

## Trabajo Fin de Grado

Residencias de Mayores:  
obsolescencia y colapso de un modelo

Residences for the Elderly: obsolescence and  
collapse of a model

Autora

María Victoria Casado Laganga

Directora

D<sup>a</sup>. María Estela Sáenz Rodríguez

Facultad de Empresa y Gestión Pública

Año 2021

**AUTORA DEL TRABAJO:** María Victoria Casado Laganga

**DIRECTORA DEL TRABAJO:** María Estela Sáenz Rodríguez

**TÍTULO DEL TRABAJO:** Residencias de mayores: obsolescencia y colapso de un modelo

**TITULACIÓN:** Grado en Gestión y Administración Pública

**RESUMEN:** Con la crisis sanitaria de la Covid-19 se han puesto en evidencia las carencias del sistema de cuidados de larga duración español, que sin haber sido desarrollado en su totalidad, ya ha quedado obsoleto. Como consecuencia de la dura situación que se ha vivido en las residencias de mayores a causa de la pandemia, se ha tomado una mayor consciencia de las dimensiones que tienen el envejecimiento y la dependencia. El objetivo de este trabajo es estudiar un poco más a fondo este problema público que tiene una enorme repercusión social. Se ha analizado brevemente el ritmo de crecimiento de la población envejecida y las necesidades generadas, que el mercado privado es incapaz de cubrir para una parte muy importante de los usuarios. Se ha intentado conocer hasta dónde se ha desarrollado la Ley de Dependencia como política pública destinada a paliar ese fallo del mercado. Puede concluirse que apenas ha cumplido sus objetivos a causa de los recortes presupuestarios que ha sufrido. Para finalizar, se han detectado una serie de problemas en el sistema que es preciso resolver a la mayor brevedad posible: las listas de espera, la fuerte institucionalización del modelo, las condiciones laborales de los trabajadores del sector, la transparencia e información a las familias y la inspección de los centros.

**ABSTRACT:** With the Covid-19 health crisis, the shortcomings of the Spanish long-term care system have been highlighted, which without having been fully developed, has already become obsolete. As a result of the harsh situation that has been experienced in residences for the elderly due to the pandemic, there has been a greater awareness of the dimensions of aging and dependence. The objective of this work is to study a little more about this public problem that has an enormous social impact. The rate of growth of the aging population and the needs generated, which the private market is unable to cover for a very important part of the users, has been briefly analyzed. An attempt has been made to know how far the Dependency Law has been developed as a public policy aimed at alleviating this market failure. It can be concluded that it has barely met its objectives because of the budget cuts it has suffered. Finally, a series of problems have been detected in the system that must be resolved as soon as possible: waiting lists, the strong institutionalization of the model, the working conditions of workers in the sector, transparency and information to families and the inspection of centers.

# Índice

1.	Introducción.....	4
1.1.	Interés del tema.....	4
1.2.	Objetivos.....	5
1.3.	Metodología.....	6
2.	Necesidades Actuales y Futuras.....	8
2.1.	Evolución de la situación.....	8
2.2.	Diagnóstico futuro.....	14
3.	Marco Normativo.....	19
3.1.	Normativa reguladora Nacional.....	19
3.2.	Normativa reguladora en Aragón.....	21
4.	Mercado de las residencias de Personas Mayores.....	24
4.1.	Acceso al Recurso.....	24
4.2.	Fallo de mercado.....	27
4.3.	Perspectiva de Género.....	31
5.	Políticas Públicas.....	36
5.1.	Efectividad de las actuaciones.....	38
5.2.	Fallos y consecuencias del sistema.....	40
5.2.1.	Incapacidad para eliminar las listas de espera.....	41
5.2.2.	Obsolescencia del modelo de residencias.....	42
5.2.3.	Condiciones laborales de los trabajadores.....	42
5.2.4.	Transparencia en el sector de las residencias.....	44
5.2.5.	Inspección de Centros.....	44
6.	Conclusiones.....	46
7.	Bibliografía.....	48
8.	Sitios Web.....	50

# 1. Introducción

## 1.1. *Interés del tema*

Con motivo del grave impacto que ha tenido en las residencias de ancianos la actual pandemia de COVID-19, la situación de las personas mayores que viven en esos ámbitos denominados residenciales ha cobrado una actualidad extraordinaria, mayor que la que habitualmente los medios de comunicación conceden a este tema.

