



fedea

Fundación de
Estudios de
Economía Aplicada

Un Análisis Estratégico del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia

Simón Sosvilla Rivero

FEDEA y Universidad Complutense de Madrid

**Colección Estudios Económicos
23-08**

Serie Economía Regional
CÁTEDRA Fedea – CajaMadrid

ISSN 1988-785X
www.fedea.es

Un Análisis Estratégico del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia*

Simón Sosvilla Rivero

(FEDEA y Universidad Complutense de Madrid)

Septiembre de 2008

Resumen:

En este trabajo, tras analizar brevemente la situación de la dependencia en España y comentar las principales características del SAAD, examinar cómo se aborda la atención a la dependencia en Europa y presentar una estimación de los efectos sobre el empleo y la economía del SAAD (suponiendo que, como estaba previsto en el LBD, se hubiese implantado progresivamente en el período 2005-2010), se lleva a cabo un análisis estratégico del SAAD estableciendo una síntesis de sus debilidades y fortalezas, sus amenazas y oportunidades a partir de un “balance DAFO”.

Dicho análisis nos permite definir cuatro tipos de estrategias relevantes para el SAAD. La primera de ellas, que catalogamos de estrategia ofensiva, está diseñada para orientarse hacia oportunidades seleccionadas que mejor se ajustan a las fortalezas existentes. La segunda, que denominamos estrategia pro-activa, consiste en trabajar para superar las debilidades aprovechando las oportunidades existentes. La tercera, que caracterizamos como estrategia reactiva, está orientada a la utilización plena de las fortalezas para reducir la vulnerabilidad ante las amenazas existentes. Por último, diseñamos una cuarta estrategia defensiva, encargada de establecer un “plan defensivo” para evitar las amenazas cuando las debilidades son insuperables.

Palabras clave: Dependencia, Envejecimiento, Análisis DAFO

Códigos JEL: I38, J14

* El autor desea agradecer el apoyo financiero de la Cátedra Fedea-Caja Madrid de Economía Regional. Las opiniones contenidas en este trabajo reflejan, exclusivamente, las de su autor y no necesariamente las de las instituciones a las que pertenece ni las de Caja Madrid.

1. Introducción

Según el Consejo de Europa, la situación de dependencia viene dada como aquel “.... estado en que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o 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” [Resolución (98)9, de 18 de septiembre de 1998].

En 2005, y según datos del Libro Banco de la Dependencia (LBD) (IMSERSO, 2005a), había en España 1.125.190 personas dependientes, esperándose que el número de dependientes ascienda a 1.496.226 personas en el año 2020.

Un factor decisivo de esta evolución es el progresivo envejecimiento de la población, que ha dado lugar a un incremento sostenido de las personas de edades avanzadas, tanto en términos absolutos como relativos a otros grupos de edad de la población. Pero el fenómeno de la dependencia no sólo afecta a las personas mayores, sino que existe también un colectivo bastante extenso de discapacitados o con determinadas dolencias que sufren dependencias en distinto grado y que reclaman también protección.

Hasta fechas recientes, la atención a las personas dependientes se ha llevado a cabo, básicamente, en el seno familiar, haciéndose cargo los hogares de un considerable esfuerzo personal y económico [véanse López Casanovas et al. (2005) e IMSERSO (2005b)]. Asimismo, cabe señalar el hecho de que dicha atención recae especialmente en las mujeres que, en la mayoría de los casos, se ven imposibilitadas para llevar a cabo actividad laboral alguna.

Sin embargo, los nuevos patrones sociales y laborales ponen en cuestión la viabilidad de este cuidado informal y hacen necesario prever y organizar los recursos que la sociedad, en su conjunto, y los individuos, crecientemente, habrán de aplicar a la atención de sus necesidades debidas a la dependencia. En efecto, mientras que la evolución de la tasa de dependencia de las personas de 65 y más años en proporción de las de 16 a 64 (que multiplicará por tres o por cuatro) incrementará las necesidades de atención a los dependientes, tanto los cambios en la estructura familiar (proliferación de familias monopaterales, desmembración y reducción de los núcleos familiares y movilidad geográfica) como el nuevo papel de la mujer (deja de permanecer en el hogar dedicada en exclusividad a las tareas domésticas y participa activamente en el mercado de trabajo) supondrán menores posibilidades de las familias para prestar tales cuidados.

Es por ello que era necesario tomar medidas de cara a implantar y desarrollar en España un nuevo sistema formal de protección a las personas con dependencia y a sus familias, dando un nuevo paso en la profundización del Estado del Bienestar y en la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos. Prueba de ello fue la aprobación en noviembre de 2006 en el Congreso de los Diputados de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia, que contempla la constitución del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).

En este trabajo, tras realizar una breve reseña de la situación de la dependencia en España y comentar las principales características del SAAD (Sección 2), examinar

cómo se aborda la atención a la dependencia en Europa (Sección 3) y presentar una estimación de los efectos sobre el empleo y la economía del SAAD suponiendo que, como estaba previsto en el LBD, se hubiese implantado progresivamente en el período 2005-2010 (Sección 4), ofrecemos en la Sección 5 un análisis estratégico del SAAD estableciendo una síntesis de sus debilidades y fortalezas, sus amenazas y oportunidades a partir de un “balance DAFO”. Por último, en la Sección 6 se recogen algunas consideraciones finales y las principales conclusiones de este estudio.

2. La atención de la dependencia en España y el SAAD

El Cuadro 1 ofrece información estadística sobre el número de personas dependientes para las actividades de la vida diaria, en España por grados de necesidad de cuidados, para años en que existen datos detallados. Como se observa, se estima que en 1999 existían 859.890 personas dependientes, mientras que estimamos que dicha cifra asciende en 2005 a 1.150.790 personas dependientes, lo que supone un crecimiento del 30,85 por ciento en estos seis años.

Cuadro 1: Personas dependientes por grados de necesidad, 1999-2005

	1999			2005		
	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total
Grado III (Gran dependencia)	80502	40607	121109	128449	66059	194508
Grado II (Dependencia severa)	160545	101941	262485	227109	143494	370603
Grado I (Dependencia moderada)	298551	177745	476296	350795	209284	560079
Total	539598	320292	859890	706352	418838	1125190

Fuente: Estimación propia a partir de las proyecciones de población del INE

En dicho cuadro se aprecia también que, en 1999, el 14,08 por ciento de los dependientes (121.109 personas) presentaba una gran dependencia, lo que implica que necesitan ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía mental o física, necesitan el apoyo indispensable y continuo de otra persona. Este colectivo ha experimentado una tasa de crecimiento del 60,61 por ciento hasta situarse en 2005 en 194.508 personas (el 17,29 por ciento de los dependientes). Por su parte, los afectados por dependencia severa representaban el 30,53 por ciento de los dependientes en 1999. Este colectivo que, si bien necesitan ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, no requiere el apoyo permanente de un cuidador, ha registrado un aumento del 41,19 por ciento hasta ascender a 370.603 personas en 2005 (el 32,94 por ciento del total de dependientes ese año). Por último, 479.296 personas presentaban dependencia moderada en 1999, necesitando ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día. Este grupo ha aumentado hasta situarse en 560.079 personas en 2005, lo que supone un incremento del 17,59 por ciento. Su participación en el total de dependientes se ha reducido en los últimos seis años, pasando del 55,39 por ciento al 49,78 por ciento. Así pues, se detecta una elevada tasa de crecimiento de la gran dependencia (aumentando paulatinamente su proporción en el total), así como un comedido comportamiento de la dependencia severa (cuyo peso en el total se mantiene relativamente estable) y un menor auge en la dependencia moderada (que ve reducida su participación en el total).

Por sexos, los datos ofrecidos en el Cuadro 1 muestran cómo la prevalencia de la dependencia en las mujeres. En efecto, se observa cómo las mujeres representaban el 62,75 por ciento de la población dependiente en 1999 (539.598 personas), incrementándose ligeramente su peso en el total en 2005 hasta el 62,78 por ciento (706.352 personas). El 14,92 por ciento de las mujeres dependientes (80.502) presentaban, en 1999, una gran dependencia (el 66,47 del total), mientras que en 2005 dicho porcentaje aumenta hasta el 18,18 por ciento, lo que supone 128.449 mujeres y el 66,04 por ciento del total de personas con este grado de dependencia. Por su parte, las mujeres con dependencia severa (160.545) representaban el 61,66 por ciento del total de dependientes en este grupo en 1999 y el 29,75 por ciento de las mujeres dependientes,

mientras que en 2005 las 227.109 mujeres catalogadas en esta categoría constituyen el 61,28 por ciento de los dependientes severos y el 32,15 por ciento de las mujeres dependientes. Por último, 298.551 mujeres presentaban dependencia moderada en 1999 (el 55,33 por ciento de las mujeres dependientes), aumentando este número en un 17,50 por ciento hasta situarse en 2005 en 350.795 mujeres, lo que supone el 49,66 por ciento de las mujeres dependientes ese año y el 62,63 por ciento del total de dependientes moderados.

