

**La creación del Sistema Nacional
de Dependencia: origen, desarrollo
e implicaciones económicas y sociales**

Elisa Díaz, Sara Ladra y Néboa Zozaya

Documento de trabajo 143/2009



Elisa Díaz Martínez

Economista, máster por el Centro de Estudios Avanzados en Ciencias Sociales y doctora por la Universidad de Oxford y por el Instituto Juan March de Estudios e Investigaciones. Actualmente es asesora en el Departamento de Política Social e Industrial de la Oficina Económica del Presidente del Gobierno, donde es responsable de las áreas de sanidad, educación y programas de I+D+i. Anteriormente ha sido *research fellow* en el University College London y tutora en la Universidad de Oxford. Sus líneas de investigación son resultados y evaluación de políticas públicas, desigualdades en salud, salud ocupacional y comparación de sistemas sanitarios.

Sara Ladra Álvarez

Economista, máster en Análisis Económico y Economía Financiera por el Instituto Complutense de Análisis Económico de la Universidad Complutense de Madrid, y máster en Relaciones Internacionales por el School of International and Public Affairs de la Universidad de Columbia en Nueva York. Actualmente trabaja como asesora en el Departamento de Política Internacional y Seguridad del Gabinete del Presidente del Gobierno, donde es responsable regional de África y del área de desarrollo y cooperación. Anteriormente ha sido consejera en la Oficina Económica del Presidente del Gobierno y consultora en el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en Nueva York. Sus áreas de investigación son: políticas sociales, economía y política del desarrollo y cooperación internacional.

Néboa Zozaya González

Economista, máster en Economía Industrial por la Universidad Carlos III de Madrid, con especialización en el sector farmacéutico y en el análisis y gestión de la Ciencia y la Tecnología. Actualmente trabaja como consejera en la Oficina Económica del Presidente del Gobierno, donde sus áreas de especialización son las políticas sociales y la I+D+i. Anteriormente ha trabajado como investigadora júnior en la Universidad Carlos III de Madrid y como asesora técnica externa en el Ministerio de Industria, Turismo y Comercio. Es autora de diversas publicaciones en el campo de la Economía de la Salud.

El contenido y las opiniones recogidas en este artículo son sólo responsabilidad de las autoras y no tienen que coincidir necesariamente con las del Gabinete del Presidente del Gobierno.


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

© Elisa Díaz, Sara Ladra y Néboa Zozaya

ISBN: 978-84-92424-55-9

Depósito Legal: M-2780-2009

Impreso en papel ecológico 

Contenido

Resumen ejecutivo	5
Introducción	7
1 Situación de partida	9
1.1 Análisis sociodemográfico de los dependientes	9
1.2 Análisis sociodemográfico de los cuidadores	15
1.3 El modelo de atención a las personas con discapacidad antes del SAAD	17
1.4 Perspectiva internacional de la atención a la discapacidad	20
2 Creación del SAAD y estado de la cuestión	26
2.1 Objetivos y principales retos	26
2.2 Principales características del SAAD	27
3 Repercusiones del SAAD	29
3.1 Repercusiones económicas	29
3.2 Repercusiones sociales	31
4 Seguimiento y evaluación del SAAD hasta la fecha	37
4.1 Grado de cumplimiento: desarrollo normativo de la Ley	37
4.2 Algunos puntos débiles en la implantación del SAAD	40
5 Recomendaciones para mejorar el funcionamiento del SAAD	42
Índice de Tablas y Gráficos	45
Bibliografía	47

Siglas y abreviaturas

ABVD	Actividades básicas de la vida diaria
AGE	Administración General del Estado
AIVD	Actividades instrumentales de la vida diaria
CC AA	Comunidades autónomas
CLD	Cuidados de larga duración
FEDEA	Fundación de Estudios de Economía Aplicada
FICE	Instituto del Envejecimiento de la Universidad Autónoma de Barcelona
IEPG	Informe Económico del Presidente del Gobierno
Imsero	Instituto de Mayores y Servicios Sociales
INE	Instituto Nacional de Estadística
ISFAS	Instituto Social de las Fuerzas Armadas
LBD	Libro Blanco de Dependencia
MTAS	Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
MUFACE	Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado
MUGEJU	Mutualidad General Judicial
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
PIB	Producto interior bruto
SAAD	Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia
SEEPROS	Sistema Europeo de Cuentas Integradas de Protección Social
SISAAD	Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia

La creación del Sistema Nacional de Dependencia: origen, desarrollo e implicaciones económicas y sociales

Elisa Díaz Martínez

Economista

Sara Ladra Álvarez

Economista

Néboa Zozaya González

Economista

La atención a las personas con dependencia es uno de los principales retos sociales de las economías desarrolladas. En España, en torno al 6% de la población necesita asistencia para desarrollar las actividades cotidianas. Sin embargo, hasta 2006 España carecía de un sistema nacional de atención a la dependencia, en contraste con otros países europeos. El esquema tradicional de protección era la Ley General de la Seguridad Social, además de otras ayudas, diseñadas y proporcionadas por las comunidades autónomas (CC AA), que generaban desigualdades en su cobertura y acceso.

En 2006 se aprueba la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia, que crea el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). Este sistema, que estará en pleno funcionamiento en 2015, tiene como objetivo cubrir la laguna de atención que los dependientes tienen en nuestro país, facilitando a dichas personas una atención pública de calidad, con el nivel de dependencia como único criterio de acceso. El SAAD se suma así a otras prestaciones del Estado de Bienestar. Este documento describe la situación de partida de la atención a la dependencia en España con respecto a otros países y caracteriza el SAAD analizando sus efectos económicos y sociales. Se presta especial atención a las repercusiones en la generación de riqueza y creación de empleo, así como al impacto por razón de género y sobre el gasto en protección social, que se aproximará notablemente al europeo.

Aunque ha transcurrido poco tiempo desde la puesta en marcha del SAAD, ya se han producido los principales desarrollos normativos, y es posible identificar los primeros puntos débiles de su puesta en marcha. Si bien el desarrollo normativo de la Administración Gene-

ral del Estado está prácticamente finalizado, en el autonómico se observan divergencias en el tiempo empleado y el contenido de las normas, a lo que se suma que no todas las CC AA han finalizado el proceso. Algunos puntos débiles en la implantación del SAAD serían la necesidad de mejora del sistema informático, la falta de flexibilidad de los Programas Individuales de Atención o la carencia del personal administrativo necesario para gestionar el nuevo sistema. A medio plazo, deberían desarrollarse otras actuaciones, como la mayor movilización del sector privado en la provisión de servicios o la generación de empleo cualificado dedicado al cuidado de las personas con falta de autonomía personal. Para mejorar la implantación del sistema se hacen las siguientes recomendaciones:

Para mejorar el desarrollo reglamentario de la Ley:

- Intensificar la cooperación entre todas las administraciones, así como entre las administraciones y los agentes sociales y las organizaciones del sector.
- Promover la modificación de las normas que no se ajustan del todo a la Ley, así como el respaldo jurídico, técnico y económico de todos los acuerdos del Consejo Interterritorial.

Para asegurar la aplicación de la Ley:

- Mejorar la aplicación del baremo a través de la formación continua y de su evaluación continuada.
- Determinar los costes reales de los servicios del catálogo para cada grado y nivel y decidir la participación de cada Administración y del usuario en ellos.

Para mejorar la calidad de los centros y las prestaciones:

- Mantener el esfuerzo presupuestario de todas las administraciones de manera continuada en el tiempo.
- Mejorar la coordinación entre el sistema sanitario y el SAAD para evitar la duplicación de servicios y asegurar su calidad.
- Definir de forma transparente y con certidumbre regulatoria el marco general de funcionamiento de los centros de asistencia para incentivar por igual la iniciativa pública y la privada.
- Establecer planes de mejora para que los centros se adecuen a los criterios de acreditación de los centros acordados en el Consejo Territorial.
- Evaluar la necesidad de nuevo personal para formar a los equipos de valoradores.
- Analizar las necesidades adicionales de formación que van a demandar los nuevos empleos, para evitar el desfase y colapso del sistema educativo.
- Realizar una primera evaluación del funcionamiento y rendimiento del sistema por parte de representantes de todas las administraciones.

Para agilizar el funcionamiento del Sistema de Información del SAAD:

- Mejorar la coordinación entre administraciones para asegurar un funcionamiento del sistema informático correcto y en tiempo real.
- Mejorar la estructura del sistema informático para facilitar la gestión a las CC AA.
- Completar la información estadística de interés para poder evaluar el funcionamiento del sistema en profundidad.

Introducción

La extensión de la esperanza de vida constituye uno de los principales hitos de los países desarrollados. En sólo medio siglo, en Europa Occidental se ha pasado de vivir de media 67 años a vivir 80 años. No obstante, el alargamiento de la vida va inexorablemente unido a una mayor incidencia de enfermedades en el último tramo vital.

El envejecimiento poblacional, junto con la menor tasa de fecundidad característica en las economías desarrolladas, provoca que aumente el peso de la población mayor de 65 años con respecto a la población total, fenómeno que se agudizará en las próximas décadas, especialmente en algunos países, entre ellos España, tal y como reflejan las pirámides de población del Gráfico 1.

De hecho, el segmento de población española mayor de 65 años pasará de suponer el 16% de la población total en 2008 al 32% en 2050, según las previsiones de Eurostat. Asimismo, el porcentaje de mayores de 80 años se triplicará en las próximas cuatro décadas, desde el 4,6% actual al 11,3% previsto para 2050.

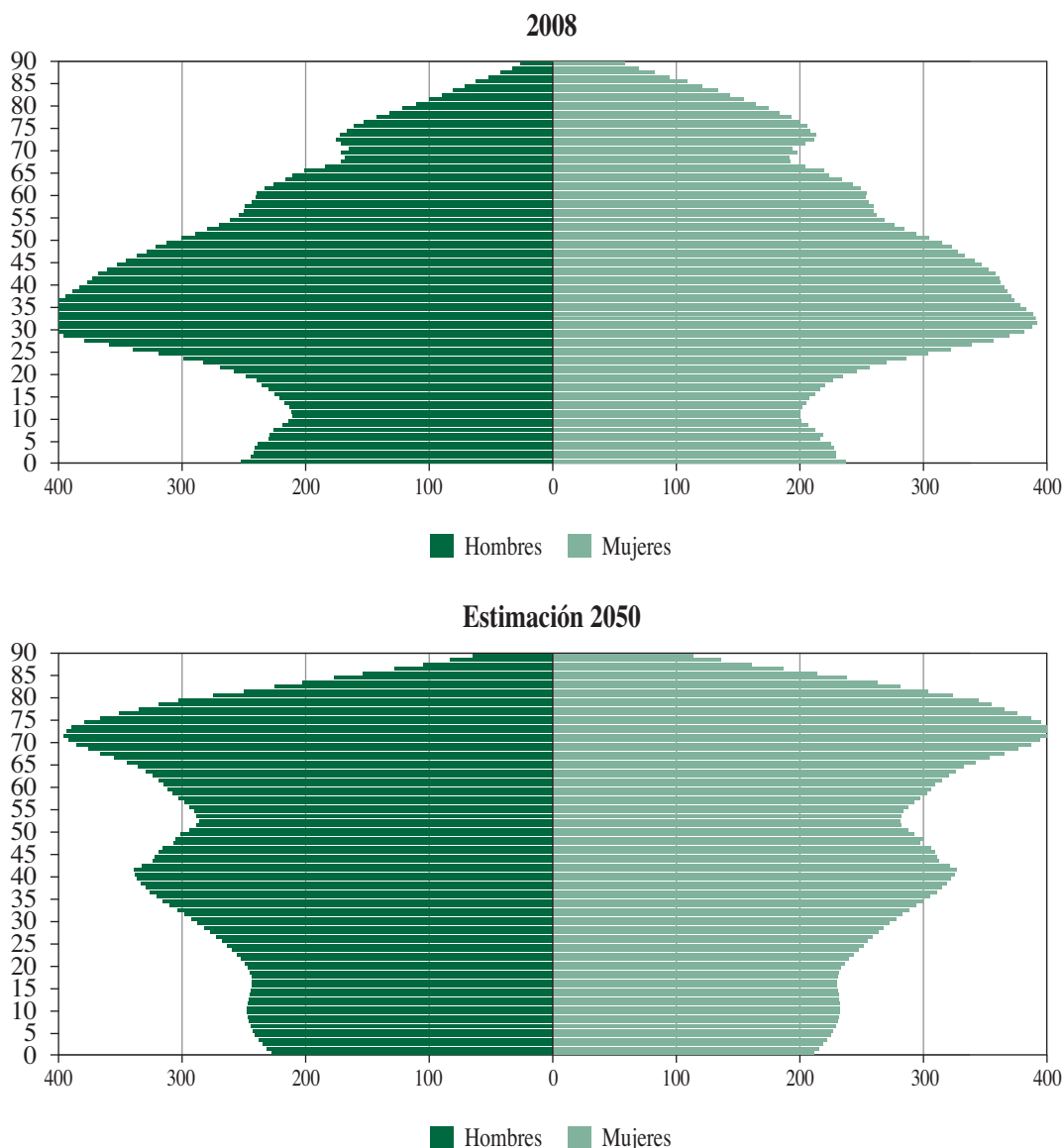
Precisamente estos segmentos de población son los que cuentan con mayores problemas potenciales para llevar a cabo las actividades cotidianas con autonomía. Además, la creciente incorporación de la mujer al mercado laboral, la menor tasa de natalidad y los cambios en los estilos de vida han propiciado que pierda peso el apoyo informal a las personas con discapacidad por los cuidadores informales, en su mayoría mujeres de edad media, pauta que se va a agudizar en el futuro.

Por tanto, cada vez son más las personas que necesitan apoyo para realizar las actividades cotidianas, pero cada vez son menos los cuidadores que, de manera informal, pueden ocuparse de ellas. De esta manera, la atención a la dependencia debe abordarse como uno de los principales retos a los que nos enfrentamos, tanto desde una perspectiva social como desde un punto de vista de solidaridad intergeneracional.

El Consejo de Europa definió en 1998 el concepto de dependencia como “la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana” o, de manera más precisa, como “un estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referidos al cuidado personal” (Comisión Europea, 1998).

En España, la atención a las personas con dependencia ha sido tradicionalmente un servicio selectivo regulado por la Ley General de la Seguridad Social, transferido a las comunidades autónomas (CC AA) y eminentemente privado e informal. En 2006, con la puesta en marcha del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), este derecho subjetivo de la población se convirtió en servicio universal, constituyendo el llamado cuarto pilar del Estado de Bienestar junto con el sistema educativo, el Sistema Nacional de Salud y el sistema de pensiones.