El sistema de prestación de servicios sociales forma parte de lo que nuestro sistema constitucional denomina Estado Social, que entre otros significados tiene el de Estado que protege a los ciudadanos, sobre todo en situaciones de necesidad. Esta protección no solo alcanza a las necesidades de salud, seguridad social, educación, economía y empleo. Alcanza también a ese cuarto pilar del Estado de Bienestar, que sin ninguna duda son los Servicios Sociales.

Nuestra Constitución deja atrás la beneficencia y el asilo y propugna un verdadero Estado Social. En cierto modo reconoce el intervencionismo de los poderes públicos para garantizar ese estado de protección para los sectores más vulnerables, reconociéndolo como un auténtico derecho.

La atención residencial forma parte del sistema de servicios sociales y es el recurso por el que optan un mayor número de personas cuando su edad o situación de discapacidad o dependencia ya no les permite vivir en sus hogares con la suficiente dignidad y seguridad.

Sin embargo, al recurso no se accede de manera inmediata a la solicitud. Ya sea en centro público o privado con plazas concertadas, la demora suele ser larga. Incluso hay casos en los que la plaza no llega nunca, porque la persona mayor fallece antes de obtenerla. Cuando el recurso llega, y la persona mayor es ingresada en una residencia, se produce un fuerte impacto emocional, y por ello ha de garantizarse la dignidad humana y la seguridad perdida en sus domicilios.

Para la atención en residencia se distinguen tres modalidades: la modalidad de plaza pública, la modalidad de plaza concertada provista por la Administración Pública y la modalidad de plaza privada.

En el mercado libre manda el precio que la persona usuaria puede pagar y, generalmente, hay oferta para encontrar plaza residencial. Pero no todas las pensiones

pueden hacer frente a las tarifas de esos centros privados. Cuanto mayor es la discapacidad o el grado de dependencia más elevada es la tarifa. En múltiples ocasiones la pensión no alcanza para pagarla, ni siquiera acompañada de la prestación percibida - si es que se percibe- por tener reconocido un determinado grado de dependencia.

Las Administraciones públicas gestionan la prestación del servicio a través de varias fórmulas. En el caso de la Comunidad Autónoma de Aragón se aplican las siguientes: gestión directa con medios propios, gestión indirecta con arreglo a alguna de las fórmulas establecidas en la normativa sobre contratos del sector público, o a través de la adjudicación de contratos de servicios con empresas que gestionan residencias de personas mayores y que deben cumplir los requisitos que exige el Acuerdo Marco de plazas en centros residenciales para personas mayores en situación de dependencia.

Los centros totalmente públicos son escasos. Por ejemplo, en una ciudad como Zaragoza, solamente hay una residencia de gestión y prestación pública. Hay cuatro centros del tipo gestión indirecta, donde la totalidad de plazas son públicas, pero no así la gestión, y el resto de plazas públicas -en centros privados- son del tercer tipo, es decir concertadas. Y naturalmente también existen las plazas privadas en centros privados.

Tanto las residencias públicas como las privadas han vivido durísimos momentos y verdaderas dificultades para poder ofrecer soluciones durante la pandemia. La cuestión que debemos preguntarnos es si ha sido solo fruto de la sorpresa ante lo inesperado, o de la relajación y la falta de previsión de los poderes públicos.

## **1.2.      Objetivos**

Los objetivos principales de este trabajo son los siguientes:

- ✓ Ahondar en la investigación sobre la saturación de las residencias de mayores y las largas listas de espera.
- ✓ Conocer el marco regulador legal de estos establecimientos.
- ✓ Realizar un pequeño diagnóstico de cómo ha evolucionado el número de plazas residenciales tanto en España como en Aragón.
- ✓ Detectar cuáles son los fallos de mercado que han llevado a la necesidad de intervención pública en este ámbito.
- ✓ Analizar si las políticas llevadas a cabo para corregirlos han sido suficientes.

