Estudios sobre la Economía Española - 2020/20

La asistencia residencial en España y COVID-19

Sergi Jiménez-Martín
UPF y Fedea

Analía Viola
Fedea

Agosto 2020

fedea

Resumen Ejecutivo

LA ASISTENCIA RESIDENCIAL EN ESPAÑA Y COVID-19

La pandemia causada por el Covid-19 ha afectado en mayor medida a población de riesgo como a aquellas personas con enfermedades previas y a los mayores de 65 años en situación de dependencia. Según información a 30 de julio 2020, el 69% de las muertes totales por Covid-19 se produjeron en las residencias para mayores. Sin embargo, varios hechos coexistieron que provocaron el triste desenlace de un número elevado de muertes en residencias, entre los que destacan la ausencia de planes de contingencia, la falta de medicalización en los centros y las fallas de coordinación socio-sanitarias.

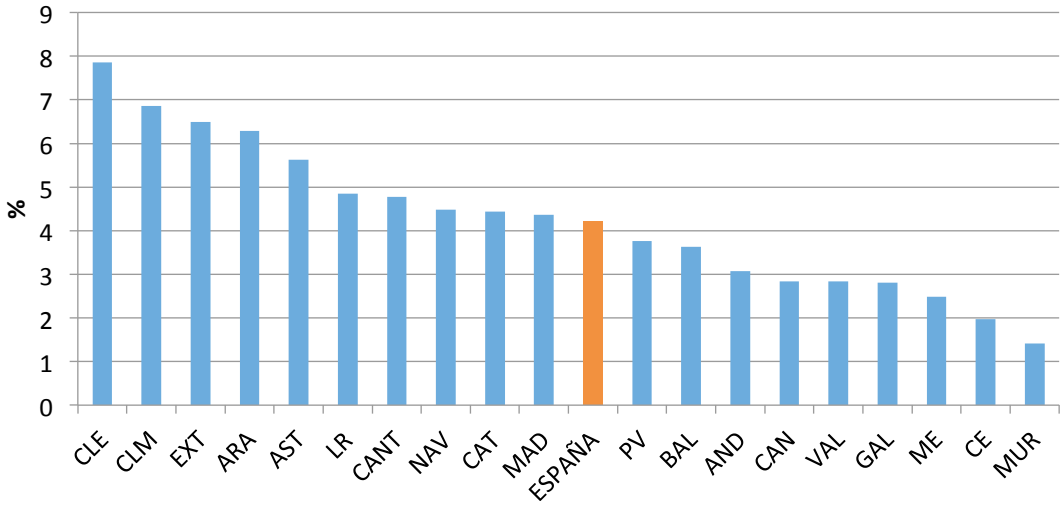
Este informe pretende analizar en detalle las características del sector de atención residencial en España y analizar el impacto del Covid-19 sobre este sector, a través de las fuentes disponibles, vislumbrando algunas de las causas posibles que influyeron en la elevada mortalidad en las residencias.

Algunas cifras del sector de atención residencial en España

Un indicador interesante a la hora de caracterizar el sector de atención residencial es relacionar el número de plazas puestas a disposición de los ciudadanos y la población mayor de 65 años susceptible de utilizar estos servicios, para poder medir así **el nivel de cobertura**. A nivel nacional, **en 2001** el índice de cobertura **suponía que un 3,3% de la población de 65 años o más disponía de una plaza residencial mientras que en la actualidad (datos del año 2018), este nivel de cobertura es del 4,2%**. Es decir, el avance apenas llega al 0,05 % por año

A nivel regional, la situación es heterogénea. Castilla y León es la comunidad con un índice de cobertura más elevado (7,85) seguida de Castilla La Mancha (6,85), Extremadura (6,48) y Aragón (6,28) mientras en el otro extremo, en Ceuta y Murcia, solo el 2% de este grupo poblacional dispone de una plaza residencial.

Gráfico 1: Índice de cobertura por CC. AA. 2018.



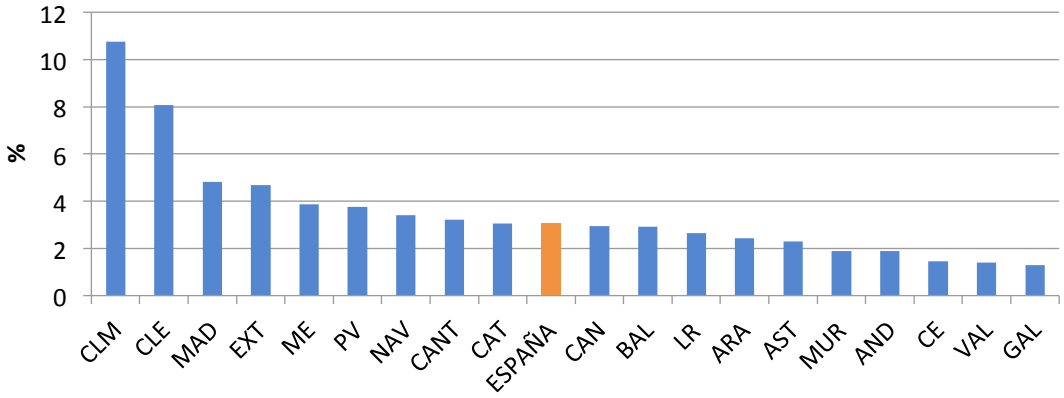
Fuente: elaboración propia en base a IMSERSO, disponible en: https://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/estadisticas/ssppmm_esp/index.htm.

Otros indicadores que ayudan a describir al sector de atención residencial son el tamaño medio de los centros (número medio de plazas residenciales por centro), la proporción de usuarios respecto de la población de 65 años o más y el nivel de ocupación.

Respecto del **tamaño medio de los centros**, **a nivel nacional** es cerca de **70 plazas por centro**, siendo Melilla, Madrid y La Rioja con un tamaño medio de los centros superior a la media nacional (cerca de 100 plazas y más por centro) y Cataluña, Extremadura, Ceuta y Canarias, inferior al promedio español (entre 45-55 plazas por centro).

En España, los **usuarios de centros residenciales representan el 3% del total de la población de 65 años o más**. A nivel regional se encuentran algunas diferencias. Por ejemplo, en Castilla La Mancha y Castilla y León, la población de 65 años o más que utiliza estos recursos asciende entre el 8% y 10%.[1] Por otra parte, en Murcia, Andalucía, Ceuta y Valencia un porcentaje menor de la población de 65 años o más utiliza estos servicios (menos del 2%).

Gráfico 2: Proporción de personas usuarias sobre la población de 65 años o más por CC. AA. 2018 (o último disponible).



Fuente: elaboración propia en base a IMSERSO disponible en: https://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/estadisticas/ssppmm_esp/index.htm e INE.
Nota: Aragón, Canarias y Extremadura, datos año 2016. Galicia, datos año 2017.

Por último, el nivel de ocupación reviste considerable importancia en un contexto de pandemia al facilitar la transmisión. En España, el **nivel de ocupación** de las plazas (número de personas usuarias sobre disponibilidad de plazas) **ronda el 73%,** por lo que **en general no es un sector saturado**. Sin embargo, hay comunidades como Castilla La Mancha, Melilla, Murcia, Madrid y Castilla y León donde el nivel de ocupación es superior al 100%, superando la capacidad de los centros residenciales.

El nivel de empleo en el sector

Según los datos de la Encuesta de Población Activa (EPA), en 12 años el **peso de la ocupación en el sector de atención residencial creció casi un punto porcentual**, pasando de 0,9% en 2008 a 1,7% en 2020. El nivel de empleo en este sector alcanza los 320 mil ocupados. En el primer trimestre 2020 el sector experimentaba un crecimiento del 7% respecto del año anterior pero el último dato del segundo trimestre 2020, ya en plena crisis del Covid-19, arroja

[1] En el caso de ambas Castillas, la elevada fracción puede explicarse por la población mayor de Madrid que acaba residiendo en los centros de las provincias de Castilla colindantes con Madrid.

un crecimiento interanual de solo 1%. Asimismo, la ocupación en el sector residencial proviene fundamentalmente del **sector privado y es marcadamente femenina**.

Según la Muestra Continua de Vidas Laborales (MCVL), se destaca una mejor evolución relativa de este sector aunque con cierta pérdida salarial en relación a los otros sectores de la economía. La **fracción de empleo indefinido sigue una tendencia decreciente** en el sector de atención residencial mientras la modalidad de **trabajo a tiempo parcial** está en una **senda ascendente en este sector**.

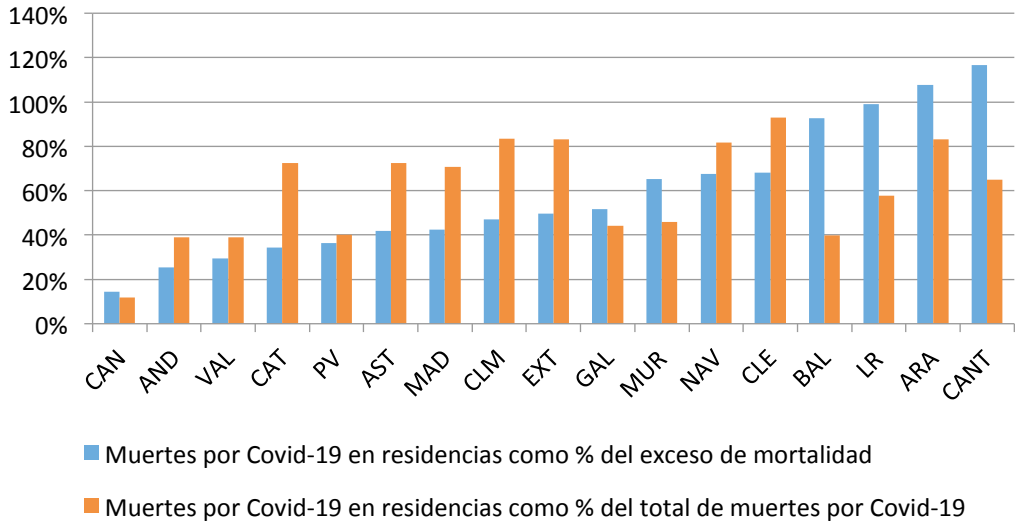
El Covid-19 en las residencias

La epidemia ha dejado un **saldo muy significativo de muertes en el sector de atención residencial**: **19.651 (69%) del total de 28.443 casos fatales relacionados con Covid-19 a finales de julio**, se encontraban en residencias.

La **variabilidad entre las comunidades autónomas es particularmente notoria** como se puede observar. Como los datos entre comunidades autónomas no son homogéneos porque algunas regiones diferencian las muertes por Covid-19 de las muertes con síntomas de la enfermedad pero otras no llevan a cabo esta distinción, se procede a utilizar otra medida alternativa como es la fracción de muertes en residencias respecto del exceso de mortalidad[2].

En relación a la f**racción de muertes en residencias respecto del total de muertes por Covid-19, las cifras oscilan entre un 12% en Canarias a un 93% en Castila y León**. Por otra parte, Baleares, La Rioja, Aragón y Cantabria presentan una fracción de muertes en residencias de casi el 100% o bien mayor si se relaciona con el exceso de mortalidad.

Gráfico 3: Número de muertes por Covid-19 en residencias como porcentaje del exceso de mortalidad y total muertes por Covid-19 por CCAA. A 30 de Julio 2020



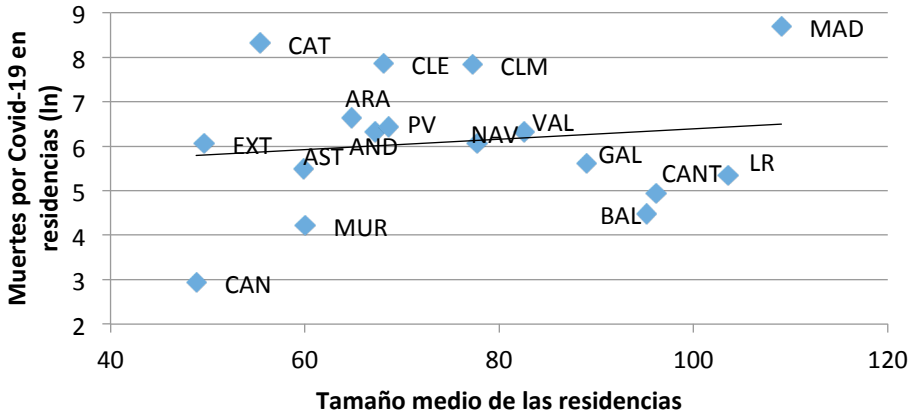
Fuente: RTVE y MoMo.

[2] El exceso de muertes o mortalidad se calcula como la diferencia entre el total de muertes desde marzo hasta el 30 de julio de 2020 menos el total de muertes desde marzo hasta el 30 de julio de 2019 para cada región, información publicada por el Sistema de Vigilancia de la mortalidad diaria (MoMo).

Algunos **factores que pueden explicar los fallecimientos en residencias** son la incidencia inicial y final de la pandemia, el tamaño medio de los centros y el nivel de ocupación.

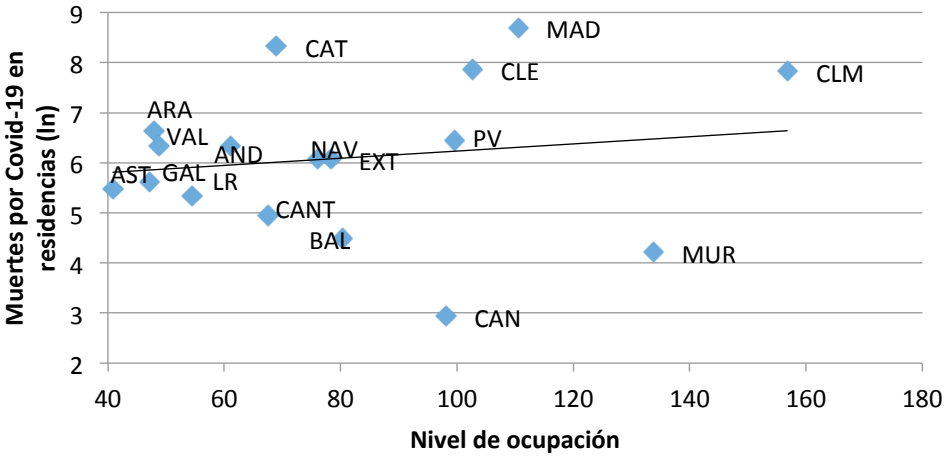
Si relacionamos los **fallecimientos en residencias** a 30 de julio 2020 con el **total de fallecidos al inicio del estado de alarma (14 de marzo 2020) y en la actualidad** (30 de julio 2020), se observa una **relación positiva**, dado que las comunidades con más fallecimientos por Covid-19 como Madrid, Cataluña, Castilla-La Mancha y Castilla y León son las que presentan un mayor número de fallecimientos en residencias. Asimismo, a **mayor nivel de ocupación o tamaño medio de los centros**, también se produce un **mayor número de fallecimientos en residencias**.

Gráfico 4: Tamaño medio de los centros (número de plazas/número de centros) y muertes por Covid-19 en residencias por CCAA.



Fuente: RTVE e IMSERSO. Nota: Datos de IMSERSO año 2018.

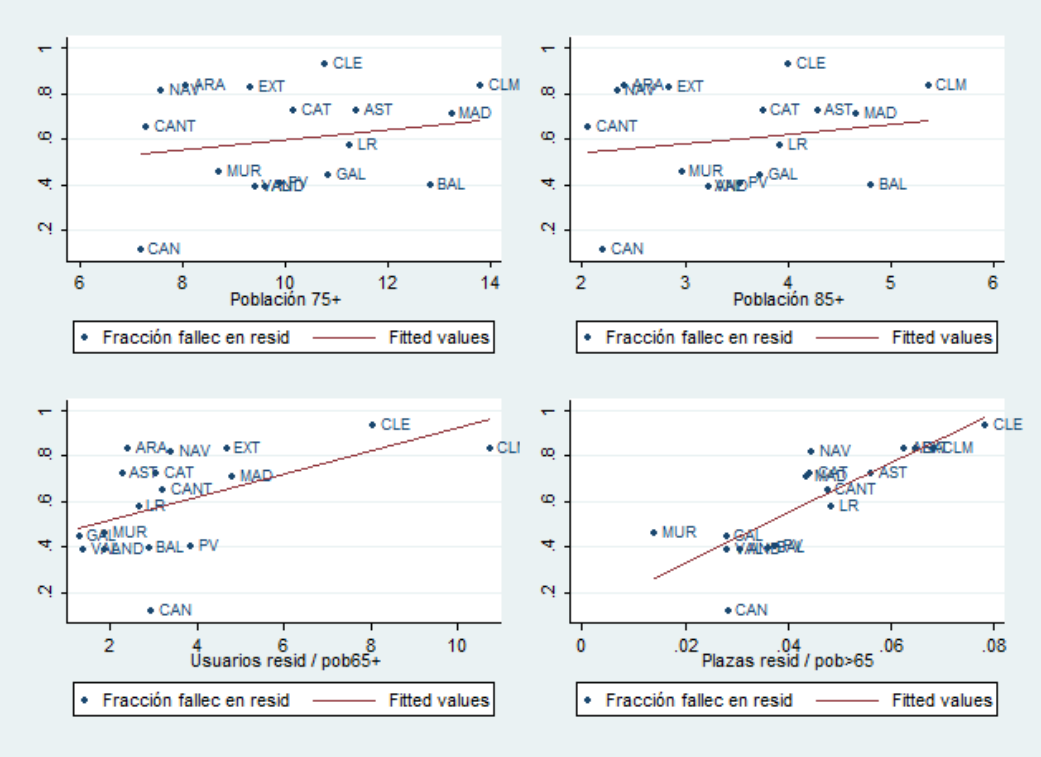
Gráfico 5: Nivel de ocupación (número de usuarios/número de plazas) y muertes por Covid-19 en residencias por CCAA.



Fuente: RTVE e IMSERSO. Nota: Datos de usuarios (IMSERSO): Aragón, Canarias y Extremadura datos del año 2016. Galicia, datos del año 2017, resto de regiones 2018.

Por otra parte, la **fracción de fallecimientos en residencias sobre el total de muertes Covid-19** parece estar **muy relacionada positivamente con el volumen de usuarios respecto de la población de 65 años o más y el nivel de cobertura** (Plazas residenciales sobre población de 65 años o más) pero no se muestra ninguna correlación evidente con el porcentaje de población mayor de 75 años o 85 años.

Gráfico 6: Fracción fallecimientos residencias a 30 de Julio sobre el total de muertes Covid-19 e indicadores de población



Fuente: RTVE y Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

Reflexiones finales

El Covid-19 ha revelado súbitamente las principales deficiencias del sistema de atención residencial en España, esto es, la falta crónica de recursos, personal especializado, ausencia de medicalización y fallas de coordinación socio-sanitarias ante un contexto de pandemia.

Por ello creemos que en un futuro más próximo que lejano, además de mejoras en la dotación financiera, y de recursos para hacer frente a una emergencia sanitaria, en un contexto de pandemia, todas las residencias deberían contar con un plan de aislamiento y de medicalización para evitar el contagio en hospitales, un plan de coordinación con el sistema sanitario. Por otra parte, los trabajadores deberían contar con el nivel de formación y con el material de protección adecuado.

En esta línea sugerimos el establecimiento, con carácter inmediato, de un catálogo exhaustivo de residencias en España y un sistema de auditoria anual o bianual que permita detectar las

principales deficiencias, que la presente crisis ha revelado como determinantes, y abordar su posible solución. También resulta imprescindible la creación de planes de coordinación sociosanitaria efectivos que incluyan al sector de atención residencial. Finalmente, un plan de formación efectiva de los trabajadores involucrados que deberían por otra parte ser remunerados acorde a su nivel de formación y responsabilidad.

Sin duda alguna estos son temas centrales en el marco de la necesaria clarificación (¿una ley de claridad para el sector?) del sistema de atención a la dependencia.

