooperación y lealtad institucional, de colaboración público-privada y de compromiso del conjunto de la sociedad para que la Ley pueda dar respuesta a las grandes expectativas que generó, garantizar el ejercicio del derecho reconocido y consolidar un nuevo sector generador de actividad económica y de empleo.

Bibliografía

Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios, AEVAL (2008): La participación de la Administración General del Estado en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Madrid, AEVAL.

Albarrán Lozano, I., Alonso González, P. y Bolancé Losilla, C. (2009), Comparación de los baremos español, francés y alemán para medir la dependencia de las personas con discapacidad y sus prestaciones. *Revista Española de Salud Pública*, Vol. 83, N° 3, 2009, págs. 379-392.

Antares Consulting (2006), Análisis del Mercado Residencial para las personas mayores en España, Francia, Alemania y Reino Unido: Perspectivas para el mercado Español. Madrid, Antares Consulting.

Barriga Martín, L.A., Brezmes Nieto, M.J., García Herrero, G. y Ramírez Navarro, J.M. (2009), Desarrollo e implantación territorial de la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. II dictamen del Observatorio. Madrid, Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales.

Cervera Macià, M., Herce San Miguel, JA., López Casasnovas, G., Rodríguez Cabrero, G. y Sosvilla Rivero, S. (2009), Informe final del grupo de expertos para la evaluación del desarrollo y efectiva aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Madrid, Recurso en línea, <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/comisionexpertos-informe-01.pdf>

Commissariat General du Plan (2005), La atención a las personas mayores en situación de dependencia en su último período de vida. Perfiles y tendencias, n° 28. IMSERSO

Costa Navarro, R. y Martín-Serrano Jiménez, E. (2009), Estudio de la implantación del Sistema para la promoción de la autonomía y atención a las situaciones de Dependencia (SAAD) por CCAA, análisis de sus déficit y propuestas de solución. Madrid, CCOO. Recurso en línea, <http://www.ccoo.es/comunes/temp/recursos/1/272692.pdf>

Deloitte (2006), Actualización del estudio Perspectivas de futuro de los recursos de atención a la dependencia. 1. El sector residencial. Madrid, Deloitte, 2006.

Dizy Menéndez, D., Ruiz Cañete, O., y Fernández Moreno, M. (2006), Las personas mayores en situación de dependencia. Propuesta de un modelo protector mixto y estimación del coste de aseguramiento en España. PREMIO Edad&Vida 2004. Barcelona, Edad y Vida.

Duque Gómez, J. M. (2007), La Calidad en el Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia. *Documentación Administrativa*, n° 276-277 (enero-abril 2007).

Herce, J.A., Labeaga, J.M., Sosvilla, S. y Ortega, C. (2006), Sistema Nacional de Dependencia. Evaluación de sus efectos sobre el empleo. Madrid, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

Instituto Australiano de Salud y Bienestar (2008), *Movement from hospital to residencial aged care*. Canberra. Instituto Australiano de Salud y Bienestar.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales, IMSERSO (2005), La atención a las personas en situación de dependencia. Libro Blanco. Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales, IMSERSO (2008), Las personas mayores en España. Informe 2008. Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Instituto Nacional de Estadística, INE (2009), Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia 2008 (EDAD). Madrid, INE. Recurso en línea:
<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft15/p418&file=inebase&L=0>

Jiménez García-Herrera, T. (2009), Más protección, más integración social. Madrid, Fundación Ideas para el progreso.

Jiménez Lara, A. (2007), El sector de la salud y la atención a la dependencia. Madrid, Fundación Alternativas.

Leichsenring, K. (2005), Proporcionar una asistencia sanitaria y social integrada a las personas mayores: Perspectiva europea. *Perfiles y Tendencias*, nº 15, IMSERSO.

Ministerio de la Presidencia. Secretaría General Técnica (2005), Convergencia y Empleo. Programa Nacional de Reformas de España. Madrid, Ministerio de la Presidencia.

Organización Mundial de la Salud (2008): *Home Care in Europe. The solid facts*. Copenhague, Oficina Regional para Europa de la OMS.

Pacolet, J. *et al.* (2000), *Social protection for dependency in old age. A study of the fifteen EU member states and Norway*. Aldershot: Ashgate

Ramírez Navarro, J.M. y Barriga Martín, L.A. (2009), Financiación y costes 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 en Servicios Sociales.