- ✓ Detectar cuáles son los principales errores en el funcionamiento de los centros.
- ✓ Analizar la posible evolución de la situación en un medio plazo.

### **1.3. Metodología**

Para realizar este trabajo se han utilizado dos vertientes de información.

1. La primera consiste en la búsqueda de información bibliográfica:

- ✓ Por una parte se ha realizado una investigación bibliográfica basada en estudios e informes en torno a la ley de dependencia y su desarrollo. Se ha revisado literatura técnica y científica relacionada con este tema.
- ✓ Las búsquedas también se han efectuado mediante informes y documentos publicados por instituciones públicas y privadas que trabajan o tienen interés en el campo de la dependencia y de los mayores.
- ✓ Las hipótesis de trabajo son:
  - El escaso desarrollo de la Ley de dependencia después de transcurridos quince años de su entrada en vigor.
  - Las continuas esperas de los ciudadanos para el acceso a los recursos previstos en el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).
  - La obsolescencia del modelo residencial.
- ✓ Se han consultado publicaciones fundamentalmente de los años que van desde 2018 hasta este mismo año, utilizando descriptores como «SAAD», «Sistema», «Dependencia», «Ley 39/2006».
- ✓ Por su interés científico se han consultado trabajos de hace varios años, cuya temática se considera totalmente vigente.
- ✓ Se han realizado búsquedas en organismos oficiales que producen información sobre el SAAD (Administración del Estado y Autonómica).
- ✓ Finalmente se ha seleccionado un total de 24 referencias documentales, de las que 7 son artículos publicados en revistas científicas, 12 monografías o informes técnicos independientes y 5 informes de administraciones u otros organismos públicos.

- ✓ Se ha utilizado información de 14 páginas web que se relacionan al final de este trabajo. Se trata de páginas de organismos u organizaciones que proporcionan información relacionada con la temática que nos ocupa.
2. La segunda vertiente de información tiene carácter cuantitativo:
- ✓ Se han utilizado las bases de datos del Instituto Nacional de Estadística y el Instituto Aragonés de Estadística, para conocer las cifras demográficas en España y la Comunidad Autónoma de Aragón.
  - ✓ Se han analizado las bases de datos de Eurostat para conocer la situación en Europa.
  - ✓ Se han analizado las bases de datos que proporciona el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) y las de Envejecimiento en Red, para conocer la evolución de la dependencia en cifras.

## 2. Necesidades Actuales y Futuras

### 2.1. *Evolución de la situación*

España tiene una población envejecida y su tasa de fecundidad es de las más bajas del mundo. No se trata además de una situación coyuntural. De acuerdo al estudio de Castro (2021), son ya décadas de 1,5 hijos de media nacidos por cada mujer.

Las medidas pronatalistas que se han ido tomando, como el conocido “cheque bebé”, han tenido un impacto sobre la natalidad poco significativo, al tratarse de recursos efímeros que no permanecen a lo largo de los años de crianza de los hijos. En la encuesta de Fecundidad del Instituto Nacional de Estadística (INE)<sup>1</sup> del año 2018, casi tres de cada cuatro mujeres manifestaban su deseo de tener mínimo dos hijos. Los principales motivos que alegaban para haber tenido menos hijos de los deseados eran sobre todo de tres tipos: laborales, de conciliación con la vida familiar, y económicos.

El horizonte demográfico es preocupante ante la constante situación de crecimientos vegetativos negativos. Además, en las próximas décadas, al envejecimiento de la población se sumará la amplia proliferación de las enfermedades degenerativas y mentales. La población adulta está padeciendo cada vez más joven las consecuencias de enfermedades como el Alzheimer o cualquiera de las modalidades de demencia, que provocan que el número de plazas de residencia sea cada vez más insuficiente y escaso. Según ha alertado la Organización Mundial de la Salud (OMS) en un comunicado de septiembre de este mismo año<sup>2</sup>, las naciones no están abordando el reto de establecer políticas dirigidas a afrontar este problema.