Gráfico 1. Pirámide poblacional para España en 2008 y 2050



Fuente: Elaboración propia a partir de Eurostat.

1. Situación de partida

El diseño de un sistema nacional de atención a la dependencia adaptado a las necesidades reales requiere un análisis previo de la situación de partida, caracterizando el grupo de personas dependientes, así como el de sus cuidadores. Asimismo, conviene analizar el sistema existente antes de la creación del SAAD, haciendo hincapié en las diferencias entre CC AA y con otros países.

1.1 Análisis sociodemográfico de los dependientes

La Comisión Europea estima que aproximadamente el 20% de la población europea mayor de 65 años sufre algún tipo de dependencia, calificada como la dificultad moderada, grave o total para realizar las actividades de la vida cotidiana –cuidado personal, movilidad y funcionamiento mental básico–. En España, la cifra oscila entre el 11% y el 35%, dependiendo de la fuente utilizada y el grado de gravedad contemplado¹.

Según la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999, en ese año había en España 2.285.000 personas con algún tipo de discapacidad², incluyendo todos los grados de gravedad y todas las edades, lo que equivale al 5,7% de la población. De este grupo, el 64% son mujeres y dos terceras partes han superado la edad de jubilación, mientras que sólo un 6% tiene menos de 30 años. Atendiendo a la franja de más de 65 años, el porcentaje de personas en edad de jubilación con alguna discapacidad asciende al 22%, en línea con Europa.

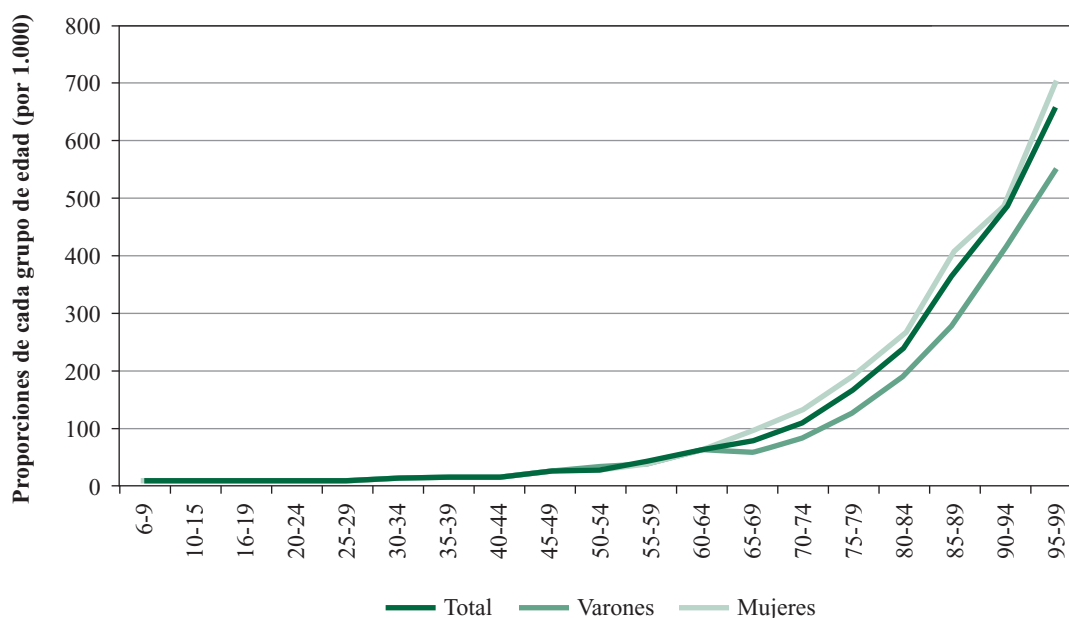
1 El 11% según el Libro Blanco de Dependencia, si se contempla sólo la dependencia severa o total, y el 35%, según Morán (1999) con datos de la ENS 1993, considerando todos los tipos de dependencia para las actividades de la vida diaria.

2 Discapacidad para alguna de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (ABVD + AIVD). Las actividades de la vida diaria consideradas son: realizar cambios de las posiciones del cuerpo; levantarse, acostarse; desplazarse dentro del hogar; deambular sin medio de transporte; asearse; controlar las necesidades; vestirse; comer y beber; encargarse de las compras, de las comidas, de la limpieza y mantenimiento de la casa, del planchado de la ropa y del bienestar de los miembros de la familia.

No obstante, si atendemos exclusivamente a las personas con discapacidad para alguna de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD³), el Libro Blanco estima que, antes del SAAD, el grupo de dependientes ascendía a casi 1.486.000 personas, de las cuales el 57% presentaba una discapacidad severa o total. En otras palabras, el 3,7% de la población española tenía problemas para realizar las actividades cotidianas de la vida con autonomía y el 2,1% tenía problemas graves o imposibilidad total. Entre los mayores de 65 años, estos porcentajes aumentan hasta el 15% y el 11%, respectivamente. Por tanto, la prevalencia de la dependencia se incrementa exponencialmente con la edad, tal y como muestra el Gráfico 2, y es más acusada para las mujeres.

Por grupos de edad, las personas en edad de jubilación representan dos terceras partes de las personas con discapacidad, mientras que los menores de 25 años sólo constituyen el 3% del total estimado, tal y como muestra el Gráfico 3.

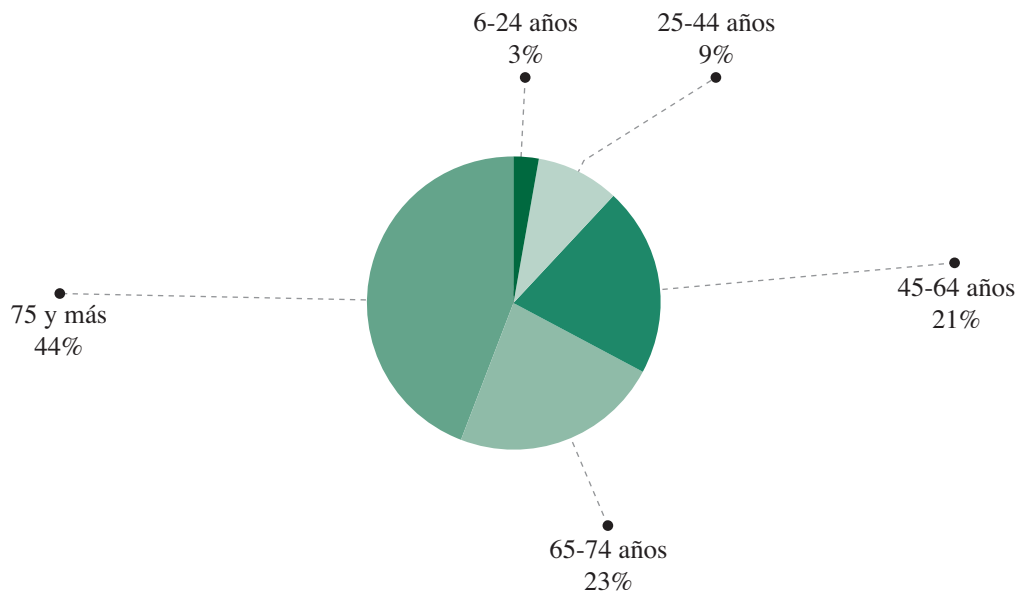
Gráfico 2. Prevalencia de las situaciones de discapacidad por edad y género, 1999



Fuente: Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, INE 1999.

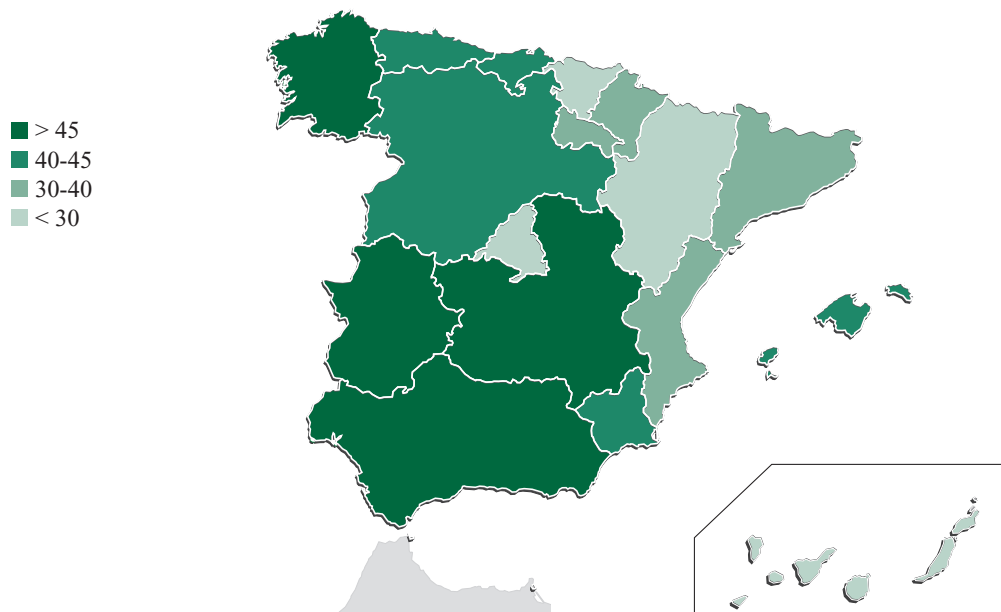
3 Son las actividades imprescindibles para subsistir de forma independiente: actividades de autocuidado (asearse, vestirse y desnudarse, poder ir solo al servicio, poder quedarse solo durante la noche, comer, etc.) y de funcionamiento físico (desplazarse dentro del hogar) y salud mental básica (reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar instrucciones y/o tareas sencillas).

Gráfico 3. Distribución de las personas con discapacidad para las ABVD por edades, 1999



Fuente: Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, INE 1999.

Gráfico 4. Prevalencia de la discapacidad para las ABVC, 1999. Media España = 40

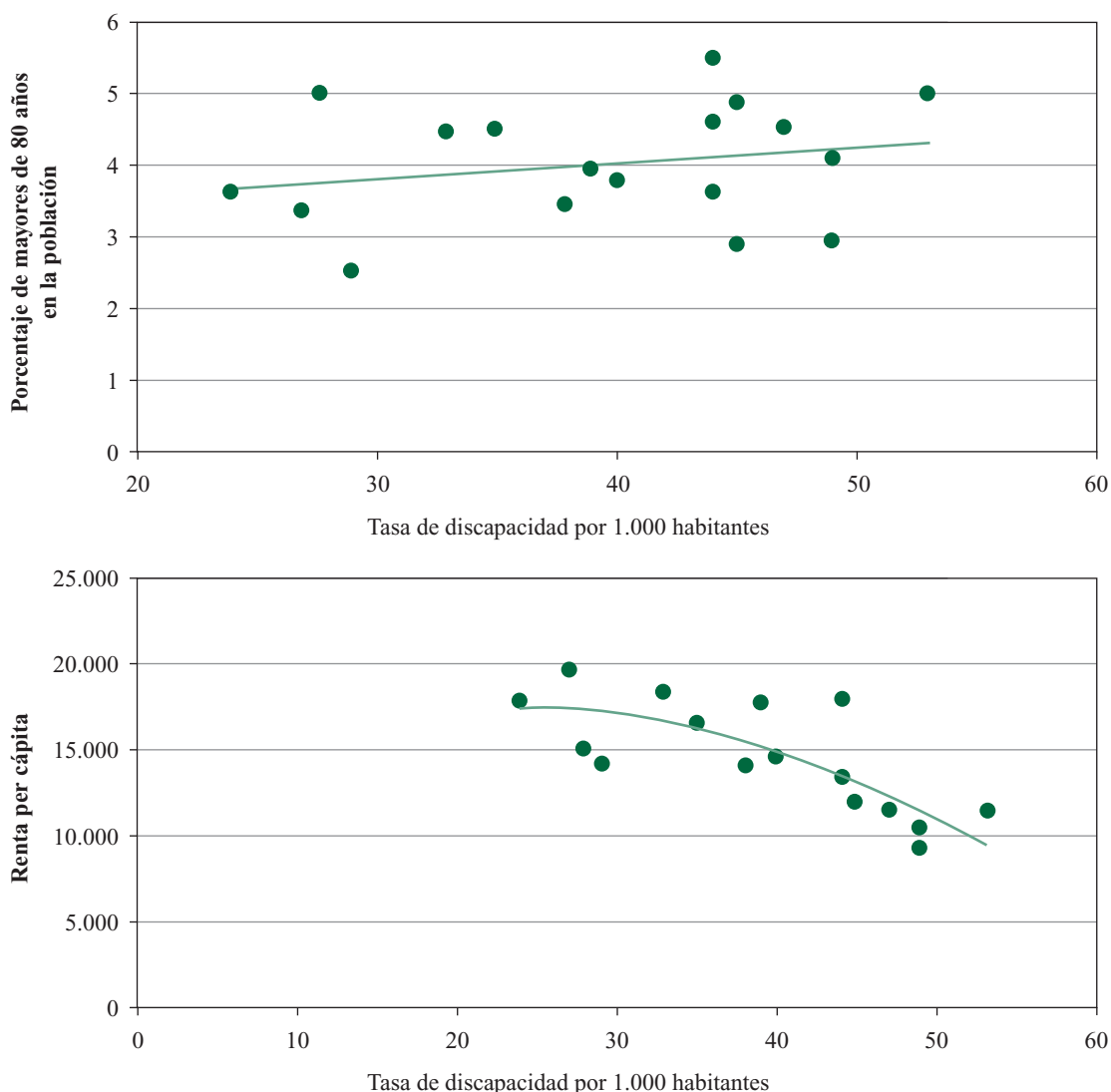


Fuente: Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, INE 1999.

La prevalencia de la discapacidad difiere asimismo entre CC AA. Las regiones con mayor proporción de personas con discapacidad para las actividades básicas de la vida son Galicia, Extremadura, Andalucía y Castilla la Mancha, mientras que la prevalencia del País Vasco, Madrid, Aragón y Canarias es relativamente baja, tal y como se observa en el Gráfico 4.