Por su parte, de la información estadística disponible revela una menor incidencia relativa en los hombres, que representan en torno al 37,24 por ciento de los dependientes en 1999 y 2005, si bien su peso en el total de gran dependencia ha experimentado un ascenso de 0,43 puntos porcentuales entre esos años, en tanto que su proporción en la dependencia severa disminuye en 0,12 puntos porcentuales y su participación en la dependencia moderada se incrementa ligeramente (0,05 puntos porcentuales). Este comportamiento se debe a la mayor tasa de crecimiento en gran dependencia registrada por los hombres y las mujeres entre 1999 y 2005 (62,60 por ciento frente a 59,56 por ciento, respectivamente), el menor incremento porcentual de la dependencia severa durante esos años (40, 76 por ciento en los hombres frente al 41, 46 por ciento en las mujeres) y el desigual evolución relativa en la dependencia moderada entre hombres y mujeres (17,74 por ciento frente a 17,50 por ciento, respectivamente).

En cuanto a la estructura por edades, y como era de esperar, el Cuadro 2 revela una mayor incidencia en 2005 de la gran dependencia y de la dependencia severa en las personas de más de 80 años (59,66 y 49,11 por ciento del total de esas categorías, respectivamente), mientras que únicamente el 27,69 por ciento de la dependencia moderada se da para este grupo de edad. En cuanto las personas con edades comprendidas entre 65 y 79 años, suponen el 24,32 por ciento de la gran dependencia, el 29,71 por ciento de la dependencia severa y el 38,57 por ciento de la dependencia moderada, siendo el grupo de edad de mayor peso relativo en esta última clase de dependencia. Por último, las proporciones del grupo de edad 6 a 64 años en las distintas categorías son las siguientes: el 16,03 por ciento de la gran dependencia, el 21,18 por ciento de la dependencia severa y el 33,74 por ciento de la dependencia moderada.

Cuadro 2: Personas dependientes por grados de necesidad, por sexo y edades, 2005

			2005
Total	Gran dependencia	de 6 a 64	31174
		65 a 79	47300
		Más de 80	116034
	Dependencia severa	de 6 a 64	78498
		65 a 79	110090
		Más de 80	182015
	Dependencia moderada	de 6 a 64	188967
		65 a 79	216034
		Más de 80	155078

Fuente: Estimación del LBD a partir de las proyecciones de población del INE

Frente a esta situación de la dependencia en España, en el año 2005 sólo se disponían de tres plazas residenciales por cada cien personas mayores de 65 años, cuando la media en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) era de 5,1 y en la Unión Europea (UE) se situaba en torno al siete por ciento. El servicio de ayuda a domicilio únicamente atendía al 1,7 por ciento de la población dependiente, muy por debajo de las ratios de los países europeos con mayor desarrollo de los servicios sociales comunitarios. El servicio de teleasistencia daba cobertura únicamente al uno por ciento de la población mayor y discapacitada, mientras que el resto de recursos presentaban cifras aún más desalentadoras: los centros de día no llegaban a 600 (con un número de usuarios de 4.500), los 755 centros ocupacionales ofrecían 150.000 plazas, sólo existían 86 centros de rehabilitación psicosocial para personas con discapacidad, etcétera [véase Pérez Bueno (2006)].

En cuanto a las cifras territorializadas por comunidades autónomas (CCAA), la delimitación exacta del volumen de recursos que nuestro país destina actualmente a proveer cuidados de larga duración, así como la importancia relativa de las distintas fuentes de financiación existentes, siguen constituyendo lamentablemente asignaturas pendientes. A este respecto, si bien es cierto que la tarea resulta metodológicamente complicada (implicación de varios niveles de gobierno, delimitación imprecisa de los contornos de los cuidados de larga duración, etcétera), cabe desear que parte del impulso generado por la puesta en marcha del nuevo SAAD sirva para acabar con las actuales lagunas de información.

Cuadro 3:
Oferta de servicios públicos de atención a la dependencia: CCAA, 2004.

	Residencias		Centros de Día		Serv. Ayuda Domicil.	
	IC público	IC privado	IC público	IC privado	IC usuarios	Intensidad
Andalucía	1.10	1.68	0.27	0.06	3.48	8.00
Aragón	1.07	3.39	0.13	0.21	3.07	10.00
Asturias	1.39	2.52	0.32	0.05	3.26	13.00
Baleares	1.54	1.29	0.14	0.10	2.09	12.80
Canarias	1.36	1.52	0.19	0.03	2.69	10.00
Cantabria	1.54	2.45	0.35	0.00	1.92	20.53
Castilla y León	2.05	3.61	0.20	0.15	3.12	19.00
Castilla-La Mancha	1.49	3.31	0.24	0.00	4.87	19.24
Cataluña	1.81	2.48	0.42	0.53	3.87	14.00
C.Valenciana	1.71	0.80	0.08	0.17	1.67	10.82
Extremadura	2.04	1.63	0.44	0.00	7.41	22.00
Galicia	0.83	1.03	0.08	0.10	1.91	29.00
Madrid	1.75	2.76	0.37	0.34	3.37	16.85
Murcia	0.79	1.44	0.28	0.14	1.76	17.00
Navarra	2.44	2.55	0.22	0.16	3.56	8.76
País Vasco	2.41	1.23	0.43	0.12	1.77	25.00
La Rioja	1.76	2.94	0.18	0.30	3.41	13.00
España	1.56	2.10	0.27	0.19	3.14	16.43

IC público: número de plazas financiadas públicamente por cada 100 habitantes con 65 años o más.

IC privada: número de plazas sin financiación pública por cada 100 habitantes con 65 años o más.

IC usuarios: número de usuarios de SAD por cada 100 habitantes con 65 años o más

Intensidad: número medio de horas mensuales de atención por usuario

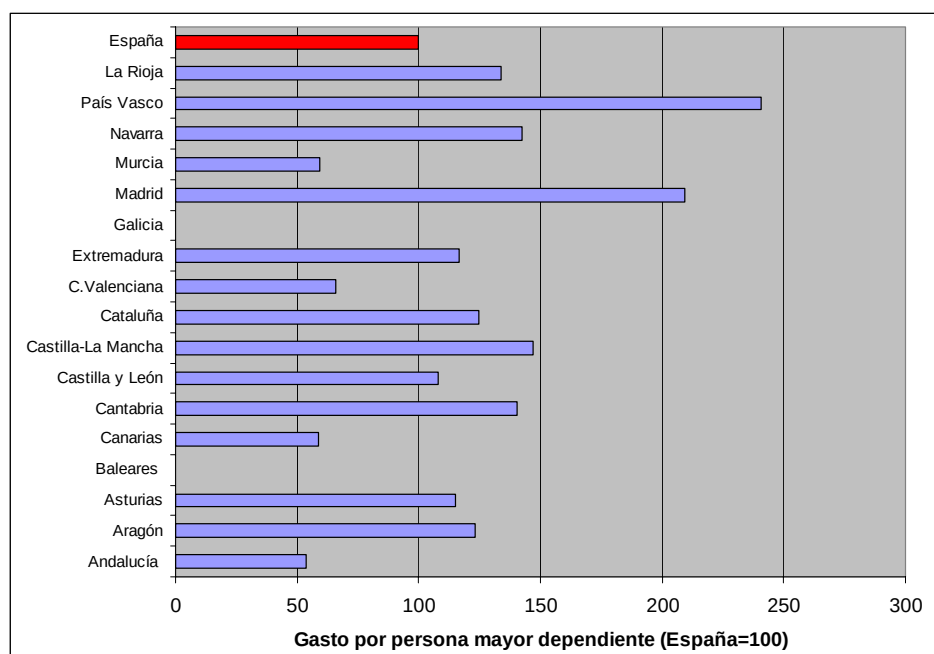
Fuente: Elaboración propia a partir de IMSERSO (2005c).