Por otra parte, la infección COVID-19 tiene capacidad de afectar al sistema nervioso, y posiblemente va a tener una incidencia importante en el aumento de procesos neurodegenerativos (Serrano-Castro, 2020). Procesos que, en el medio plazo, van a provocar un incremento de personas con dependencia que van a precisar de plazas de residencia.

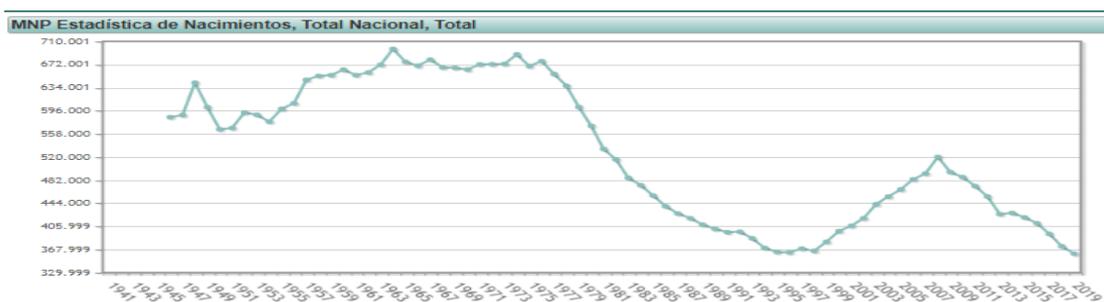
En la Figura 1 se puede apreciar el bajo índice de nacimientos en España desde hace unas tres décadas, con excepción del ligero repunte que hubo hasta el año 2008. También se puede observar la explosión de la natalidad producida entre 1960 y 1980.

---

<sup>1</sup> [https://www.ine.es/prensa/ef\\_2018\\_a.pdf](https://www.ine.es/prensa/ef_2018_a.pdf)

<sup>2</sup> <https://www.who.int/es/news/item/02-09-2021-world-failing-to-address-dementia-challenge>

**Figura 1. Estadística de nacimientos en España hasta 2019**



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE) Movimiento natural de población. Nacimientos

Este elevado índice de nacimientos durante esos veinte años va a producir un importante incremento de personas jubiladas en cuestión de una década, que a su vez va a provocar un elevado aumento del gasto público dedicado al pago de las pensiones. Se trata de un problema público de primera línea que supone un reto muy importante para los poderes públicos.

Sin embargo, no es el único problema que afecta a las personas mayores. Pueden citarse otras tres cuestiones que necesitan ser abordadas desde el sector público. La primera es ese envejecimiento de la población del que venimos hablando, que previsiblemente irá asociado a situaciones de dependencia en su inmensa mayoría. Una segunda cuestión importante es la dispersión de la población envejecida y dependiente en el medio rural, y la dificultad de dotar a esa población de recursos eficientes que garanticen la atención en los pequeños municipios. La tercera es la necesidad de reducir las listas de espera. Para ello es necesario dotar de recursos idóneos a quienes ya tienen el derecho reconocido por encontrarse en alguna de las situaciones de protección que prevé la Ley 39/2006, de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas mayores en situación de Dependencia -en adelante Ley de Dependencia-, y que sin embargo todavía se encuentran a la espera.

Cuando analizamos las cifras del número de personas en situación de dependencia, nos damos cuenta de las dimensiones que ha adquirido el envejecimiento, tanto en España como en Europa. Según la Comisión Europea (2021), en el conjunto de la Unión es previsible que el número de personas que necesiten cuidados de larga duración se eleve hasta los 30,5 millones hacia el año 2050. Esto va a suponer un gran reto en la materia: la existencia de una oferta suficiente de recursos, la garantía del acceso con independencia de la situación económica o del lugar de residencia, contar con una fuerza laboral suficiente para atender estas necesidades, y que esos servicios ofrezcan a

los usuarios la calidad óptima en la prestación. Todo ello sin olvidar que la Unión Europea y cada uno de sus países deben mantener la sostenibilidad presupuestaria.