LA ASISTENCIA RESIDENCIAL EN ESPAÑA Y COVID-19

Sergi Jiménez-Martín y Analía Viola[1]

INDICE

1. INTRODUCCIÓN 4
2. UN BREVE REPASO DEL SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA (SAAD) 5
3. EL SECTOR DE ATENCIÓN RESIDENCIAL EN ESPAÑA 7
   3.1. PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DEL SECTOR 7
   3.2. ANÁLISIS POR PROVINCIA 2019 14
4. EL EMPLEO EN EL SECTOR DE ATENCIÓN RESIDENCIAL 19
   4.1. LA SITUACIÓN DEL MERCADO LABORAL SEGÚN LA ENCUESTA DE POBLACIÓN ACTIVA (EPA) 19
   4.2. EMPLEO Y SALARIOS SEGÚN LA MUESTRA CONTINUA DE VIDAS LABORALES 24
5. LA INCIDENCIA DEL COVID-19 EN LA POBLACIÓN VULNERABLE 26
   5.1. EL IMPACTO DEL COVID-19 EN LAS RESIDENCIAS 31
   5.2. ALGUNOS FACTORES CANDIDATOS A EXPLICAR LA MORTALIDAD EN RESIDENCIAS EN ESPAÑA 33
6. REFLEXIONES FINALES 42
7. REFERENCIAS 44

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Número de personas con derecho a prestación y número de personas beneficiarias: limbo de la dependencia. España. 2009-Mayo 2020. 6
Gráfico 2: Porcentaje de personas que esperan recibir el beneficio de la prestación: limbo de la dependencia por CC. AA. Diciembre 2015, 2018, 2019 y Mayo 2020. 7
Gráfico 3: Plazas residenciales e Índice de cobertura (IC= (plazas/población≥65 años)*100) en España. 2001-2018 8
Gráfico 4: Tamaño medio de los centros por CC. AA. 2018. 10
Gráfico 5: Índice de cobertura por CC. AA. 2018. 11
Gráfico 6: Índice de cobertura en países de la OCDE. 2017 12

[1] Agradecemos la colaboración de Joan Costa-Font en la elaboración de este informe.

Gráfico 7: Número de usuarios y proporción de usuarios respecto de la población de 65 años o más en España. 2010-2018 13
Gráfico 8: Proporción de personas usuarias sobre la población de 65 años o más por CC. AA. 2018 (o último disponible). 13
Gráfico 9: Índice de ocupación (número de personas usuarias/plazas*100) por comunidad autónoma. 2018 (o último disponible). 14
Gráfico 10: Distribución porcentual centros residenciales según tamaño por provincia 2019. . 15
Gráfico 11: Proporción de centros residenciales privados sobre el total por provincia 2019. ... 16
Gráfico 12: Proporción de plazas residenciales privadas sobre el total por provincia 2019..... 17
Gráfico 13: Índice de cobertura por provincia 2019. 19
Gráfico 14: Evolución de la participación de los ocupados en Servicios de Asistencia en establecimientos residenciales sobre el empleo total. 2008TI-2020TII. 20
Gráfico 15: Variación interanual y número de ocupados en Servicios de Asistencia en establecimientos residenciales. España. 2008TI-2020TII. 21
Gráfico 16: Número de ocupados en Servicios de Asistencia en establecimientos residenciales por tipo de sector. España. 2008TI-2020TII. 21
Gráfico 17: Participación relativa sector público y privado en Servicios de Asistencia en establecimientos residenciales. España. 2008TI-2020TII. 22
Gráfico 18: Número de ocupados en Servicios de Asistencia en establecimientos residenciales por sexo. España. 2008TI-2020TII. 22
Gráfico 19: Variación interanual ocupados varones y mujeres en Servicios de Asistencia en establecimientos residenciales. España. 2008TI-2020TII. 23
Gráfico 20: Participación de los ocupados en Servicios de Asistencia en establecimientos residenciales sobre el empleo total por comunidad autónoma. 2008TI y 2020TII. 24
Gráfico 21: Empleo y salarios en el sector de atención residencial según la MCVL. 25
Gráfico 22: Estructura de la contratación en el sector de atención residencial según la MCVL . 26
Gráfico 23: Camas UCI por 100.000 habitantes 27
Gráfico 24: Muertes en residencias por Covid-19 en países seleccionados. Información a 5 de mayo 2020* 32
Gráfico 25: Número total de muertes por covid-19 en residencias y cuidados de larga duración (CLD) como porcentaje del PIB 2017. Países seleccionados de la OCDE. 33
Gráfico 26: Número de muertes por Covid-19 en residencias como porcentaje del exceso de mortalidad y total muertes por Covid-19 por CCAA. A 30 de Julio 2020 35
Gráfico 27: Exceso de mortalidad y total de muertes por Covid-19 por CCAA. A 30 de Julio 2020 35

Gráfico 28: Relación fallecidos residencias a 30 de Julio con fallecidos al inicio y al final e indicadores de incidencia y prevención por CCAA 36
Gráfico 29: Relación fallecidos residencias a 30 de Julio con exceso de mortalidad por CCAA .. 37
Gráfico 30: Fracción fallecimientos residencias a 30 de Julio sobre el total de muertes Covid-19 e indicadores de población 38
Gráfico 31: Fracción fallecimientos residencias a 30 de Julio sobre el exceso de mortalidad e indicadores de población 38
Gráfico 32: Fracción fallecimientos residencias a 30 de Julio sobre el total de muertes Covid-19 e indicadores sanitarios y de atención residencial 39
Gráfico 33: Fracción fallecimientos residencias a 30 de Julio sobre el exceso de mortalidad e indicadores sanitarios y de atención residencial 40
Gráfico 34: Tamaño medio de los centros (número de plazas/número de centros) y muertes por Covid-19 en residencias por CCAA. 41
Gráfico 35: Nivel de ocupación (número de usuarios/número de plazas) y muertes por Covid-19 en residencias por CCAA. 41

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Número de centros residenciales por CC.AA. y titularidad. Números absolutos y porcentajes sobre el total. 2018. 9
Tabla 2: Plazas residencias según titularidad e índice de cobertura. 18
Tabla 3: Planes sociosanitarios 2019-2020 por CCAA. 29

1. INTRODUCCIÓN

La pandemia de Covid-19 ha sorprendido a muchos países europeos que no contaban con la preparación necesaria en términos de recursos médicos y sociales. A pesar de que la evidencia de China e Italia apuntaba a que una pandemia iba a suceder, muchos países europeos, entre ellos España, exhibieron una reacción tardía al Covid-19 cuando se divulgó información sobre sus efectos, que se ponderaron frente a las graves consecuencias económicas que conllevan los confinamientos.

Esta pandemia ha afectado especialmente a países como Italia o Inglaterra que a pesar de los intentos de las últimas décadas, no han sido capaces de acordar una ley de dependencia, con la que se universaliza el acceso (que no la financiación) a los cuidados de larga duración, y especialmente las residencias de mayores y servicios domiciliarios. En España, donde sí hay, al menos sobre el papel, un acceso universal a los cuidados de larga duración (gracias a la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en Situación de Dependencia-Ley 39/2006 del 14 de Diciembre 2006),éste ha sido debilitado debido a las considerables listas de espera (el porcentaje de personas que esperan recibir el beneficio de la prestación en algunas CCAA es de un 30%), y especialmente a raíz de los recortes introducidos a principios de la pasada década (Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio de 2012). Ello llevó a una reducción de las compensaciones monetarias de entre 15 y un 25%, en función de cuál fuera el grado de dependencia, que se tradujo en efectos sobre la utilización de cuidados, además de mayor presión sobre los servicios sanitarios (Costa-Font, Jiménez-Martin y Vilaplana, 2016).

La situación precaria de los cuidados de larga duración en España llevó durante la crisis al incremento del uso de atención informal (Costa-Font et al, 2016b, Jiménez-Martin, 2012), o al menos a que el ritmo de reducción de ésta fuese sustancialmente menor. Ello ha acentuado, en términos relativos, el proceso de desinstitucionalización, un fenómeno general donde se observa una reducción del uso de atención residencial[2]. No obstante, los servicios residenciales siguen siendo necesarios cuando las necesidades de la persona no pueden ser atendidas por cuidadores informales, o servicios de atención domiciliaria.

[2] En España, algunos estudios ofrecen evidencia de lo que se conoce como 'aversión a la institucionalización', la población está dispuesta a pagar para evitar ser ingresada en una residencia en el caso de un shock que limite su independencia (Costa-Font, 2016).

El objetivo principal de este informe es recopilar y analizar en detalle las características del sector de atención residencial a mayores a través de las (no muy abundantes) fuentes disponibles[3] y analizar el impacto que el Covid-19 ha tenido sobre este sector.

La estructura del presente informe es la siguiente. Primero se hace un breve repaso de la situación del SAAD en la sección 2. En la sección 3 se lleva a cabo el análisis del sector de atención residencial en España para conocer sus principales características. En la sección 4 se analiza el empleo en el sector de atención residencial con los datos de la EPA y la MCVL. En la sección 5 se lleva a cabo un análisis de la incidencia del Covid-19 en las residencias a través de la información disponible a 30 de julio Por último, en la sección 6 se exponen las conclusiones.

2. UN BREVE REPASO DEL SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA (SAAD)

El SAAD entró en vigor en el año 2007 bajo la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en Situación de Dependencia (Ley 39/2006 del 14 de Diciembre). Este sistema ofrece un conjunto de servicios y prestaciones económicas destinados a la promoción de la autonomía personal, la atención y protección a las personas en situación de dependencia, contribuyendo a la mejora de las condiciones de vida de los ciudadanos.

Antes de la aparición del SAAD ya existía una red de servicios de asistencia social (centros de día, residencias, teleasistencia, asistencia a domicilio) y por supuesto de atención informal (por parte de familiares) a la dependencia. En los años previos a la ley, el gasto en atención a la dependencia tenía niveles ciertamente modestos. La Ley de Dependencia se planteó como una vía para, por un lado, racionalizar y promover los servicios de atención al dependiente, ofreciendo una prestación monetaria o en especie para facilitar el acceso a servicios (cuidados formales) para aquellos que son clasificados como dependientes, y por el otro, ofrecer un marco financiero estable fundamentado en tres pilares: aportación del Gobierno Central, aportación de las CCAA y, finalmente, copagos de los usuarios (Jiménez y Viola, 2017).

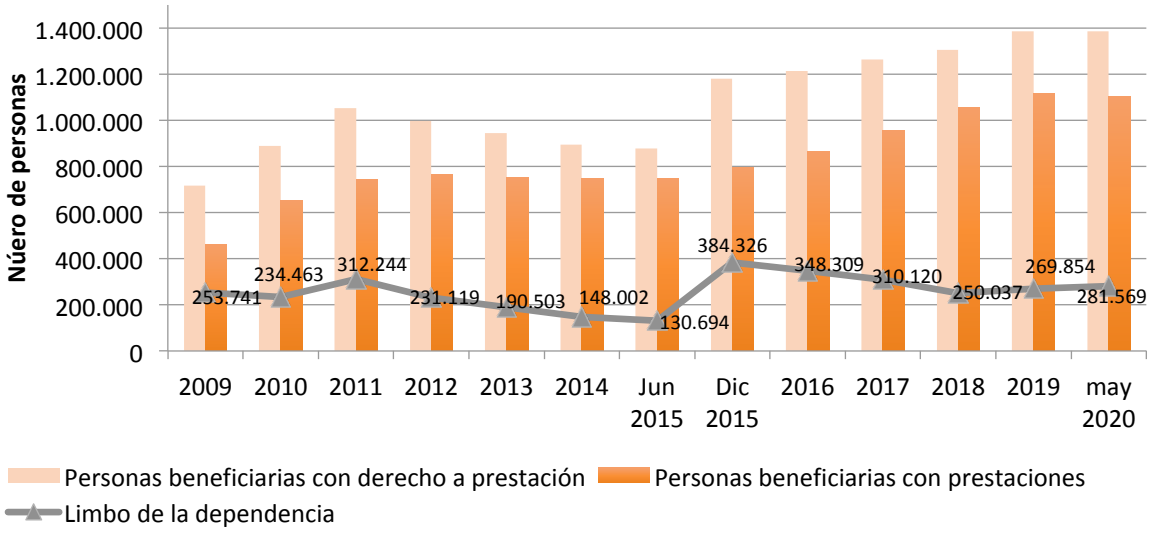
El SAAD comenzó atendiendo a los dependientes más severos pero se creó con la intención de extender las prestaciones y servicios hacia los dependientes moderados en 2013. Las restricciones presupuestarias hicieron que dicho colectivo se incorporará al SAAD a partir de Julio 2015 provocando un incremento masivo en la lista de espera de beneficiarios. Esto se ha

[3] Falta sobretodo información sobre los servicios ofrecidos y la calidad de los centros.

denominado “limbo de la dependencia”, esto es, aquellos individuos que oficialmente se encuentran reconocidos como sujetos de derechos pero que todavía no han recibido ninguna prestación o subsidio[4].

En efecto, si se observa el Gráfico 1, en diciembre de 2015 el número de personas con derecho a prestación pendientes de la misma llegaba a cerca 385.000 (un 33% de las personas con derecho a prestación), mientras que a mayo 2020 dicho número ha descendido a 281.569 (aunque registrando un leve repunte respecto de 2018), representando en la actualidad un 19% del total de personas beneficiarias con derecho a prestación.

Gráfico 1: Número de personas con derecho a prestación y número de personas beneficiarias: limbo de la dependencia. España. 2009-Mayo 2020.



Fuente: elaboración propia en base a IMSERSO, disponible en: https://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/estadisticas/info_d/estadisticas/est_inf/inf_gp/2020/index.htm

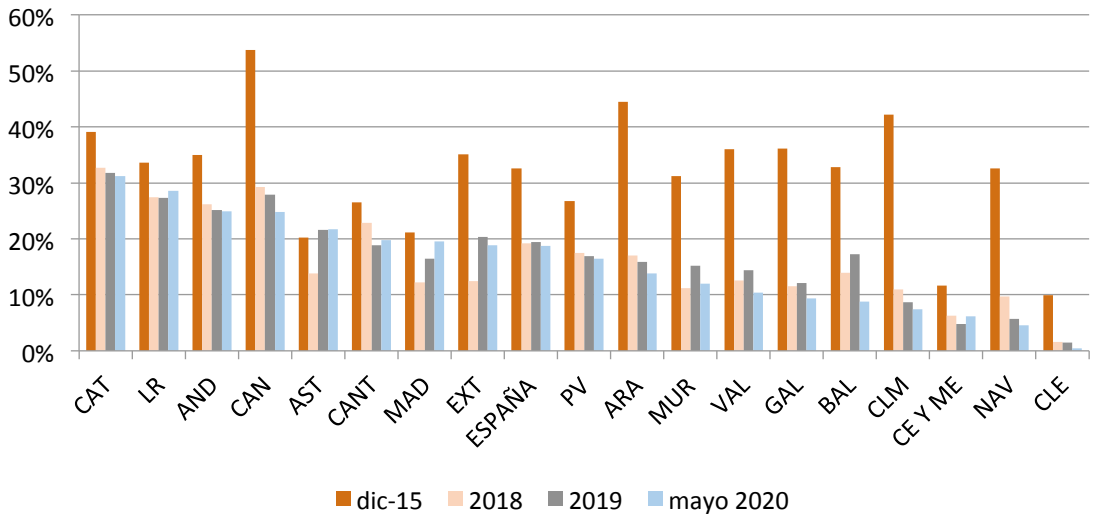
A nivel regional (Gráfico 2) se puede observar que en diciembre 2015, en comunidades autónomas (CC. AA.) como Canarias, Aragón, Castilla-La Mancha, Cataluña, Galicia, C. Valenciana, Extremadura, Andalucía y La Rioja el porcentaje de personas que esperan se haga efectivo el derecho a una prestación superaba el promedio nacional (33%), siendo Canarias y Aragón las más afectadas, 54% y 45%, respectivamente.

En la actualidad, el porcentaje de personas que se encuentran en el limbo de la dependencia desciende en todas las CC. AA. respecto de diciembre 2015. En ciertas CC. AA., el descenso es

[4] Formalmente sería la diferencia entre el número de personas con derecho a prestación y el número de personas con prestación.

de entre 25 y 35 puntos porcentuales, como en Baleares, C. Valenciana, Galicia, Navarra, Canarias, Aragón y Castilla-La Mancha. A pesar de estos descensos, el escenario es muy dispar entre comunidades. Por ejemplo, en Cataluña, Canarias, La Rioja y Andalucía el porcentaje de personas que están en lista de espera oscila entre el 25% y 31% mientras que en el otro extremo Navarra, Ceuta y Melilla, Castilla y León, Galicia, Baleares y Castilla-La Mancha dicho porcentaje no supera el 10%. Cabe destacar especialmente Castilla y León donde menos del 1% de las personas está en el limbo de la dependencia.

Gráfico 2: Porcentaje de personas que esperan recibir el beneficio de la prestación: limbo de la dependencia por CC. AA. Diciembre 2015, 2018, 2019 y Mayo 2020.



Fuente: elaboración propia en base a IMSERSO, disponible en: https://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/estadisticas/info_d/estadisticas/est_inf/inf_gp/2020/index.htm

3. EL SECTOR DE ATENCIÓN RESIDENCIAL EN ESPAÑA

Las estadísticas oficiales publicadas por el IMSERSO datan del año 2018 y éstas utilizaremos para analizar las principales características del sector en la sección 3.1. La información más actualizada sobre la situación residencial en España (aunque no son de carácter oficial) se encuentra en "Envejecimiento en Red", donde también se publican datos para el año 2019 (datos de abril) detallados por provincia (Sección 3.2).

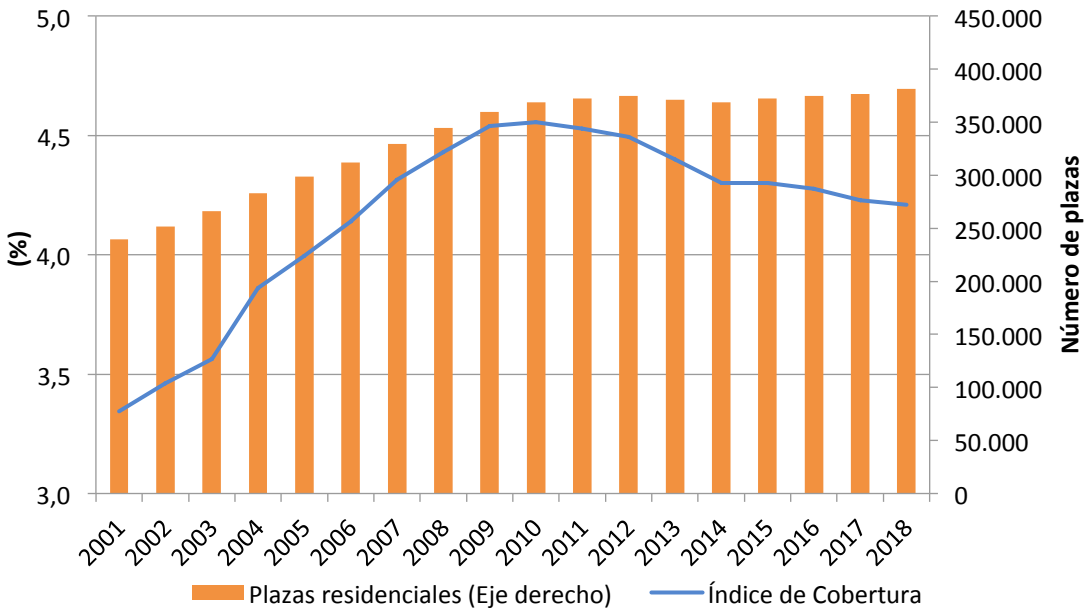
3.1. PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DEL SECTOR

Los servicios de atención residencial ofrecen alojamiento y atención para hacer frente a las necesidades de la vida diaria a las personas mayores de manera permanente o temporal.

Comprenden tanto los centros residenciales como las viviendas para mayores. Los centros residenciales de mayores constituyen cerca del 90% del total de servicios de atención residencial en España. Según información publicada por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), los centros residenciales han experimentado un importante incremento desde el año 2001. A 31 de diciembre de 2018, en España hay una oferta de 5.457 centros residenciales con un total de 381.158 plazas, registrándose un aumento del 60% y 14% en el número de plazas y centros, respectivamente, respecto de 2001.

Un indicador interesante es relacionar el número de plazas puestas a disposición de los ciudadanos y la población mayor de 65 años, susceptible de utilizar estos servicios, para poder medir así el *nivel de cobertura* (Gráfico 3). Para el año 2001, el índice de cobertura suponía que un 3,34% de la población de 65 años o más disponía de una plaza residencial mientras que en la actualidad dicho índice arroja un valor de 4,21, aumentando la cobertura en un 26%.

Gráfico 3: Plazas residenciales e Índice de cobertura (IC= (plazas/población≥65 años)*100) en España. 2001-2018



Fuente: elaboración propia en base a IMSERSO, disponible en: https://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/estadisticas/ssppmm_esp/index.htm.
Nota: Datos de Población. Explotación estadística del Padrón Municipal, datos a 1 de enero del año siguiente.