US Census Bureau International Database (2010), *World Population by Age and Sex*. Washington DC: US Census Bureau. Recurso en línea, <http://www.census.gov/idb/worldpopinfo.html>

Índice de Gráficos y Tablas

Gráficos

Gráfico 1. Evolución del paro registrado y porcentaje de variación anual del PIB en España entre enero de 1996 y diciembre de 2009.....	12
Gráfico 2. Pirámides de población en España en 2000 y 2050.....	16
Gráfico 3. Pirámide de la población española total y con discapacidad	17
Gráfico 4. Gasto social, por funciones, en porcentaje del PIB UE-15, UE-27 y España, 2007	19
Gráfico 5. Evolución de las tasas de desempleo en la Unión Europea y en España durante la década del 2000 (datos referidos al segundo trimestre de cada año).....	21
Gráfico 6. Empleo total en cada sector como porcentaje de la población en edad de trabajar. UE-15, UE-27 y España. Segundo trimestre de 2009.....	23
Gráfico 7. Evolución de los afiliados a la SS en situación de alta (enero 2007 -diciembre 2009. Datos para el último día de cada mes).....	27
Gráfico 8. Evolución del empleo total y del empleo en actividades de servicios sociales (primer trimestre de 2008-cuarto trimestre de 2009) según la EPA.....	28
Gráfico 9. Evolución de la tasa de paro total y en actividades de servicios sociales (primer trimestre de 2008-cuarto trimestre de 2009) según la EPA.....	29
Gráfico 10. Proporción de personas con discapacidad, por edad (tantos por mil) EDAD 2008 y EDDDES 1999.....	32
Gráfico 11. Evolución prevista de la proporción de personas mayores en la UE-15 más Noruega y Suiza 2010-2050.....	52

Tablas

Tabla 1. Evolución de la población mayor de 65, 75 y 80 años en España en el período 1981-2009 (datos absolutos y porcentajes sobre la población total).....	15
Tabla 2. Gasto social, por funciones, en porcentaje del PIB, en la Unión Europea, 2007.....	19
Tabla 3. Empleo total en cada rama de actividad como porcentaje de la población en edad de trabajar. UE-15, UE- 27 y España. Segundo trimestre de 2009.....	22
Tabla 4. Empleo en los servicios de carácter comunitario, como porcentaje de la población en edad de trabajar. (UE-27, UE-15, España y países de la UE con mayor tasa. Segundo trimestre de 2009).....	24
Tabla 5. Estado de implantación de la Ley de Dependencia a 1 de enero de 2010. Solicitudes, Dictámenes, Prestaciones reconocidas y personas que reciben prestaciones.....	25
Tabla 6. Prestaciones reconocidas, según tipo de prestación, y personas que las reciben a 1 de enero de 2010.....	26
Tabla 7. Estimación de la población dependiente, por grados, a 31 de diciembre de 2011.....	34
Tabla 8. Estimación de la población dependiente, por grados, a 31 de diciembre de 2015.....	34
Tabla 9. Hipótesis de asignación de recursos, año 2011.....	35
Tabla 10. Hipótesis de asignación de recursos, año 2015.....	36
Tabla 11. <i>Ratios</i> de personal por usuario atendido, año 2011.....	37
Tabla 12. <i>Ratios</i> de personal por usuario atendido, año 2015.....	38
Tabla 13. Estimación del potencial de generación de empleo, año 2011.....	39
Tabla 14. Estimación del potencial de generación de empleo, año 2015.....	40

Tabla 15. Extranjeros de 65 y más años residentes en España por tramos de edad (UE-15 más Noruega y Suiza).....	53
Tabla 16. Población mayor de 65 años extranjeros residentes en España por provincia de residencia (UE-15 más Noruega y Suiza).....	54