Como se puede apreciar en el Gráfico 5, las diferencias regionales en tasas de discapacidad parecen estar relacionadas más con diferencias en renta per cápita y en dispersión de

Gráfico 5. Tasa de discapacidad por 1.000 habitantes frente a porcentaje de mayores de 80 años en la población y renta per cápita por CC AA, 1999



Fuente: Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, INE 1999.

la población que con diferencias en el grado de envejecimiento poblacional regional. Por tanto, la disparidad parece que tiene que ver con diferencias en el nivel educativo y socioeconómico de la población, con el acceso a los servicios sanitarios, especialmente a los de prevención a lo largo de la vida y, tal y como veremos más adelante, con divergencias en el desarrollo de políticas públicas autonómicas o locales. La discapacidad es el resultado de un complejo número de factores que afectan a los hábitos de vida de los ciudadanos desde el nacimiento, y estos factores están muy relacionados con su nivel educativo y de renta, así como con el acceso que tienen a servicios públicos, especialmente los sanitarios, viéndose desfavorecidas las zonas rurales frente a las urbanas.

Por otro lado, resulta interesante analizar el tipo de cuidados que reciben las personas con discapacidad. Según el INE, en 1999 recibían ayudas de asistencia personal 1,67 millones de personas en España, lo que equivale al 4,2% de la población nacional en ese año y al 59% de las personas con alguna discapacidad para realizar las actividades de la vida diaria.

La familia es el proveedor principal de la ayuda asistencial (79%), y la asistencia pública y la privada son minoritarias, con el 7% y el 13% del total, respectivamente. En las personas que superan la edad teórica de jubilación, el porcentaje de la ayuda privada asciende hasta el 15%. Por su parte, siete de cada diez casos de discapacidad son atendidos en el domicilio, y el porcentaje es menor en las personas de más edad (65%) y mayor en el resto (84%). Cabe destacar que las mujeres utilizan en mayor proporción los servicios privados que los varones (el 16% de las mujeres dependientes frente al 8% de los hombres con discapacidad que reciben asistencia).

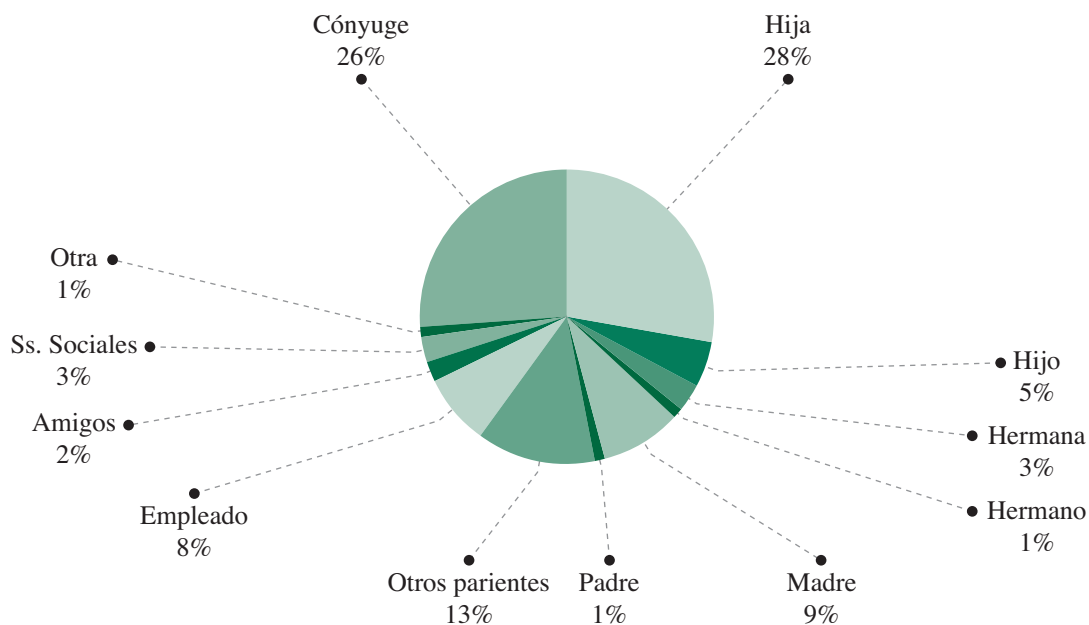
Respecto a la duración de la ayuda, el 40% de los casos contemplados recibe una asistencia superior a 40 horas semanales, mientras que las ayudas de siete horas o menos a la semana son comunes en el 15% de los casos.

En el Gráfico 6 se recoge el tipo de cuidador principal de las personas con discapacidad que reciben asistencia a domicilio. Como se puede apreciar, suelen ser los familiares (en un 85% de los casos) quienes se ocupan de la persona dependiente. Más concretamente, en más de la mitad de los casos es el cónyuge o la hija quien se ocupa de ella.

Por tanto, a grandes rasgos se observa que la mayor parte de la carga asistencial recae sobre el colectivo de mujeres. Las familiares más cercanas (madre, hija o hermana) se encargan en un 40% de los casos de la persona con discapacidad, mientras que los familiares varones más cercanos sólo suponen el 7% de los cuidadores principales. No obstante, existen importantes diferencias según el tramo de edad contemplado, por lo que se requiere un análisis más preciso, como el que se detalla en el Gráfico 7.

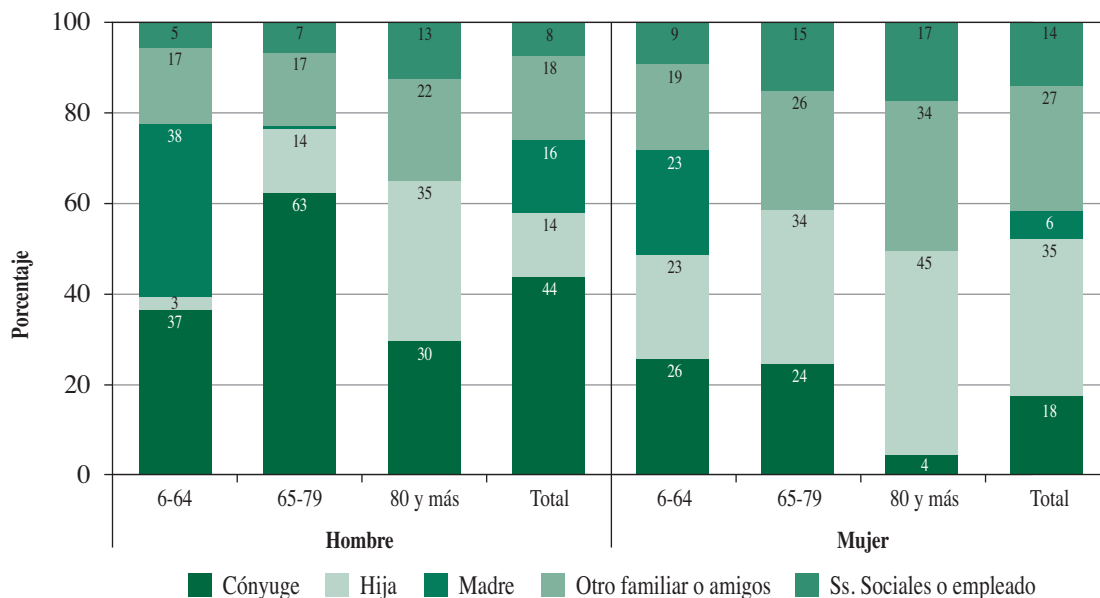
El vínculo del cuidador depende en gran medida de la edad del dependiente, pero también de su sexo. Así, la figura de la madre es importante en las edades anteriores a la jubilación, y más relevante para los hombres que para las mujeres, pero desaparece después

Gráfico 6. Distribución porcentual del cuidador principal, 1999



Fuente: Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, INE 1999.

Gráfico 7. Distribución porcentual del cuidador principal, por sexo y rango de edad de la persona con discapacidad, 1999



Fuente: Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, INE 1999.

por la estructura de la población. En edades avanzadas, la figura de la cuidadora la suele ocupar la hija en sustitución de la madre.

También se observa una pauta de cuidadores diferenciada según el sexo del dependiente, originada por la mayor esperanza de vida de la mujer, pero también por la menor tasa de actividad de las mujeres. Así, los varones son atendidos primordialmente por su mujer, madre o hija, mientras que las mujeres que requieren asistencia personal reparten la carga entre más agentes. Así, en las edades más jóvenes su carga está distribuida de forma relativamente equilibrada entre todos los agentes contemplados, y en las edades avanzadas son la hija y otros familiares los que se encargan de ellas en mayor medida, y no tanto el cónyuge. Precisamente, la menor implicación del marido en los cuidados o su falta lleva consigo que las mujeres dependientes demanden en mayor grado los servicios sociales o la contratación de un empleado para realizar la ayuda asistencial.

1.2 Análisis sociodemográfico de los cuidadores

El cuidado informal ha sido y es la principal ayuda que reciben las personas con discapacidad en España. En 2004, según datos del Imsero, había en España 950.528 cuidadores informales, lo que equivale al 6% de la población adulta.

Las características sociodemográficas de los cuidadores distan mucho de las de la población española general. La gran mayoría de los cuidadores son mujeres (83,6%) de edades intermedias (el 57,5% tiene entre 40 y 59 años). Respecto a la edad de los cuidadores, la carga de los cuidados se ha concentrado en los últimos años en el tramo de edad entre los 40 y 59 años. En 2004, el porcentaje de mujeres y hombres en esta edad alcanzó el 71%, en el caso de las mujeres, y el 76% en el de los hombres, frente al 64% y 56%, respectivamente, de hace una década. Esto ha dado paso a la denominada “generación sándwich”, así llamada porque dicho grupo de personas tiene que ocuparse de sus padres, que cuentan con una mayor esperanza de vida, a la vez que de sus hijos, todavía jóvenes por el retraso en la edad media de fecundidad y cuya independencia económica se retrasa cada vez más.

El estado civil del grupo de cuidadores también difiere del de la población española general. Tres cuartas partes de los cuidadores son personas casadas, mientras que, de media, en España, sólo el 58% de la población adulta presenta este estado civil.

Por otro lado, y como ya vimos en el apartado anterior, una tercera parte de los cuidadores se encarga de un miembro de la generación inmediatamente anterior de su familia (es predominante el papel de las hijas), mientras que un 26% cuida a su pareja dependiente. Aunque el vínculo del cuidador varía según el sexo y la edad del dependiente, en general son las esposas, madres e hijas quienes se ocupan de los dependientes varones,

mientras que existe mayor variabilidad entre los que asisten a las mujeres con necesidad de cuidados. De todos modos, la ayuda informal se reparte ahora más entre varias personas que hace una década. Debe destacarse asimismo el creciente papel de la inmigración en los cuidados informales. En la última década, el peso de este colectivo como cuidador informal pasó del 2% al 9% (Jiménez-Martín, 2007).

Respecto al nivel educativo de los cuidadores informales, es sustancialmente inferior al medio de la población activa. El porcentaje de cuidadores con estudios superiores es la mitad que entre la población activa. Por su parte, 6 de cada 10 cuidadores carece de estudios secundarios, proporción muy superior a la media de la población general, donde sólo 4 de cada 10 carece de dicho nivel de estudios.

Las mujeres cuidadoras sin estudios han pasado del 30% en 1994 al 16% en 2004. Sin embargo, pese a esta mejora, la proporción de cuidadoras sin estudios es todavía cuatro veces superior a la de la población activa. Entre los hombres también hay importantes diferencias. El porcentaje de cuidadores varones sin estudios, que apenas ha variado en la última década, es del 24%, 8 puntos porcentuales por encima del de las mujeres. Esto pone de manifiesto la posterior dificultad de este último grupo para encontrar un empleo.

Por último, la mayor parte de los cuidadores son inactivos (el 73%), frente al 51% de la población general. En el rango de edad más joven (20-29), apenas hay diferencias respecto del conjunto nacional. Sin embargo, en el resto de rangos etarios sí existen importantes discrepancias. Las diferencias más acusadas corresponden a la tasa de actividad de las mujeres. Por ejemplo, en el rango 30-39 años, las cuidadoras tienen una tasa de actividad del 48% frente al 65% de la media nacional, y en el rango 40-49 años la tasa varía entre el 29% de las cuidadoras y el 43% del total. Por su parte, el porcentaje de cuidadoras que declara trabajar sólo en el hogar ha pasado del 60,3% en 1994 al 52,5% en 2004, tasa que continúa siendo elevada en comparación con otros países. Por ejemplo, en el Reino Unido, el 72% de los cuidadores trabaja a la vez que da apoyo al dependiente.

En este punto cabe plantearse la causa de esta variable, pues no es lo mismo que los cuidadores se vean obligados a dejar de trabajar para atender a otra persona, que el hecho de que sean precisamente los inactivos quienes se ocupan de las personas con discapacidad.

Además, la probabilidad de encontrar trabajo disminuye para las mujeres que se convierten en cuidadoras antes de formar parte de la población activa un 2,5% en los países mediterráneos y un 3,5% en los continentales (Casado *et al.*, 2008). En cambio, la probabilidad no varía para las cuidadoras que trabajaban en el mercado laboral antes o durante el apoyo informal.

1.3 El modelo de atención a las personas con discapacidad antes del SAAD

Hasta la entrada en vigor del SAAD, aquellas personas con algún grado de invalidez sólo podían acogerse a las prestaciones y beneficios por invalidez recogidos en la Ley General de la Seguridad Social de 1994 en su modalidad contributiva y no contributiva.

De acuerdo con la modalidad contributiva, la invalidez permanente se clasifica en distintos grados. Se califica como personas con “gran invalidez” a aquellas “afectadas de una invalidez permanente y que, por consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesiten la asistencia de otra persona para los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos”. Los beneficiarios, habiendo cubierto un periodo mínimo de cotización al Régimen General de la Seguridad Social, tienen derecho a una pensión básica vitalicia que se ve incrementada con un complemento equivalente al 50% de esta pensión para remunerar al cuidador. A petición del beneficiario, este incremento puede sustituirse por su alojamiento o cuidado, a cargo de la Seguridad Social y en régimen de internado, en una institución asistencial adecuada. De acuerdo con la nueva Ley 40/2007 de Reforma de la Seguridad Social, se prevé que este complemento sea la suma del 50% de la base mínima de cotización y el 25% de la base de cotización correspondiente del trabajador. Además, se reduce el periodo mínimo de cotización requerido para acceder a esta prestación.

Las pensiones contributivas de “gran invalidez” apenas suponen el 3,5% del total de pensiones contributivas por invalidez (el 55% son pensiones por invalidez permanente total y el 43% por invalidez permanente absoluta)⁴. En lo que llevamos de año (de enero a agosto de 2008), se han concedido 31.550 pensiones de “gran invalidez” por un importe medio mensual de 1.558 euros.