En la siguiente tabla (Tabla 1) aparece recogida la información sobre las residencias por CC. AA. con el objeto de dar una visión panorámica del sector a nivel regional. El 55% de la oferta residencial total en España se concentra en Cataluña, Castilla y León, Andalucía y Madrid.

Asimismo, los centros residenciales pueden ser de titularidad pública o privada. Como puede apreciarse, existe un alto predominio de las residencias privadas representando cerca del 75% a nivel nacional.

Las CC. AA. de Asturias, Cantabria, Cataluña, Madrid y Murcia cuentan con una proporción de residencias privadas por encima del 80% superando así al nivel nacional. Por otra parte, Extremadura es la CC. AA. con mayor preponderancia de centros residenciales públicos (73%). También se pueden mencionar los casos de Castilla La Mancha y Baleares que poseen cerca de un 40% de centros públicos y en la Ciudad Autónoma de Melilla en un 50% (cuenta con dos residencias, siendo una pública y otra privada).

Tabla 1: Número de centros residenciales por CC.AA. y titularidad. Números absolutos y porcentajes sobre el total. 2018.

CCAA	Públicos	% sobre el total	Privados	% sobre el total	TOTAL
Andalucía	150	22,8%	508	77,2%	658
Aragón	73	26,4%	204	73,6%	277
Asturias	46	18,6%	201	81,4%	247
Baleares	28	41,2%	40	58,8%	68
Canarias	69	34,8%	129	65,2%	198
Cantabria	10	15,9%	53	84,1%	63
Castilla y León	195	27,8%	507	72,2%	702
Castilla La Mancha	135	39,4%	208	60,6%	343
Cataluña	170	14,7%	987	85,3%	1.157
Valencia	69	20,8%	262	79,2%	331
Extremadura	211	73,0%	78	27,0%	289
Galicia	52	24,2%	163	75,8%	215
Madrid	63	13,3%	410	86,7%	473
Murcia	11	20,0%	44	80,0%	55
Navarra	28	37,8%	46	62,2%	74
País Vasco	73	27,0%	197	73,0%	270
La Rioja	9	29,0%	22	71,0%	31
Ceuta	1	25,0%	3	75,0%	4
Melilla	1	50,0%	1	50,0%	2
TOTAL	**1.394**	**25,5%**	**4.063**	**74,5%**	**5.457**

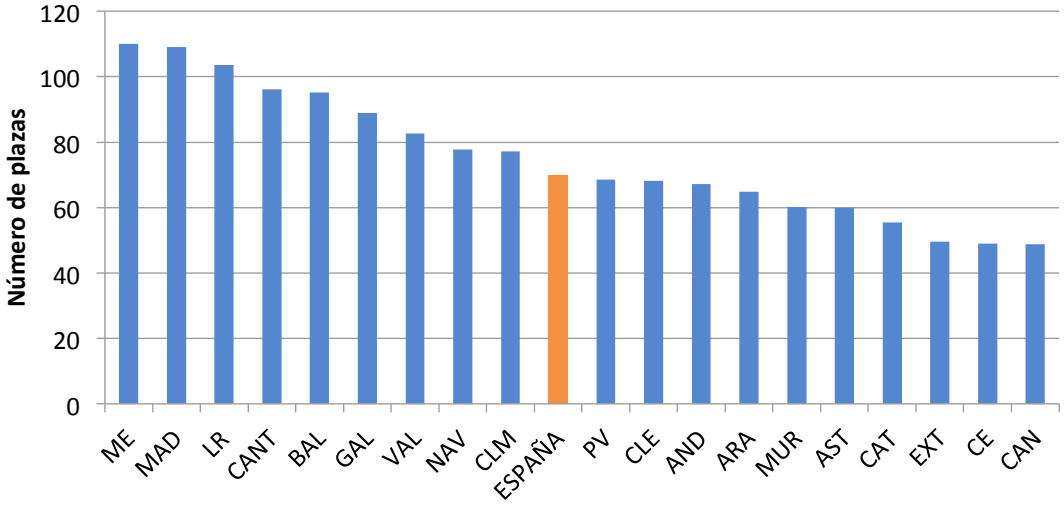
Fuente: elaboración propia en base a IMSERSO, disponible en: https://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/estadisticas/ssppmm_esp/index.htm.

Otro indicador relevante a la hora de caracterizar el sector de atención residencial es el tamaño medio de los centros. Si se mide el número medio de plazas residenciales por centro en cada CC. AA ((entre 45-55 plazas por centro).

Gráfico 4), se observa que a nivel nacional es cerca de 70 plazas por centro, siendo Melilla, Madrid y La Rioja con un tamaño medio de los centros superior a la media nacional (cerca de

100 plazas y más por centro) y Cataluña, Extremadura, Ceuta y Canarias, inferior al promedio español (entre 45-55 plazas por centro).

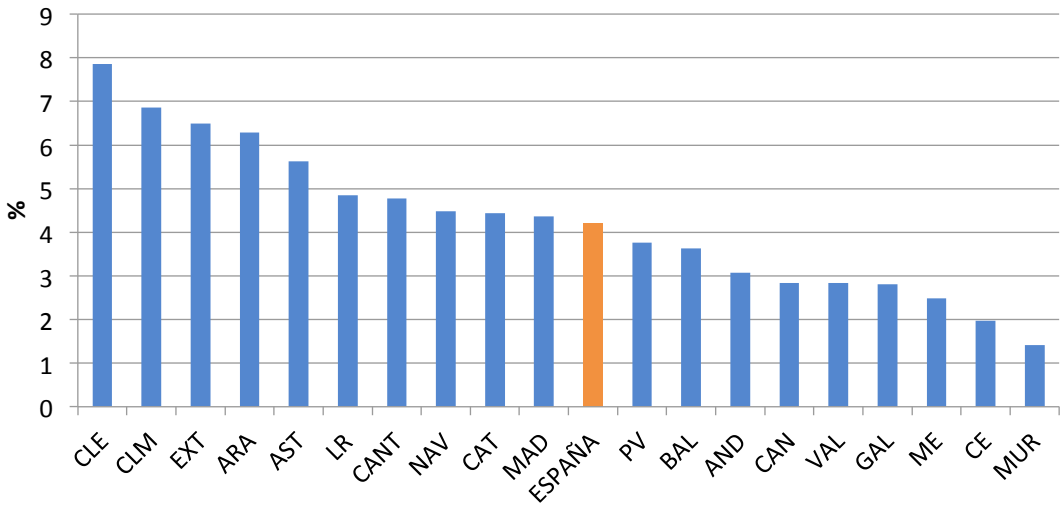
Gráfico 4: Tamaño medio de los centros por CC. AA. 2018.



Fuente: elaboración propia en base a IMSERSO, disponible en: https://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/estadisticas/ssppmm_esp/index.htm.

El análisis del índice de cobertura por CC. AA., es decir el número de plazas en función de la población de 65 años o más, nos indica que la situación es muy dispar también (Gráfico 5). Castilla y León es la comunidad con un índice de cobertura más elevado (7,85) seguida de Castilla La Mancha (6,85), Extremadura (6,48) y Aragón (6,28) mientras en el otro extremo, en Ceuta y Murcia, el 2% de este grupo poblacional dispone de una plaza residencial.

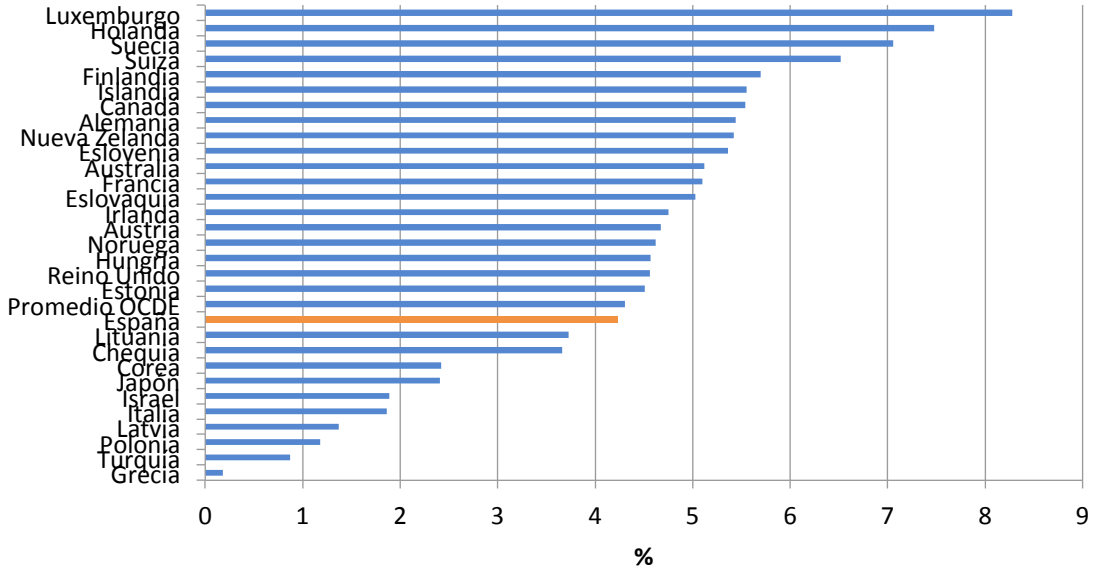
Gráfico 5: Índice de cobertura por CC. AA. 2018.



Fuente: elaboración propia en base a IMSERSO, disponible en: https://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/estadisticas/ssppmm_esp/index.htm.

Una comparación internacional del índice de cobertura (Gráfico 6) revela que España se encuentra a la par que el promedio de la OCDE pero muy alejado de los países del norte y centro de Europa como Luxemburgo, Holanda, Suecia y Suiza. Sin embargo, a nivel regional, como ya se señaló, las comunidades de Castilla León, Castilla La Mancha, Extremadura y Aragón, tienen un promedio de plazas residenciales por cada 100 personas de más de 65 años entre 6 y 8, valores muy similares a estos países europeos.

Gráfico 6: Índice de cobertura en países de la OCDE. 2017



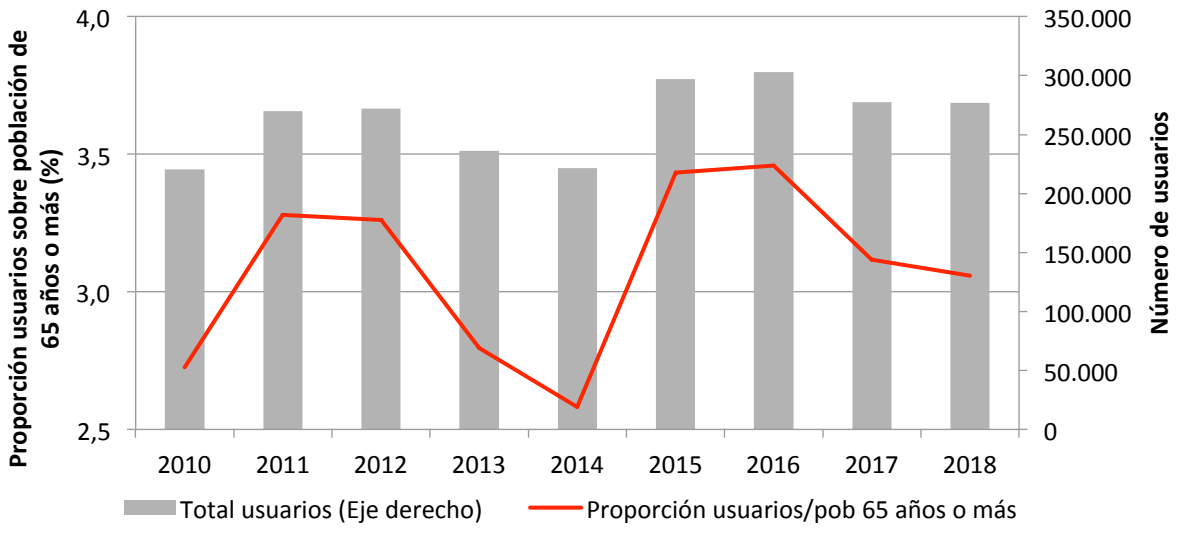
Fuente: elaboración propia en base a OECD Stat, disponible en: https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=30140
Nota: Promedio OCDE: sin datos de Bélgica, Dinamarca y Estados Unidos.
Australia, Canadá y Holanda: valores estimados o provisorios.
Austria, Grecia y España: diferencias en metodología.

El sector de los centros residenciales para la tercera edad ha experimentado una evolución más inestable en el número de usuarios, afectada por los años de crisis, recuperándose en el año 2015 para luego estabilizarse en 2017 y 2018 (Gráfico 7). Los usuarios de centros residenciales son en España, a 31 de diciembre 2018, 276.924 personas de 65 años o más, un 25% más que lo registrado en el año 2010. Un 70% de estos usuarios son mujeres con muy poca variabilidad entre CC. AA.

En España, los usuarios de centros residenciales representan el 3% del total de la población de 65 años o más. A nivel regional se encuentran algunas diferencias (Gráfico 8). Por ejemplo, en Castilla La Mancha y Castilla y León, la población de 65 años o más que utiliza estos recursos asciende entre el 8% y 10%.[5] Por otra parte, en Murcia, Andalucía, Ceuta y Valencia un porcentaje menor de la población de 65 años o más utiliza estos servicios (menos del 2%).

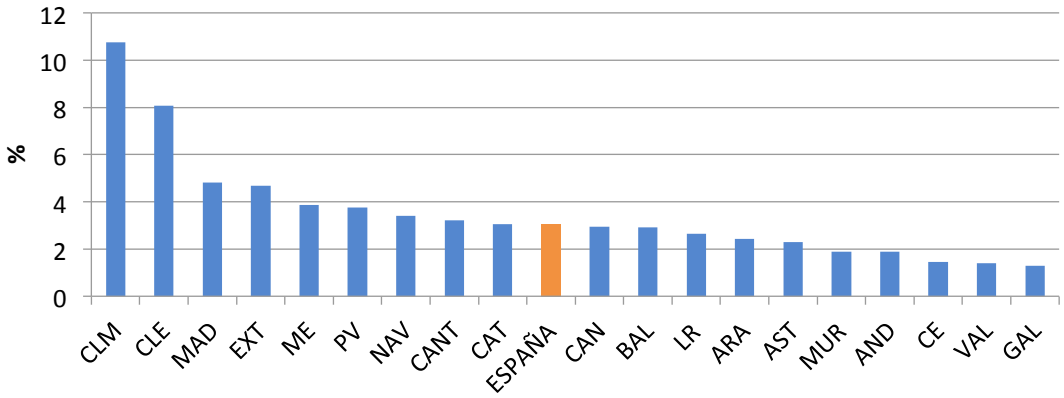
[5] En el caso de ambas Castillas, la elevada fracción puede explicarse por la población mayor de Madrid que acaba residiendo en los centros de las provincias de Castilla colindantes con Madrid.

Gráfico 7: Número de usuarios y proporción de usuarios respecto de la población de 65 años o más en España. 2010-2018



Fuente: elaboración propia en base a IMSERSO, disponible en: https://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/estadisticas/ssppmm_esp/index.htm.
Nota: no se disponen datos para Aragón, Canarias, Extremadura y Galicia.

Gráfico 8: Proporción de personas usuarias sobre la población de 65 años o más por CC. AA. 2018 (o último disponible).

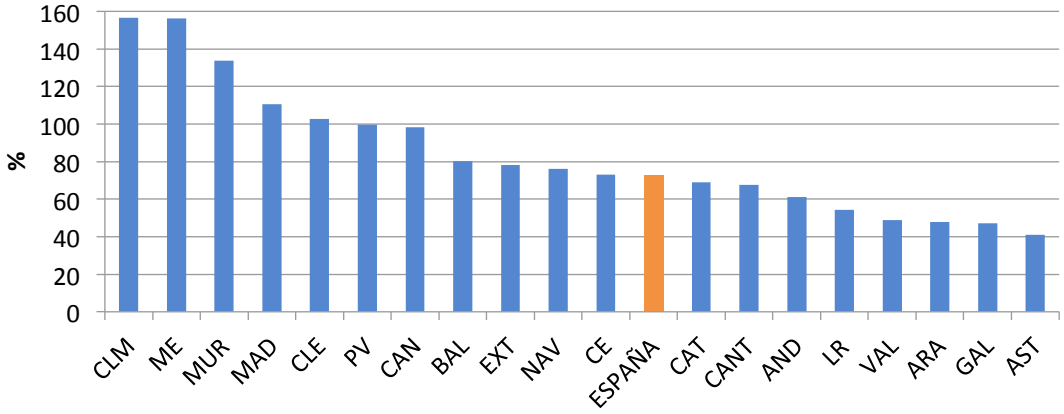


Fuente: elaboración propia en base a IMSERSO disponible en: https://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/estadisticas/ssppmm_esp/index.htm e INE.
Nota: Aragón, Canarias y Extremadura, datos año 2016. Galicia, datos año 2017.

Por último, otro indicador que describe al sector de atención residencial es el *nivel de ocupación* (Gráfico 9), un indicador que vincula el número de personas usuarias con la disponibilidad de plazas. Sin dudas, un indicador que reviste considerable importancia en un contexto de pandemia al facilitar la transmisión. En España, el nivel de ocupación de las plazas ronda el 73%, por lo que en general no es un sector saturado. Sin embargo, hay comunidades

como Castilla La Mancha, Melilla, Murcia, Madrid y Castilla y León donde el nivel de ocupación es superior al 100%, superando la capacidad de los centros residenciales.

Gráfico 9: Índice de ocupación (número de personas usuarias/plazas*100) por comunidad autónoma. 2018 (o último disponible).



Fuente: elaboración propia en base a IMSERSO, disponible en: https://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/estadisticas/ssppmm_esp/index.htm.
Nota: Aragón, Canarias y Extremadura, datos año 2016. Galicia, datos año 2017.

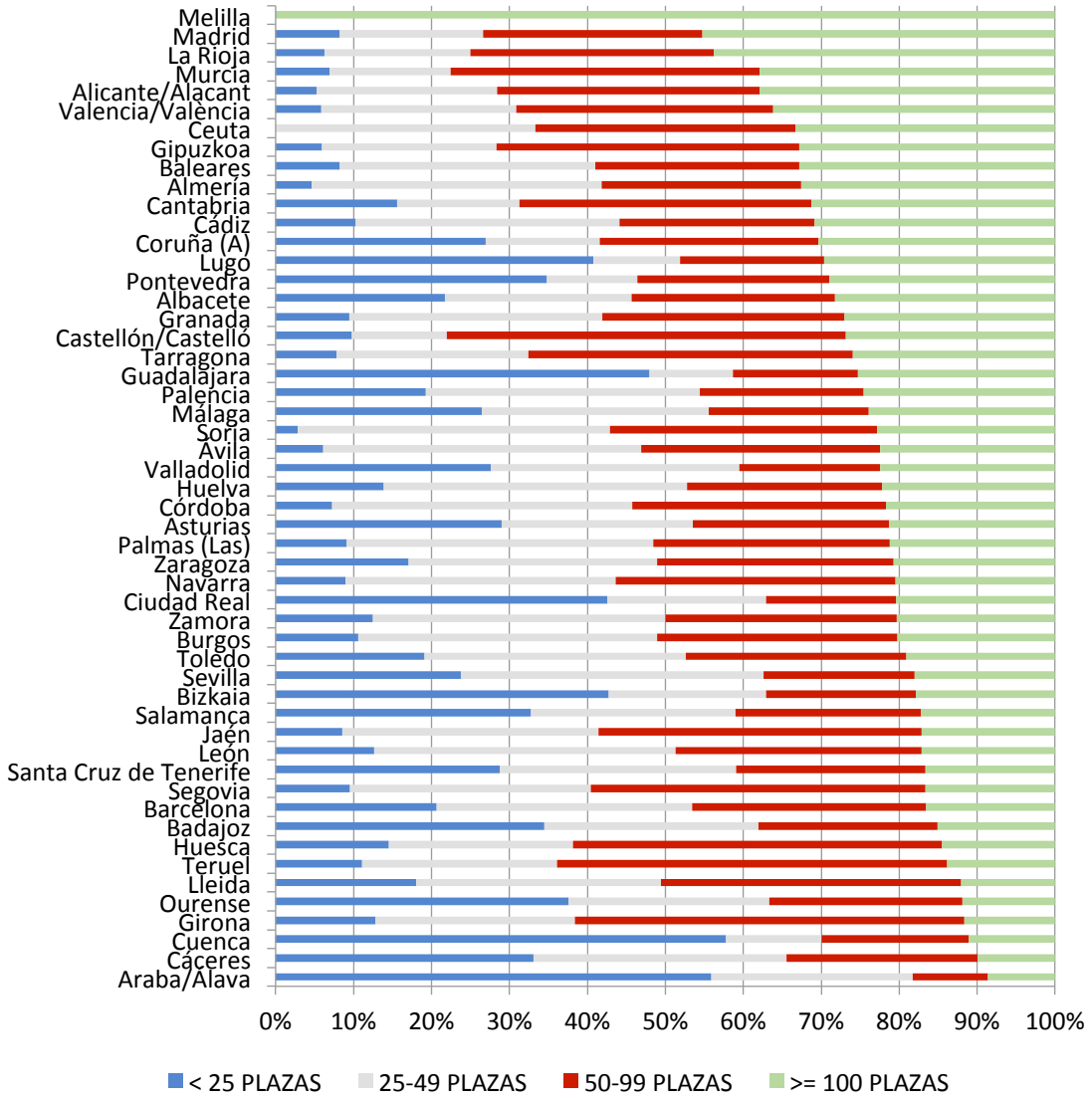
3.2. ANÁLISIS POR PROVINCIA 2019

A continuación revisamos los principales indicadores (tamaño, titularidad y cobertura) a nivel provincial.