Documentos de trabajo publicados

- 1/2003. **Servicios de atención a la infancia en España: estimación de la oferta actual y de las necesidades ante el horizonte 2010.** María José González López.
- 2/2003. **La formación profesional en España. Principales problemas y alternativas de progreso.** Francisco de Asís de Blas Aritio y Antonio Rueda Serón.
- 3/2003. **La Responsabilidad Social Corporativa y políticas públicas.** Alberto Lafuente Félez, Víctor Viñuales Edo, Ramón Pueyo Viñuales y Jesús Llaría Aparicio.
- 4/2003. **V Conferencia Ministerial de la OMC y los países en desarrollo.** Gonzalo Fanjul Suárez.
- 5/2003. **Nuevas orientaciones de política científica y tecnológica.** Alberto Lafuente Félez.
- 6/2003. **Repensando los servicios públicos en España.** Alberto Infante Campos.
- 7/2003. **La televisión pública en la era digital.** Alejandro Perales Albert.
- 8/2003. **El Consejo Audiovisual en España.** Ángel García Castillejo.
- 9/2003. **Una propuesta alternativa para la Coordinación del Sistema Nacional de Salud español.** Javier Rey del Castillo.
- 10/2003. **Regulación para la competencia en el sector eléctrico español.** Luis Atienza Serna y Javier de Quinto Romero.
- 11/2003. **El fracaso escolar en España.** Álvaro Marchesi Ullastres.
- 12/2003. **Estructura del sistema de Seguridad Social. Convergencia entre regímenes.** José Luis Tortuero Plaza y José Antonio Panizo Robles.
- 13/2003. **The Spanish Child Gap: Rationales, Diagnoses, and Proposals for Public Intervention.** Fabrizio Bernardi.
- 13*/2003. **El déficit de natalidad en España: análisis y propuestas para la intervención pública.** Fabrizio Bernardi.
- 14/2003. **Nuevas fórmulas de gestión en las organizaciones sanitarias.** José Jesús Martín Martín.
- 15/2003. **Una propuesta de servicios comunitarios de atención a personas mayores.** Sebastián Sarasa Urdiola.
- 16/2003. **El Ministerio Fiscal. Consideraciones para su reforma.** Olga Fuentes Soriano.
- 17/2003. **Propuestas para una regulación del trabajo autónomo.** Jesús Cruz Villalón.
- 18/2003. **El Consejo General del Poder Judicial. Evaluación y propuestas.** Luis López Guerra.
- 19/2003. **Una propuesta de reforma de las prestaciones por desempleo.** Juan López Gandía.
- 20/2003. **La Transparencia Presupuestaria. Problemas y Soluciones.** Maurici Lucena Betriu.
- 21/2003. **Análisis y evaluación del gasto social en España.** Jorge Calero Martínez y Mercè Costa Cuberta.
- 22/2003. **La pérdida de talentos científicos en España.** Vicente E. Larraga Rodríguez de Vera.
- 23/2003. **La industria española y el Protocolo de Kioto.** Antonio J. Fernández Segura.
- 24/2003. **La modernización de los Presupuestos Generales del Estado.** Enrique Martínez Robles, Federico Montero Hita y Juan José Puerta Pascual.
- 25/2003. **Movilidad y transporte. Opciones políticas para la ciudad.** Carme Miralles-Guasch y Àngel Cebollada i Frontera.
- 26/2003. **La salud laboral en España: propuestas para avanzar.** Fernando G. Benavides.
- 27/2003. **El papel del científico en la sociedad moderna.** Pere Puigdomènech Rosell.
- 28/2003. **Tribunal Constitucional y Poder Judicial.** Pablo Pérez Tremps.
- 29/2003. **La Audiencia Nacional: una visión crítica.** José María Asencio Mellado.
- 30/2003. **El control político de las misiones militares en el exterior.** Javier García Fernández.
- 31/2003. **La sanidad en el nuevo modelo de financiación autonómica.** Jesús Ruiz-Huerta Carbonell y Octavio Granado Martínez.
- 32/2003. **De una escuela de mínimos a una de óptimos: la exigencia de esfuerzo igual en la Enseñanza Básica.** Julio Carabaña Morales.
- 33/2003. **La difícil integración de los jóvenes en la edad adulta.** Pau Baizán Muñoz.