Respecto al gasto, las únicas cifras disponibles son las obtenidas durante la realización del LBD. Dichos datos proceden de información facilitada por las CCAA a partir de sus respectivos presupuestos autonómicos. A este respecto, más allá del carácter incompleto de la información proporcionada¹, el hecho de que las CCAA no siguieran criterios homogéneos para recabar los datos arroja serias dudas sobre la fiabilidad y comparabilidad de los mismos. Así pues, teniendo muy presentes las limitaciones apuntadas, el Gráfico 1 ofrece algunas cifras sobre el gasto público en cuidado de larga duración realizado por las CCAA en el año 2004. El indicador seleccionado corresponde al gasto público por persona mayor dependiente, indexado en base 100 con respecto a la media estatal, y ha sido calculado a partir de las cifras de gasto de las distintas CCAA (LB; Capítulo VIII: pág. 14) y del número de personas mayores dependientes en cada una de ellas (LB; Capítulo I: pág. 53). Como se observa en dicho gráfico, se observa una gran dispersión en el gasto público por habitante entre las distintas CC. AA. Mientras que el País Vasco, Madrid, Castilla-La Mancha, La Rioja y Cantabria presentan un gasto *per capita* muy superior a la media española, en

¹ En este sentido, en la medida en que la información relativa a las personas mayores resulta globalmente más completa que la referida a los discapacitados, hemos optado por aportar únicamente las cifras de gasto correspondientes al primer colectivo.

tanto que Andalucía, Murcia, Canarias y la Comunidad Valenciana registran indicadores muy inferiores a dicha media.

Gráfico 1: Gasto público por habitante en cuidados de larga duración por CCAA (España = 100): Año 2003.



Fuente: Elaboración propia a partir del LBD (IMSERO, 2005a): Cifras de gasto (Cap. VIII: pág. 14); Número de personas dependientes (Cap. I: pág. 53).

La enorme dispersión observada viene motivada por el carácter descentralizado que los servicios sociales tienen en nuestro país. Así, en el caso de las plazas de financiación pública en residencias y centros de día, las CCAA son las encargadas de regular tanto la oferta total de plazas como los requisitos que deben reunir las personas mayores que solicitan acceder a las mismas. Tales requisitos, aunque varían de unas CCAA a otras, suelen incluir una valoración del grado de dependencia del sujeto, de la disponibilidad de apoyo informal y de la situación económica del solicitante. Es importante señalar que, pese a que la situación económica aparece en todos los baremos autonómicos, no puede decirse que el acceso a dichos recursos se encuentre regulado por una prueba de medios en sentido estricto: así, aunque aquellos solicitantes con mayores ingresos reciben menores puntuaciones en el baremo, ello no significa que exista un umbral de renta a partir del cual se deniegue automáticamente el acceso a aquellos solicitantes que lo superan.

Frente a la situación de incompleta e insatisfactoria atención de la población dependiente, el SAAD intenta implantar y desarrollar paulatinamente un nuevo sistema formal de protección a las personas con dependencia y a sus familias. Con ello, se pretende la consecución de cuatro objetivos fundamentales:

- mejorar significativamente la calidad de vida de las personas dependientes y sus familias,

- ampliar Estado de Bienestar en España, dotándolo de un cuarto pilar (que complemente el Sistema Nacional de Salud, el sistema educativo y el sistema de pensiones, que fueron desarrollados en la década de los ochenta),
- reducir el diferencial en gasto de protección social español respecto a la media de la UE, y
- acompasar el crecimiento económico con más bienestar

Este nuevo SAAD se inspira en los siguientes principios:

- el carácter universal y público de la prestación,
- el acceso a las prestaciones en condiciones de igualdad, y
- la participación de todas las administraciones públicas en el ejercicio de sus competencias

Así pues, el SAAD se configura como una red pública que integra de forma coordinada los centros públicos y privados debidamente acreditados, y en el que colaboran todas las administraciones públicas (Administración General del Estado, Comunidades Autónomas y Corporaciones Locales).

El SAAD incluye las siguientes prestaciones:

- a) Prestación de servicios a través de centros y programas públicos o concertados según catálogo, teniendo derecho los beneficiarios a una serie de servicios según su grado y nivel de dependencia, entre los que se incluyen:
 - servicio de prevención de las situaciones de dependencia
 - servicio de teleasistencia
 - servicio de ayuda a domicilio (atención de las necesidades del hogar y cuidados personales)
 - servicio de centro de día y de noche (centro de día para mayores, centro de día para menores de 65 años, centro de día de atención especializada y centro de noche)
 - servicio de atención residencial (residencia de personas mayores dependientes y centro de atención a personas en situación de dependencia con varios tipos de discapacidad –psíquica, física, etc.)
- b) Prestaciones económicas:
 - prestación económica vinculada a la contratación del servicio en caso de que no se disponga de la oferta pública de servicios que requiera el beneficiario en función de su grado y nivel de dependencia.
 - compensación económica por cuidados en el entorno familiar, excepcionalmente, y siempre que se den las circunstancias familiares y de otro tipo adecuadas para ello
 - prestación de asistencia personalizada, con la finalidad la promoción de la autonomía de personas con gran dependencia mediante la contratación de una asistencia personalizada durante un número de horas, que facilite al beneficiario una vida más autónoma, el acceso a la educación y al trabajo, y el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria.

El desarrollo del SAAD será gradual, con el fin de ajustar el desarrollo de prestaciones con la creación de la infraestructura necesaria para ello. El desarrollo de todas las prestaciones (debido a la creación de infraestructuras de servicios) se realizará de forma paulatina durante ocho años, reconociéndose progresivamente el derecho a acceder a las prestaciones según el grado de dependencia, comenzando por la gran dependencia y finalizando en la dependencia moderada. En particular, el calendario de implantación establecido en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia es el siguiente:

- 2007: Atención a todos los grandes dependientes.
- 2008: Atención a los dependientes severos nivel 2.
- 2009: Atención a los dependientes severos nivel 1.
- 2011: Atención a los dependientes moderados nivel 2.
- 2013: Atención a los dependientes moderados nivel 1.
- 2015: Finaliza el periodo de implantación del Sistema de Dependencia.

Por último, se prevé que la financiación del SAAD correrá en su mayor parte a cargo de la Administración General del Estado y de las Comunidades Autónomas, aún cuando se establece un sistema de co-pago en función de la renta y del patrimonio del beneficiario. En efecto, la Administración General del Estado asumirá el coste del nivel mínimo de protección garantizado para cada uno de los beneficiarios del SAAD, determinándose en cada uno de los Convenios que se suscriban con las Comunidades Autónomas las obligaciones asumidas por cada una de las partes para la financiación de los servicios y prestaciones del SAAD, estableciéndose que la aportación de la Comunidad Autónoma será, para cada año, al menos igual que la de la Administración General del Estado. Por último, las personas beneficiarias participarán en la financiación de las prestaciones según el tipo y coste del servicio y su capacidad económica personal, si bien se establece que ningún ciudadano puede quedar fuera del SAAD por no disponer de recursos económicos. En principio, el co-pago podría permitir financiar el 34 por ciento de los gastos del SAAD.

Cabe destacar en este sentido que, como señalamos anteriormente, existe una notable diversidad autonómica de origen que constituye un reto importante que debe afrontar el nuevo SAAD. Las CCAA difieren entre si no sólo en lo tocante al nivel actualmente ofrecido de servicios, sino también con respecto al número de potenciales beneficiarios del SAAD. Así, según un reciente informe realizado por el centro de investigación encargado de desarrollar el baremo de dependencia (Fundació Institut Català de l'Envel·liment, 2006), el porcentaje que sobre el total de población representan las personas elegibles en las distintas CCAA va des del 2,1% hasta el 3,8%. Por otro lado, debido a que los costes unitarios de los distintos servicios también varían entre CCAA (IMSERSO, 2005c), el volumen de recursos actualmente destinados a su provisión resulta también presumiblemente muy dispar.