Los centros residenciales se pueden clasificar según el tamaño de plazas. Entre las provincias se observan diferencias marcadas, siendo Cuenca y Álava, las provincias que tienen más residencias de 25 o menos plazas (60%) muy por encima del nivel nacional (21%). En más de la mitad de las provincias, las residencias con 25 o menos plazas tienen una participación en el total inferior al nivel nacional. A modo de ejemplo, se encuentran Ceuta y Melilla (sin residencias con este tamaño) y Soria, Almería y Alicante con una participación del 5%.

En cuanto a las provincias con un mayor número de centros residenciales con plazas de 100 o más, se encuentran La Rioja y Madrid con una participación en el total de residencias en cada región del 45%.

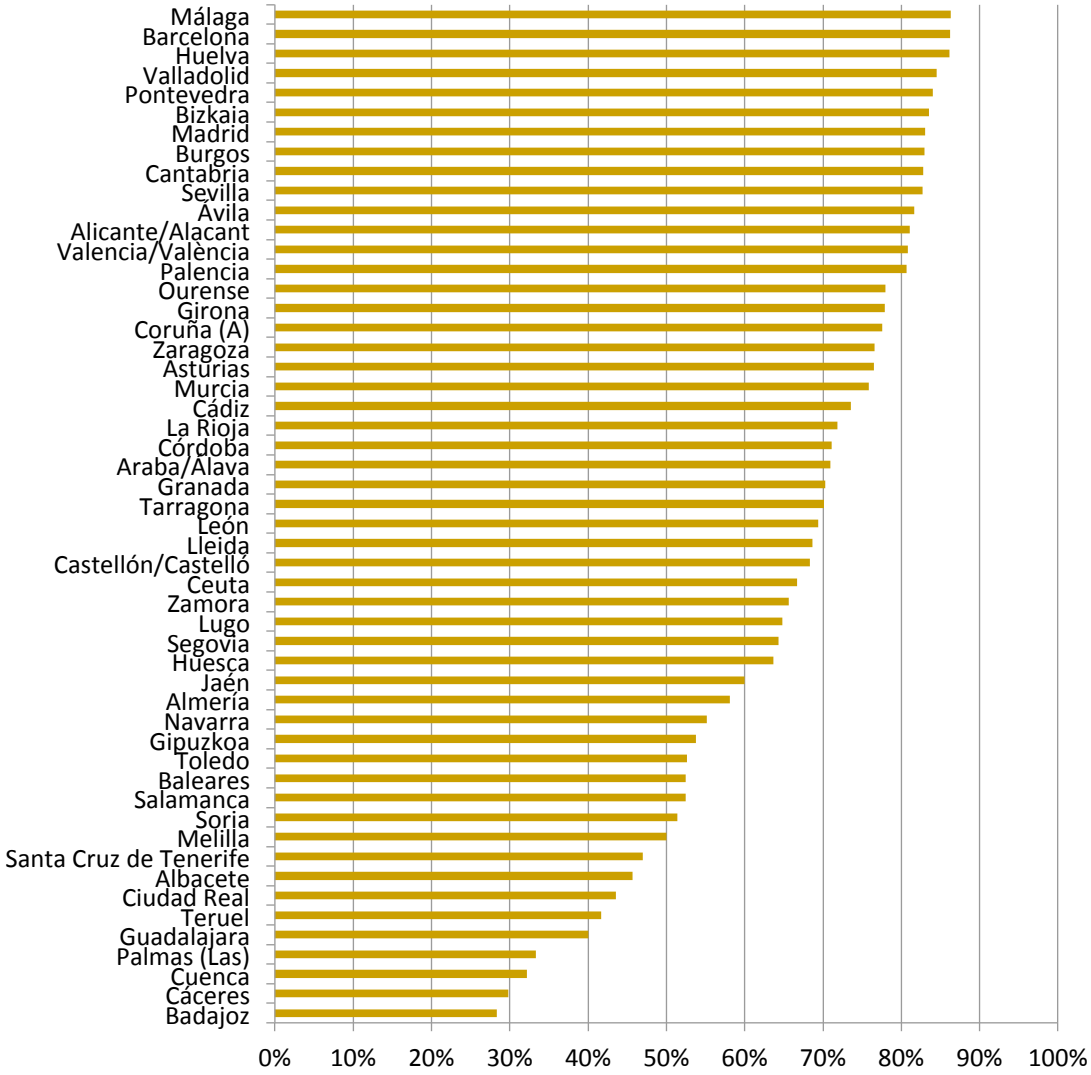
Gráfico 10: Distribución porcentual centros residenciales según tamaño por provincia 2019.



Fuente: elaboración propia en base a CSIC, disponible en:
http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-estadisticasresidencias2019.pdf
Nota: Centros residenciales de los que se conoce el número de plazas.

En cuanto a la titularidad de los centros, una veintena de provincias tiene un alto predominio de centros residenciales privados, superando al promedio nacional (71%). En Málaga, Barcelona y Huelva, el 86% del total de centros residenciales son de titularidad privada. En el otro extremo, se encuentran las provincias de Badajoz, Cáceres, Cuenca y Las Palmas, cuya proporción es del 30% o levemente inferior.

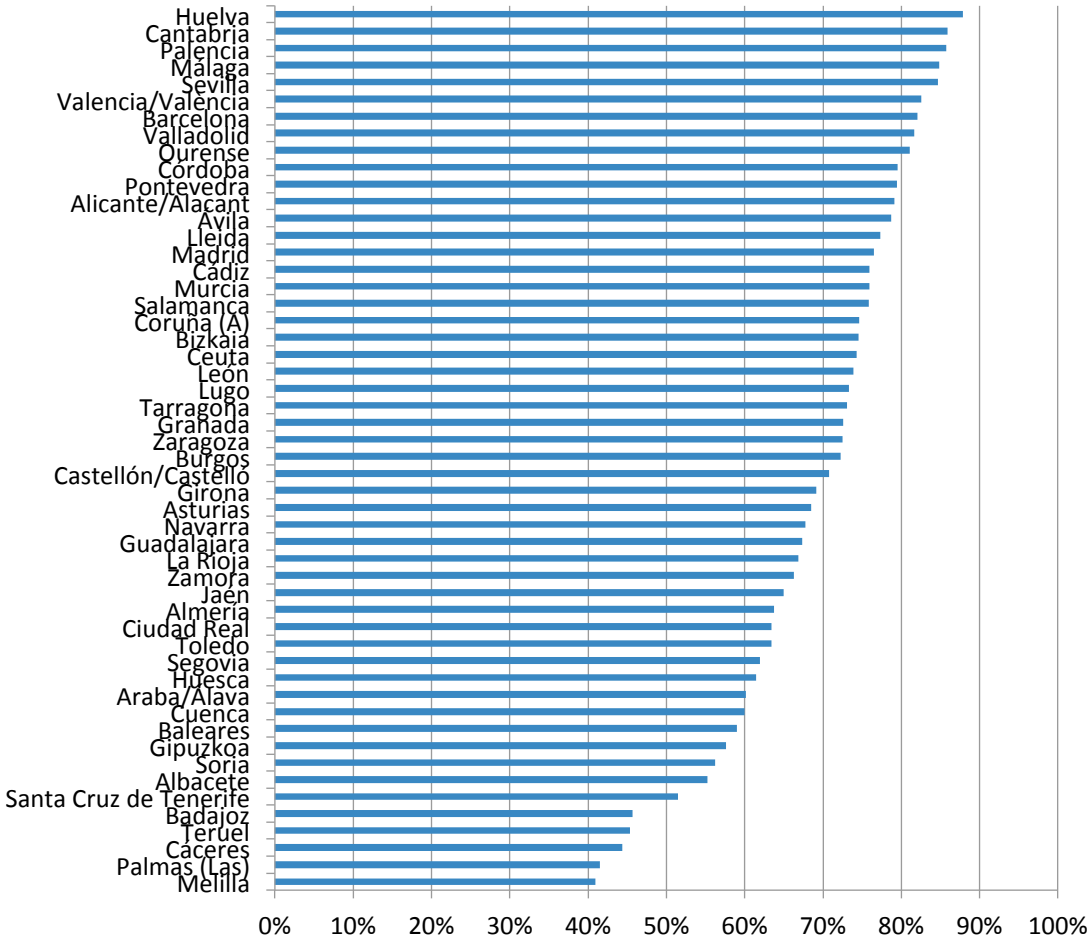
Gráfico 11: Proporción de centros residenciales privados sobre el total por provincia 2019.



Fuente: elaboración propia en base a CSIC, disponible en:
http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-estadisticasresidencias2019.pdf

Como ya hemos señalado, a nivel nacional las plazas privadas conforman el 73% de las plazas totales. En las provincias de Ourense, Valladolid, Barcelona, Valencia, Sevilla, Málaga, Palencia, Cantabria y Huelva, las plazas residenciales privadas superan el 80% del total.

Gráfico 12: Proporción de plazas residenciales privadas sobre el total por provincia 2019.



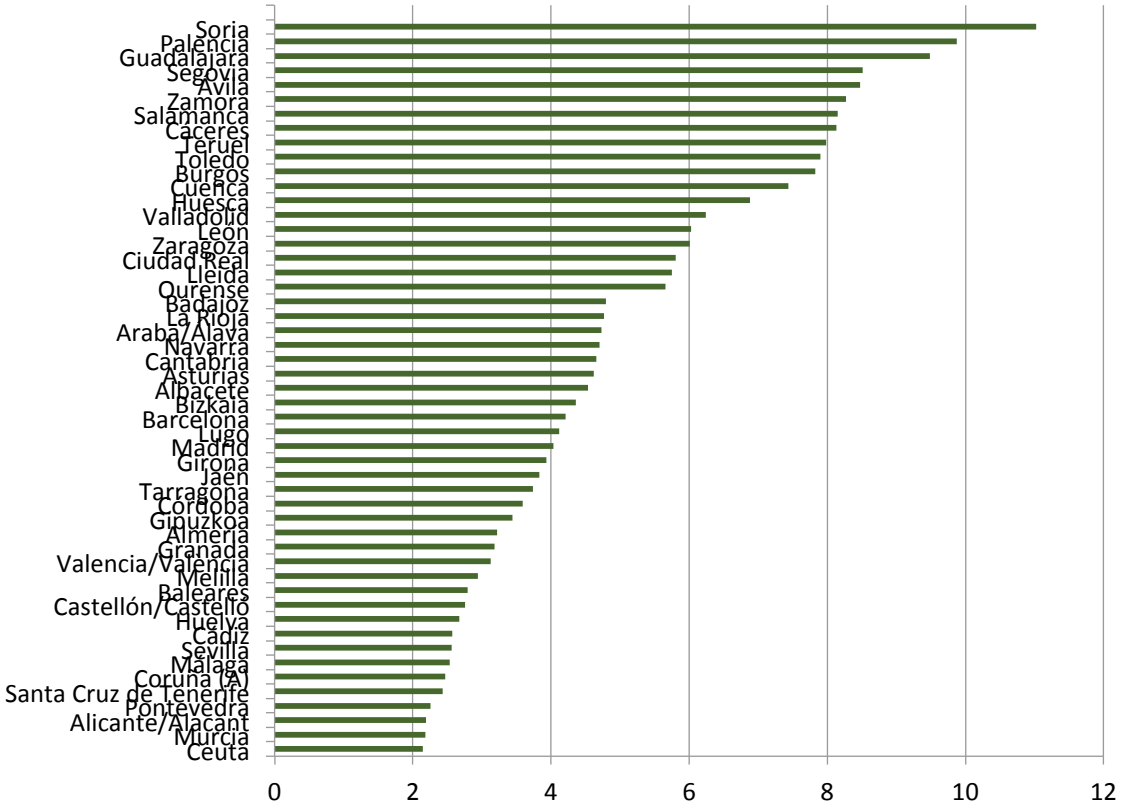
Fuente: elaboración propia en base a CSIC, disponible en:
http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-estadisticasresidencias2019.pdf

Finalmente encontramos una gran variabilidad en la cobertura a nivel provincial. Hay un gran número de provincias, casi todas cercanas a Madrid, con una cobertura muy superior al promedio nacional (4%). Destacan Soria, Palencia y Guadalajara que disponen de una cobertura entre 9% y 11%. Alternativamente, hay provincias muy por debajo de la media nacional siendo Las Palmas la que registra el menor índice de cobertura (1,7).

Tabla 2: Plazas residencias según titularidad e índice de cobertura.

CCAA/PROVINCIA	PLAZAS E ÍNDICE DE COBERTURA (IC)					
	Total	Públicas	Privadas	IC total	IC público	IC privado
TOTAL	**372.985**	**101.289**	**271.696**	**4,0**	**1,1**	**2,9**
Andalucía	**42.585**	**9.501**	**33.084**	**2,9**	**0,6**	**2,2**
Almería	3.495	1.268	2.227	3,2	1,2	2,1
Cádiz	5.378	1.293	4.085	2,6	0,6	2,0
Córdoba	5.474	1.123	4.351	3,6	0,7	2,9
Granada	5.294	1.454	3.840	3,2	0,9	2,3
Huelva	2.358	286	2.072	2,7	0,3	2,3
Jaén	4.749	1.665	3.084	3,8	1,3	2,5
Málaga	7.483	1.133	6.350	2,5	0,4	2,2
Sevilla	8.354	1.279	7.075	2,6	0,4	2,2
Aragón	**18.424**	**6.148**	**12.276**	**6,4**	**2,1**	**4,3**
Huesca	3.437	1.325	2.112	6,9	2,7	4,2
Teruel	2.567	1.403	1.164	8,0	4,4	3,6
Zaragoza	12.420	3.420	9.000	6,0	1,7	4,4
Asturias	**12.313**	**3.876**	**8.437**	**4,6**	**1,5**	**3,2**
Baleares	**5.110**	**2.096**	**3.014**	**2,8**	**1,1**	**1,6**
Canarias	**7.327**	**3.855**	**3.472**	**2,1**	**1,1**	**1,0**
Palmas (Las)	2.997	1.753	1.244	1,7	1,0	0,7
Santa Cruz de Tenerife	4.330	2.102	2.228	2,4	1,2	1,3
Cantabria	**6.024**	**848**	**5.176**	**4,7**	**0,7**	**4,0**
Castilla y León	**46.457**	**11.993**	**34.464**	**7,6**	**2,0**	**5,6**
Ávila	3.484	741	2.743	8,5	1,8	6,7
Burgos	6.715	1.866	4.849	7,8	2,2	5,7
León	7.544	1.969	5.575	6,0	1,6	4,5
Palencia	4.077	580	3.497	9,9	1,4	8,5
Salamanca	7.197	1.738	5.459	8,2	2,0	6,2
Segovia	2.968	1.130	1.838	8,5	3,2	5,3
Soria	2.506	1.098	1.408	11,0	4,8	6,2
Valladolid	7.578	1.390	6.188	6,2	1,1	5,1
Zamora	4.388	1.481	2.907	8,3	2,8	5,5
Castilla-La Mancha	**26.649**	**9.991**	**16.658**	**6,8**	**2,6**	**4,3**
Albacete	3.420	1.530	1.890	4,5	2,0	2,5
Ciudad Real	5.846	2.138	3.708	5,8	2,1	3,7
Cuenca	3.388	1.356	2.032	7,4	3,0	4,5
Guadalajara	4.008	1.310	2.698	9,5	3,1	6,4
Toledo	9.987	3.657	6.330	7,9	2,9	5,0
Cataluña	**62.015**	**12.601**	**49.414**	**4,2**	**0,9**	**3,4**
Barcelona	45.794	8.224	37.570	4,2	0,8	3,5
Girona	5.519	1.702	3.817	3,9	1,2	2,7
Lleida	4.895	1.111	3.784	5,7	1,3	4,4
Tarragona	5.807	1.564	4.243	3,7	1,0	2,7
Comunitat Valenciana	**26.810**	**5.336**	**21.474**	**2,7**	**0,5**	**2,2**
Alicante/Alacant	8.168	1.709	6.459	2,2	0,5	1,7
Castellón/Castelló	3.127	914	2.213	2,8	0,8	2,0
Valencia/València	15.515	2.713	12.802	3,1	0,5	2,6
Extremadura	**13.751**	**7.570**	**6.181**	**6,2**	**3,4**	**2,8**
Badajoz	6.330	3.441	2.889	4,8	2,6	2,2
Cáceres	7.421	4.129	3.292	8,1	4,5	3,6
Galicia	**21.179**	**4.838**	**16.341**	**3,1**	**0,7**	**2,4**
Coruña (A)	6.887	1.748	5.139	2,5	0,6	1,8
Lugo	3.964	1.059	2.905	4,1	1,1	3,0
Ourense	5.465	1.033	4.432	5,7	1,1	4,6
Pontevedra	4.863	998	3.865	2,3	0,5	1,8
Madrid	**48.768**	**11.463**	**37.305**	**4,0**	**0,9**	**3,1**
Murcia	**5.192**	**1.249**	**3.943**	**2,2**	**0,5**	**1,7**
Navarra	**6.149**	**1.982**	**4.167**	**4,7**	**1,5**	**3,2**
País Vasco	**20.534**	**6.661**	**13.873**	**4,1**	**1,3**	**2,8**
Araba/Álava	3.334	1.329	2.005	4,7	1,9	2,8
Bizkaia	11.584	2.952	8.632	4,4	1,1	3,2
Gipuzkoa	5.616	2.380	3.236	3,4	1,5	2,0
La Rioja	**3.209**	**1.065**	**2.144**	**4,8**	**1,6**	**3,2**
Ceuta	**218**	**56**	**162**	**2,1**	**0,6**	**1,6**
Melilla	**271**	**160**	**111**	**2,9**	**1,7**	**1,2**

Gráfico 13: Índice de cobertura por provincia 2019.



Fuente: elaboración propia en base a CSIC, disponible en:
http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-estadisticasresidencias2019.pdf
Nota: Datos de población a 1 de enero 2020. Estadísticas del Padrón Continuo. INE.
Índice de cobertura: Plazas/Población 65 años o más *100.

4. EL EMPLEO EN EL SECTOR DE ATENCIÓN RESIDENCIAL

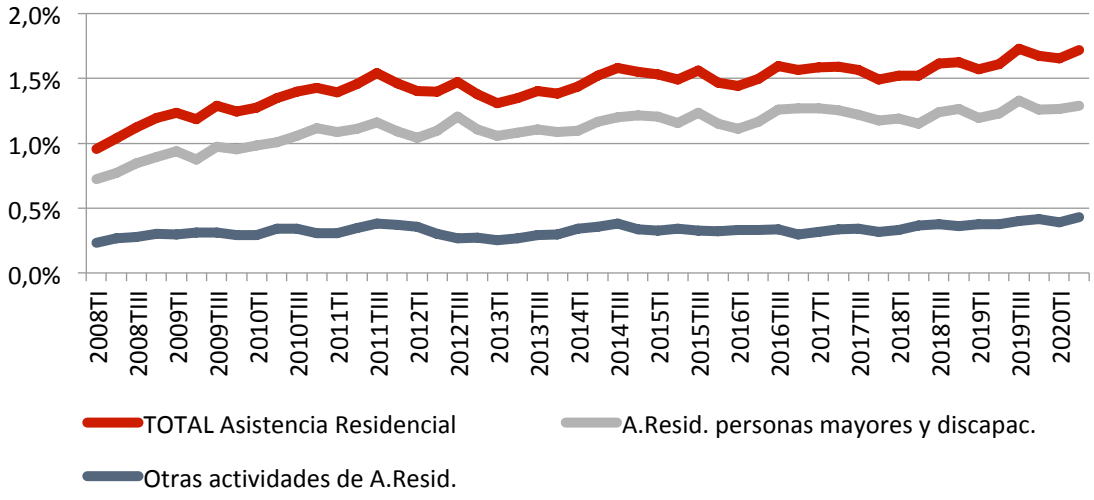
4.1. LA SITUACIÓN DEL MERCADO LABORAL SEGÚN LA ENCUESTA DE POBLACIÓN ACTIVA (EPA)

Las actividades que forman parte del sector de cuidados en establecimientos residenciales según la Clasificación Nacional de Actividades Económicas (CNAE 2009) incluyen: la asistencia en establecimientos residenciales con cuidados sanitarios (código 871), asistencia residencial para personas con discapacidad intelectual, enfermedad mental y drogodependencia (código 872), asistencia residencial para personas mayores y con discapacidad física (código 873) y otras actividades de asistencia en establecimientos residenciales (código 879).