- 34/2003. **Políticas de lucha contra la pobreza y la exclusión social en España: una valoración con EspaSim.** Magda Mercader Prats.
- 35/2003. **El sector del automóvil en la España de 2010.** José Antonio Bueno Oliveros.
- 36/2003. **Publicidad e infancia.** Purificación Llaquet, M^a Adela Moyano, María Guerrero, Cecilia de la Cueva, Ignacio de Diego.
- 37/2003. **Mujer y trabajo.** Carmen Sáez Lara.
- 38/2003. **La inmigración extracomunitaria en la agricultura española.** Emma Martín Díaz.
- 39/2003. **Telecomunicaciones I: Situación del Sector y Propuestas para un modelo estable.** José Roberto Ramírez Garrido y Juan Vega Esquerrá.
- 40/2003. **Telecomunicaciones II: Análisis económico del sector.** José Roberto Ramírez Garrido y Álvaro Escribano Sáez.
- 41/2003. **Telecomunicaciones III: Regulación e Impulso desde las Administraciones Públicas.** José Roberto Ramírez Garrido y Juan Vega Esquerrá.
- 42/2004. **La Renta Básica. Para una reforma del sistema fiscal y de protección social.** Luis Sanzo González y Rafael Pinilla Pallejà.
- 43/2004. **Nuevas formas de gestión. Las fundaciones sanitarias en Galicia.** Marciano Sánchez Bayle y Manuel Martín García.
- 44/2004. **Protección social de la dependencia en España.** Gregorio Rodríguez Cabrero.
- 45/2004. **Inmigración y políticas de integración social.** Miguel Pajares Alonso.
- 46/2004. **TV educativo-cultural en España. Bases para un cambio de modelo.** José Manuel Pérez Tornero.
- 47/2004. **Presente y futuro del sistema público de pensiones: Análisis y propuestas.** José Antonio Griñán Martínez.
- 48/2004. **Contratación temporal y costes de despido en España: lecciones para el futuro desde la perspectiva del pasado.** Juan J. Dolado y Juan F. Jimeno.
- 49/2004. **Propuestas de investigación y desarrollo tecnológico en energías renovables.** Emilio Menéndez Pérez.
- 50/2004. **Propuestas de racionalización y financiación del gasto público en medicamentos.** Jaume Puig-Junoy y Josep Llop Talaverón.
- 51/2004. **Los derechos en la globalización y el derecho a la ciudad.** Jordi Borja.
- 52/2004. **Una propuesta para un comité de Bioética de España.** Marco-Antonio Broggi Trias.
- 53/2004. **Eficacia del gasto en algunas políticas activas en el mercado laboral español.** César Alonso-Borrego, Alfonso Arellano, Juan J. Dolado y Juan F. Jimeno.
- 54/2004. **Sistema de defensa de la competencia.** Luis Berenguer Fuster.
- 55/2004. **Regulación y competencia en el sector del gas natural en España. Balance y propuestas de reforma.** Luis Atienza Serna y Javier de Quinto Romero.
- 56/2004. **Propuesta de reforma del sistema de control de concentraciones de empresas.** José M^a Jiménez Laiglesia.
- 57/2004. **Análisis y alternativas para el sector farmacéutico español a partir de la experiencia de los EE UU.** Rosa Rodríguez-Monguió y Enrique C. Seoane Vázquez.
- 58/2004. **El recurso de amparo constitucional: una propuesta de reforma.** Germán Fernández Farreres.
- 59/2004. **Políticas de apoyo a la innovación empresarial.** Xavier Torres.
- 60/2004. **La televisión local entre el limbo regulatorio y la esperanza digital.** Emili Prado.
- 61/2004. **La universidad española: soltando amarras.** Andreu Mas-Colell.
- 62/2005. **Los mecanismos de cohesión territorial en España: un análisis y algunas propuestas.** Ángel de la Fuente.
- 63/2005. **El libro y la industria editorial.** Gloria Gómez-Escalonilla.
- 64/2005. **El gobierno de los grupos de sociedades.** José Miguel Embid Irujo, Vicente Salas Fumás.
- 65(I)/2005. **La gestión de la demanda de electricidad Vol. I.** José Ignacio Pérez Arriaga, Luis Jesús Sánchez de Tembleque, Mercedes Pardo.
- 65(II)/2005. **La gestión de la demanda de electricidad Vol. II (Anexos).** José Ignacio Pérez Arriaga, Luis Jesús Sánchez de Tembleque, Mercedes Pardo.