En el caso de las pensiones no contributivas por invalidez, se consideran beneficiarias aquellas personas afectadas por una minusvalía o por una enfermedad crónica, en un grado igual o superior al 65% que, entre otros requisitos, carezcan de rentas o ingresos suficientes. Las personas que cumplan estos requisitos tienen derecho a percibir una pensión de invalidez fijada, en su importe anual, por la correspondiente Ley de Presupuestos Generales del Estado. Si la minusvalía o enfermedad crónica es igual o superior al 75% y como consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales necesitan el concurso de otra persona para desplazarse, comer o análogos, además, tendrán derecho a un complemento equivalente al 50% de este importe.

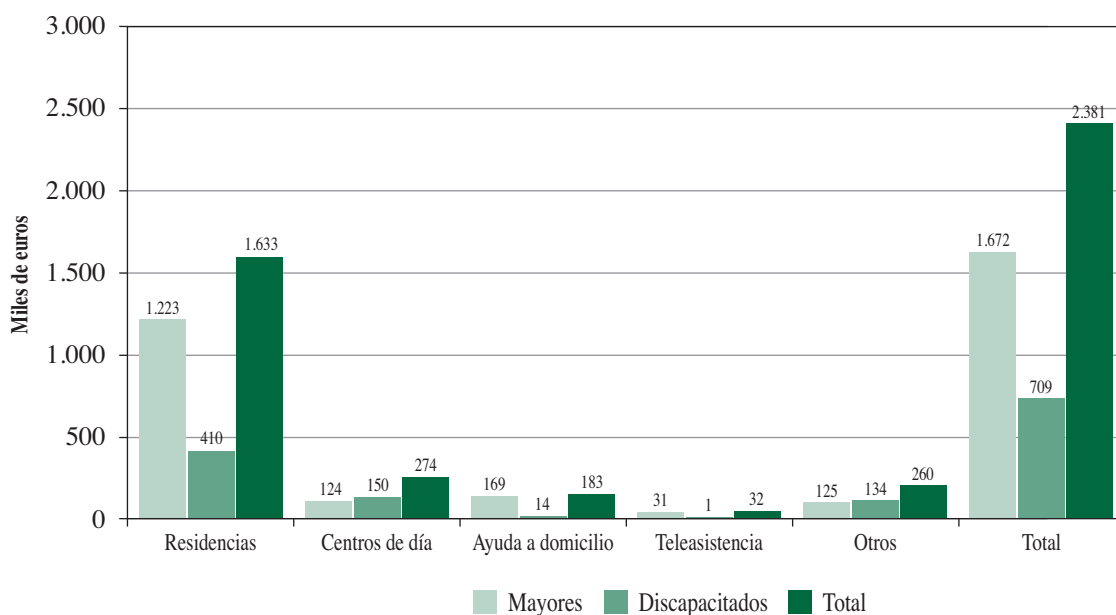
4 Se considera invalidez permanente total para la profesión habitual la que inhabilite al trabajador para la realización de todas o de las fundamentales tareas de dicha profesión, siempre que pueda dedicarse a otra distinta; la invalidez permanente absoluta para todo trabajo es aquella que le inhabilita para toda profesión u oficio.

De acuerdo a los Presupuestos Generales del Estado 2008, la cuantía básica anual para un grado de invalidez del 65% es de 4.598 euros. Si a esto se suma el complemento del 50%, la pensión no contributiva por invalidez alcanza los 6.897 euros anuales. Según las estadísticas del Imsero, entre enero y agosto de 2008 se registró una media de 200.178 beneficiarios de esta modalidad de prestaciones no contributivas de la Seguridad Social⁵.

Siguiendo la metodología empleada por el Libro Blanco de Dependencia, se observa cómo el gasto en protección social a la dependencia ha crecido de manera continuada en el periodo comprendido entre 1995 y 2004. El crecimiento interanual medio del gasto total en dependencia ha sido del 11,5% en términos corrientes, al pasar de 1.015 millones de euros en 1995 a 2.767 millones de euros en 2004, lo que supuso pasar del 0,23% al 0,33% del PIB. Como proporción del gasto en protección social, el gasto total en dependencia ha pasado de suponer el 1,1% al 1,6% en el mismo intervalo de tiempo.

En este sistema asistencial, el 86% del presupuesto para la protección social a la dependencia se destinaba a la prestación de servicios, y el restante 14% iba dirigido a prestaciones monetarias, tal y como recoge el Gráfico 8. Dentro de la prestación de servicios,

Gráfico 8. Distribución del presupuesto en dependencia de las CC AA por tipo de recursos y colectivos, 2004



Fuente: MTAS, 2004.

⁵ A partir de enero de 2001, los beneficiarios de las pensiones de invalidez con 65 años o más pasan a computarse como beneficiarios de pensiones de jubilación.

la mayor parte del presupuesto (80%) se destinaba a los recursos institucionalizados. En concreto, la atención residencial constituía la principal forma de asistencia, que concentraba el 69% del presupuesto (el 73% en el caso de los mayores de 65 años), seguida de la atención en centros de día con el 11,5% (21% para las personas discapacitadas). En el caso de la población mayor de 65 años, después de la atención residencial se destina una mayor proporción de recursos a la ayuda a domicilio (10%).

Las prestaciones monetarias de la Seguridad Social y de las mutualidades⁶ daban cobertura a distintas situaciones de dependencia, tanto de carácter contributivo como no contributivo o asistencial. En 2004, un total de 133.400 personas se beneficiaron de los 372 millones de euros destinados a prestaciones monetarias, correspondiendo sólo el 4% de ellos a mutualidades. Por tanto, el gasto medio por beneficiario fue de 2.792 euros por año. Por su parte, en 2003, 324.500 personas se beneficiaron de las prestaciones de servicios, de las cuales el 83% eran mayores de 65 años.

Como ya hemos mencionado, la atención a las personas en situación de dependencia era muy heterogénea entre regiones antes de la implantación del SAAD, si bien algunas pautas eran relativamente comunes. Todas las CC AA incluían en su cartera de servicios de atención primaria la prevención y detección de problemas en personas mayores y la atención domiciliaria a inmovilizados. Algunas regiones cubrían también la educación para la salud a grupos de cuidadores y la atención a personas mayores en riesgo social.

En el ámbito de la atención sanitaria especializada, la atención de las necesidades de las personas dependientes era asumida principalmente por las unidades geriátricas de los hospitales y por unidades de media estancia. En Cataluña se establecieron hospitales de día geriátricos. Por su parte, no todas las CC AA contaban con unidades de larga estancia para estas personas. Asimismo, existe una gran variabilidad en la asistencia domiciliaria. Algunas regiones, como Madrid y Castilla-La Mancha, desarrollaron servicios de geriatría domiciliaria, mientras que otras, como Valencia, Cataluña o Galicia, establecieron unidades de hospitalización a domicilio dependientes de servicios hospitalarios.

Los esquemas de copago también diferían entre regiones. Así, algunas CC AA establecían como copago máximo el coste de la plaza, mientras que en otras primaba un precio público. La mayor parte de las regiones utilizaba un porcentaje uniforme de la renta de los individuos como copago, si bien distinto según las CC AA, mientras que algunas, como Madrid o la Comunidad Valenciana, utilizaban porcentajes variables para calcular los copagos. Estas reglas establecían unos copagos heterogéneos entre regiones, que fluctuaban entre el 75% de los ingresos en Andalucía, los dos archipiélagos o las dos Castillas, y el 100% en Cataluña.

6 MUFACE, ISFAS, MUGEJU.

Varias CC AA han tenido planes propios de atención a la dependencia, entre ellas Andalucía a partir de 1999, Castilla-La Mancha para el periodo 1998-2002, la Comunidad de Madrid desde 1998 y Canarias desde 1997. Dentro de ellos o de forma independiente se pusieron en marcha programas sociosanitarios, en los que en unos casos predominaba la atención y orientación sanitaria (Cataluña, Castilla y León o la Comunidad Valenciana), la social (País Vasco) o ambas (Galicia y Cantabria) (Rodríguez Cabrero, 2004). El programa vasco Sendian proporcionaba ayuda integral a las familias: formación para cuidadores, apoyo psicológico, participación en grupos de autoayuda, exenciones fiscales, prestaciones económicas y la posibilidad de que un voluntario colabore atendiendo al dependiente.

Los programas dirigidos directamente a los cuidadores informales son testimoniales en España. La Ley 39/1999 reconoce derechos específicos a las personas que cuidan a personas mayores dependientes, ya que pueden reducir su jornada laboral renunciando a una parte proporcional de su sueldo, y solicitar una excedencia de hasta un año. Los cuidadores informales en edad de trabajar carecen de exenciones fiscales, si bien es posible que el desarrollo reglamentario del código legal amplíe los incentivos fiscales a dependientes y sus cuidadores. Entre los programas autonómicos destacaban el madrileño Ayudamos a quien te ayuda, que ofrece 2.700 euros al año a las familias que cuidan a un dependiente, siempre que sus ingresos no superen los 10.025 euros anuales, y el catalán Vivir en familia, que otorgaba una prestación de casi 2.900 euros anuales.

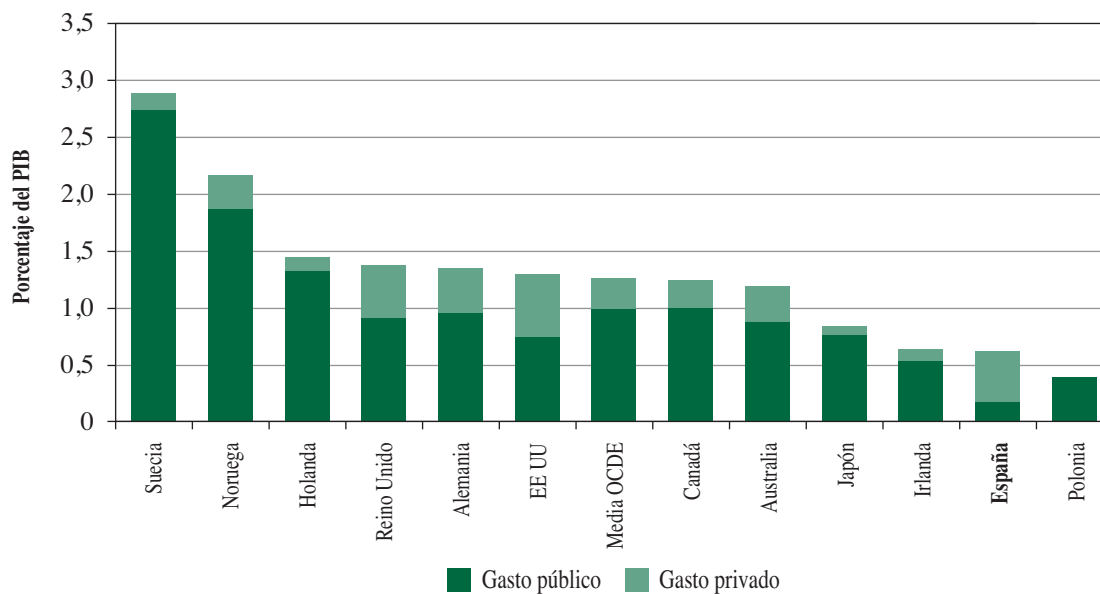
1.4 Perspectiva internacional de la atención a la discapacidad

El envejecimiento poblacional es un hecho común en todos los países desarrollados y la mayoría de ellos cuenta con un sistema de atención a la dependencia. Un análisis somero del gasto público y privado dedicado a los cuidados de larga duración permite observar importantes diferencias entre países. Así, el gasto fluctúa entre el 0,5% y el 3% del PIB en los 19 países más avanzados de la OCDE, siendo en general el gasto público mayor que el privado, con la excepción de España, como se observa en el Gráfico 9 (OCDE, 2005)⁷.

En general, el gasto en cuidados de larga duración ha aumentado a lo largo de las últimas décadas en los países desarrollados, de forma paralela a la instauración de programas específicos de atención a la dependencia. La tendencia mayoritaria ha sido la de prestar mayor atención a los cuidados a domicilio, tanto incorporando cuidadores formales como remunerando los informales. Aun así, la atención institucionalizada es la predominante en el gasto en cuidados de larga duración de la OCDE, tanto público (65%) como privado (76%), como se refleja en el Gráfico 10.

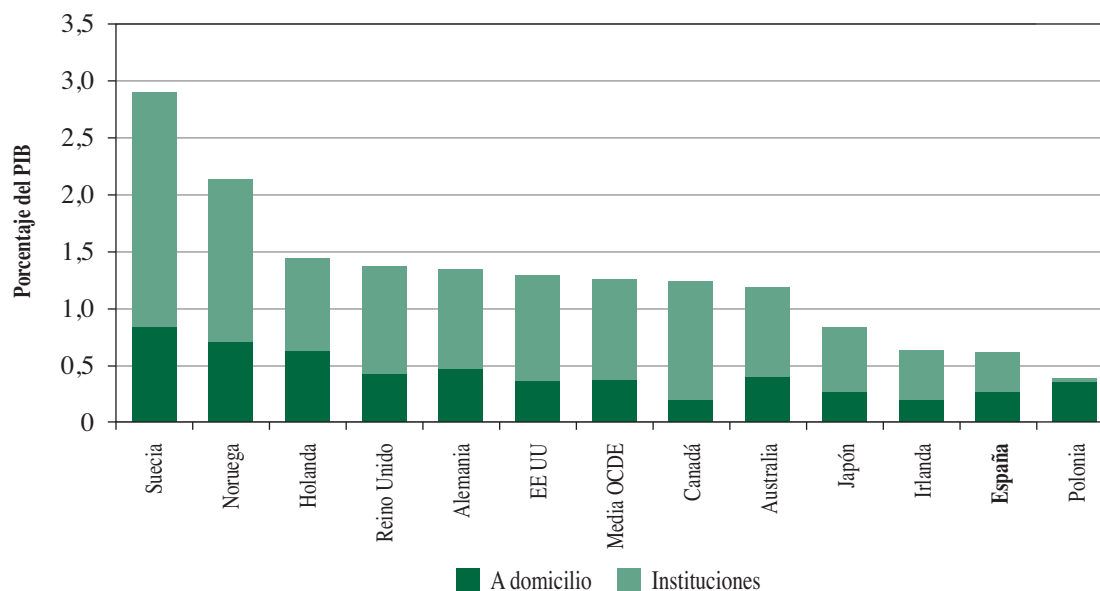
7 Debe aclararse que el dato de gasto en atención a la dependencia sobre PIB señalado en el apartado 1.3 para España (0,33%) no concuerda con el facilitado por la OCDE sobre gasto en cuidados de larga duración (0,61%), debido a que el dato de la OCDE abarca un mayor ámbito de gasto.