Dicha diversidad, en absoluto sorprendente si tenemos en cuenta que los servicios sociales son una competencia exclusiva de las CCAA, plantea sin embargo un desafío considerable de cara al desarrollo del SAAD: la presencia de impactos presupuestarios asimétricos; así, si bien la Memoria Económica de la Ley de Dependencia prevé que el gasto de las CCAA deberá aumentar a una tasa anual del 9% a lo largo del período 2007-2015, está claro que dicha tasa no va a ser la misma en

todas las CCAA, como no lo son tampoco el porcentaje de personas dependientes, los niveles de gasto público actuales, los costes unitarios o la oferta privada. Por ello, puesto que las CCAA van a ser las encargadas de gestionar el SAAD y de financiarlo parcialmente, resulta fundamental que a la hora de diseñar los detalles del mismo (estructura de los co-pagos, intensidad de los servicios, etc.) se cuente con modelos de simulación que estimen el impacto presupuestario que una determinada configuración puede tener para las distintas CCAA.

3. La atención de la dependencia en Europa

Aunque el sector de la atención a la dependencia tiene una visibilidad relativamente baja en sociedad, se espera que el envejecimiento de la población europea tenga un impacto importante en la demanda para los servicios sociales de atención y cuidado de las personas que no pueden valerse por sí solas, esperándose que casi todos los hogares acabarán utilizando eventualmente tales en cierta medida. Al mismo tiempo, el envejecimiento de la población activa conducirá gradualmente una contracción de la mano de obra. En este sentido, se estima que, antes de 2030, la población en edad de trabajar se podía reducir a 280 millones en el EU25, comparada con los actuales 303 millones. Esta evolución tiene implicaciones para el potencial de crecimiento y la sostenibilidad, no sólo de los sistemas públicos de pensiones, sino también para los servicios sociales de atención de los ancianos (European Commission, 2005).

De hecho, la Comisión Europea, en sus comunicados y publicaciones, viene expresando una creciente preocupación por la provisión de servicios apropiados para la atención y protección de la población dependiente, al tiempo que es consciente de limitaciones de trabajadores adecuados para ofrecerlos.

Sin embargo, la denominada Agenda de Lisboa (que constituye la principal hoja de ruta de la política económica europea para los próximos años), y en particular la Estrategia Europea de Empleo, hacen énfasis en la empleabilidad y el aprendizaje de por vida como objetivos prioritarios, sin prestar atención explícita a la dependencia. Ello es especialmente llamativo por el hecho de que el cuidado de las personas dependientes puede constituir un impulso decisivo de las medidas a favor de la igualdad de oportunidades, por cuanto la potencial mano de obra en esta actividad es predominantemente femenina. Asimismo, esta área de actuación podría haberse utilizado para identificar nuevas iniciativas para el Fondo Social Europeo durante la última reformulación de los Fondos Estructurales para el período presupuestario 2007-2013, contribuyendo de esta forma a la consecución de objetivos estratégicos de la política social europea.

En la UE existen en la actualidad diferentes agentes proveedores de los servicios de atención a la dependencia: el sector público, el sector privado y las organizaciones no gubernamentales (ONGs). Sin embargo, la mayor parte de estos servicios se presta por familiares, amigos o vecinos, de una manera informal (no regulada por ninguna norma) y habitualmente sin retribución económica alguna. Asimismo, se observa una amplia disparidad de instituciones de atención a la dependencia ligadas tanto a servicios sanitarios, como a educación o servicios comunitarios.

En cuanto a los potenciales usuarios de los servicios de atención a la dependencia se registra también una gran diversidad, ya que si bien la mayoría de los países dan cobertura personas mayores, menores de edad y discapacitados (físicos y mentales), otros países extienden su oferta a otros colectivos tales como los drogadictos, los inmigrantes (legales e ilegales) y los refugiados.

Esta amplia disparidad europea a la hora de afrontar la atención a los dependientes es fiel reflejo de los diferentes modelos de bienestar presentes en cada país, lo que a su vez es fruto de su evolución histórica, su cultura, su desarrollo económico, sus valores y su religión. Ello da lugar a distintos enfoques y preferencias

respecto a cómo dar respuestas a los retos de la protección social, la solidaridad y la eficiencia. En este sentido, basándonos en los trabajos de Antonnen y Sibila (1996) y Abrahamson (1999), podemos distinguir hasta cinco tipos de modelos de bienestar en los países que forman parte de la actual UE:

- *modelo residual*, que representaría el Estado de Bienestar liberal y sería el que prevalece fundamentalmente en el Reino Unido y, en menor medida, en Irlanda. En este modelo, el sector privado ha venido cobrando un creciente protagonismo a la hora de proveer los servicios públicos de bienestar en general y de atención a los dependientes en particular, actuando el sector público únicamente como regulador y protector frente a fallos de mercado, en lugar de proveer dichos servicios directamente.
- *modelo corporativista*, que estaría presente en Alemania, Austria, Países Bajos y, en menor medida, en Francia y Bélgica. Este modelo enfatiza la participación en el mercado de trabajo garantía de protección frente a problemas tales como la salud o la vejez, dejándose a ONGs el cuidado de aquellos que no participan activamente en el mercado laboral, si bien las familias también desempeñan un cierto papel. En Alemania, Austria, Países Bajos, las ONGs encargadas de estos cuidados están financiadas en gran parte por el Estado y frecuentemente están vinculadas a determinadas iglesias.
- *modelo escandinavo*, que representaría la visión socialdemócrata y estaría asociado a los países nórdicos (Suecia, Dinamarca, Noruega y Finlandia). Se caracteriza por ofrecer un amplio abanico de servicios de alta calidad y tener un carácter universal, con especial atención a determinados grupos tales como menores en riesgo, personas con discapacidades y ancianos. La financiación se realiza con cargo a impuestos y los gobiernos locales desempeñan un papel fundamental en la provisión y planificación de tales servicios.
- *modelo mediterráneo*, que estaría vigente en Grecia, Italia, Portugal y Chipre, así como en España antes de la instauración del SAAD. Este modelo se basa principalmente en la familia, aunque la Iglesia Católica y la Cruz Roja también colaboran en la atención a los dependientes.
- *modelo post-socialista*, que se daría en los países de la Europa central y oriental que se incorporaron a la UE durante la ampliación que tuvo lugar en el año 2000. Estos países estarían experimentando un cambio acelerado hacia una economía de mercado y sus prestaciones sociales en materia de cuidado de la dependencia estarían revisándose, dándole un mayor protagonismo al sector privado y a las ONGs.

Así pues, y como señala Rostgaard (2002), los países europeos no han desarrollado coordinadamente sus sistemas de bienestar y provisión de cuidados a las personas dependientes, sino de acuerdo a su propia tradición en la provisión de prestaciones sociales. Es por ello que se detecta en la UE una ausencia tanto de convergencia como de armonización en la atención y protección a las personas en situación de dependencia.

Cabe señalar que tanto en aquellos países que cuentan con sistemas de acceso universal como en aquellos otros con esquemas de carácter selectivo, los usuarios de los servicios públicos destinados a personas dependientes (servicios de atención a

domicilio, centros de día, residencias, etcétera) participan con sus aportaciones en la financiación de los mismos. Esta co-financiación viene avalada, desde una perspectiva teórica, por la evidencia a favor de la necesidad de la consecución de un cierto reequilibrio intergeneracional en los programas de gasto público, así como el logro de un balance asistencial más eficiente. Todo ello aconseja el desarrollo de un esquema de co-pagos que complemente la financiación del sistema realizada mediante impuestos generales.

Para finalizar, es interesante señalar que el cuidado de las personas dependientes y la promoción de su autonomía personal representa un sector económico con un importante potencial de crear empleo. Así por ejemplo, casi un quinto de los empleos creados en la UE entre 1995 y 2001 se tuvo lugar en los sectores de la salud y los servicios sociales, que ascendían en 2004 al casi el 10 por ciento de la mano de obra total (European Commission, 2004). Por otra parte, según un informe reciente (Accenture y The Lisbon Council, 2005) este sector podría generar 3,5 millones de puestos de trabajo en la UE durante los próximos cinco años, siendo el segmento que presenta un mayor dinamismo laboral. Este hecho es especialmente relevante dada la baja propensión europea a la creación de empleo, ya que cuando la producción agregada de los veinticinco países aumenta en un uno por ciento, el empleo se incrementa en un 0,29 por ciento, frente al 0,41 por ciento que se obtiene en los Estados Unidos.