- 66/2005. **Responsabilidad patrimonial por daño ambiental: propuestas de reforma legal.** Ángel Manuel Moreno Molina.
- 67/2005. **La regeneración de barrios desfavorecidos.** María Bruquetas Callejo, Fco. Javier Moreno Fuentes, Andrés Walliser Martínez.
- 68/2005. **El aborto en la legislación española: una reforma necesaria.** Patricia Laurenzo Copello.
- 69/2005. **El problema de los incendios forestales en España.** Fernando Estirado Gómez, Pedro Molina Vicente.
- 70/2005. **Estatuto de laicidad y Acuerdos con la Santa Sede: dos cuestiones a debate.** José M.^a Contreras Mazario, Óscar Celador Angón.
- 71/2005. **Posibilidades de regulación de la eutanasia solicitada.** Carmen Tomás-Valiente Lanuza.
- 72/2005. **Tiempo de trabajo y flexibilidad laboral.** Gregorio Tudela Cambroner, Yolanda Valdeolivas García.
- 73/2005. **Capital social y gobierno democrático.** Francisco Herreros Vázquez.
- 74/2005. **Situación actual y perspectivas de desarrollo del mundo rural en España.** Carlos Tío Saralegui.
- 75/2005. **Reformas para revitalizar el Parlamento español.** Enrique Guerrero Salom.
- 76/2005. **Rivalidad y competencia en los mercados de energía en España.** Miguel A. Lasheras.
- 77/2005. **Los partidos políticos como instrumentos de democracia.** Henar Criado Olmos.
- 78/2005. **Hacia una deslocalización textil responsable.** Isabel Kreisler.
- 79/2005. **Conciliar las responsabilidades familiares y laborales: políticas y prácticas sociales.** Juan Antonio Fernández Cordón y Constanza Tobío Soler.
- 80/2005. **La inmigración en España: características y efectos sobre la situación laboral de los trabajadores nativos.** Raquel Carrasco y Carolina Ortega.
- 81/2005. **Productividad y nuevas formas de organización del trabajo en la sociedad de la información.** Rocío Sánchez Mangas.
- 82/2006. **La propiedad intelectual en el entorno digital.** Celeste Gay Fuentes.
- 83/2006. **Desigualdad tras la educación obligatoria: nuevas evidencias.** Jorge Calero.
- 84/2006. **I+D+i: selección de experiencias con (relativo) éxito.** José Antonio Bueno Oliveros.
- 85/2006. **La incapacidad laboral en su contexto médico: problemas clínicos y de gestión.** Juan Gervas, Ángel Ruiz Téllez y Mercedes Pérez Fernández.
- 86/2006. **La universalización de la atención sanitaria. Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social.** Francisco Sevilla.
- 87/2006. **El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia.** Pilar Rodríguez Rodríguez.
- 88/2006. **La desalinización de agua de mar mediante el empleo de energías renovables.** Carlos de la Cruz.
- 89/2006. **Bases constitucionales de una posible política sanitaria en el Estado autonómico.** Juan José Solozábal Echavarría.
- 90/2006. **Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España.** Beatriz González López-Valcárcel y Patricia Barber Pérez.
- 91/2006. **Agencia de Evaluación: innovación social basada en la evidencia.** Rafael Pinilla Pallejà.
- 92/2006. **La Situación de la industria cinematográfica española.** José María Álvarez Monzoncillo y Javier López Villanueva.
- 93/2006. **Intervención médica y buena muerte.** Marc-Antoni Broggi Trias, Clara Llubia Maristany y Jordi Trelis Navarro.
- 94/2006. **Las prestaciones sociales y la renta familiar.** María Teresa Quílez Félez y José Luis Achurra Aparicio.
- 95/2006. **Plan integral de apoyo a la música y a la industria discográfica.** Juan C. Calvi.
- 96/2006. **Justicia de las víctimas y reconciliación en el País Vasco.** Manuel Reyes Mate.
- 97/2006. **Cuánto saben los ciudadanos de política.** Marta Fraile.
- 98/2006. **Profesión médica en la encrucijada: hacia un nuevo modelo de gobierno corporativo y de contrato social.** Albert J. Jovell y María D. Navarro.
- 99/2006. **El papel de la financiación público-privada de los servicios sanitarios.** A. Prieto Orzanco, A. Arbelo López de Letona y E. Mengual García.