Gráfico 9. Gasto público y privado en cuidados de larga duración (en % del PIB), 2000



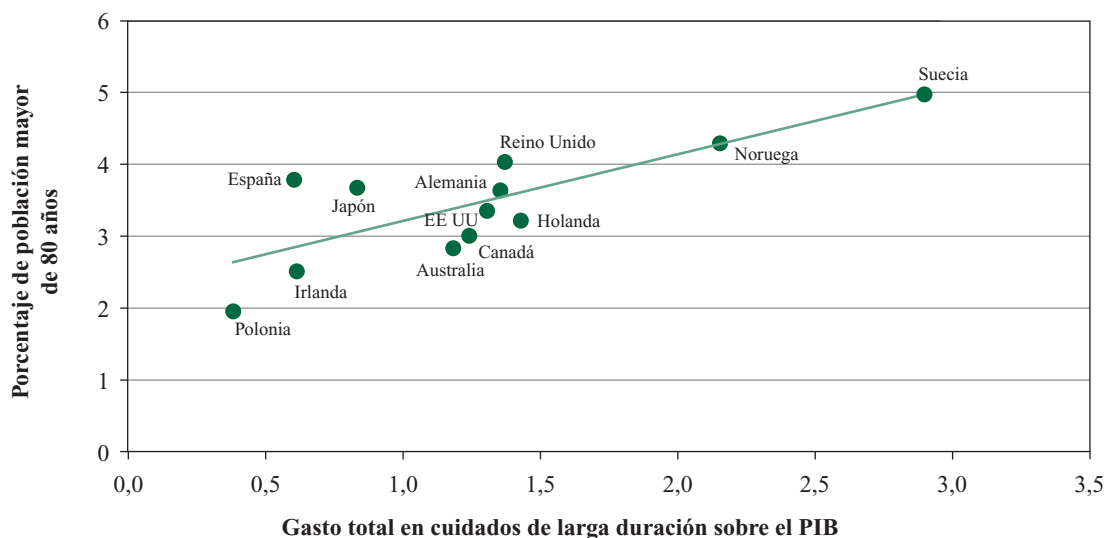
Fuente: OCDE, 2005.

Gráfico 10. Gasto en cuidados de larga duración a domicilio y en instituciones (en % del PIB), 2000



Fuente: OCDE, 2005.

Gráfico 11. Gasto en cuidados de larga duración sobre PIB frente al envejecimiento de la población, 2000



Fuente: OCDE.

Aunque parece existir cierta relación entre el gasto en dependencia y el porcentaje de población anciana, las diferencias de gasto entre países no son atribuibles en su totalidad al grado de envejecimiento poblacional, ya que, como se observa en el Gráfico 11, países con pesos semejantes de la población mayor cuentan con proporciones de gasto muy distintas. Por tanto, estas diferencias estriban en las particularidades propias de cada país, no sólo respecto a su estructura demográfica, sino también respecto a su situación socioeconómica (renta per cápita) y las características concretas de su modelo de atención a la dependencia.

Los distintos modelos de atención a la dependencia presentan trazas comunes, lo que permite agruparlos. Así, podemos distinguir entre el modelo escandinavo, propio de países como Suecia, Noruega, Dinamarca o Finlandia; el modelo continental, que agrupa a países como Alemania, Francia, Austria u Holanda; el modelo liberal, característico del Reino Unido y Estados Unidos; y el modelo mediterráneo, que incluiría a España, Italia, Portugal, Grecia y hasta cierto punto Irlanda.

El modelo escandinavo se caracteriza por su elevada inversión relativa en atención a la dependencia (>2% del PIB) y por el elevado grado de compaginación del apoyo formal e informal. Se trata de servicios de carácter universal financiados a través de impuestos. La mayor parte (un 90%) de los servicios es provista por el sector público, de manera des-

centralizada e integrada a nivel municipal, y los copagos de los beneficiarios son reducidos (Finlandia es el único país que fija un copago fijo por servicio, independientemente de la renta o coste). El elevado desarrollo de los servicios comunitarios permite, por un lado, que los mayores puedan vivir durante más tiempo solos en su propio hogar y, por otro, una menor carga de apoyo informal a sus familiares. Además, los cuidadores informales gozan de un elevado reconocimiento social, al estar más institucionalizados. No sólo reciben prestaciones económicas, ya desde mediados de los años ochenta, sino que, además, en Suecia cuentan con cuidadores sustitutos que les relevan, además de recibir apoyo y formación en grupos y la posibilidad de ser empleados directamente por el municipio.

El modelo continental engloba sistemas centroeuropeos heterogéneos, que tienen en común ser universales, tener una financiación a través de cotizaciones sociales y un seguro de dependencia orientado más hacia el apoyo a la familia cuidadora que hacia su sustitución, lo que repercute en un nivel intermedio de gasto en dependencia con respecto al PIB. Asimismo, y a pesar de la existencia de prestaciones de servicios en especie y monetarias, estos modelos tienden a favorecer la primera de esas opciones de prestación. Tanto Francia como Alemania establecen una cuantía fija de ayuda al dependiente en función del grado de dependencia y del servicio prestado, de forma que sea el dependiente quien aporte la diferencia entre la ayuda y el coste real del servicio, siendo el copago relativamente elevado. Con los fondos recaudados crean un fondo para atender la dependencia. En ambos países el gobierno central regula el sistema, mientras que las administraciones regionales se encargan de su gestión.

Francia sustituyó en 2002 su sistema de atención a la dependencia de carácter asistencial por uno universal en función de la renta, donde la coordinación sociosanitaria es de bajo nivel. Otorga prestaciones monetarias para la atención a domicilio y residencial, pero los cuidadores sólo reciben formación y asesoramiento. Por su parte, el modelo alemán de dependencia, introducido en 1995, se aplica tanto a los afiliados al seguro público obligatorio de enfermedad como a los contratantes voluntarios de un seguro de enfermedad privado. La prestación para la asistencia domiciliaria toma la forma monetaria, en especie o mixta, mientras que el internamiento (parcial o completo) se realiza en centros públicos. Alemania pone a disposición del cuidador informal un seguro de pensiones, cuatro semanas de vacaciones y cursos gratuitos de formación. La coordinación sociosanitaria es compleja, con mayor peso del sistema sanitario.

El modelo liberal de dependencia se caracteriza por prestar una protección asistencial en función de los recursos de la persona, con una financiación principalmente impositiva, en la que la provisión privada de cuidados tiene un peso importante sobre la provisión total. En el Reino Unido la prestación de servicios a la persona dependiente toma la forma tanto monetaria como en especie, y los cuidadores en edad de trabajar de baja renta también reciben una prestación. Existen copagos en función de la renta y los activos del dependiente, aunque difiere entre municipios. La competencia de evaluación y gestión es local, aunque la provisión de servicios es tanto pública como privada.

Por su parte, en Estados Unidos la atención sociosanitaria se cubre mediante seguros privados y sólo residualmente de forma asistencial, para población sin recursos, a través de los programas Medicaid y Medicare, que cubren estancias cortas de enfermería u hospitalización. También existen programas de atención a las personas en su domicilio, pero tienen muy poca importancia. A los cuidadores se les concede ayudas temporales en casa, así como asesoramiento, formación y exenciones fiscales. La gestión y evaluación es estatal, mientras que la provisión de servicios se realiza fundamentalmente a través de un mercado competitivo con proveedores privados. Los copagos dependen de los recursos económicos de las personas, pero suelen ser elevados (en torno al 40%).

Por último, el modelo mediterráneo de atención a la dependencia está asociado a un modelo de vínculos familiares más estrechos (por contar con menores tasas de divorcio, mayor convivencia entre distintas generaciones, etc.), que propicia una elevada dimensión del apoyo informal. Por este motivo, la ampliación de los servicios de atención formal a la dependencia se produjo de forma más tardía. Italia, al igual que España, acaba de culminar un proceso de modernización y extensión de la red de servicios sociales, si bien su

Tabla 1. Principales características de los modelos internacionales de atención a la dependencia en 2004

	Modelo escandinavo	Modelo continental	Modelo liberal	Modelo mediterráneo ⁽¹⁾
Países contemplados	Suecia, Noruega, Finlandia	Alemania, Francia, Austria	Reino Unido, EE UU	España, Italia
Tipo de cobertura	Universal	Universal	Asistencial	Asistencial
Vía de financiación	Impuestos	Cotizaciones sociales	Impuestos	Impuestos
Nivel de copago del usuario	Bajo (según renta y tipo de servicio)	Medio (sobre coste)	Alto (según renta+activos y coste)	Alto
Peso del cuidado informal sobre el total	Bajo	Medio	Medio	Alto
Remuneración del cuidado informal	Relativamente elevada	Variable entre países	Reducida	Reducida o inexistente
Protección social del cuidado informal	Alta (formación, apoyo, empleo, servicios de respiro)	Alta (excedencia laboral, servicios de respiro, vacaciones, formación)	Media (asesoramiento, formación, exenciones fiscales)	Reducida
Apoyo formal a domicilio	Alto	Medio	Medio	Bajo
Peso de la provisión privada sobre el total	Bajo	Medio	Alto	Alto
Tipo de prestación mayoritaria	En especie	En especie-monetaria	En especie-monetaria	Monetaria
Ámbito competencial de las ayudas	Estatual-municipal	Estatual-regional	Estatual-local	Regional
Gasto en CLD sobre PIB	>2%	1-1,5%	≈1%	<1%
Porcentaje del gasto público sobre gasto total CLD	>80%	30-80%	60-70%	<30%
Otras características	Elevado desarrollo de los servicios comunitarios	Seguro privado obligatorio en Alemania	Elevado peso de la prestación privada	Desequilibrios territoriales notables

CLD: cuidados de larga duración.

⁽¹⁾ El modelo mediterráneo incluye a España antes de la implantación del SAAD, y no contempla a Irlanda por ser un caso atípico dentro del modelo.

Fuente: Elaboración propia.

retraso es aún importante. El modelo de protección es predominantemente asistencial, con un elevado peso del sector privado en la provisión de la asistencia. Se trata de modelos poco desarrollados todavía, cuyo gasto en relación con el PIB continúa siendo reducido (<1% del PIB) en comparación con el resto de modelos.

Irlanda representa un caso particular del modelo mediterráneo, ya que cuenta con un nivel de gasto total en dependencia moderado, pero elevado si se ajusta por el porcentaje de población anciana que cubre. Se trata de un modelo relativamente arraigado en el que el apoyo informal sigue siendo importante, pero remunerado y con apoyo social (ayudas a domicilio, servicio de comidas, centros de día, enfermería comunitaria, servicios paramédicos, etc.), y con menor peso de la atención privada en el gasto total a la atención a la dependencia. Los copagos se establecen en función de los ingresos y del grado de dependencia. La Tabla 1 resume las principales características que diferencian a los cuatro modelos internacionales de atención a la discapacidad discutidos.

2. Creación del SAAD y estado de la cuestión

2.1 Objetivos y principales retos

El Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) se crea con la aprobación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia (Ley de Dependencia). El SAAD se empieza a desarrollar en 2007 con el objetivo de estar a pleno funcionamiento en 2015. Se concibe como una ampliación del Estado de Bienestar, proveyendo a los ciudadanos en situación de dependencia la atención y los cuidados necesarios para desarrollar sus actividades relacionadas tanto con el cuidado personal (vestirse, comer, bañarse, etc.) como con el mantenimiento del entorno (comprar, limpiar la casa, cocinar, etc.) (Consejo de Europa, 1995). Se suma así a los servicios y prestaciones del Sistema Nacional de Salud, el sistema educativo y el sistema de pensiones desarrollados en la década de los ochenta.

Según recoge el Libro Blanco de Dependencia, el SAAD dará cobertura en 2015 a más de 1.373.000 personas dependientes, de los cuales un 80% será mayor de 65 años. La Ley nace de la necesidad de que en 2005, según datos del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, sólo el 3,5% de las personas mayores de 65 años cuenta con un servicio de ayuda a domicilio, el 2,8% con teleasistencia, el 3,8% con plaza de una residencia y el 0,5% con un centro de día, lo que sitúa a España muy por detrás de los niveles de cobertura de otros países europeos.

La Ley significa el reconocimiento del derecho de las personas que no pueden realizar con autonomía las actividades cotidianas a ser atendidas por el Estado y garantiza una serie de prestaciones, rigiéndose por tres principios fundamentales: prestaciones de carácter universal y público, acceso a las prestaciones en condiciones de igualdad y participación de todas las administraciones en el ejercicio de sus competencias. España se suma así a la lista de países europeos, como Alemania, Francia y Austria, que han optado por crear en los últimos años sistemas públicos de atención a la dependencia de amplia cobertura.

El SAAD se constituye con el fin de promover la autonomía personal y garantizar la atención y protección a las personas en situación de dependencia en todo el territorio del Estado, con la colaboración y participación de todas las administraciones públicas en el ejercicio de sus competencias. El sistema se configura como una red pública que integra de forma coordinada centros y servicios públicos y privados. Se crea el Consejo Territorial del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia como el instrumento de cooperación para la

articulación del sistema. También se constituye el Comité Consultivo del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia para dar cauce a la participación de las organizaciones sindicales y empresariales.

2.2 Principales características del SAAD

El nuevo SAAD difiere en muchos aspectos del sistema de atención a la dependencia que existía en España antes de 2007, basado fundamentalmente en el esquema protector de la Ley General de la Seguridad Social. En primer lugar, el único criterio que regula el acceso a los servicios es el nivel de dependencia. Esto supone un cambio sustancial, puesto que hasta ese momento, a la hora de recibir la prestación, se tenía en cuenta el nivel de renta de los beneficiarios.

El SAAD, sin atender al nivel de renta de los dependientes, pone en marcha la aplicación de un baremo que evalúa el grado de autonomía en la realización de un amplio conjunto de actividades básicas por el que se clasifica a los beneficiarios como dependientes moderados (grado I), graves (grado II) o severos (grado III). En cada uno de los grados de dependencia se establecen dos niveles en función de la autonomía de la persona y de la intensidad del cuidado que requiere. Los grados y niveles de dependencia se determinan mediante la aplicación del baremo acordado en el Consejo Territorial. Según el FICE (2006), instituto que ha desarrollado la metodología de evaluación, la distribución por grados de la población dependiente sería el 52% grado I, el 32% grado II y el 16% grado III.