Sin embargo, y como se señaló anteriormente, se detecta una preocupante escasez de personal cualificado para afrontar una adecuada atención a los dependientes. Es por ello que distintos países han ido adoptando diversas medidas encaminadas a impulsar el empleo en este sector, entre las que destacan las siguientes:

- institucionalizar las prestaciones, de manera que exista un respaldo público formal que garantice una correcta contratación y unas condiciones aceptables para su prestación,
- desarrollar nuevas titulaciones académicas que revalorice a sus poseedores de cara a la sociedad y haga más atractiva esta salida profesional, e
- involucrar a grupos desfavorecidos en mercado laboral, especialmente jóvenes, parados de larga duración e inmigrantes que, con la oportuna formación, puedan acceder a un puesto de trabajo digno

4. Efectos del SAAD sobre el empleo y la economía

Según las estimaciones del Libro Blanco de la Dependencia (LBD), la introducción gradual del SAAD llevaría a la creación de unos 263 mil empleos. En el año 2005, siempre según el LBD, unas 90 mil personas trabajan formalmente en la atención pública a la dependencia y los presupuestos que las CCAA y la Seguridad Social destinaron a dichos cuidados en 2004 ascendían a unos 2,8 millardos de euros, o sea el 0,33 del PIB (revisado; ver INE, 2005) de ese año.

En Labeaga *et al.* (2006) realizamos un ejercicio de evaluación que parte de estas cifras para elaborar un escenario de gasto corriente asociado a este hipotético SAAD a partir de la situación actual y dadas las necesidades detectadas por el LBD en materia de dependencia entre la población hasta 2010. Siguiendo las hipótesis del LBD, suponemos que toda la población dependiente estaría cubierta en 2010, así como que el SAAD se hubiese implantado progresivamente en el período 2005-2010.

Las anteriores hipótesis arrojan que el presupuesto de gastos corrientes para establecer tal SAAD exigiría recursos que harían subir el 0,33 por ciento del PIB de 2004 hasta el 1,05 por ciento del PIB en 2010, un aumento de 0,72 puntos porcentuales, es decir, unos 8,4 millardos de euros adicionales, a precios de 2005, sólo en 2010, y de 26,4 millardos de euros en el periodo 2005-2010. Respecto a los gastos de capital, derivados de la construcción de residencias asociadas al establecimiento del SAAD, hemos estimado que habría que triplicar en el periodo el stock residencial existente en la actualidad lo que, suponiendo un valor del mismo en 2004 de unos 6 millardos de euros, exigiría inversiones de 10,2 millardos de euros, a precios de 2005, en el periodo. Este programa de gasto público equivaldría al 0,44 por ciento del PIB del periodo 2005-2010 para el gasto corriente y al 0,17 por ciento para el gasto de capital, en total al 0,61 del PIB. Una perturbación positiva de demanda de esta entidad ha de tener efectos discernibles sobre la producción, el empleo, etc.

Respecto al empleo, aplicamos tres metodologías diferentes, lo que junto a la ofrecida por el Libro Blanco de la Dependencia nos ha permitido realizar un análisis comparativo y de aproximación a una estimación que no es fácil de llevar a cabo y que siempre puede prestarse a interpretaciones. En particular, las metodologías I/O, macroeconómica y microeconómica rinden resultados apenas diferentes en términos de empleos creados debido a la aplicación del gasto corriente que son claramente inferiores a los resultados ofrecidos en el Libro Blanco de la Dependencia. Esta diferencia puede deberse a muy diversos factores, pero, a falta de un análisis más detallado, pensamos que se debe a que los coeficientes físicos utilizados por los autores del libro blanco son mayores, *mutatis mutandis*, que los coeficientes técnicos implícitos en la Tabla Input Output de España y en el modelo macroeconómico HERMIN-España y por los deducidos de la demanda de servicios de dependencia que revela el análisis de la Encuesta de Apoyo Informal a los Mayores (EAIM).

En el Cuadro 4 se ofrecen los resultados, en términos de empleo, de las tres metodologías aplicadas en este estudio. Puede apreciarse que, en términos medios, el empleo creado según la metodología del LBD es un 54 por ciento mayor que el creado por la aplicación del gasto corriente debido al SAAD en nuestras metodologías. En otras

palabras, nuestras metodologías crean 2/3 partes del empleo estimado por los autores del LBD.

Cuadro 4**Creación de empleo debido a la introducción del SAAD (público) - Recapitulación**

Metodología	2005	2006	2007	2008	2009	2010
TOD España 2000						
Gasto corriente	7.031	36.847	69.370	112.648	150.925	174.464
Gasto capital	9.242	37.210	39.115	49.813	42.394	25.264
Total	16.273	74.057	108.485	162.461	193.320	199.728
Modelo HERMIN-España						
Gasto corriente	5.699	35.731	69.689	111.671	148.433	169.855
Gasto capital	3.260	15.238	29.249	38.549	34.859	20.273
Total	8.959	50.969	98.939	150.220	183.292	190.158
Evaluación macroeconómica						
Gasto corriente	8.016	40.078	76.641	96.188	144.283	160.314
Liberación de empleo (a)	4.350	--	--	--	--	96.485
Libro Blanco de la Dependencia						
Gasto corriente (b)	10.588	55.490	104.469	169.643	227.287	262.735
(a) En términos efectivos, a medida que el SAAD se implanta en el periodo (2005: 5%; 2010: 100%). Estos empleos no son asimilables a ninguna de las restantes categorías del cuadro. Se presentan a efectos de su discusión posterior en el texto principal. (b) El LBD no evalúa los recursos de capital aplicados a la dependencia, sino en términos de capacidad de tratamiento (residencias, centro de día), por lo que no ofrece una estimación de empleos asociados a la formación de capital necesaria, que en ningún caso serían empleos en el sector. Así pues, esta fila sólo es comparable a las filas homónimas de las restantes metodologías y no a las filas de totales.						

Fuente: Libro Blanco de la Dependencia (Cap. X, pág. 27), Cuadros 3, 9, 14 y 15.

Hay otros efectos que nuestras metodologías arrojan y que no pueden compararse con estimaciones similares ausentes en el LBD, aunque se mencionan en parte dichos efectos en este último. Así, en cualquier caso, la introducción del SAAD conllevaría gastos de capital que contribuirían a aumentar el empleo creado por medio de la aplicación del gasto corriente. En el mismo Cuadro 16 puede apreciarse que estos empleos oscilarían según el año, en función de las inversiones necesarias para desplegar la capacidad residencial requerida por el SAAD a medida que se realiza su potencial, y la metodología utilizada, pero que podrían ascender a entre veinte y treinta mil empleos en término medio a lo largo del periodo.

Otros efectos que detectamos, utilizando la metodología I/O, tienen que ver con la distribución sectorial del empleo en función de si el despliegue del SAAD se realiza únicamente con recursos públicos para la dependencia o con recursos mixtos público-privado, así como el concurso relativamente activo que otros sectores no directamente ligados a la dependencia (industria, construcción) aportarían a la creación de empleo en función de las relaciones intersectoriales de la economía.

De la metodología macroeconómica se desprende que el estímulo a la demanda agregada que supondría el SAAD provocaría efectos sobre el PIB de nuestra economía, que podría llegar a ser un 1,56 por ciento mayor en 2010 que en ausencia del programa de gasto implicado por el SAAD (público), lo que implicaría a su vez un diferencial en

tasa de crecimiento acumulativo anual real de +0,28 puntos porcentuales a lo largo de todo el periodo. Igualmente, esta metodología nos ha permitido estimar que, dada la magnitud de la perturbación, en proporción al PIB medio del periodo, y dado el deterioro medio de la ratio de deuda respecto al PIB en el mismo, el retorno fiscal global, por impuestos generales y cotizaciones, llegaría a cubrir hasta casi dos terceras partes del gasto asociado al despliegue del SAAD, una tasa de retorno apreciable, en ausencia de efectos de expulsión de la actividad privada como consecuencia del aumento del consumo o las transferencias del sector público. Cabe señalar asimismo que un porcentaje importante de los cuidadores actuales consideran que un modelo de co-pago sería una opción razonable para el sistema, estando dispuestos a compartir de forma creciente los gastos ocasionados por el cuidado de los dependientes.

Los efectos sobre el empleo y macroeconómicos descritos se asocian claramente al SAAD, pero no hemos estimado en qué medida este impulso del gasto público expulsa al gasto privado de la economía y, por lo tanto, no sabemos en qué medida una parte de los mismos podría verse compensada por este efecto de expulsión. Ciertamente es que la pertenencia a la zona euro elimina los efectos de expulsión asociados al aumento del tipo de interés y la competencia por los fondos prestables, mientras que hemos supuesto que el gasto público asociado al SAAD se financia con deuda, lo que evita el aumento de la presión fiscal y la caída de la renta disponible.