- 100/2006. **La financiación sanitaria autonómica: un problema sin resolver.** Pedro Rey Biel y Javier Rey del Castillo.
- 101/2006. **Responsabilidad social empresarial en España.** Anuario 2006.
- 102/2006. **Problemas emergentes en salud laboral: retos y oportunidades.** Fernando G. Benavides y Jordi Delclòs Clanchet.
- 103/2006. **Sobre el modelo policial español y sus posibles reformas.** Javier Barcelona Llop.
- 104/2006. **Infraestructuras: más iniciativa privada y mejor sector público.** Ginés de Rus Mendoza.
- 105/2007. **El teatro en España: decadencia y criterios para su renovación.** Joaquín Vida Arredondo.
- 106/2007. **Las alternativas al petróleo como combustible para vehículos automóviles.** José Antonio Bueno Oliveros.
- 107/2007. **Movilidad del factor trabajo en la Unión Europea y coordinación de los sistemas de pensiones.** Jesús Ferreiro Aparicio y Felipe Serrano Pérez.
- 108/2007. **La reforma de la casación penal.** Jacobo López Barja de Quiroga.
- 109/2007. **El gobierno electrónico: servicios públicos y participación ciudadana.** Fernando Tricas Lamana.
- 110/2007. **Sistemas alternativos a la resolución de conflictos (ADR): la mediación en las jurisprudencias civil y penal.** José-Pascual Ortuño Muñoz y Javier Hernández García.
- 111/2007. **El sector de la salud y la atención a la dependencia.** Antonio Jiménez Lara.
- 112/2007. **Las revistas culturales y su futuro digital.** M.^a Trinidad García Leiva.
- 113/2007. **Mercado de vivienda en alquiler en España: más vivienda social y más mercado profesional.** Alejandro Inurrieta Beruete.
- 114/2007. **La gestión de la demanda de energía en los sectores de la edificación y del transporte.** José Ignacio Pérez Arriaga, Xavier García Casals, María Mendiluce Villanueva, Pedro Miras Salamanca y Luis Jesús Sánchez de Tembleque.
- 115/2007. **Aseguramiento de los riesgos profesionales y responsabilidad empresarial.** Manuel Correa Carrasco.
- 116/2007. **La inversión del minoritario: el capital silencioso.** Juan Manuel Barreiro, José Ramón Martínez, Ángeles Pellón y José Luis de la Peña.
- 117/2007. **¿Se puede dinamizar el sector servicios? Un análisis del sector y posibles vías de reforma.** Carlos Maravall Rodríguez.
- 118/2007. **Políticas de creación de empresas y su evaluación.** Roberto Velasco Barroetabeña y María Saiz Santos.
- 119/2007. **La reforma del acceso a la carrera judicial en España: algunas propuestas.** Alejandro Saiz Arnaiz.
- 120/2007. **Renta y privación en España desde una perspectiva dinámica.** Rosa Martínez López.
- 121/2007. **La inversión pública en España: algunas líneas estratégicas.** Rafael Myro Sánchez.
- 122/2007. **La prensa ante el reto en línea. Entre las limitaciones del modelo tradicional y las incógnitas de su estrategia digital.** Xosé López y Xosé Pereira.
- 123/2007. **Genéricos: medidas para el aumento de su prescripción y uso en el Sistema Nacional de Salud.** Antonio Iñesta García.
- 124/2007. **Laicidad, manifestaciones religiosas e instituciones públicas.** José M.^a Contreras Mazarío y Óscar Celador Angón.
- 125/2007. **Las cajas de ahorros: retos de futuro.** Ángel Berges Lobera y Alfonso García Mora.
- 126/2007. **El Informe PISA y los retos de la educación en España.** Olga Salido Cortés.
- 127/2007. **Propuesta de organización corporativa de la profesión médica.** Juan F. Hernández Yáñez.
- 128/2008. **Urbanismo, arquitectura y tecnología en la ciudad digital.** José Carlos Arnal Losilla.
- 129/2008. **La televisión digital terrestre en España. Por un sistema televisivo de futuro acorde con una democracia de calidad.** Enrique Bustamante Ramírez.
- 130/2008. **La distribución y dispensación de medicamentos en España.** Ricard Meneu.
- 131/2008. **Nuevos mecanismos de fraude fiscal. Algunas propuestas para un modelo de investigación.** Juan Manuel Vera Priego.
- 132/2008. **Radio digital en España: incertidumbres tecnológicas y amenazas al pluralismo.** Rosa Franquet Calvet.