En segundo lugar, sobre los tipos de atención, el SAAD establece tres tipos de prestaciones: a) prestaciones en especie que incluyen los centros de día y las residencias, ya sean centros públicos o privados en régimen de concierto; b) prestaciones económicas vinculadas a servicios a las que se accederá de manera puntual cuando no sea posible el acceso a un servicio público o concertado; y c) prestaciones económicas para recibir atención en el domicilio por cuidadores no profesionales.

El tercer rasgo distintivo del nuevo sistema es su desarrollo temporal. Se prevé así una puesta en marcha gradual entre 2007 y 2015. El primer año sólo tuvieron acceso al sistema las personas con una dependencia de grado III. Durante 2008 y 2009 accederán al sistema las personas a las que se les reconozca una dependencia de grado II con menos autonomía. En 2010 tendrán derecho a la nueva prestación todas las personas con grado II. Entre 2010 y 2015 se prevé que accederá el resto de las personas evaluadas y reconocidas como dependientes, de tal manera que en 2015 todas las personas con dependencia reconocida tendrían acceso al SAAD. La financiación del sistema por parte de la Administración General del Estado (AGE) y de las CC AA será también gradual, aumentando según se vaya incrementando el número de personas beneficiarias.

Finalmente, el SAAD supone un nuevo sistema de financiación. La memoria económica de la Ley recoge que en 2015, cuando el SAAD esté en pleno funcionamiento, la contribución a su financiación sea un 42,6% a cargo de las CC AA, un 23,7% a cargo de la AGE y un 33,7% a cargo del beneficiario a través de un copago. En el porcentaje correspondiente a las CC AA están incluidos los cerca de 1.800 millones de euros que los gobiernos regionales ya están empleando para cubrir la atención a la dependencia.

La AGE, según la memoria económica de la Ley, aportará 12.638 millones de euros hasta 2015⁸. Además de garantizar la financiación de un nivel mínimo, la AGE establece convenios con las CC AA para, anualmente, cofinanciar las prestaciones. Esta financiación y los criterios de reparto se acuerdan en el Consejo Territorial, en el Marco de Cooperación Interadministrativa y en el Consejo de Ministros. Así, en 2007 se acordó distribuir la financiación entre las CC AA en base a la población dependiente estimada en cada comunidad, y a sus índices de dispersión poblacional, insularidad, emigrantes retornados y superficie, así como en función de la renta media y pensión media de cada comunidad autónoma. Durante 2008 se beneficiaron de las ayudas a la dependencia 449.400 personas, según datos del Ministerio de Educación, Política Social y Deporte.

Otra partida económica prevista para la financiación del SAAD, a cargo del Imsero, es la correspondiente a las cuotas de Seguridad Social de los cuidadores. Hasta enero de 2009, casi 44.300 cuidadores no profesionales habían suscrito el convenio especial con la Tesorería General de la Seguridad Social.

8 Los Presupuestos Generales del Estado asignados para 2009 a la Ley de Dependencia ascienden a 1.158 millones de euros, un 33% más que en 2008, y una cifra un 19% superior a los 970 millones previstos en la memoria económica de la Ley para dicho año. Adicionalmente, en 2009 se destinarán al despliegue del sistema de atención a la dependencia 400 millones de euros procedentes del Fondo Especial del Estado para el estímulo de la economía y el empleo. Estos fondos adicionales se destinarán a la consolidación y mejora de la oferta de la red de servicios existente, a la ampliación de la oferta de plazas y servicios de atención a la dependencia, y a la formación y calificación de profesionales.

3. Repercusiones del SAAD

3.1 Repercusiones económicas

La memoria económica de la Ley de Promoción de Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia estima que el coste anual de aplicación de la Ley, para el conjunto de los niveles de la administración y el sector privado, superará el 1% del PIB una vez alcanzado el pleno desarrollo del sistema en 2015. Esta estimación del coste se basa en el nivel mínimo de protección que establece la Ley por beneficiario y mes y en una estimación del número de beneficiarios. Los niveles mínimos de protección garantizan, mediante la fijación de una cantidad económica mensual (Tabla 2), la aportación que realizará la AGE a la financiación del SAAD por cada uno de los beneficiarios reconocidos dependientes según su grado y nivel. Esta aportación es íntegramente financiada por la AGE, con cargo a los recursos previstos anualmente en la Ley de Presupuestos Generales del Estado para su transferencia a las CC AA. Las estimaciones del número de beneficiarios que aparecen en la Tabla 3 se recogen del Libro Blanco de la Dependencia (LBD).

A este coste habría que añadir otras aportaciones de la AGE al sistema, como pueden ser los gastos derivados de la puesta en marcha de los Centros de Referencia Estatal y del Sistema de Información del SAAD, los nuevos proyectos de teleasistencia, la implantación de la Ley en Ceuta y Melilla, donde el Imserso tiene la competencia de gestión, y las obligaciones contraídas con las CC AA en convenios suscritos previos a la entrada en vigor de la Ley.

**Tabla 2. Nivel mínimo de protección (grado III y grado II).
Cuantía por beneficiario y mes**

Grados y niveles de dependencia	Mínimo de protección garantizado (euros)
Grado III (nivel 2)	258,75
Grado III (nivel 1)	175,95
Grado II (nivel 2)	100,00

Fuente: MTAS.

Tabla 3. Estimación del número total de personas en los diferentes grados y niveles de dependencia (2008-2015)

Año	Grado III (gran dependencia)		Grado II (dependencia severa)		Grado I (dependencia moderada)		Total
	Nivel 2	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 1	
2007	73.093	132.821	165.610	224.313	250.874	327.052	1.173.764
2008	75.173	136.599	169.842	230.045	254.588	331.894	1.198.141
2009	77.253	140.379	174.165	235.900	258.180	336.576	1.222.452
2010	79.320	144.136	178.528	241.809	261.600	341.036	1.246.429
2015	89.575	162.770	200.666	271.795	281.484	366.957	1.373.248

Fuente: MTAS.

Otros estudios empíricos (Sosvilla Rivero, 2005) realizados para el periodo 2005-2010 señalan que el presupuesto de gastos corrientes necesario para el establecimiento del SAAD podría aproximarse al 0,72% del PIB en 2010 (8.366 millones de euros). Si suponemos, tal y como estima el LBD, que en 2004 ya se destinaba el 0,33% del PIB a la atención a la dependencia (con 2.777 millones de euros), el gasto social total para la dependencia ascendería al 1,05% del PIB en 2010. A esto cabría añadir los gastos de capital derivados de la construcción de residencias con recursos públicos, que podrían oscilar en torno al 0,17% del PIB entre 2005 y 2010. Una perturbación positiva de demanda de esta magnitud ha de tener importantes implicaciones en términos de aumento de la actividad y del empleo.

De acuerdo con estos mismos estudios, el efecto medio sobre la actividad agregada de nuestra economía entre los años 2005 y 2010 se situaría en 9.766 millones de euros (16.333 sólo en 2010). Por tanto, el impulso medio sobre el PIB podría aproximarse al 1,03%. En términos de tasa de crecimiento acumulada en el periodo 2004-2010, sus estimaciones apuntan a que, en ausencia del SAAD, dicha tasa podría haber sido inferior en 0,28 puntos porcentuales del PIB.

En materia de empleo, el LBD estima que en 2010 se habrán creado 262.735 nuevos empleos a tiempo completo. Otros estudios (Labeaga, 2005) apuntan a una creación directa de en torno a los 200.000 empleos. A esto habría que sumar otros efectos sobre la generación de empleos directos, indirectos e inducidos derivados de la construcción, la adaptación y equipamiento de las nuevas infraestructuras, la provisión de bienes y servicios a estos nuevos centros y el afloramiento del empleo antes sumergido. En total, estima que podrían crearse más de 400.000 empleos equivalentes a jornada completa. Además, un total de 115.000 anti-gueros cuidadores informales podrían acceder al mercado de trabajo.

Estas estimaciones tienen en cuenta, por una parte, los nuevos empleos que se crearán en los ámbitos público y privado como resultado del desarrollo de los programas de atención

y, por otra, la incorporación al mercado de trabajo de los cuidadores informales en los hogares (mujeres, especialmente). La mayoría de estos empleos beneficiarán a colectivos que tienen especiales dificultades de inserción laboral (mujeres, 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 reducir la tasa de desempleo, aumentar la tasa de actividad, luchar contra la temporalidad y disminuir el número de hogares en los que todos los miembros activos están en paro (MTAS, 2004).

Asimismo, una parte significativa de estos nuevos puestos de trabajo (en particular los destinados a los programas de ayuda a domicilio y de asistente personal para la autonomía, pero también determinados perfiles en residencias, centros de día y otros recursos institucionales) podrían ser desempeñados a tiempo parcial, lo que supone la creación de un mayor número de puestos de trabajo. Según estimaciones del LBD, la creación neta de empleo superaría los 330.000 en el horizonte 2010. Hasta septiembre de 2008, la puesta en marcha de la Ley de Dependencia ha generado 70.000 empleos, según datos del Ministerio.

3.2 Repercusiones sociales

A) Impacto por razón de género

Como ya hemos adelantado, hasta ahora la mayoría de la población dependiente era atendida por redes informales, siendo mayoritaria la procedente del seno familiar. Dentro de éste, la mujer tiene un papel predominante. Según el LBD, en 1994 un 83% del total de cuidadores eran mujeres y, de ellas, el 61,5% no recibía ningún tipo de ayuda para la realización de este trabajo. Este desigual reparto de tareas en el seno familiar se ha mantenido con el paso del tiempo, ya que en 2004 las mujeres suponían el 84% del total de cuidadores. Sin embargo, sí ha variado, hasta el 66%, el porcentaje de mujeres que recibe

Tabla 4. Relación con la actividad de las personas cuidadoras por género

	Hombres	Mujeres
Ocupado	31,9	24,9
Jubilado/pensionista	53,7	13,7
Parado habiendo trabajado	8,9	6,6
Parado buscando primer empleo	0,0	0,4
Tareas del hogar	3,6	52,1
Estudiante	0,8	1,5
Ns/Nc	1,1	0,8

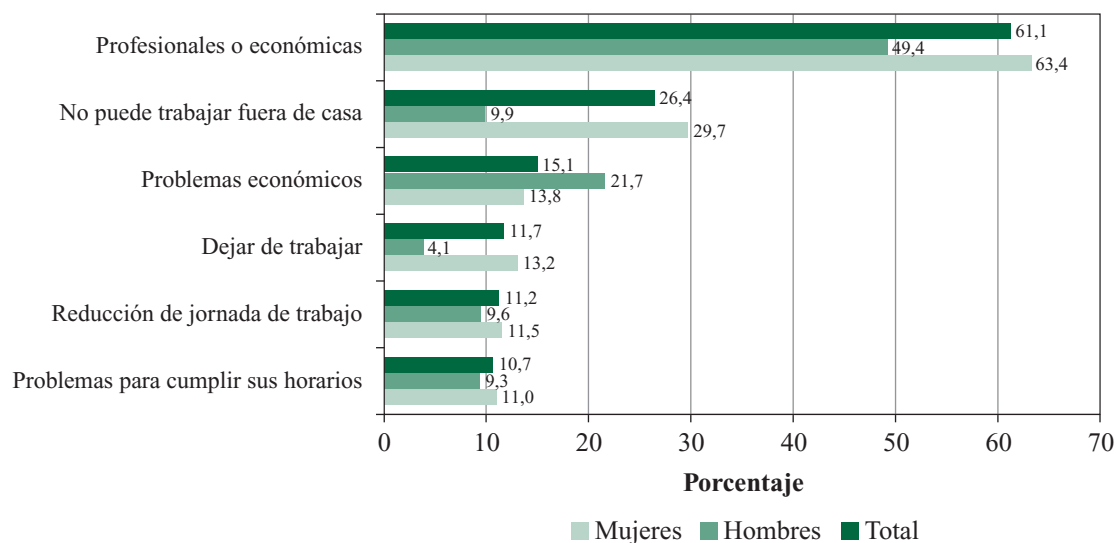
Fuente: MTAS, 2004.

apoyo de otros miembros de su familia en la realización de estos cuidados. Además, comienza a ser más habitual que estos cuidados se deleguen hacia cuidadores retribuidos, especialmente en el caso de las familias de mayores ingresos. De hecho, en un 14% de los hogares en que existe una persona mayor que precisa cuidados permanentes, el cuidador/a principal es un empleado/a de hogar. Aun así, en 2004 todavía el 74% de las cuidadoras no tenía actividad laboral retribuida (Tabla 4). En este apartado nos planteamos la importancia de los costes de oportunidad que tiene que soportar el cuidador por dedicar una parte o la totalidad de su tiempo al cuidado de una persona dependiente. Los costes son tanto laborales como sobre su salud y vida afectiva.

De la encuesta realizada por el Inmerso se deduce que la mayoría de los cuidadores se ven profesional o económicamente perjudicados por el apoyo informal que realizan, y esta percepción es más común entre las mujeres. Tres de cada diez cuidadoras declara no poder trabajar fuera de casa por este motivo, frente al 10% de los cuidadores varones. Asimismo, en torno a un 11% ha tenido que reducir su jornada laboral o tiene problemas para cumplir sus horarios. El 13% de las cuidadoras incluso ha tenido que dejar de trabajar para ocuparse de la persona, y esta proporción es mucho menor entre los hombres, con el 4%, como se refleja en el Gráfico 12.