Por fin, una de las grandes ventajas que los autores del Libro Blanco asociaban a la creación de un SAAD era la “liberación” del potencial laboral cautivo de los cuidadores informales al cuidado de sus allegados dependientes en los hogares. Ello afectaría positivamente a la economía en términos de una mayor oferta de trabajadores formales que podrían ofrecerse para ocupar los puestos de cuidadores formales en el SAAD o para otros trabajos en el resto de la economía. Pues bien, nuestro análisis microeconómico de esta hipótesis, sobre la base de los datos de la Encuesta de Población Activa y la Encuesta de Apoyo Informal a los Mayores 2004, muestra claramente que este potencial es limitado. Muestra, en particular, que, como mucho, dicha liberación apenas llegaría a cubrir, de orientar plenamente hacia los cuidados formales, la mitad de los empleos que hemos estimado en nuestras simulaciones, o la tercera parte de los empleos estimados por los autores del LBD. Ello es así por multitud de razones que afloran inmediatamente cuando se estudia la encuesta de apoyo informal a los mayores. En primer lugar, porque una parte del apoyo se realiza en los hogares mediante empleados de hogar. Por otra parte, los familiares cuidadores, o bien son inactivos o, por sus características, se postularán con escasa probabilidad en el mercado de trabajo.

Nuestro punto de vista es que el verdadero potencial generador de empleos del SAAD se habrá de contemplar a largo plazo cuando se produzcan las condiciones financieras adecuadamente definidas y de confianza de los individuos en el nuevo sistema que haga que la oferta de servicios sea respondida de forma adecuada por la demanda de los dependientes o sus familiares.

Sin embargo, es necesario señalar que en todas las estimaciones realizadas se han considerado *ratios* de empleo por persona dependiente observadas para cada tipo de recurso (residencias, centros de día, ayudas a domicilio, etc.) y cada grado de dependencia (gran dependencia, dependencia moderada, dependencia severa y discapacidad) relativamente altos, por lo que la demanda potencial pudiera incrementarse al utilizarse coeficientes técnicos de empleo en el sector más realistas. Además, no es tanto una cuestión de cantidad como de calidad e, incluso, de *calidez* en la prestación del servicio. En efecto, al tratarse los receptores de estos servicios de promoción de la autonomía personal y atención a personas en situación de dependencia de ciudadanos con numerosas carencias y necesidades, se hace fundamental la formación adecuada de los cuidadores y un trato afectivo y cordial con los usuarios.

En este sentido, se detecta una preocupante escasez de personal cualificado para afrontar una adecuada atención a los dependientes, que es común a otros países europeos. Si bien puede decirse que no parece que el mercado de trabajo español presente tensión en su segmento de cualificaciones bajas y medio-bajas por el momento o a medio plazo, sí que parece que existan posibles problemas de cualificaciones medio-altas específicas de los potenciales trabajadores de este sector.

De hecho, la Comisión Europea, en sus comunicados y publicaciones, viene expresando una creciente preocupación por la provisión de servicios apropiados para la atención y protección de la población dependiente, al tiempo que es consciente de limitaciones de trabajadores adecuados para ofrecerlos. Sin embargo, la denominada Agenda de Lisboa (que constituye la principal hoja de ruta de la política económica europea para los próximos años), y en particular la Estrategia Europea de Empleo, hacen énfasis en la empleabilidad y el aprendizaje de por vida como objetivos prioritarios, sin prestar atención explícita a la dependencia.

5. Análisis estratégico del SAAD

Tras el recorrido llevado a cabo en las anteriores secciones podemos realizar en esta Sección un análisis estratégico del SAAD mediante una síntesis de sus debilidades y fortalezas, de sus amenazas y oportunidades, es decir a partir de un “balance DAFO” sobre las bases siguientes.

Las debilidades y las fortalezas son elementos del entorno interno del SAAD, que los agentes involucrados pueden controlar, corregir o reforzar, mientras que las amenazas y oportunidades son elementos de entorno externo ajenos al control de dichos agentes, pero que éstos pueden evitar o de los que pueden beneficiarse de manera activa adoptando las estrategias oportunas.

En ocasiones un mismo elemento se revelará como una debilidad y una fortaleza a la vez, o como una amenaza y una oportunidad simultáneamente. No debe extrañar el que esto sea así, aunque conviene limitar el análisis de estos casos para no hacerlo innecesariamente complejo a aquellos de los que se puede extraer una enseñanza estratégica.

A continuación hacemos una breve exposición de estos elementos para el SAAD:

FORTALEZAS	• Provisión de servicios múltiples
	• Innovación constante en el tipo de servicios ofrecidos
	• Posibilidad de ofrecer servicios en respuesta a nuevas necesidades
	• Salvaguarda de la igualdad y justicia social en el acceso a los servicios y prestaciones, profundizando el Estado de bienestar
	• Fijación de unos estándares mínimos a nivel nacional
	• Posible papel de la iniciativa privada vía subcontratación
	• Implicación de todos los ámbitos de la administración pública
	• La opción de co-pago puede forzar un uso más responsable de los servicios y dotar al usuario de un cierto poder a la hora de influir sobre la calidad de los servicios ofrecidos
	• Importantes retornos en términos de producción y empleo que, al incrementar la renta disponible de los españoles y la recaudación por cotizaciones e impuestos, podría ayudar a su financiación

OPORTUNIDADES	• Rico potencial para la creación de empleo
	• La población inmigrante puede desempeñar un importante papel
	• Transformación de empleo irregular en empleo formal
	• Potencial impulso a la igualdad de género
	• Estímulo a la formación y cualificación de la mano de obra
	• La iniciativa privada puede promover, a través de la competencia, la viabilidad económica de los servicios de dependencia
	• Posible colaboración de ONGs
	• Puesta en común de experiencias públicas y privadas
	• Posibilidad de ofrecer más y mejores servicios por parte de las CCAA
	• Integración y coordinación de los sistemas sanitarios y sociales

DEBILIDADES	• Diversidad autonómica de origen
	• Bajo perfil en las agendas de algunas CC AA
	• Imagen pública deteriorada debido a retrasos en la evaluación de solicitudes y puesta en marcha de servicios
	• Posibles escasez de mano de obra suficientemente cualificada para proveer los servicios
	• Potenciales diferencias en el acceso al servicio entre el medio rural y el urbano
	• Ausencia de controles ante posibles abusos por parte de los usuarios
	• Inexistencia de datos estadísticos comparables que haga posible la evaluación del sistema
	• Necesidad de dar un trato cálido a los usuarios, lo que implica elevados <i>ratios</i> de empleo por persona dependiente.
	• Implantación gradual

AMENAZAS	• Diferencias territoriales y de renta personales
	• La insuficiente financiación puede comprometer la calidad del servicio prestado
	• La carencia de la ayuda financiera adecuada puede obstaculizar nuevas iniciativas
	• Escasez de personal cualificado para afrontar una adecuada atención a los dependientes.
	• Posible descoordinación entre AAPP
	• Incremento creciente de demanda de servicios debido al envejecimiento de la población
	• Posibles ineficiencias

A la vista del balance DAFO que se ha construido para el SAAD en los diversos ámbitos considerados, hay que desarrollar las estrategias oportunas para la acción a la que invita dicho balance. Estas estrategias pueden caracterizarse en grandes categorías ajustadas a los pares que se pueden formar de debilidades/fortalezas y amenazas/oportunidades. Las cuatro categorías que surgen de esta comparación se muestran en el siguiente cuadro:

	FORTALEZAS	DEBILIDADES
OPORTUNIDADES	Estrategia Ofensiva Consiste en orientarse hacia oportunidades seleccionadas que mejor se ajustan a las fortalezas existentes	Estrategia Pro-activa Consiste en trabajar para superar las debilidades aprovechando las oportunidades existentes
AMENAZAS	Estrategia Reactiva Consiste en utilizar las fortalezas para reducir la vulnerabilidad ante las amenazas existentes	Estrategia Defensiva Consiste en establecer un “plan defensivo” para evitar las amenazas cuando las debilidades son insuperables