- 133/2008. **Dinámica emprendedora en España.** M.^a Jesús Alonso Nuez, Carmen Galve Góriz, Vicente Salas Fumás y J. Javier Sánchez Asín.
- 134(I)/2008. **Negociación colectiva, adaptabilidad empresarial y protección de los derechos de los trabajadores vol. I.** Joaquín García Murcia y María Antonia Castro Argüelles.
- 134(II)/2008. **Negociación colectiva, adaptabilidad empresarial y protección de los derechos de los trabajadores vol. II (Anexos).** Joaquín García Murcia y María Antonia Castro Argüelles.
- 135/2008. **El sindicalismo en España.** Andrew J. Richards.
- 136/2008. **La Genómica de plantas: una oportunidad para España.** Pere Arús y Pere Puigdomènech.
- 137/2008. **Planes y fondos de pensiones: propuestas de reforma.** José Luis Monereo Pérez y Juan Antonio Fernández Bernat.
- 138/2008. **Modelos de desarrollo de centros hospitalarios: tendencias y propuestas.** Óscar Moracho del Río.
- 139/2008. **La frontera de la innovación: la hora de la empresa industrial española.** Emilio Huertas Arribas y Carmen García Olaverri.
- 140/2008. **Propuestas para mejorar la calidad de vida en las ciudades.** María Cifuentes, Rafael Córdoba, Gloria Gómez (coord.), Carlos Hernández Pezzi, Marcos Montes, Raquel Rodríguez, Álvaro Sevilla.
- 141/2008. **La evolución de la productividad en España y el capital humano.** Rafael Doménech.
- 142/2008. **Los sindicatos en España frente a los retos de la globalización y del cambio tecnológico.** Holm-Detlev Köhler.
- 143/2009. **La creación del Sistema Nacional de Dependencia: origen, desarrollo e implicaciones económicas y sociales.** Elisa Díaz, Sara Ladra y Néboa Zozaya.
- 144/2009. **Biotechnología para una química verde, respetuosa con el medio ambiente.** José Luis García López.
- 145/2009. **Reinterpretando la rendición de cuentas o accountability: diez propuestas para la mejora de la calidad democrática y la eficacia de las políticas públicas en España.** Eduard Jiménez Hernández.
- 146/2009. **Análisis económico de los efectos de la inmigración en el sistema educativo español.** Javier Salinas Jiménez y Daniel Santín González.
- 147/2009. **Seguridad, transparencia y protección de datos: el futuro de un necesario e incierto equilibrio.** José Luis Piñar Mañas.
- 148/2009. **La protección de la discapacidad en el sistema de seguridad social: propuestas de mejora.** Luis Cayo Pérez Bueno y Miguel Ángel Cabra de Luna.
- 149/2009. **El sistema de relaciones sindicales en España: un balance general del marco jurídico y del funcionamiento de la práctica sindical en el sistema social.** Manuel Carlos Palomeque López
- 150/2009. **El papel del “Derecho” en la crisis. Algunos aspectos de la regulación financiera y de las grandes empresas en su relación con la Economía.** Andrés Recalde Castells.
- 151/2009. **Formación de los comunicadores en la era digital.** Manuel Santiago de Aguilar Gutierrez y Pedro Soler Rojas.
- 152/2009. **Rescates y reestructuración bancaria: el caso español.** Santiago Fernández de Lis , Daniel Manzano Romero, Emilio Ontiveros Baeza y Francisco José Valero López.
- 153/2009. **Cláusulas sociales, libre competencia y contratación pública.** Daniel Martínez Fons.
- 154/2009. **Los efectos de los conciertos sobre la eficiencia y la equidad del sistema educativo español.** María Jesús Mancebón Torrubia y Domingo Pérez Ximénez de Embún.
- 155/2009. **Políticas de vivienda en un contexto de exceso de oferta.** Julio Rodríguez López.
- 156/2010. **El modelo de control interno del gasto público estatal. Propuestas de cambio.** Ximena Lazo Vitoria.
- 157/2010. **La flexiseguridad laboral en España.** Fernando Valdés Dal-Ré y Jesús Lahera Forteza.
- 158/2010. **Cuidado parental en la infancia y desigualdad social: un estudio sobre la Encuesta de Empleo del Tiempo en España.** María José González, Marta Domínguez y Pau Baizán.