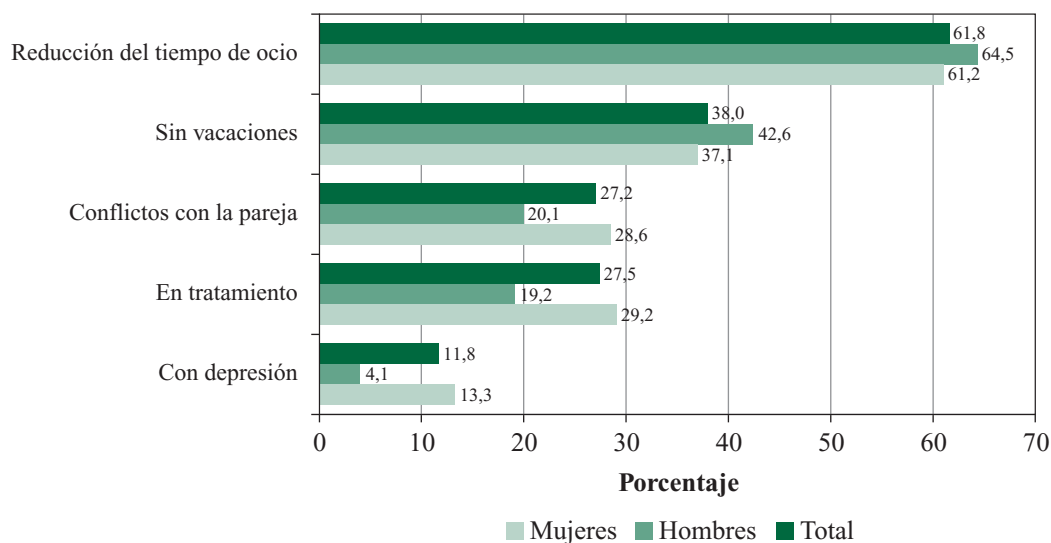
Además, el apoyo informal tiene en los cuidadores otras repercusiones no económicas. Seis de cada diez reconoce que la labor le resta tiempo de ocio y casi cuatro de cada diez

Gráfico 12. Incidencias económicas y profesionales en los cuidadores derivadas del apoyo informal a dependientes. Porcentaje que responde afirmativamente (respuesta múltiple)



Fuente: Elaboración propia a partir de Inmerso, 2005.

Gráfico 13. Incidencias no económicas en los cuidadores derivadas del apoyo informal a dependientes. Porcentaje que responde afirmativamente (respuesta múltiple)



Fuente: Elaboración propia a partir de Imsero, 2005.

afirman haberse quedado sin vacaciones por dicha causa. En ambos casos son los cuidadores varones los más afectados. Otras consecuencias negativas del apoyo informal, que afectan en mayor grado a las mujeres, son los conflictos familiares y los problemas de salud, como se observa en el Gráfico 13.

Esta situación es insostenible a largo plazo. No sólo por los cambios sociales que estamos viviendo, en los que la participación de la mujer en la vida social, económica, cultural y política es ya una realidad, sino por la propia evolución demográfica de nuestra sociedad. Tal y como aparece reflejado en la Tabla 5, el indicador de potenciales cuidadoras (definido según la OCDE como la *ratio* entre las mujeres con edades comprendidas entre los 45 y 69 años y las personas mayores de 70 años) muestra una tendencia decreciente desde 1960. La incorporación del hombre al cuidado de las personas mayores dependientes y

Tabla 5. Potencial cuidador femenino en España (mujeres 45-69 años/ población >70 años)

1960	1990	1998
2,80	1,53	1,27

Fuente: MTAS, 2004.

la mejora de los servicios formales de apoyo a los cuidadores permitirán aliviar, en parte, esta situación.

La implantación del SAAD tendrá un impacto positivo por razón de género, al permitir que los cuidadores informales, en su gran mayoría mujeres, puedan optar por reducir el tiempo que dedican a realizar estos cuidados (reduciendo el coste de oportunidad en términos de salud y bienestar personal que esto supone) e incluso incorporarse al mercado laboral realizando esta misma actividad u otra diferente y percibiendo una remuneración por ello. En concreto, el LBD estima que el número de cuidadores informales que podrían incorporarse o reincorporarse al mercado de trabajo como consecuencia de la implantación del SAAD alcanzaría las 115.000 personas en el horizonte de 2010. Si consideramos, según las últimas encuestas realizadas, que el 84% de estos cuidadores informales son mujeres, casi 100.000 mujeres podrían acceder al mercado de trabajo en los próximos años.

B) Impacto en el gasto en protección social

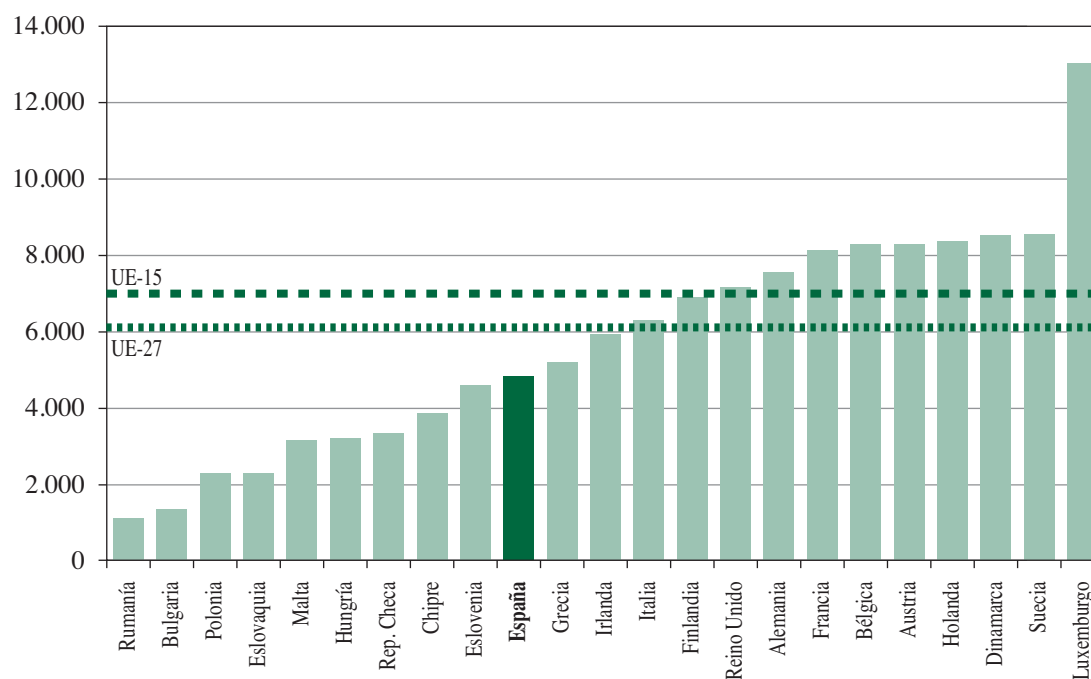
Tal y como hemos señalado antes, hasta la creación del SAAD la protección social en España respondía al modelo asistencial vigente en otros países del Mediterráneo. El acceso a los distintos servicios sociales se realizaba en función del nivel económico y de la situación familiar del solicitante.

Desde comienzos de los años noventa, el gasto medio en protección social por habitante en España, corregido por las diferencias en poder adquisitivo, ha seguido una senda de continuo crecimiento, hasta alcanzar los 4.776 euros en 2005 (últimos datos publicados por Eurostat). Sin embargo, dicho gasto todavía se encuentra en niveles inferiores al promedio del resto de socios europeos, tan sólo superando a los nuevos Estados miembros (Gráfico 14). Respecto a las economías más desarrolladas de la UE-15, el nivel de gasto en España se sitúa un 34% por debajo de la media. No obstante, el gasto social por habitante en España ha mantenido un crecimiento sostenido desde comienzos de los noventa, lo que ha permitido reducir el diferencial con las economías más desarrolladas de Europa en casi cuatro puntos entre 1990 y 2005.

De acuerdo con la clasificación que realiza Eurostat (SEEPROS)⁹, el diferencial respecto al resto de socios europeos es mayor en las partidas destinadas a las pensiones de invalidez (ligadas al gasto en dependencia), las prestaciones familiares y, sobre todo, a vivienda y exclusión social. No obstante, este diferencial también se ha ido reduciendo desde finales de los noventa, desde el 38,5% registrado en 1999 hasta el 34% de 2005. En las estadísticas europeas todavía resulta difícil distinguir en qué partidas recoge cada

9 Eurostat clasifica el gasto en protección social en las siguientes funciones: enfermedad y atención sanitaria, invalidez, vejez, supervivencia, familia e hijos, desempleo, vivienda y exclusión social.

Gráfico 14. Gasto en protección social, 2005 (euros en PPP por habitante)



Fuente: Eurostat.

país el gasto destinado a la cobertura de las necesidades de las personas dependientes. Si bien se está realizando un importante esfuerzo para armonizar la forma de contabilizar el gasto en dependencia dentro de las partidas definidas por Eurostat, realizar una comparativa europea en este sentido resulta complejo. En el caso español, entendemos que el gasto en dependencia se contabilizará en la rúbrica de pensiones por invalidez. En 2005, el diferencial de España respecto al promedio europeo en esta partida alcanzaba el 57,5%.

El Informe Económico del Presidente del Gobierno 2008 (IEPG, 2008) presenta un análisis exhaustivo del esfuerzo realizado por España en materia de política social durante las últimas dos décadas. Para ello, incorpora al análisis otro conjunto de variables determinantes del gasto en protección social (como pueden ser la renta per cápita, la situación socioeconómica y la estructura demográfica de un país) que ayude a explicar el diferente comportamiento de los países europeos en sus patrones de gasto. Las economías más ricas gastarán más en protección social. Aquellas con una mayor proporción de personas con edades superiores a los 65 años realizarán un mayor gasto en pensiones de vejez. Otras, con una tasa mayor de desempleo destinarán mayores recursos al gasto en desempleo. Si descontamos el efecto que estas variables tienen en el comportamiento de cada uno de los países, la comparativa a nivel internacional es más rigurosa.

Incorporando estas nuevas variables al análisis anterior, se observa cómo el diferencial del total del gasto en protección social en España respecto al promedio europeo se reduce significativamente desde el 34% anterior hasta el 22,6%. Particularmente, en el caso de las prestaciones por invalidez, incorporar al análisis las diferencias entre países en renta por habitante y tasa de desempleo reduce el diferencial respecto al promedio de la UE-15 (más Islandia, Noruega y Suiza) desde el 57,5% al 30,9%.

El IEPG 2008 da un paso más y amplía el análisis al periodo 2006-2008. Esto permite incorporar el impacto de las políticas sociales puestas en marcha durante la pasada legislatura. Los principales avances se concentran en las funciones de protección ante la invalidez, gracias a la puesta en marcha del SAAD, cuya dotación acumulada entre 2006 y 2008 alcanza casi 2.400 millones de euros.

Este mayor esfuerzo en gasto social ha permitido que el diferencial de España respecto al promedio de sus socios europeos en materia de políticas sociales se reduzca hasta el 20% a finales de 2008. Concretamente, la puesta en marcha del sistema de atención a la dependencia contribuirá a casi la mitad de esta caída. Cuando en 2015 la implementación plena del sistema nacional de dependencia sea una realidad, esta brecha podrá reducirse por debajo del umbral del 20%, habiendo aumentado significativamente la convergencia con el resto de socios europeos en materia de gasto en protección social.

4. Seguimiento y evaluación del SAAD hasta la fecha

El análisis de la aplicación de la Ley de Dependencia resulta complejo debido al poco tiempo transcurrido desde su aprobación y a la falta de información sobre aspectos relevantes del SAAD. No obstante, es posible hacer una primera valoración del grado de cumplimiento analizando en detalle el desarrollo normativo.

4.1 Grado de cumplimiento: desarrollo normativo de la Ley

La Ley de Dependencia contiene una serie de materias cuyo desarrollo reglamentario se encomienda al Gobierno de España, previo acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, cumpliendo así el principio de cooperación interadministrativa. Las normas aprobadas por el Gobierno de España hasta la fecha son las siguientes:

- Real Decreto 504/2007, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.
- Real Decreto 614/2007, sobre el nivel mínimo de protección del SAAD garantizado por la AGE.
- Real Decreto 615/2007, por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia. Las modificaciones previstas en relación con el convenio especial en el sistema de la Seguridad Social se han incorporado a través de la Orden TAS/2632/2007, por la que se modifica la Orden TAS/2865/2003, que regula el Convenio Especial en el sistema de la Seguridad Social.
- Orden TAS/1459/2007, por la que se establece el Sistema de Información del SAAD y se crea el correspondiente fichero de datos de carácter personal.
- Real Decreto 727/2007, sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.

Este desarrollo normativo implica que seis meses después de la entrada en vigor de la Ley y dentro de los plazos establecidos al efecto, el Gobierno de España había desarrollado todos los aspectos sustantivos necesarios para la puesta en marcha y aplicación de la Ley. Actualmente, la única materia pendiente sobre la que el Consejo Territorial ha de adoptar el correspondiente acuerdo es la determinación de la capacidad económica del beneficiario. Asimismo, durante 2008, y para actualizar las cuantías relativas a la financiación del nivel mínimo garantizado por la AGE, se han aprobado las siguientes normas:

- Real Decreto 6/2008, sobre determinación del nivel mínimo de protección garantizado a los beneficiarios del SAAD en el ejercicio 2008, que ha sido modificado por el Real Decreto 179/2008.
- Real Decreto 7/2008, sobre las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia para el ejercicio 2008.
- También se ha dado cumplimiento al mandato contenido en la disposición adicional séptima de la Ley, relativo a los instrumentos privados para la cobertura de la dependencia, a través de la aprobación de la Ley 41/2007, por la que se modifica la Ley 2/1981, de regulación del mercado hipotecario y otras normas del sistema hipotecario y financiero, de regulación de las hipotecas inversas y el seguro de dependencia, lo que facilita la financiación del sistema por parte de los beneficiarios.

La Ley de Dependencia también incluye una serie de normas que deben ser desarrolladas por las CC AA. Estas normas son de dos tipos: las relacionadas con el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y el derecho a las prestaciones del sistema, comprendiendo la determinación de los órganos de valoración; y las de carácter sustantivo, reguladoras de los requisitos y condiciones de acceso a las prestaciones económicas, la determinación de su cuantía y la intensidad de los servicios del catálogo.

El desarrollo normativo de las CC AA ha sido desigual y no todas lo han concluido. Asimismo, entre las CC AA que sí lo han hecho, existen diferencias en el tiempo empleado en la tramitación y aprobación de las correspondientes normas autonómicas. Por ejemplo, Andalucía finalizó el proceso en el mes de agosto del año 2007 y Canarias en mayo de 2008. Baleares, la Comunidad Valenciana, Galicia y Aragón han culminado el proceso durante el último trimestre del 2007. El resto de las CC AA tiene aún aspectos pendientes de desarrollo.

Sobre la normativa procedimental para el reconocimiento de la situación de dependencia y el derecho a prestaciones, existen CC AA que no han regulado un procedimiento *ad hoc*, por lo que se ajustan a las previsiones establecidas en la Ley 30/1992, de Régimen Jurídico de

las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común, con las especialidades previstas en la Ley 39/2006. Sobre la determinación del órgano de valoración de las situaciones de dependencia, algunas CC AA no han hecho ningún avance normativo.