No siempre es posible un ajuste óptimo entre los factores de entorno interno (debilidades/fortalezas) y los de entorno externo para diseñar las estrategias oportunas, o, dado el balance DAFO establecido en cada caso, no todas las estrategias tendrán la misma relevancia. En el caso del SAAD, y teniendo en cuenta los resultados anteriormente comentados las diferentes estrategias deberían orientarse de la siguiente manera:

- Una **Estrategia Ofensiva**: El SAAD constituye una oportunidad importante para involucrar a grupos desfavorecidos en mercado laboral, especialmente jóvenes, parados de larga duración e inmigrantes que, con la oportuna formación, puedan acceder a un puesto de trabajo digno. Estos grupos pueden proporcionar una parte sustancial de la mano de obra necesaria, por lo que el sector del cuidado y la atención a los dependientes constituye también un área importante de acción para las políticas dirigidas hacia la integración de trabajadores y la homologación de títulos extranjeros. La institucionalización de las prestaciones lograda con el SAAD asegura una correcta contratación y unas condiciones aceptables para su prestación que puede atraer a miembros de estos colectivos hacia el mercado formal. Asimismo, se debería fomentar el uso de las innovaciones que se vayan realizando en las tecnologías de la información y las comunicaciones, en especial en los mecanismos de alerta en el hogar que hacen uso de comunicaciones electrónicas y de voz y que pueden utilizarse en ambos sentidos para evaluar las constantes vitales del usuario y monitorizar su estado continuamente. En este sentido, deberían establecerse acuerdos con los distintos operadores globales de telecomunicaciones que hagan posible su establecimiento en todo el territorio. Por último, el SAAD ofrece la posibilidad de una estrecha coordinación entre los sistemas sanitario y social que hasta la fecha han vivido casi de espaldas. Si se pretende mejorar la eficiencia de la atención a la dependencia desde una perspectiva global, se hace necesario analizar empíricamente este tipo de interacciones entre ambos sistemas, disminuyendo las estancias hospitalarias innecesarias de carácter social, contemplando la

domiciación del tratamiento sanitario de algunos de sus pacientes, etc. Esta mayor coordinación entre el Sistema Nacional de Salud y el nuevo SAAD, exige disponer de bases de datos más completas que las actualmente disponibles y su tratamiento eficiente y compartido entre ambos sistemas.

- Una **Estrategia Reactiva** podría consistir en la utilización de un fondo de solidaridad interterritorial que transfiera recursos desde CCAA con mayores recursos a aquellas con menos para poder ofrecer los servicios con unos mínimos estándares comunes. Asimismo, se debería utilizar la progresividad de los impuestos directos para financiar, con cargo al tramo autonómico, más y mejores servicios, al tiempo que se redujera las posibles diferencias de trato intraterritoriales debidas a la diferente prestación entre áreas urbanas o rurales, zonas más pobladas o menos, o territorios compactos o archipiélagos.
- Una **Estrategia Pro-activa** debería contemplar el establecer perfiles profesionales elevados en el sistema, con una cualificación adecuada para la realización de sus tareas y unas buenas condiciones de trabajo, lo que es particularmente importante en la atracción de nuevos graduados. En cuanto a la cualificación, se deberían desarrollar nuevas titulaciones académicas tanto universitarias como de formación profesional que revalorice a sus poseedores de cara a la sociedad y ofrezcan un futuro prometedor que incentive la elección de esta salida profesional. Respecto a las condiciones de trabajo, se debería tener especial atención en dar una adecuada respuesta a los problemas de tensión física y emocional, horarios irregulares, aislamiento geográfico y profesional y carencia de una trayectoria profesional claramente definida que pueden surgir en el personal del SAAD. Por otra parte, para satisfacer criterios de equidad, la estructura de copagos debe ser capaz de financiar parte del gasto a través de aportaciones que, desde el punto de vista individual, no generen situaciones de empobrecimiento y/o catastrofismo, además de preservar cierta progresividad en el reparto de la carga o, al menos, garantizar que el sistema de financiación no sea regresivo. La implantación gradual del SAAD, que implica que únicamente los colectivos con mayor grado de dependencia recibirán inicialmente las nuevas prestaciones en los primeros años implica elevados costes iniciales de puesta en marcha, ya que los distintos servicios sociales necesarios son relativamente los más costosos (residencias, servicios de atención diarios, etc.), pero el gasto futuro del SAAD dependerá también de la utilización relativa que de dichos servicios realicen los beneficiarios del sistema.
- Una **Estrategia Defensiva** involucraría una mayor y más estrecha coordinación de los agentes públicos y privados (incluidas las ONGs), con foros en los que se intercambien experiencias y se establezcan directrices comunes de buenas prácticas que garanticen la calidad de los servicios prestados, así como en la formación del personal cualificado que ofrezca estos cuidados con el nivel de excelencia y de calidez que dichas personas necesitan. La iniciativa europea *Survey of Health, Aging and Retirement in Europe* (SHARE) es un buen ejemplo de lo que puede dar de sí la cooperación internacional en este ámbito. Así mismo se debería realizar campañas institucionales destinadas a mejorar la imagen del SAAD entre la población general y, en particular, entre los potenciales usuarios y sus familiares. Es fundamental que los trabajadores del SAAD cuenten con la formación adecuada y que ofrezcan un trato afectivo y cordial a los usuarios,

necesitándose urgentemente trabajadores con cualificaciones medio-altas. Por otra parte, para satisfacer criterios de eficiencia, los esquemas de co-pagos deben de estar diseñados de tal manera que generen comportamientos individuales de utilización de servicios que resulten socialmente coste-efectivos (así, por ejemplo, deberían evitar la institucionalización de un sujeto cuando la opción de permanecer en el hogar, debidamente atendido por familiares y profesionales, resulte menos costosa que proveer la ayuda necesaria en una residencia). Asimismo, se debe asegurar la sostenibilidad del sistema ante el previsible incremento creciente en la demanda de servicios de atención a la dependencia que traerá consigo el envejecimiento demográfico, por lo que la estructura actual de co-pagos no puede poner en riesgo en un futuro el SAAD al requerir incrementos difícilmente asumible en el componente financiado colectivamente (ingresos generales del Estado e ingresos propios de las CCAA). Por último, es fundamental avanzar en la construcción de estadísticas, bases de datos y encuestas que permitan el estudio del problema de la dependencia. Fuentes estadísticas y encuestas que permitan caracterizar y estudiar la oferta y la demanda, que hagan posible disponer de información territorializada, que permitan estudiar cuáles son los deseos y esperanzas de los dependientes, que posibiliten las opciones e inquietudes de los cuidadores y que, en definitiva, permitan, tanto al gestor como al investigador, tomar decisiones o analizarlas, según sea el caso, tan fundamentadas como sea posible.

A la luz del análisis estratégico realizado queda manifiestamente claro la urgente necesidad de una adecuada planificación y gestión de los servicios que garantice el equilibrio entre la Administración General del Estado y las administraciones territoriales (CCAA y Corporaciones Locales -CCLL). La planificación y gestión de los servicios sociales son tareas difíciles para las que las ventajas de la descentralización resultan obvias: las CCAA y las CCLL no sólo están en mejor situación que el Gobierno Central para valorar las necesidades relativas de sus respectivos territorios, sino que además pueden diseñar fórmulas de intervención que tengan en cuenta especificidades en cuanto a la provisión (costes relativos de los distintos servicios, oferta privada concertable, etcétera). De hecho, como ya se ha señalado con anterioridad, la diversidad actual en los modelos autonómicos de atención a la dependencia no es sino la consecuencia inevitable (y en muchos sentidos deseable) de la descentralización. Así las cosas, si bien el nuevo SAAD resulta necesario por cuanto permitirá aumentar los recursos financieros disponibles para procurar atención a las personas dependientes, cualquier intento de uniformización que reste grados de libertad en la gestión que llevan a cabo las CCAA, generará más costes que beneficios. La posible cuadratura del círculo pasa, en nuestra opinión, por concebir la financiación que está previsto aporte el Gobierno Central como una transferencia a las CCAA cuya cuantía varíe simplemente en función del número de beneficiarios del SAAD en cada territorio. A lo sumo, y siempre sobre indicadores globales (ratios de plazas, número de usuarios de servicios de ayuda a domicilio, etc.), se podría establecer un factor corrector que otorgara una financiación adicional a aquellas CCAA con niveles de cobertura claramente por debajo de la media estatal.