Según el gráfico 14, la participación de la ocupación en los servicios en asistencia residencial sobre el total de empleo a nivel nacional es del 1,7%. En 12 años, el peso de la ocupación en

este sector creció casi un punto porcentual (0,9% en 2008 y 1,7% en 2020). Dentro del total de empleo en el sector de atención residencial, el mayor componente es el derivado del sector de atención residencial para personas mayores y con discapacidad física que representa un 1,3% del total de empleo a nivel nacional.

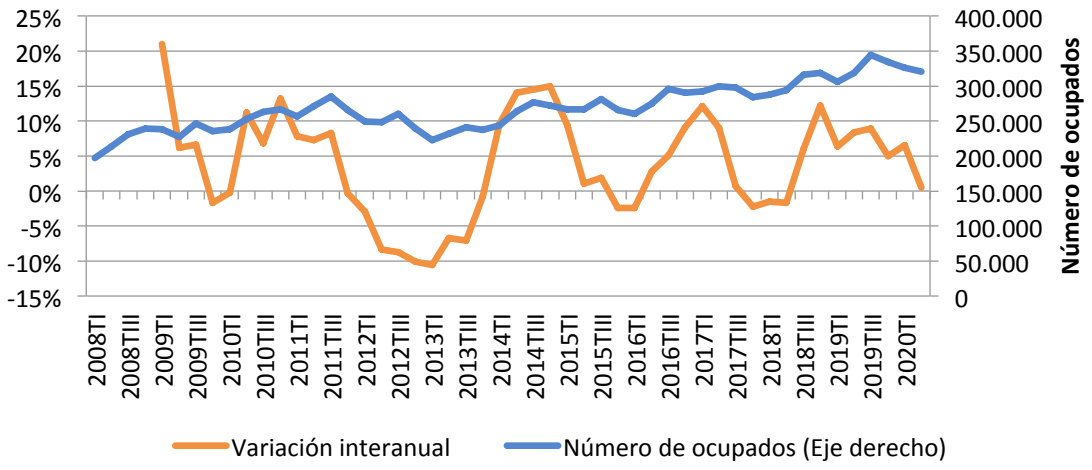
Gráfico 14: Evolución de la participación de los ocupados en Servicios de Asistencia en establecimientos residenciales sobre el empleo total. 2008TI-2020TII.



Fuente: elaboración propia en base a microdatos EPA.

El nivel de empleo en el sector de servicios de asistencia en residencias alcanza en la actualidad 320 mil empleos. En términos interanuales, luego de la crisis donde el sector registró caídas del 12%, el empleo en el sector de asistencia residencial se ha mantenido dinámico con crecimientos del orden del 20% en el último trimestre 2014 respecto del mismo trimestre del año anterior. En el primer trimestre 2020 el sector experimentaba un crecimiento del 7% respecto del año anterior pero el último dato del segundo trimestre 2020, ya en plena crisis del Covid, arroja un crecimiento interanual de solo 1%.

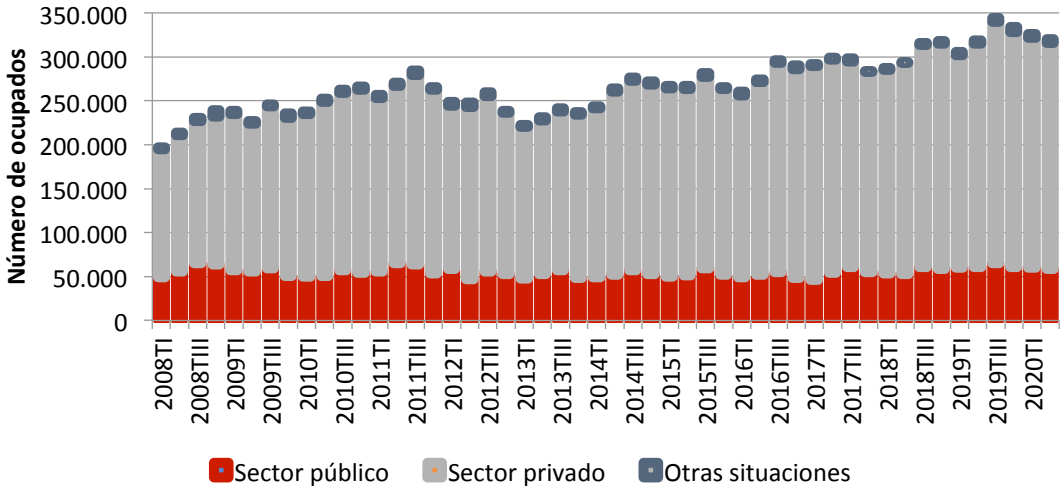
Gráfico 15: Variación interanual y número de ocupados en Servicios de Asistencia en establecimientos residenciales. España. 2008TI-2020TII.



Fuente: elaboración propia en base a microdatos EPA

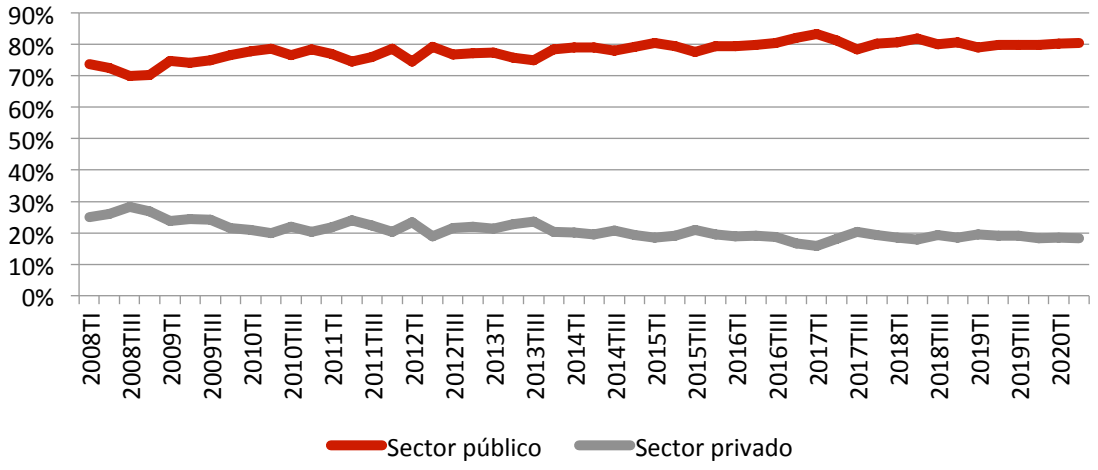
El empleo en el sector de las residencias es predominantemente privado (Gráfico 16 y Gráfico 17). En el año 2008 se puede observar que cerca del 73% del total de ocupados en los centros residenciales eran del sector privado. En la actualidad, este porcentaje ha dado un salto importante de 7 puntos porcentuales respecto a 2008, siendo el 80% de los ocupados en residencias perteneciente al sector privado, descendiendo, en consecuencia, la participación del empleo en el sector público.

Gráfico 16: Número de ocupados en Servicios de Asistencia en establecimientos residenciales por tipo de sector. España. 2008TI-2020TII.



Fuente: elaboración propia en base a microdatos EPA

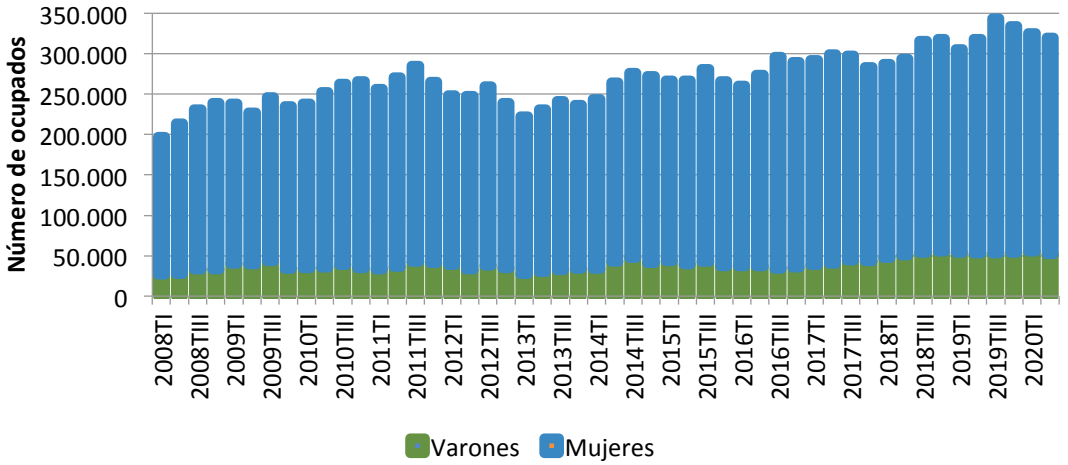
Gráfico 17: Participación relativa sector público y privado en Servicios de Asistencia en establecimientos residenciales. España. 2008TI-2020TII.



Fuente: elaboración propia en base a microdatos EPA

Por otra parte, el sector está marcadamente feminizado. En la actualidad hay 268.283 empleadas (83% de la ocupación) por solo 52.036 varones empleados. Sin embargo la tendencia reciente sugiere un ligero aumento de la ocupación masculina que ha aumentado un 47% en los últimos 12 años, sustancialmente superior al aumento para las mujeres (31%).

Gráfico 18: Número de ocupados en Servicios de Asistencia en establecimientos residenciales por sexo. España. 2008TI-2020TII.

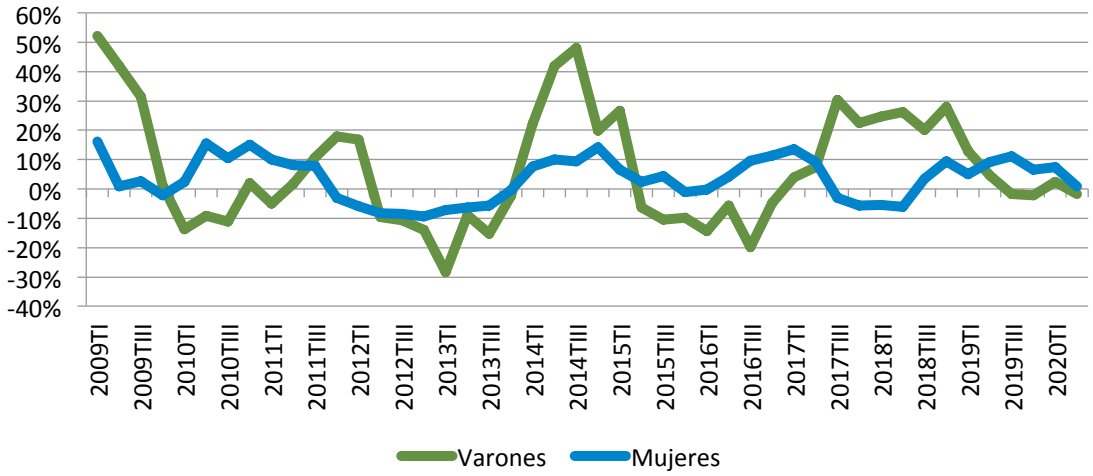


Fuente: elaboración propia en base a microdatos EPA

En cuanto a la variación interanual del número de ocupados por sexo, se observa que en el primer trimestre 2009 respecto del mismo periodo del año anterior, el salto en el aumento del

número de ocupados varones es del 52%, el mayor de todo el periodo analizado y también en el periodo post recortes, en el año 2014 cuando también se alcanza otro pico cercano al 50%. Se puede notar que durante los años de los recortes el nivel de ocupación para varones y mujeres del sector de atención residencial se desacelera pero con menor intensidad para el caso de las mujeres (caída del 8% en 2013TI respecto de 2012TI) dado que en el caso de los varones se registra una caída de casi el 30% en el primer trimestre 2013 respecto del mismo trimestre del año anterior. En el segundo trimestre 2020, el número de ocupados varones ha descendido un 2% mientras que el grupo de mujeres ocupadas aumentó en un 1% respecto del mismo trimestre del año anterior.

Gráfico 19: Variación interanual ocupados varones y mujeres en Servicios de Asistencia en establecimientos residenciales. España. 2008TI-2020TII.



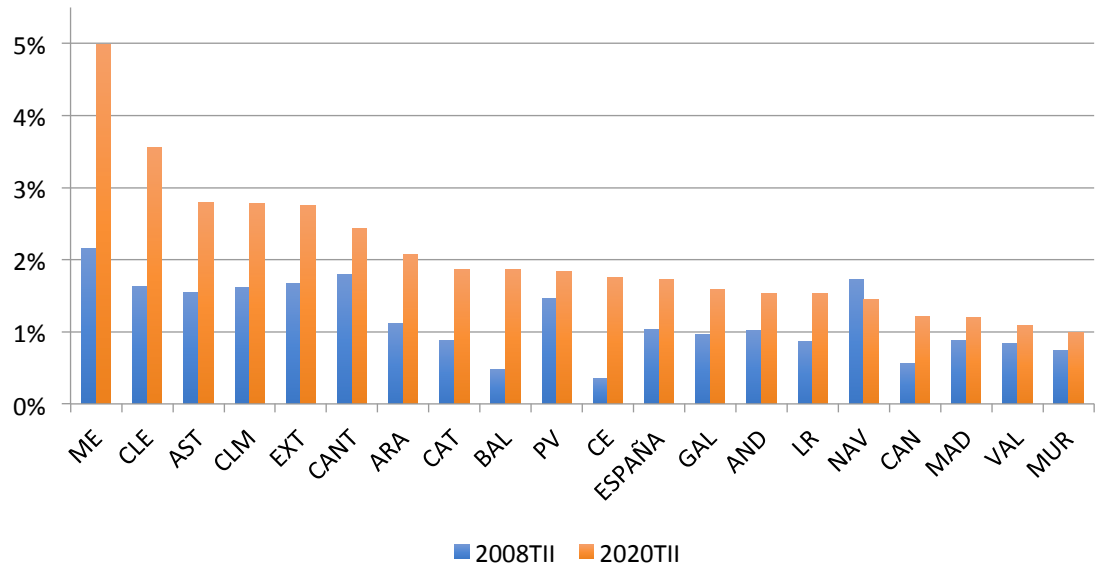
Fuente: elaboración propia en base a microdatos EPA

Por último, a nivel regional se percibe cierta variabilidad entre las CCAA en lo que respecta a la participación de los ocupados en el sector de atención residencial en el total de empleo. A simple vista se observa un aumento de dicha participación entre 2020 y 2008 que oscila entre 2,8 pp (como el caso de Melilla) y 0,2 pp. La excepción es Navarra donde se percibe un descenso de 0,3 pp entre dicho periodo.

Melilla, Castilla y León, Asturias, Castilla La Mancha y Extremadura tienen un peso del empleo del sector de atención residencial en relación al total del empleo entre el 5% y 2,8%, superando ampliamente al nivel nacional (1,7%). También se destaca Cantabria y Aragón y País Vasco con una participación del sector en el total del empleo que oscila entre el 2,1% y 2,4% y más cercanos al nivel nacional los casos de Cataluña, Baleares, País Vasco y Ceuta (participación del 1,8-1,9%). Por su parte, en Galicia, Andalucía, La Rioja, Navarra, Canarias,

Madrid, Valencia y Murcia este sector participa en el total del empleo en valores muy por debajo del nivel nacional.

Gráfico 20: Participación de los ocupados en Servicios de Asistencia en establecimientos residenciales sobre el empleo total por comunidad autónoma. 2008TI y 2020TII.



Fuente: elaboración propia en base a microdatos EPA.

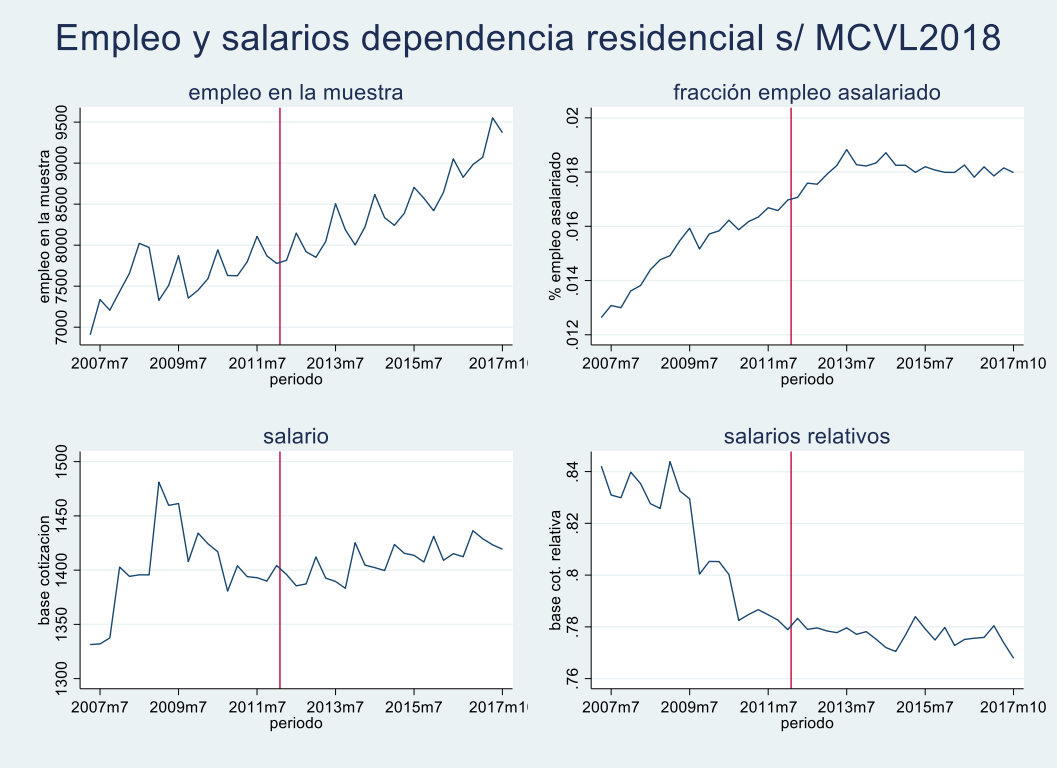
4.2. EMPLEO Y SALARIOS SEGÚN LA MUESTRA CONTINUA DE VIDAS LABORALES

El Gráfico 21 presenta la evolución del empleo y los salarios mensuales (aproximados por las bases de cotización mensuales corregidas por censura) en el sector de la residencial en el periodo 2007-2017 según la muestra de historiales laborales de la Seguridad Social (MCVL 2018, último año disponible con dicha fuente). De forma parecida a lo que muestra la EPA, el empleo en el sector crece hasta 2011, el año que precede al primer gran decreto de recortes, para después estabilizarse hasta 2013. A partir de 2015 se comienza a producir un repunte de empleo que continúa hasta la actualidad. La evolución relativa del sector de atención residencial nos muestra que no es de los más afectados de la economía española, ya que su peso en el empleo total crece desde el 0,9% hasta el 1,7% en el conjunto del periodo (aunque lleva ya algunos años estancado alrededor de dicho valor).