Podemos concluir que siete CC AA han finalizado el desarrollo normativo, y respecto de las que no lo han concluido, la intensidad de los servicios del catálogo es la materia que más desarrollo normativo necesita todavía.

Por otra parte, algunas normas autonómicas se han apartado de lo previsto en las disposiciones de la Ley o del desarrollo reglamentario llevado a cabo por la AGE tras la adopción del acuerdo correspondiente por el Consejo Territorial. Por ejemplo:

- Silencio administrativo en sentido negativo o desestimatorio de la solicitud. Algunas CC AA han regulado el silencio administrativo en sentido negativo a través de una norma de rango reglamentario, en lugar de hacerlo a través de una norma de rango legal, tal y como recoge el artículo 43 de la Ley 30/1992, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.
- Homologación de situaciones anteriores a la entrada en vigor del baremo de valoración de la dependencia. Algunas CC AA han establecido instrumentos de homologación propios, apartándose de la homologación prevista en la disposición adicional primera del Real Decreto 504/2007, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.
- Reconocimiento de oficio de la situación de dependencia. Determinadas CC AA han previsto el reconocimiento de oficio de personas mayores o discapacitadas que, a la fecha de entrada en vigor de la Ley, tenían la consideración de usuarios de determinados servicios sociales, tales como plazas residenciales, centros de día, etc.
- Condición de emigrante retornado. Alguna comunidad autónoma únicamente otorga protección a aquellas personas que, ostentando la condición de emigrante retornado, hayan tenido su última vecindad administrativa en dicha comunidad. En este sentido, debe recordarse que tanto la propia Ley como el Real Decreto 727/2007 han recogido un régimen especial para aquellas personas que tengan la condición de emigrantes españoles retornados, sin tener en cuenta la comunidad autónoma en la que hayan tenido la última vecindad.

Luego parece que determinados aspectos del desarrollo normativo de las CC AA están alejándose de la letra y del espíritu de la Ley y de lo establecido, a nivel reglamentario, por los Reales Decretos de desarrollo, y en concreto de lo establecido por el RD 504/2007 en materia de baremos o el 727/2007 en materia de servicios y prestaciones económicas.

4.2 Algunos puntos débiles en la implantación del SAAD

Una primera evaluación del Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SISAAD) pone de manifiesto la necesidad de establecer unos criterios comunes en su gestión, así como de hacer compatibles los sistemas informáticos de algunas CC AA con el SISAAD. Estas limitaciones hacen que la información que maneja el SISAAD no sea en tiempo real, lo que tiene consecuencias en la financiación del sistema, ya que los compromisos relativos a la liquidación del nivel mínimo de protección garantizado por el Estado están vinculados a la información facilitada por las CC AA.

La elaboración y aprobación de los programas individuales de atención no reflejan la diversidad y riqueza de opciones de prestaciones previstas por la Ley. Hay fundamentalmente dos tipos de atención: personas ya atendidas en plazas públicas residenciales (de la Administración o concertadas por ésta) o prestaciones económicas para cuidados familiares. En el primer caso, generalmente, la comunidad autónoma reasigna servicios que ya se venían prestando en residencias o centros de día, financiados con presupuesto autonómico antes de la Ley, o asigna a los beneficiarios prestaciones económicas vinculadas a servicios de personas atendidas en centros concertados o cofinanciados por la CC AA, mediante sistemas preexistentes como los bonos para residencias, los bonos para centros de día o los bonos para servicios domiciliarios. En estos casos, la nueva financiación de la Ley estaría refinanciando estructuras y sistemas ya existentes antes de ella. Debería conocerse en detalle el destino final de los fondos para poder evaluar cuántas nuevas plazas se han construido, así como cuántas nuevas plazas se han concertado.

Por último, las estructuras provinciales y centrales de las CC AA deben disponer de nuevo personal administrativo para gestionar expedientes, prestaciones económicas, ingresos en centros y servicios y para poder proporcionar al SISAAD la información preceptiva mediante el sistema informático correspondiente. En concreto, las necesidades de personal que el sistema lleva consigo son:

- Contratación de un trabajador social por cada 25.000 habitantes, para tareas de información, tramitación de solicitudes, realización de informes sociales, visitas domiciliarias, negociación de los programas individuales de atención y seguimiento de casos.
- Contratación de un valorador a domicilio por cada 25.000 habitantes, al que hay que proveer de formación inicial y continua en los baremos del sistema.
- Contratación de un equipo por cada 500.000 habitantes, compuesto por un médico, un psicólogo y un trabajador social, con el correspondiente apoyo administrativo, para poder asesorar a los valoradores domiciliarios, validar el reconocimiento, realizar el dictamen y garantizar la calidad de la resolución al órgano administrativo que reconozca el grado y nivel. Este equipo debe formar periódicamente y auditar a los valoradores.

Los primeros meses de funcionamiento del SAAD ponen de manifiesto que no ha habido una contratación suficiente de este tipo de personal. Exceptuando Andalucía y las ciudades de Ceuta y Melilla, las administraciones regionales sólo han contratado personal para valorar a domicilio. Así, sólo siete CC AA, Extremadura, Asturias, Castilla-La Mancha, La Rioja, Cataluña, Navarra y País Vasco presentan un aceptable número de valoradores y equipos técnicos de apoyo.

Debido a los retrasos producidos en la financiación y en el calendario de aplicación de las normas, el Congreso de los Diputados ha acordado la realización de un informe que evalúe la aplicación de la Ley y realice propuestas para garantizar su efectividad y sostenibilidad financiera. El informe, que estará listo en la primavera de 2009, será realizado por un grupo de expertos.

5. Recomendaciones para mejorar el funcionamiento del SAAD

En esta sección planteamos una serie de recomendaciones que facilitarían la puesta en marcha y el funcionamiento del SAAD, de forma que se limen las asperezas detectadas en los primeros meses de funcionamiento y se garantice la cohesión y la igualdad territorial.

En la sección anterior hemos visto que el desarrollo reglamentario de la Ley ha sido en general adecuado, con algunos puntos por desarrollar tanto por la AGE como por las CC AA, aunque se han señalado más debilidades y retrasos en el desarrollo normativo autonómico. Algunas recomendaciones que podrían tenerse en cuenta para mejorar este proceso son:

- Intensificar los trabajos de cooperación entre la AGE y las CC AA para que, a través de acuerdos del Consejo Territorial, todas las administraciones completen el desarrollo normativo que les corresponde.
- Promover que las CC AA que han dictado normas que no se ajustan a la Ley o a los Reales Decretos de desarrollo las modifiquen.
- Procurar que los acuerdos del Consejo Territorial y, en su caso, las normas que se deriven de ellos cuenten siempre con los dictámenes jurídicos, técnicos y económicos que faciliten el acuerdo.
- Intensificar reuniones entre las diferentes administraciones y los agentes sociales y las organizaciones de mayores y personas con discapacidad para mejorar la calidad del proceso de decisión y la adopción de acuerdos.

La aplicación de la Ley puede, a su vez, mejorarse para aumentar la calidad del sistema y la cohesión territorial. Algunas sugerencias son:

- Debería revisarse la forma en que las CC AA aplican el baremo. Para ello, se deben mejorar los cursos de formación de los valoradores para que utilicen el mayor rigor en la aplicación de los protocolos y procedimientos de valoración.
- Debería evaluarse continuamente el baremo para comprobar la idoneidad del instrumento y sugerir modificaciones.

- Habría que determinar los costes reales de los servicios del catálogo para cada grado y nivel en las CC AA y decidir la participación de cada Administración y del usuario. Actualmente, cada comunidad ofrece datos de costes, pero debería consensuarse una metodología para calcular los costes de cada servicio.

El funcionamiento correcto del SAAD depende en gran medida de la calidad de los centros, servicios y prestaciones que se ofrecen a los beneficiarios, que podrían mejorarse de la siguiente manera:

- Dado que el número de centros y servicios para la aplicación de la Ley parece insuficiente, es necesario hacer un esfuerzo presupuestario sostenido en el tiempo para que las prestaciones económicas de cuidados en el entorno familiar tengan carácter extraordinario. Por otra parte, estos nuevos servicios harían posible la creación de un elevado número de empleos.
- Es necesario aumentar por parte de todas las administraciones la coordinación entre el sistema sanitario y el SAAD para que no haya duplicación de servicios y para que su calidad sea la adecuada.
- El incremento de la red de centros del SAAD debería hacerse con iniciativa pública y privada, por lo que la Administración debe definir de forma transparente y con certidumbre regulatoria el marco general de funcionamiento de estos centros en el marco del SAAD.
- Sería positivo realizar un análisis de las necesidades de formación extra que los nuevos empleos van a demandar para que el sistema educativo sea capaz de ofertar estudios con el contenido necesario y en un número de plazas suficiente.
- Debería evaluarse cuidadosamente la necesidad de nuevo personal para que haya suficiente formando parte de los equipos de valoradores.
- Deberían establecerse también planes de mejora para que los centros se adecuen en tiempo y forma a los criterios de acreditación de los centros acordados en el Consejo Territorial.
- Debería hacerse una primera evaluación del funcionamiento y rendimiento del sistema. Aunque la Ley establece que ésta debe hacerse a los tres años de funcionamiento, dada la complejidad y el carácter dinámico del proceso, sería positivo hacer ya un primer análisis de la gestión del sistema por representantes de todas las administraciones que incluya una evaluación de la calidad de los servicios del sistema.

El funcionamiento ágil y adecuado de un sistema de las características del SISAAD depende en gran medida de la disponibilidad de un sistema informático capaz de disponer de toda la información actualizada en tiempo real y de proveer una conexión fiable de todos los agentes que conforman el sistema. El SISAAD podría mejorar con las siguientes medidas:

- Mejorar la coordinación entre las diferentes administraciones para que las CC AA con sistemas informáticos previos al SISAAD no tengan problemas al trasladar la información al nuevo sistema.
- Vincular la financiación de la AGE a que las CC AA transfieran al SISAAD la información esencial sobre la aplicación de la Ley en su respectiva comunidad, generando así los incentivos adecuados para que la información del sistema sea en tiempo real.
- Mejorar la estructura del sistema informático facilitando la gestión a las CC AA.
- Mejorar la funcionalidad de los *web services* para facilitar la transmisión de datos de las CC AA que tengan su propio sistema informático.
- Completar la información estadística de interés para poder evaluar el funcionamiento del sistema en profundidad.

A medio plazo, una vez que el SAAD funcione con normalidad, deberían plantearse aspectos más generales para optimizar el sistema, tales como la mayor imbricación del sector privado en la provisión de servicios a las personas con falta de autonomía personal, o la generación de empleo cualificado que atienda a estas personas.

Índice de Tablas y Gráficos

Tablas

Tabla 1. Principales características de los modelos internacionales de atención a la dependencia en 2004	24
Tabla 2. Nivel mínimo de protección (grado III y grado II). Cuantía por beneficiario y mes	29
Tabla 3. Estimación del número total de personas en los diferentes grados y niveles de dependencia (2008-2015)	30
Tabla 4. Relación con la actividad de las personas cuidadoras por género	31
Tabla 5. Potencial cuidador femenino en España (mujeres 45-69 años/población >70 años)	33

Gráficos

Gráfico 1. Pirámide poblacional para España en 2008 y 2050	8
Gráfico 2. Prevalencia de las situaciones de discapacidad por edad y género, 1999	10
Gráfico 3. Distribución de las personas con discapacidad para las ABVD por edades, 1999	11
Gráfico 4. Prevalencia de la discapacidad para las ABVC, 1999. Media España = 40	11
Gráfico 5. Tasa de discapacidad por 1.000 habitantes frente a porcentaje de mayores de 80 años en la población y renta per cápita por CC AA, 1999	12
Gráfico 6. Distribución porcentual del cuidador principal, 1999	14

Gráfico 7. Distribución porcentual del cuidador principal, por sexo y rango de edad de la persona con discapacidad, 1999	14
Gráfico 8. Distribución del presupuesto en dependencia de las CC AA por tipo de recursos y colectivos, 2004	18
Gráfico 9. Gasto público y privado en cuidados de larga duración (en % del PIB), 2000	21
Gráfico 10. Gasto en cuidados de larga duración a domicilio y en instituciones (en % del PIB), 2000	21
Gráfico 11. Gasto en cuidados de larga duración sobre PIB frente al envejecimiento de la población, 2000	22
Gráfico 12. Incidencias económicas y profesionales en los cuidadores derivadas del apoyo informal a dependientes. Porcentaje que responde afirmativamente (respuesta múltiple)	32
Gráfico 13. Incidencias no económicas en los cuidadores derivadas del apoyo informal a dependientes. Porcentaje que responde afirmativamente (respuesta múltiple)	33
Gráfico 14. Gasto en protección social, 2005 (euros en PPP por habitante)	35

Bibliografía

- Casado, D., *et al.* (2008), Empleo y apoyo informal entre las mujeres de mediana edad en España en: Aspectos Económicos de la Dependencia y el cuidado informal en España, coordinado por Sergi Jiménez-Martín.
- Comisión Europea (1998), Consejo de Europa: Recomendación N° 98 (9).
- Consejo de Europa (1995), Necesidades específicas de las personas dependientes. Estrasburgo: Consejo de Europa.
- FICE (2006), Escenarios territoriales de la Ley de Apoyo a las personas con dependencia en España. Barcelona: Agrupació Mútua.
- INE (1999), Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud.
- Informe Económico del Presidente del Gobierno (2008), Madrid: Presidencia del Gobierno.
- Jiménez-Martín, S. (2007), Aspectos económicos de la dependencia y el cuidado informal en España. Universitat Pompeu Fabra. Fundación AstraZeneca. Fundación de Estudios de Economía Aplicada.
- Labeaga, J. M. (2005), Efectos macroeconómicos del Sistema Nacional de Dependencia. FEDEA.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2004), Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España (LBD). Madrid.
- Morán Aláez, E. (1999), Estimación de la población dependiente y de sus características sociodemográficas. La protección social de la dependencia. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.
- OCDE (2005), Long-term Care for Older People. París.
- Rodríguez Cabrero, G., (2004), Protección social de la dependencia en España. Fundación Alternativas. Documento de trabajo 44/2004.
- Sosvilla Rivero, S. (2005), Efectos macroeconómicos del Sistema Nacional de Dependencia. FEDEA.

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 Mazarío, 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 Tió 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 Llubí Maristany y Jordi Trelis Navarro.
- 94/2006. **Las prestaciones sociales y la renta familiar.** María Teresa Quílez Félez y José Luis Acurra 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 Górriz, 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.