Por otra parte, más allá de la negociación política a corto plazo en torno a las cuestiones anteriores, las CCAA y el gobierno central deberían tener en cuenta las implicaciones a medio y largo plazo de las decisiones que se acaben tomando en los

próximos meses. A este respecto, cuando hace ya años que se viene hablando de los problemas de sostenibilidad del sistema de pensiones o del impacto del envejecimiento demográfico sobre el gasto sanitario, resulta sorprendente que las proyecciones realizadas hasta el momento en torno a la evolución del SAAD terminen en 2015, año en que está previsto que el sistema se encuentre ya totalmente implantado.

La responsabilidad política y presupuestaria exigirían, sin embargo, trabajar con un horizonte temporal que abarcara, al menos, la primera de las décadas (2020-2030) en las que los estudios realizados sobre pensiones o sanidad coinciden en señalar el inicio de los problemas derivados del envejecimiento demográfico. En este sentido, siguiendo el camino ya recorrido por otros países de nuestro entorno (Hancock *et al.*, 2003), se trataría de desarrollar modelos de simulación que permitieran proyectar la evolución a medio y largo plazo de los gastos y los ingresos derivados de distintas configuraciones alternativas del nuevo SAAD.

Un elemento de reflexión y actuación importante para reducir las amenazas y limitar las debilidades detectadas en el SAAD sería el reconocimiento de las grandes diferencias que separan la atención residencial de aquélla que se proporciona a personas que siguen viviendo en la comunidad. En este sentido, cabe señalar que la inmensa mayoría de personas que ingresan en una residencia son viudas (63 por ciento) o solteras (24 por ciento), y las probabilidades de retorno a la comunidad son muy reducidas en la mayoría de los casos, parece razonable que las aportaciones que éstas realicen en concepto de co-pagos equivalgan a un porcentaje elevado de su renta, exactamente igual que hasta el momento pero extendido a los nuevos usuarios (previsiblemente con más recursos) que la universalización del sistema traerá consigo. Asimismo, también debería tenerse en cuenta el patrimonio de los sujetos, y hacerlo líquido a través de algún instrumento financiero como puedan ser las hipotecas inversas, de reciente aparición en nuestro país.

6. Consideraciones finales

A medida que el número de personas dependientes aumenta, se hace cada vez más necesario desarrollar paralelamente un sector de cuidado formal de estas personas. Las estructuras familiares tradicionales, donde varias generaciones conviven juntas o en las cercanías, son cada vez menos frecuentes. Mientras que la mayoría del cuidado y la atención a la dependencia se proporciona todavía en el seno familiar, el papel y la contribución de los trabajadores pagados del cuidado formal viene siendo cada vez más necesario e importante. Los objetivos establecidos por la Comisión Europea en la denominada Agenda de Lisboa en términos de las tasas de participación crecientes para las mujeres tendrán un impacto significativo en este proceso, al ser principalmente mujeres las encargadas de llevar a cabo la mayoría de las responsabilidades derivadas del cuidado y la atención de miembros de la familia. Así pues, la necesidad de reconciliar la vida laboral y de cuidado familiar (ascendentes dependientes e hijos) se está convirtiendo en una cuestión clave para los trabajadores. Los responsables públicos europeos están buscando estrategias sostenibles para enfrentarse con este reto, ya que una demanda creciente de trabajadores en el sector del cuidado y la atención a la dependencia también genera preocupación sobre dónde se encontrarán los trabajadores necesarios, así como sobre la cualificación que deben tener y sus condiciones de trabajo. En el caso de España mediante el establecimiento del de un Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) que constituye, por varios motivos, una de las iniciativas de política social más importante de los últimos años.

En este contexto, tras analizar brevemente la situación de la dependencia en España y comentar las principales características del SAAD, examinar cómo se aborda la atención a la dependencia en Europa y presentar una estimación de los efectos sobre el empleo y la economía del SAAD (suponiendo que, como estaba previsto en el LBD, se hubiese implantado progresivamente en el período 2005-2010), en este trabajo hemos llevado a cabo un análisis estratégico del SAAD estableciendo una síntesis de sus debilidades y fortalezas, sus amenazas y oportunidades a partir de un “balance DAFO”.

Dicho análisis nos permite definir cuatro tipos de estrategias relevantes para el SAAD. La primera de ellas, que catalogamos de estrategia ofensiva, está diseñada para orientarse hacia oportunidades seleccionadas que mejor se ajustan a las fortalezas existentes. La segunda, que denominamos estrategia pro-activa, consiste en trabajar para superar las debilidades aprovechando las oportunidades existentes. La tercera, que caracterizamos como estrategia reactiva, está orientada a la utilización plena de las fortalezas para reducir la vulnerabilidad ante las amenazas existentes. Por último, diseñamos una cuarta estrategia defensiva, encargada de establecer un “plan defensivo” para evitar las amenazas cuando las debilidades son insuperables.

En cada una de estas estrategias desgranamos un conjunto de iniciativas encaminadas al mejor desempeño del SAAD, con especial referencia a la descentralización en la prestación de sus servicios y a las limitaciones que impone el mercado laboral. En este sentido, cabe señalar, por una parte, que el SAAD constituye una oportunidad importante para involucrar a grupos desfavorecidos en mercado laboral, especialmente jóvenes, parados de larga duración e inmigrantes que, con la oportuna formación, puedan acceder a un puesto de trabajo digno. Estos grupos pueden proporcionar una parte sustancial de la mano de obra necesaria, por lo que el sector del cuidado y la atención a los dependientes constituye también un área importante de

acción para las políticas dirigidas hacia la integración de trabajadores. Asimismo, destacamos el papel que tanto las administraciones territoriales (en el caso español, Comunidades Autónomas, Diputaciones Provinciales, Cabildos y Consejos Insulares y ayuntamientos) como las organizaciones no gubernamentales deben desempeñar no sólo en la prestación directa de los cuidados a las personas mayores y discapacitadas como en la formación del personal cualificado que ofrezca estos cuidados con el nivel de excelencia y de calidez que dichas personas necesitan.

La atención a la dependencia refuerza el estado del bienestar en España y pone en valor en nuestro país la declaración de principios del Tratado de Lisboa cuando establece que el modelo europeo viene caracterizado por la política social de mercado. El SAAD está llamado a constituirse en un motor de las políticas sociales en España y su dotación no debería descuidarse en períodos bajistas del ciclo.

Referencias bibliográficas:

- Abrahamson, P. (1999): "The welfare modelling business", *Social Policy and Administration*, Vol. 33, pp. 394-415.
- Accenture y The Lisbon Council (2005): *Jobs of the Future* (disponible en http://www.accenture.com/Global/Research_and_Insights/Policy_And_Corporate_Affairs/JobsFuture.htm)
- Anttonen, A. y Sipilä, J. (1996): "European social care services: Is it possible to identify models?", *Journal of European Social Policy*, Vol. 6, pp. 87-100.
- European Commission (2004): *Facing the challenge: The Lisbon strategy for growth and employment*, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Commission, November.
- European Commission (2005): *Confronting demographic change – A new solidarity between the generations*. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities.
- Fundació Institut Català de l'Envel·liment (2006): *Escenarios territoriales de la Ley de Apoyo a las personas con dependencia en España*, Bellaterra.
- IMERSO (2005a): *Libro Blanco de la atención a las personas en situación de dependencia en España*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- IMERSO (2005b): *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar*. Colección Estudios (Serie Dependencia) 12001, Instituto de Mayores y Servicios Sociales, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- IMERSO (2005c): *Las personas mayores en España. Informe 2004*. Instituto de Mayores y Servicios Sociales, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Labeaga Azcona, J. M., Sosvilla Rivero, S., Ortega Masagué, A. C. y Herce, J. A. (2006): "El Sistema Nacional de Dependencia: evaluación de sus efectos sobre el empleo", *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, No. 60, pp. 167-198.
- López Casasnovas, G. , Comas Herrera, A., Monteverde Verdenelli, M., Casado Marín, D., Caso García, J. R. y Ibern Regàs, P. (2005): *Envejecimiento y dependencia. Situación actual y retos de futuro*, Estudios Caixa Catalunya No. 002.
- Pérez Bueno, L. C. (2006): "La configuración de la autonomía personal y la necesidad de apoyos generalizados como nuevo derecho social", *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, No. 60, pp. 35-45.
- Rostgaard, T. (2002): "Caring for Children and Older People in Europe. A Comparison of European Policies and Practice", *Policy Studies*, Vol. 23, pp. 51-68.