En lo que respecta a los salarios nominales, contrastan tres periodos: 2007-2009, marcado por crecimiento salarial pronunciado; 2010-2015, marcado por el estancamiento nominal; y 2015-2017, caracterizados por un ligero crecimiento nominal de los salarios. En términos relativos, el diferencial entre los salarios en el sector de atención residencial y los salarios en general creció

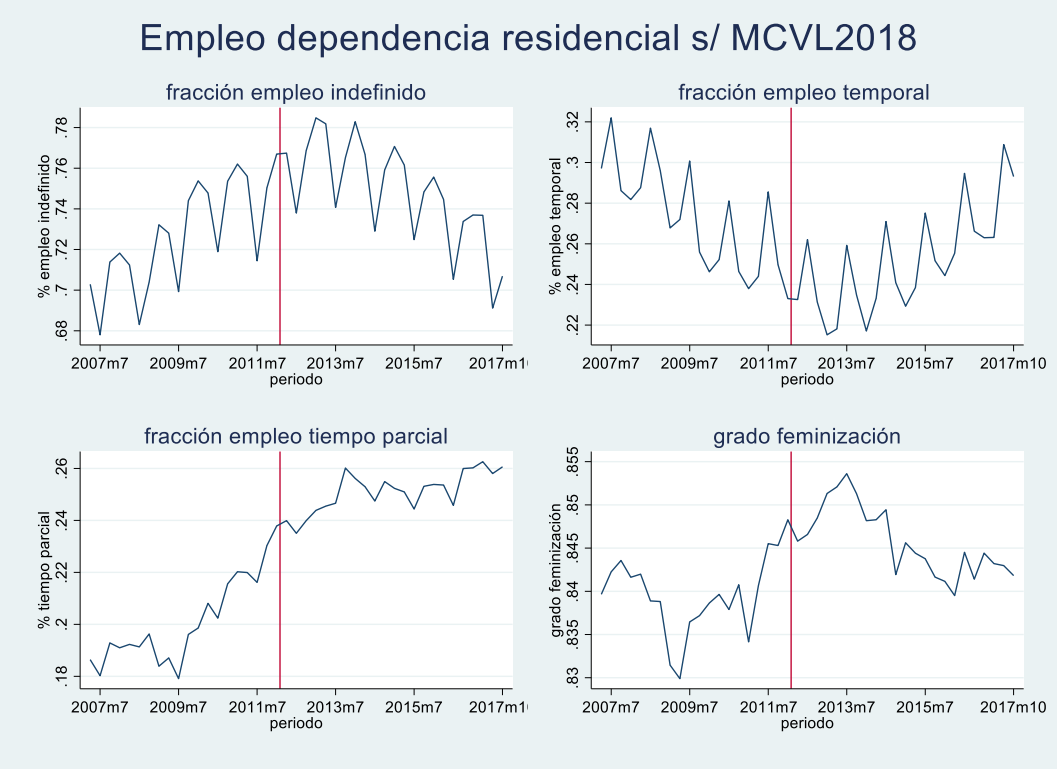
alrededor de 10 puntos porcentuales en favor de estos últimos en el periodo, estabilizándose alrededor de 76%. En suma, el sector ha mantenido gran parte de su empleo a costa de una cierta renuncia salarial, casi siempre forzada o guiada desde el presupuesto público.

Gráfico 21: Empleo y salarios en el sector de atención residencial según la MCVL.



Finalmente, la estructura del empleo está cambiando, especialmente desde el RD 2012, ya que desde entonces la fracción con empleo indefinido no ha dejado de caer. Se observa que en la actualidad dicha fracción es la más baja en todo el periodo, del 70%. Asimismo, la fracción con contrato temporal y la fracción que trabaja a tiempo parcial siguen en una senda ascendente, superando en la actualidad el 30%. Por último, el grado de feminización, después de un cierto crecimiento durante la crisis, ha vuelto a ser ligeramente superior respecto del 2007 (un poco más del 84%).

Gráfico 22: Estructura de la contratación en el sector de atención residencial según la MCVL



5. LA INCIDENCIA DEL COVID-19 EN LA POBLACIÓN VULNERABLE

La población de mayor edad se ha visto más afectada por la pandemia por un buen número de razones. En primer lugar, porqu la población mayor es más vulnerable dado su débil inmunidad comparada con poblaciones más jóvenes (Montecino-Rodriguez et al, 2013)[6], lo que explica que este grupo de edad constituya del 80% de todas las muertes en los hospitales, y la totalidad de las muertes en residencias (a excepción de los fallecimientos de personal de cuidados). Los datos de mortalidad de la Red Nacional Española de Monitoreo Epidemiológico indican un riesgo de mortalidad del 4,6% para las personas de 60 años, que aumenta a 13,6% y 21% para las personas mayores de 70 y 80 años, respectivamente.

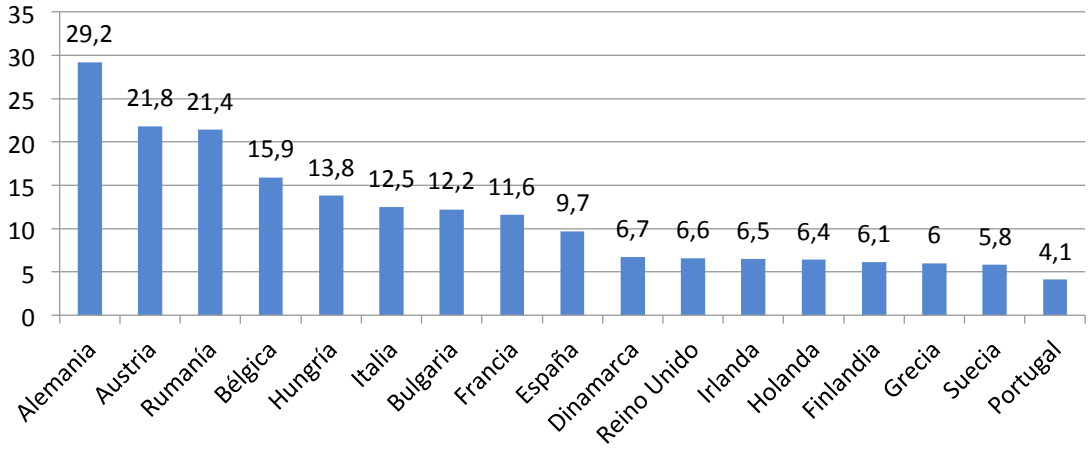
En segundo lugar, parte de las muertes hospitalarias se debe al hecho de que la mayoría de los sistemas de salud no estaban preparados para hacer frente a un aumento en los pacientes que exigían cuidados críticos. Tampoco tenían capacidad para testar de una forma generalizada a la

[6] De hecho, la población de mayor edad es más susceptible de sufrir gripe (influenza) de modo generalizado (Thomson, 2003).

población de riesgo, con la excepción de algunos países como Alemania donde su capacidad de reacción en términos de recursos como camas, disponibilidad de test y material de protección era mayor al resto de países.

El Gráfico 23 muestra las diferencias entre países en la disponibilidad de camas en cuidados intensivos críticos. Lo más relevante de este gráfico son las diferencias entre países (Alemania 29,2, Portugal 4,1), que no responden a una mayor inversión relativa (en proporción del PIB) en sanidad, sino a otras preferencias de política pública (Rhodes et al, 2012), asociadas a como configurar el sistema de atención sanitaria. La falta de recursos en atención crítica supone tener que priorizar entre pacientes, lo que a menudo se traduce en una menor prioridad de los pacientes de mayor edad, especialmente aquellos alojados en residencias.

Gráfico 23: Camas UCI por 100.000 habitantes



Fuente: https://www.covid-19.no/critical-care-bed-numbers-in-europe

Por otra parte, la atención a la dependencia en España se ha considerado como una competencia menor (la cenicienta de los servicios sociales, junto con la atención mental), e incluso, se ha tendido a descentralizarla hacia las corporaciones locales cuando existían limitaciones financieras con las que hacer frente a su demanda. Ello ha puesto en mayor riesgo a la población mayor, dada la ausencia de planes específicos para hacer frente a las necesidades de dicho colectivo en un contexto donde los hospitales están saturados y son unos de los principales focos de contagio.

Uno de los aspectos menos estudiados es el de la coordinación entre la atención médica y social, que en España ha sido tradicionalmente limitada. Ello en parte ha sido debido al diseño

institucional, ya sea porque los departamentos de servicios sociales y de sanidad de los gobiernos autonómicos no siempre se han coordinado, y porque la asignación de los servicios de dependencia se ha descentralizado a menudo a nivel local, cuando la competencia en sanidad era autonómica (Costa-Font, Jiménez-Martin y Vilaplana, 2018, Jimenez-Martin et al, 2011). No obstante, la falta de coordinación también se explica por la crónica insuficiencia financiera, que viene desde la propia creación de la Ley de Dependencia junto antes de la crisis económica, y donde se traslada parte de la presión financiera a las CCAA sujetas a límites estrictos de déficit.

La aparición del Covid-19 ha puesto en evidencia ciertas deficiencias de atención en la organización de las residencias para mayores en España, y en especial la presencia de material técnico y personal especializado para atender las necesidades como las derivadas de la pandemia de estas características. Muchas de ellas no estaban preparadas ya sea por falta de recursos, personal preparado y/o ausencia de coordinación social y sanitaria. A 13 de mayo de 2020, el número de fallecimientos en residencias a nivel nacional ha sido de 17.848 personas, lo que supone un 66% del total de fallecimientos por Covid-19.

En este contexto adquiere especial relevancia poner en marcha acciones para reforzar la cooperación institucional, especialmente con los servicios sociales. Desafortunadamente, para una mayoría de regiones, la planificación sociosanitaria para el año 2019-2020 no figura como parte central en la agenda de políticas públicas.

En este sentido, 8 CC. AA. (Principado de Asturias, Illes Balears, Canarias, Cantabria, Castilla y León, Cataluña, Comunidad de Madrid y País Vasco) cuentan con Planes o Estrategias de coordinación sociosanitaria específicas para la actualidad. Por otro lado, 5 CC. AA. (Aragón, Castilla La Mancha, Comunidad Valenciana, Extremadura y La Rioja) hacen mención a la coordinación sociosanitaria en el marco de sus Planes de Salud (Ver Tabla 3).

Otras manifiestan tener planes de coordinación sociosanitaria aunque se encuentran desactualizados como el caso de Galicia (Plan Marco de Atención Sociosanitaria 2013) y Navarra (Plan Foral de Atención Sociosanitaria 2000). Por último, la Región de Murcia informa que tiene en marcha un modelo de coordinación de los diferentes niveles asistenciales sociales y sanitarios y en Andalucía, en junio del 2019 se pretendía desarrollar un modelo integral de atención social y de salud. Los planes de coordinación de salud y asistencia social se ha limitado a unas pocas CCAA. La falta de coordinación no ha permitido trasladar a pacientes de

centros residenciales a hospitales a tiempo, lo que explicaría, al menos en parte, el elevado número de muertes en residencias, común a la mayoría de los países europeos donde la incidencia de la pandemia ha sido alta o muy alta.

Tabla 3: Planes sociosanitarios 2019-2020 por CCAA.

CCAA	¿Tiene coordinación sociosanitaria en 2019-2020?	Breve descripción
Andalucía		La Junta de Andalucía desarrollará un modelo integral de atención social y de salud (26 de junio de 2019) https://www.juntadeandalucia.es/organismos/igualdadpoliticassocialesyconciliacion/actualidad/noticias/detalle/214982.html
Aragón		Atención Sociosanitaria en el Servicio Aragonés de Salud https://www.aragon.es/-/atencion-sociosanitaria#anchor2 Plan de Salud 2030 Aragón https://www.saludinforma.es/portalsi/bioetica-salud/plan-de-salud-de-aragon
Asturias	**SI**	Plan Sociosanitario del Principado de Asturias 2019-2021. https://www.socialasturias.es/plansociosanitario
Baleares	**SI**	Cronicidad y coordinación sociosanitaria. Plan de Atención a las personas con enfermedades crónicas 2016-2021. El reto del sistema sanitario. https://www.ibsalut.es/es/servicio-de salud/organizacion/coordinaciones-autonomicas-sanitarias/376-cronicidad-y-coordinacion-sociosanitaria
Canarias	**SI**	II Plan de Infraestructuras Sociosanitarias 2018-2020. Instituto de Atención Social y Sociosanitaria https://www.instituto-as.es/tag/ii-plan-de-infraestructuras-sociosanitarias/
Cantabria	**SI**	Estrategia de Coordinación para la Atención Integrada Social y Sanitaria 2019-2022. https://boc.cantabria.es/boces/verAnuncioAction.do?idAnuBlob=338640
Castilla y León	**SI**	Plan Estratégico 2017-2021. https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/coordinacion-sociosanitaria/planes-sociosanitarios-estrategias
Castilla La Mancha		Plan de Salud de Castilla La Mancha 2019-2015. https://www.castillalamancha.es/sites/default/files/documentos/pdf/20191230/borrador_plan_de_salud_dic_2019.pdf Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha (FSCLM)

		Plan de Salud Mental de Castilla La Mancha 2018-2025 https://www.castillalamancha.es/gobierno/sanidad/estructura/dgspoeis/actuaciones/plan-de-salud-mental-de-castilla-la-mancha
Cataluña	**SI**	Plan de atención integrada social y sanitaria (PAISS). https://www.iberley.es/legislacion/acuerdo-gov-91-2019-25-junio-crea-plan-atencion-integrada-social-sanitaria-paiss-26309595
C. Valenciana		Plan de Salud 2016-2020 http://www.san.gva.es/documents/157385/6431837/Guia_CAST_web.pdf Plan de Servicios Sociales de la Ciudad de Valencia 2019-2013 https://www.valencia.es/ayuntamiento/bienestarsocial.nsf/0/233548629774 8D98C125834E0029CEEF/$FILE/20191004%20Plan%20Servicios%20Sociales%202019-2023%20-castellano.doc.pdf?OpenElement&lang=1
Extremadura		Plan de Salud de Extremadura 2013-2020 http://www.areasaludbadajoz.com/PLAN_DE_SALUD_DE_EXTREMADURA_2013-2020.pdf
Galicia		Plan Marco de atención sociosanitaria de Galicia 2013 https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/490/Plan%20marco%20de%20atenci%C3%B3n%20sociosanitaria%20de%20Galicia%202013(Galego).pdf Comisión Interdepartamental de atención sociosanitaria de Galicia Comité de Planificación de Atención Sociosanitaria de Galicia
Madrid		Estrategia de Atención a las personas mayores 2017-2021 https://www.comunidad.madrid/transparencia/informacion-institucional/planes-programas/estrategia-atencion-personas-mayores-2017-2021 Estrategia de atención a las personas con enfermedades crónicas 2014-2017. Ampliado a 2021 https://www.comunidad.madrid/transparencia/informacion-institucional/planes-programas/estrategia-atencion-personas-enfermedades-cronicas Dirección General de Coordinación Sociosanitaria Com. De Madrid https://www.comunidad.madrid/transparencia/unidad-organizativa-responsable/dg-coordinacion-socio-sanitaria
Murcia		Plan Sociosanitario de la Región de Murcia https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/331740-desarrollo_modelo.pdf https://www.murciasalud.es/espacioss.php?seccion=dependenci

		a
Navarra		Plan Foral de Atención Sociosanitaria Año 2000 https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/2AA8B822-615B-43B8-A8AE-EA94D7EA09E7/76271/PlanForaldef.pdf
País Vasco	**SI**	Prioridades Estratégicas de Atención Sociosanitaria. Euskadi 2017- 2020 http://www.euskadi.eus/documentacion/2018/prioridades-estrategicas-de-atencion-sociosanitaria-euskadi-2017-2020/web01-a2zesosa/es/
La Rioja		Plan de Salud 2015-2019 https://www.riojasalud.es/noticias/4957-iii-plan-de-salud-de-la-rioja-2015-2019

5.1. EL IMPACTO DEL COVID-19 EN LAS RESIDENCIAS

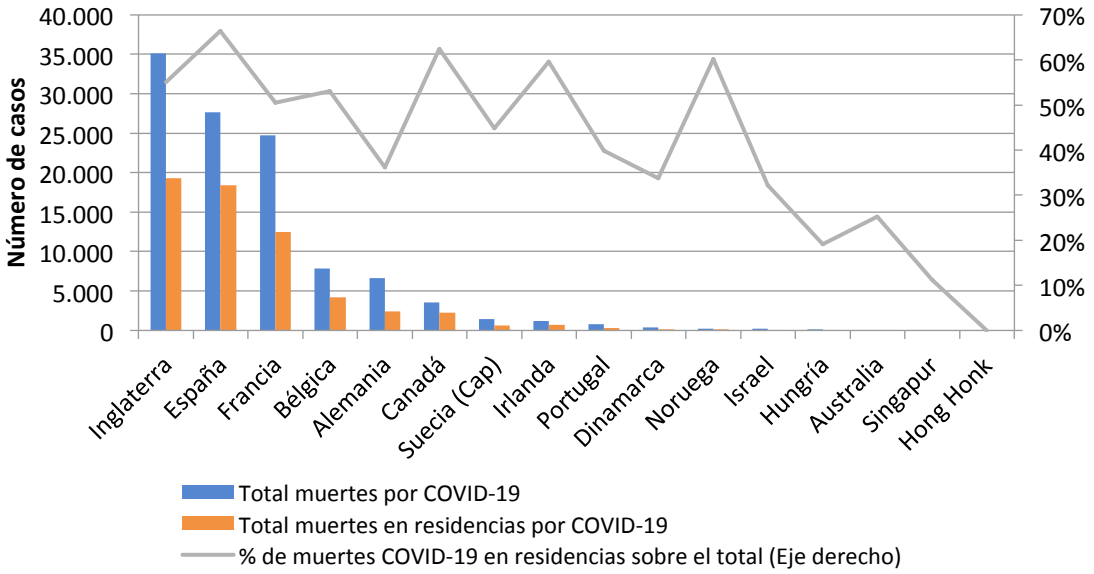
El Covid-19 ha impactado especialmente en residencias de mayores de una forma generalizada en un elevado número de países europeos. En algunos países la crisis ha puesto de manifiesto las insuficiencias de estas, teniéndose que recurrir a soluciones de emergencia como habilitar centros más seguros o, como por ejemplo en Italia las residencias se han utilizado en ocasiones como 'centros covid', no sin la fuerte resistencia de las propias organizaciones.

El Gráfico 24 nos ofrece evidencia de diferencias entre países respecto de las muertes en residencias declaradas (si bien estos datos aun requieren validación)[7]. Los datos sugieren que mientras que en algunos países como Hong Kong (o Corea no incluido el gráfico) no ha existido apenas muertes en residencias, en los países de la UE más afectados la fracción de fallecimientos en residencias de mayores es muy superior. Con la notable excepción de Alemania y Dinamarca, los fallecimientos en residencias representan más del 50% en los principales países o regiones afectadas de la UE, casi 70% en el caso español. Especialmente sangrante es el caso español, para el cual dos terceras partes de las muertes derivadas del Covid-19 se han producido en centros residenciales (18.362 fallecimientos o 66% del total de muertes imputables al Covid-19 a mediados de mayo[8]).

[7] Esta figura no incluye a Italia donde la estimación pública está entorno al 37% aunque se cree que la cifra esta infra estimada (Berloto et al, 2020).

[8] Como veremos en la sección siguiente, los datos actualizados a 30 de julio arrojan 19.651 muertes en residencias, 1.289 muertes más que el acumulado a 16 de mayo, lo que supone un 69% del total de muertes imputables al Covid-19. Como se puede observar la totalidad de muertes por Covid-19 en residencias ya era claramente importante a mediados de mayo.

Gráfico 24: Muertes en residencias por Covid-19 en países seleccionados. Información a 5 de mayo 2020* (primera oleada de la pandemia)

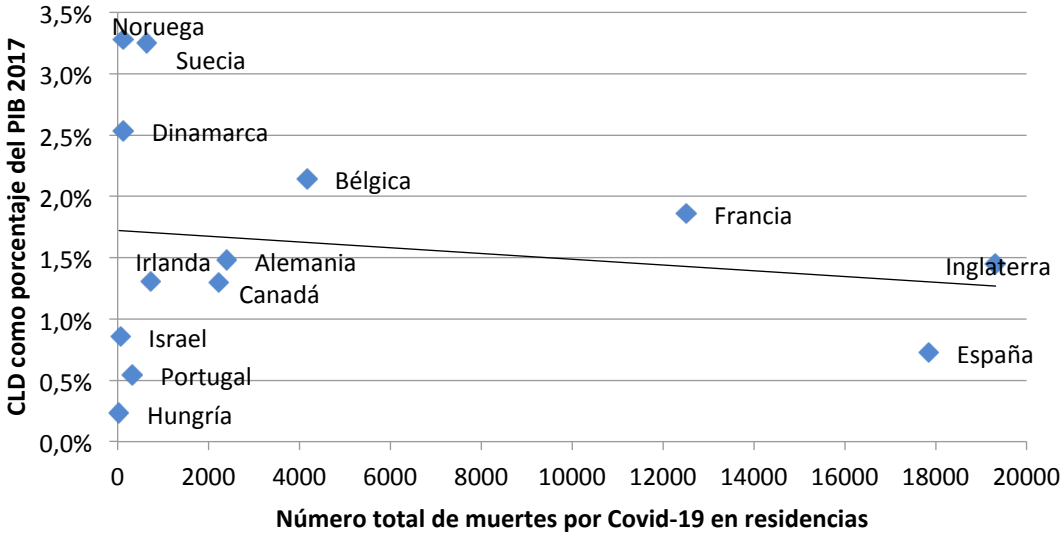


Fuente: Elaboración propia en base a International Long Term Care Policy Network.
https://ltccovid.org/international-reports-on-covid-19-and-long-term-care/
Nota:*Los datos para España son a 16 de Mayo 2020.

Cercanos al caso español, son los casos de Inglaterra y Francia. El común de denominador de los tres casos, parece ser la ausencia de un sistema robusto de coordinación, organización y financiación de los cuidados de larga duración (CLD). En Inglaterra, los cuidados no están universalizados como en España y la ayuda pública se concentra en población de menor nivel de renta. En Francia, si bien hay una ayuda pública universal, su reducida dimensión para la mayor parte de la población limita su eficacia. Alternativamente, en el caso de Alemania, no solo se observan menos fallecimientos, sino también una menor fracción de muertos en residencias, quizás por ser un país que cuenta con un sistema universal de financiación de los cuidados desde 1994, lo que apunta a las limitaciones financieras y de recursos del sector.

En el gráfico siguiente (Gráfico 25) se evidencia alguna correlación negativa entre el gasto en cuidados de larga duración con respecto al PIB y el número de muertes por Covid-19 en residencias. Sin embargo, hay valores atípicos importantes y la asociación es principalmente impulsada por la evidencia de España e Inglaterra y no tanto para Francia donde la inversión en CLD es cercana al 2% del PIB. Por lo tanto, a continuación ampliaremos la evidencia para España.

Gráfico 25: Número total de muertes por covid-19 en residencias y cuidados de larga duración (CLD) como porcentaje del PIB 2017. Países seleccionados de la OCDE.



Fuente: Elaboración propia en base a International Long Term Care Policy Network. https://ltccovid.org/international-reports-on-covid-19-and-long-term-care/ y OECD Stat
Nota: Los datos de muertes en residencias para España son a 16 de Mayo 2020 y el resto de países a 5 de Mayo.

5.2. ALGUNOS FACTORES CANDIDATOS A EXPLICAR LA MORTALIDAD EN RESIDENCIAS EN ESPAÑA

Tal y como ya señalamos en la sección anterior, el impacto de la epidemia ha sido especialmente alto en hogares residenciales. Los datos son contundentes: 19.651 (69%) del total de 28.443 casos fatales relacionados con Covid-19 a finales de julio, se encontraban en residencias (RTVE, 31/07/2020). En esta sección intentamos apuntar (y no demostrar ya que la información disponible es escasa y heterogénea) algunas de las posibles causas latentes. En este sentido, hubiese sido deseable contar con información detallada de fallecimientos por Covid-19 a nivel provincial (el Ministerio de Sanidad solo publica datos agregados a nivel de comunidad autónoma) para poder realizar un análisis más ajustado a la realidad de la incidencia de esta enfermedad[9].

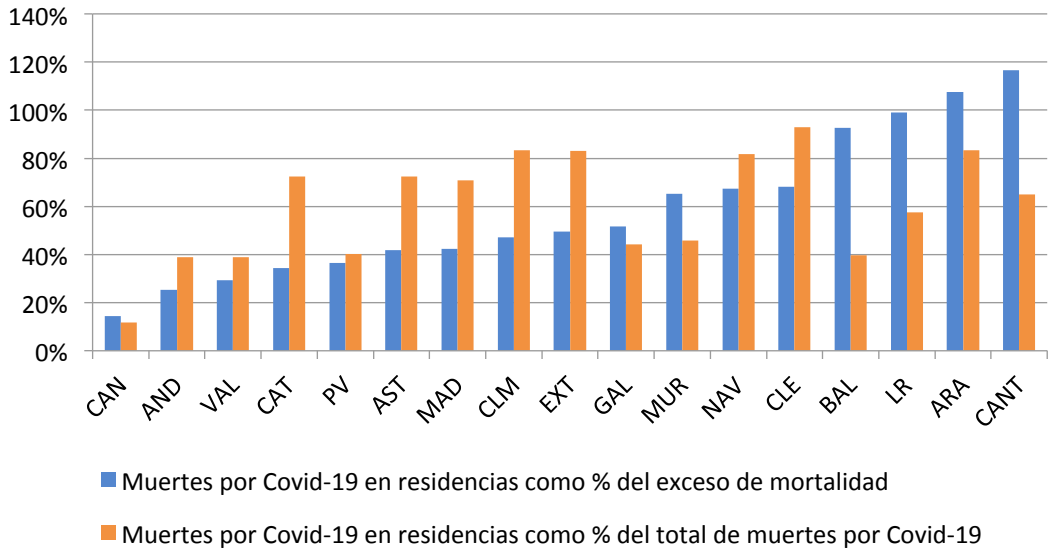
[9] Una nota publicada recientemente en un medio online analiza en detalle las muertes producidas en las residencias de la Comunidad de Madrid, información que fue solicitada a la Comunidad de Madrid por este medio apelando a la Ley de Transparencia. Como buena práctica, estos datos deberían ser accesibles en todas las comunidades autónomas para dotar de mayor transparencia los sistemas de información.

Antes de comenzar con el análisis, es importante aclarar algunas cuestiones metodológicas sobre las fuentes de los datos que se presentan y nuestra observación y tratamiento al respecto. La información de muertes en hogares de ancianos proviene de RTVE y se refiere a muertes de personas que han sido diagnosticadas con Covid-19 y muertes con síntomas compatible con Covid-19 pero no diagnosticados. Los datos del total de muertes de Covid-19 provienen del Ministerio de Sanidad que solo considera casos confirmados con Covid-19 a través de pruebas. Los datos no son homogéneos entre regiones porque algunos de ellos diferencian las muertes de Covid-19 de las muertes con síntomas de la enfermedad, pero otros no hacen esa distinción.

Para capturar esto, utilizamos una medida alternativa que es las muertes por Covid-19 en residencias como una fracción del exceso de muertes. El exceso de muertes o mortalidad se calcula como la diferencia entre el total de muertes desde marzo hasta el 30 de julio de 2020 menos el total de muertes desde marzo hasta el 30 de julio de 2019 para cada región, información publicada por el Sistema de Vigilancia de la mortalidad diaria (MoMo).

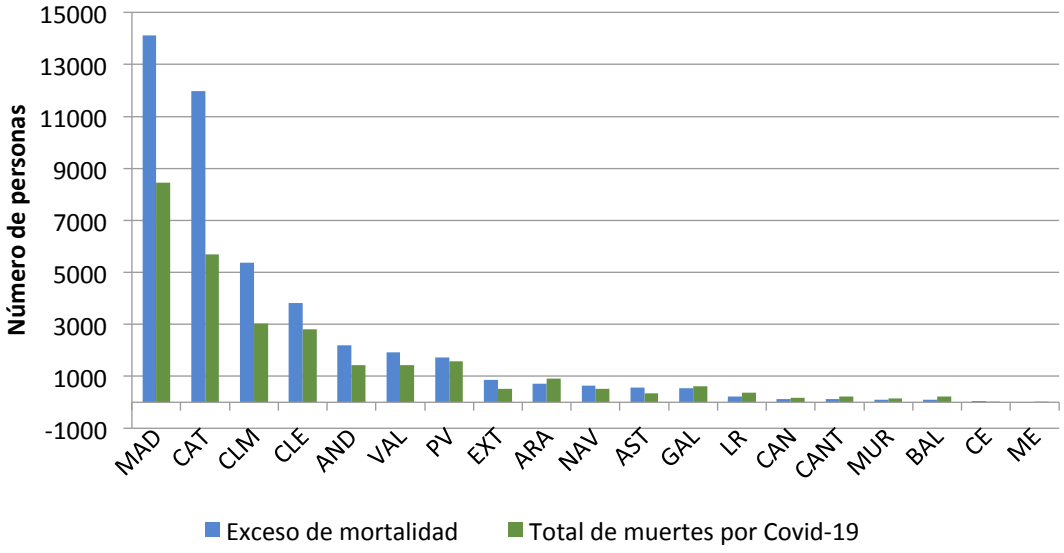
De esta manera, se puede observar en el Gráfico 26 y Gráfico 27 la variación regional de las muertes por Covid-19 en residencias tanto sobre el total de muertes por Covid-19 como sobre el exceso de mortalidad. En general, las cifras son mayores cuando se calcula la proporción de muertes en hogares de ancianos como proporción del total de muertes por Covid-19. Sin embargo, hay 4 CC. AA como Baleares, La Rioja, Aragón y Cantabria donde la proporción de muertes por Covid-19 en residencias sobre el exceso de mortalidad alcanza casi el 100% o bien lo supera, debido seguramente a las formas de contabilizar las muertes por Covid-19 en residencias que hemos mencionado con anterioridad.

Gráfico 26: Número de muertes por Covid-19 en residencias como porcentaje del exceso de mortalidad y total muertes por Covid-19 por CCAA. A 30 de Julio 2020



Fuente: RTVE y MoMo.

Gráfico 27: Exceso de mortalidad y total de muertes por Covid-19 por CCAA. A 30 de Julio 2020



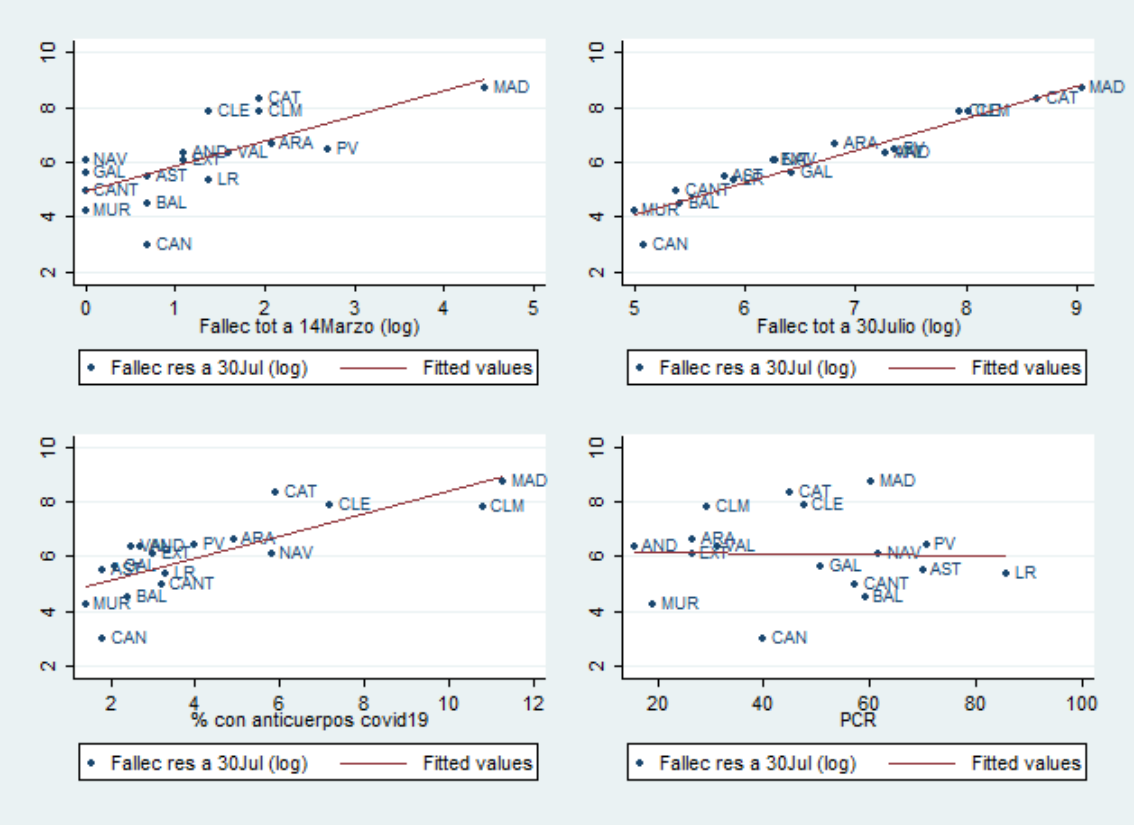
Fuente: MoMo y Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

El Gráfico 28 recoge algunos indicadores que relacionan los fallecimientos en residencias con los fallecimientos al inicio de la epidemia y al final de nuestro periodo de recolección de datos por comunidad (30 de julio). En ambos casos se detecta una relación positiva y significativa, casi determinística en el caso de los fallecimientos totales ya que las comunidades con más fallecimientos directamente imputados al Covid-19 (Madrid, Cataluña y las dos Castillas)

también son las que presentan más fallecimientos en residencias. Dicha correlación también es evidente con el exceso de mortalidad observado entre marzo y el 30 de julio2020-2019 como puede apreciarse en el Gráfico 29.

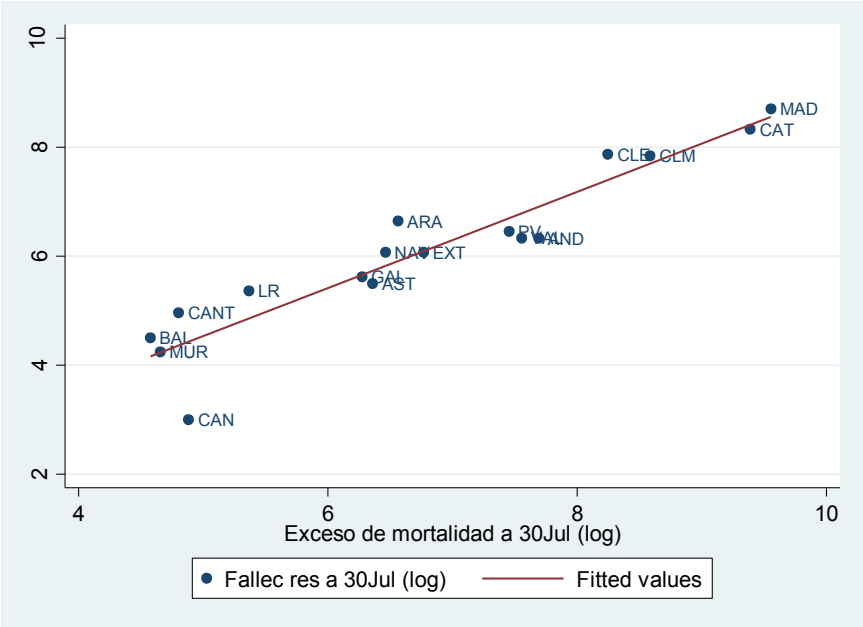
Por otra parte, en España, el total de casos confirmados se realiza a través de una prueba de diagnóstico llamada PCR (reacción en cadena de la polimerasa) o una prueba de anticuerpos (conocida como prueba serológica) que verifica si el sistema inmunitario ha respondido a la infección por Covid-19. El Gráfico 28 revela también (en el panel inferior) que el número de muertes en hogares de ancianos se correlaciona positivamente con el porcentaje de personas que han demostrado portar anticuerpos Covid-19, pero no parece estar relacionado con el número de pruebas de PCR realizadas (porcentaje de personas con pruebas de PCR).

Gráfico 28: Relación fallecidos residencias a 30 de Julio con fallecidos al inicio y al final e indicadores de incidencia y prevención por CCAA



Fuente: RTVE y Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

Gráfico 29: Relación fallecidos residencias a 30 de Julio con exceso de mortalidad por CCAA

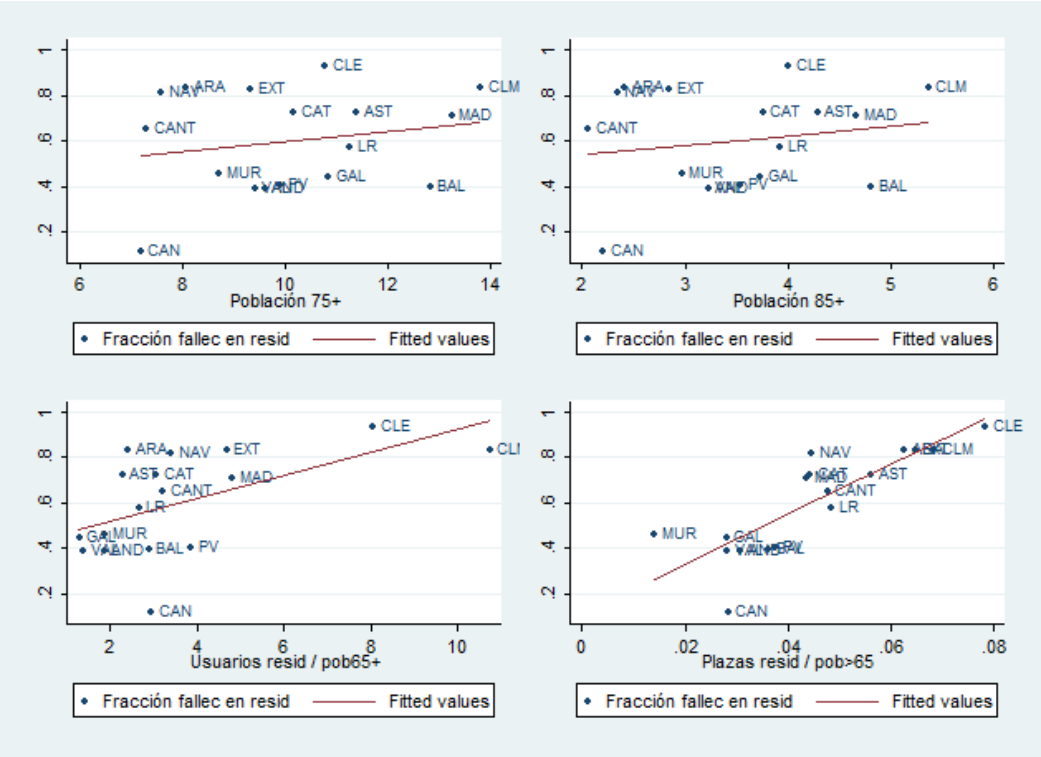


Fuente: RTVE y Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social y MoMo.

En el Gráfico 30 y

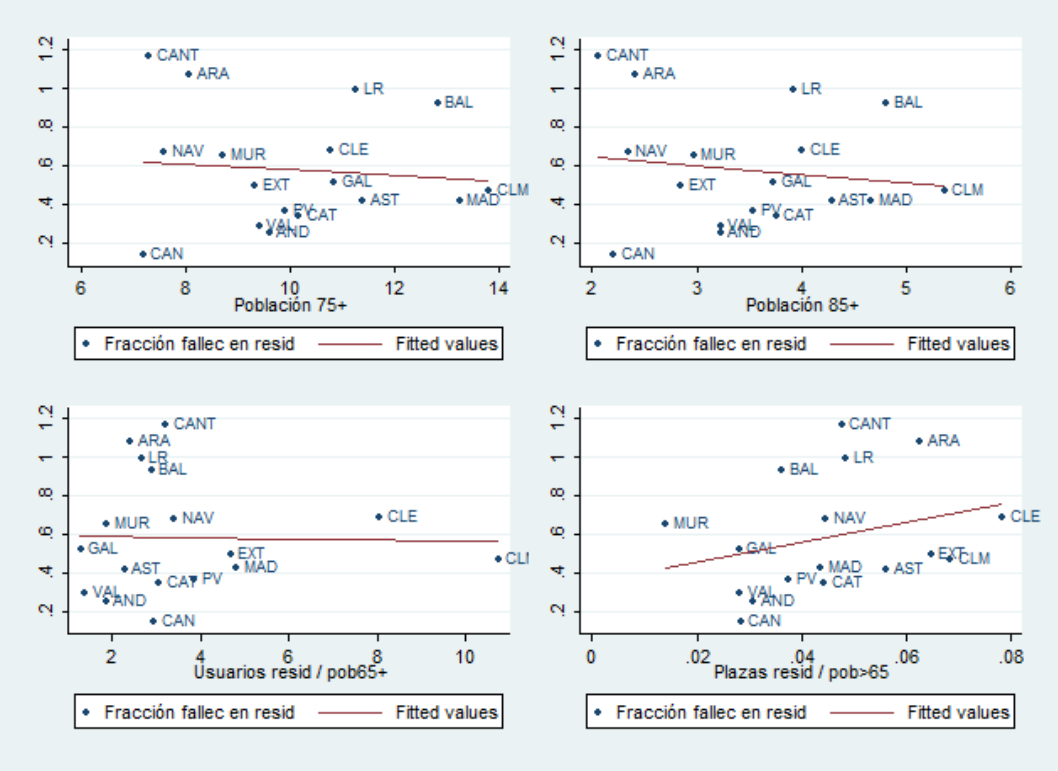
Gráfico **31**, relacionamos indicadores de población con la mortalidad en residencias causada por el Covid-19. Aunque se observa una correlación positiva entre fracción de población mayor y muertes por Covid-19 (no mostrada), la fracción de muertes en residencias no parece estar relacionada con el porcentaje de población mayor de 75 o 85 años. Sin embargo, sí que está muy relacionada con los indicadores de población mayor institucionalizada o potencialmente institucionalizada.

Gráfico 30: Fracción fallecimientos residencias a 30 de Julio sobre el total de muertes Covid-19 e indicadores de población



Fuente: RTVE y Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

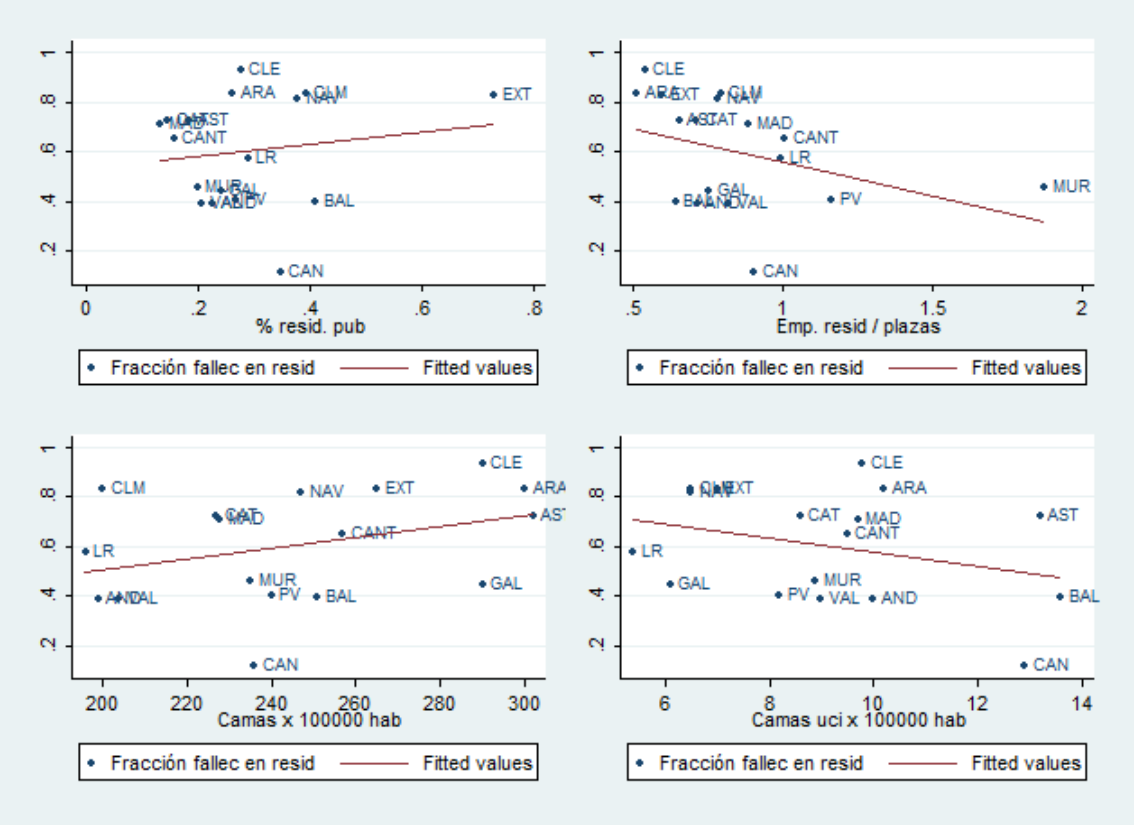
Gráfico 31: Fracción fallecimientos residencias a 30 de Julio sobre el exceso de mortalidad e indicadores de población



Fuente: RTVE y Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social y MoMo.

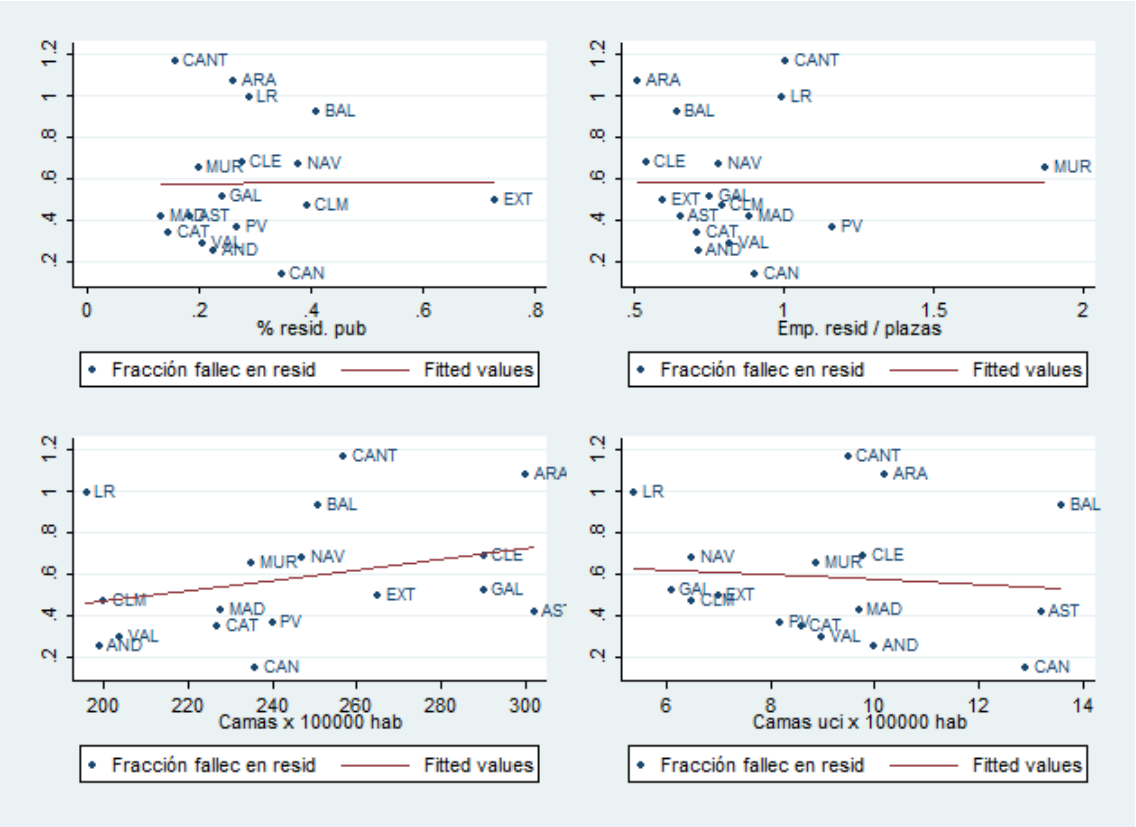
En el Gráfico 32 y Gráfico 33 exploramos la correlación entre fallecimientos en residencias e indicadores de calidad asistencial (tanto hospitalaria como en residencias). De momento, posiblemente por el nivel de agregación de los datos, no vemos ningún factor de atención residencial que explique, de forma significativa, la fracción de fallecimientos (y también el nivel), aunque el ratio de empleo sobre plazas y la disponibilidad de camas UCI apuntan en la dirección correcta. Probablemente factores, desconocidos en este momento, como el grado de medicalización o la coordinación entre residencias y hospitales sean más relevantes.

Gráfico 32: Fracción fallecimientos residencias a 30 de Julio sobre el total de muertes Covid-19 e indicadores sanitarios y de atención residencial



Fuente: RTVE y Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

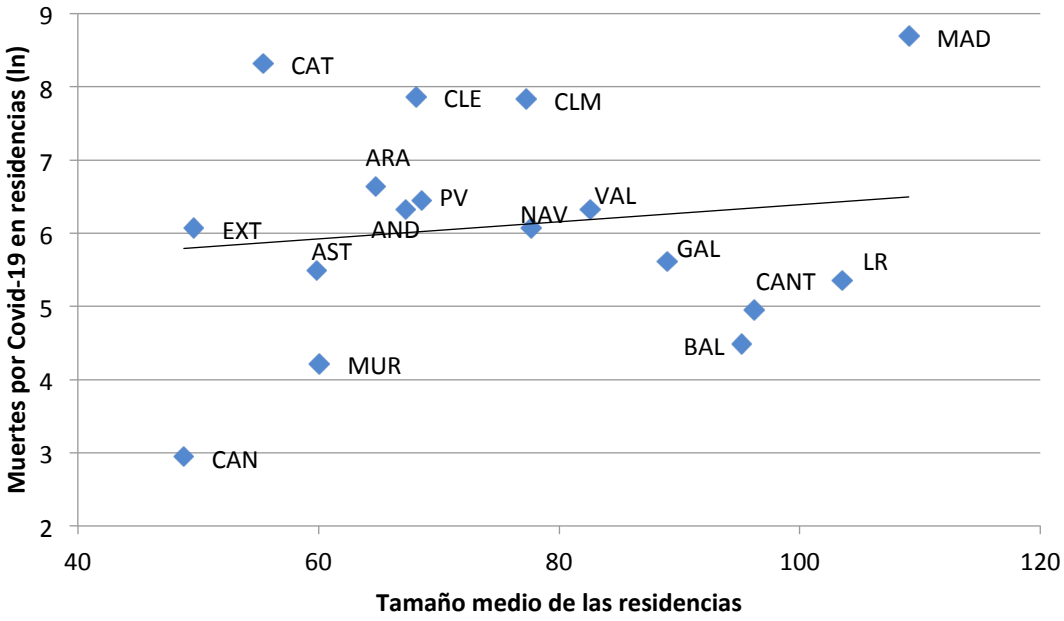
Gráfico 33: Fracción fallecimientos residencias a 30 de Julio sobre el exceso de mortalidad e indicadores sanitarios y de atención residencial



Fuente: RTVE y Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social y MoMo.

Por último, en los Gráfico 34 y Gráfico 35 se relacionan las muertes por Covid-19 en residencias con el tamaño medio y nivel de ocupación de los centros residenciales que hacíamos referencia en la sección 3.1. La correlación es positiva, es decir a mayor nivel de ocupación o a mayor tamaño medio de los centros, hay un mayor número de fallecimientos. Respecto del tamaño de los centros, las comunidades que muestran un tamaño medio de más de 70 plazas como Madrid, Castilla La Mancha y Castilla y León han experimentado un mayor número de fallecimientos en residencias mientras que otras regiones como Extremadura y Canarias con plazas inferiores a 50 revelan una mortalidad más baja. Este hecho puede haber influido en la intensidad de la mortalidad en las residencias.

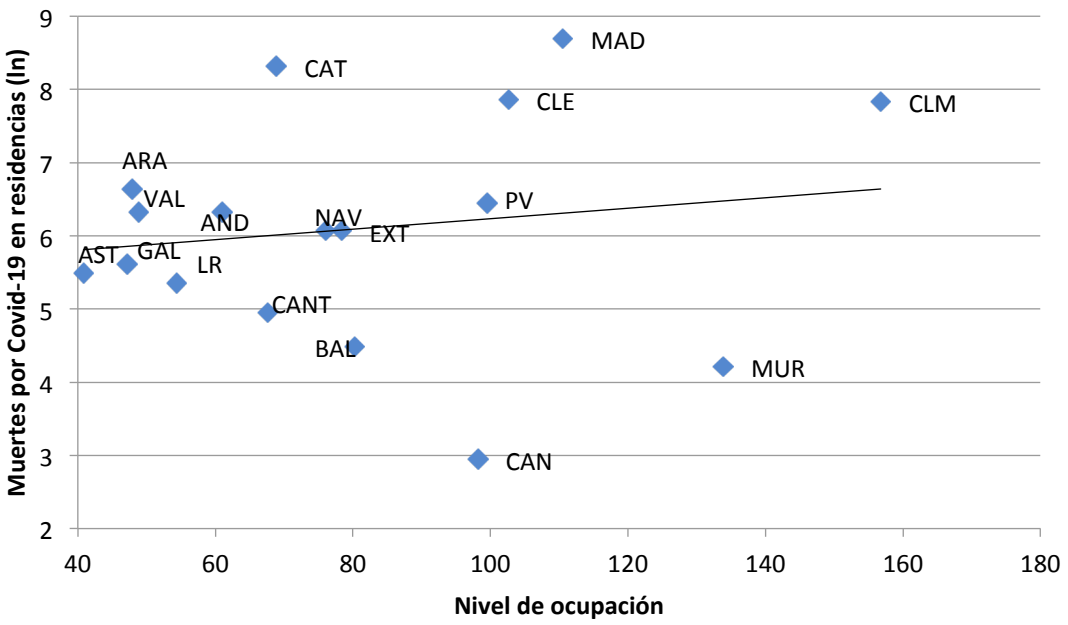
Gráfico 34: Tamaño medio de los centros (número de plazas/número de centros) y muertes por Covid-19 en residencias por CCAA.



Fuente: RTVE e IMSERSO. Nota: Datos de IMSERSO año 2018.

Finalmente, en aquellas comunidades donde la ocupación es mucho más alta (en algunos casos superando la capacidad de las residencias) se exhibe un mayor número de muertes. Esto puede ser consistente con la explicación de una financiación insuficiente donde los recursos limitados conducen a nivel de desprotección al interior de las residencias.

Gráfico 35: Nivel de ocupación (número de usuarios/número de plazas) y muertes por Covid-19 en residencias por CCAA.



Fuente: RTVE e IMSERSO. Nota: Datos de usuarios (IMSERSO): Aragón, Canarias y Extremadura datos del año 2016. Galicia, datos del año 2017, resto de regiones 2018.

6. REFLEXIONES FINALES

La atención residencial a la dependencia sigue siendo un campo relativamente inexplorado para la investigación de los cuidados a las personas mayores en situación de dependencia. Es como si una vez trasladados a la residencia, nuestros mayores dejaran de importar (tanto como debieran). Las deficiencias de la información sobre su volumen, distribución, nivel de satisfacción o salud así lo atestiguan.

De hecho, no disponemos de información precisa sobre cuantos acceden al servicio (los datos varían de una fuente a otra), que les cuesta (cuanto contribuyen al gasto asociado), que grado de medicalización tienen las residencias en España, que características tienen los servicios que reciben, como los valoran y cuan efectivos son. Además, hubiese sido necesaria la información de mortalidad por Covid-19 a nivel de centro residencial o, al menos, provincia, para un mejor análisis e impacto de dicha pandemia.

En nuestra crítica no estamos señalando que una vez constatada la pandemia no se hiciera lo posible para contener la pandemia en las residencias, simplemente que el sistema no estaba preparado para ello (no tenía establecidos los protocolos adecuados para contener una pandemia), ni para ajustar la reacción de forma precisa a lo que cada residencia requería en

cada momento. Nos cuesta llegar a imaginar la dimensión de la tragedia si España hubiera tenido un nivel de cobertura en la línea de los países más avanzados (en torno al 8 por ciento).

Además de mejoras en la dotación financiera, y de recursos para hacer frente a una emergencia sanitaria, en un contexto de pandemia, todas las residencias deberían contar con un plan de aislamiento y de medicalización para evitar el contagio en hospitales, un plan de coordinación con el sistema sanitario. Por otra parte, los trabajadores deberían contar con el nivel de formación y con el material de protección adecuado.

En esta línea sugerimos el establecimiento, con carácter inmediato, de un catálogo exhaustivo de residencias en España y un sistema de auditoria anual o bianual que permita detectar las principales deficiencias, que la presente crisis ha revelado como determinantes, y abordar su posible solución. También resulta imprescindible la creación de planes de coordinación sociosanitaria efectivos que incluyan al sector de atención residencial. Finalmente, un plan de formación efectiva de los trabajadores involucrados que deberían por otra parte ser remunerados acorde a su nivel de formación y responsabilidad.

Sin duda alguna estos son temas centrales en el marco de la necesaria clarificación (¿una ley de claridad para el sector?) del sistema de atención a la dependencia.

7. REFERENCIAS

Berloto, Sara, Elisabetta Notarnicola, Eleonora Perobelli, Andrea Rotolo (2020). Italy and the COVID-19 long-term care situation https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/LTC-COVID19-situation-in-Italy-30-April-2020.pdf

Costa-Font, J., O. Mascarilla-Miró y D. Elvira (2009): Ageing in place? An examination of elderly people housing preferences in Spain, *Urban Studies*, 46(2).

Costa-Font, J., Jimenez-Martin, S., & Vilaplana, C. (2018). Does long-term care subsidization reduce hospital admissions and utilization? *Journal of health economics*, *58*, 43-66.

Costa-Font, J., S. Jiménez-Martín y C. Vilaplana-Prieto (2016a): «Thinking of incentivizing care? The effect of demand subsidies on informal caregiving and intergenerational transfers», Barcelona GSE Working Paper, 929, Barcelona Graduate School of Economics.

Costa-Font, J., M. Karlsson y H. Øien (2016b): «Careful in the crisis? Determinants of older people's informal care receipt in crisis-struck European countries», *Health Economics*, 25(S2).

Costa-Font, Joan. "“Institutionalization aversion” and the willingness to pay for home health care." *Journal of Housing Economics* 38 (2017): 62-69.

Jiménez-Martín, Sergi, J. Oliva-Moreno, C. Vilaplana-Prieto, E. Herrera, I. Muñoz-Mayorga, and V. Martin-Galan (2011). "Sanidad y dependencia: matrimonio o divorcio." *Madrid: Círculo de Sanidad. Pág* 401 (2011).

Jiménez-Martín, Sergi, and Cristina Vilaplana Prieto (2012). "The trade-off between formal and informal care in Spain." *The European Journal of Health Economics* 13, no. 4 (2012): 461-490.

Jiménez, S., Vilaplana, C. y Viola, A. (2016). Observatorio de la dependencia. Primer informe. FEDEA, Estudios sobre Economía Española no. 2016-05, Madrid, disponible en: http://documentos.fedea.net/pubs/eee/eee2016-05.pdf

J Jiménez, S. y Viola, A. (2017). Observatorio de la dependencia. Segundo informe. FEDEA, Estudios sobre Economía Española no. 2017-22, Madrid, disponible en: http://documentos.fedea.net/pubs/eee/eee2017-22.pdf

Jiménez, S. y Viola, A. (2019). Observatorio de la dependencia. Tercer informe. FEDEA, Estudios sobre Economía Española no. 2019-42, Madrid, disponible en: http://documentos.fedea.net/pubs/eee/eee2019-42.pdf

Montecino-Rodriguez, Encarnacion, Beata Berent-Maoz, and Kenneth Dorshkind. "Causes, consequences, and reversal of immune system aging." The Journal of clinical investigation 123, no. 3 (2013): 958-965.

Rhodes, A, Ferdinande, P., Flaatten, H., Guidet, B., Metnitz, P. G., & Moreno, R. P. (2012). The variability of critical care bed numbers in Europe. *Intensive care medicine*, *38*(10), 1647-1653.

Thompson W (2003). Mortality associated with influenza and respiratory syncytial virus in the United States. JAMA. 2003;289(2):179–186.

Fuentes estadísticas

IMSERSO. Información sobre centros residenciales en España, https://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/estadisticas/ssppmm_esp/index.htm

International Long Term Care Policy Network (2020). Datos internacionales sobre muertes por Covid-19 en residencias, https://ltccovid.org/international-reports-on-covid-19-and-long-term-care/

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2020), Datos sobre muertes totales por Covid-19 en España, https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/situacionActual.htm

Sistema de Monitorización de la Mortalidad diaria (MoMo), Datos de mortalidad desde Marzo a 16 de Mayo, 2019 y 2020, https://momo.isciii.es/public/momo/dashboard/momo_dashboard.html#datos

OECD Health Statistics 2019. Gasto en cuidados de larga duración (CLD) como % del PIB países OCDE, https://www.oecd.org/els/health-systems/long-term-care.htm

RTVE (2020). Datos sobre muertes por Covid-19 en residencias, https://www.rtve.es/noticias/20200702/radiografia-del-coronavirus-residencias-ancianos-espana/2011609.shtml. Datos extraídos el 19 de Mayo 2020.