La prestación de la protección en España no ha evolucionado igual que en el resto de Europa. Quizá los únicos países que tienen algunas características en común al modelo español son los países del sur del continente. Es un modelo basado en la familia y caracterizado por un fuerte protagonismo del cuidado informal. Ha carecido del desarrollo de un sistema de provisión pública hasta hace relativamente poco tiempo, contrariamente a lo que ha ocurrido en los países del norte de Europa que son los que más destacan por la provisión directa proveniente del Estado.

El modelo residencial en España se empezó a desarrollar en los años treinta del siglo pasado. Se trataba de un modelo de residencia institucionalizado, basado en la construcción de centros grandes que pudiesen albergar a un número importante de residentes. Estos centros venían a sustituir a los asilos, lugares que acogían un conjunto heterogéneo de personas con distintas necesidades: personas mayores, enfermos mentales, transeúntes, etc. En la actualidad, una residencia consiste en una institución pensada para acoger a los mayores cuando ya no pueden permanecer en sus domicilios. Está enfocada principalmente a los cuidados de carácter sanitario, pero no presta la misma intensidad al cuidado emocional de las personas.

En los años setenta, países como Dinamarca abandonaron este modelo, que de manera progresiva ha ido desapareciendo en Europa. No solo eso, sino que hay países donde el modelo de habitaciones de doble cama que conocemos en nuestras residencias no existe, salvo deseo expreso de los solicitantes.

El ingreso en las residencias puede ser un punto y aparte en la salud mental de los mayores. En el estudio de Muñoz y Rodríguez (2015) se concluye que el 80% de los mayores que vivían en residencia presentaba un elevado riesgo de depresión, frente al 26,8 % de ancianos que presentaban este riesgo viviendo en su casa. Las causas que pueden producir el fuerte impacto psicológico son numerosas. Entre ellas cabe destacar:

- ✓ la fuerte institucionalización de los centros, de apariencia hospitalaria.
- ✓ la desvinculación que se produce con las personas de su entorno y de sus referentes significativos, familiares, vecinos etc.
- ✓ el aumento del estrés ligado al cumplimiento de normas estrictas, como por ejemplo unos horarios estrictos de comidas.

- ✓ la falta de voluntad en el ingreso, puesto que generalmente no participan en la decisión de ser trasladados desde su domicilio.
- ✓ la falta de flexibilidad respecto a la adaptación.

A la vista de tan elevados porcentajes, se hace imprescindible reflexionar sobre el modelo de residencia que seguimos teniendo en España. A este respecto podemos encontrar referentes en Europa y también dentro de nuestro país. Un ejemplo es el proyecto “Etxean Ondo”, llevado a cabo en Euskadi con la colaboración del Gobierno Vasco y la Fundación Matia entre 2011 y 2014. Su objetivo principal consiste en conseguir “ambientes hogareños, confortables, seguros y accesibles, que faciliten la vida cotidiana de las personas residentes, integrando sus preferencias, costumbres y actividades significativas. Para lograrlo se han incorporado modificaciones tanto en los entornos, como de carácter organizativo, así como en los contenidos y desarrollo de la vida cotidiana”.

Está dirigido tanto a personas con deterioro cognitivo como a personas válidas, y se está aplicando en centros públicos y privados. El modelo, que supone un cambio importante en la concepción de las residencias tal como las conocemos, incide en los siguientes aspectos:

- ✓ el fomento de un entorno familiar.
- ✓ la mejora de las condiciones del personal.
- ✓ la flexibilidad que permite que el centro se adapte a las necesidades y características propias de la persona.

En nuestra Comunidad Autónoma, el Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS) se ha propuesto como objetivo a corto plazo, hasta el año 2023 concretamente, la creación de módulos más pequeños dentro de las residencias públicas. Se trata de establecer unidades de convivencia y espacios alejados de la institucionalización que conocemos. Dadas las características de estos centros, los principales beneficiarios de este cambio serán personas dependientes y con deterioro cognitivo, puesto que se quiere poner en marcha en residencias del sector público. Esas unidades son espacios en los que vive un grupo más pequeño de personas mayores en situación de dependencia, a los que se les proporcionan los apoyos necesarios para el desarrollo de su vida cotidiana en un contexto físico y relacional similar a su hogar. Como podemos apreciar, se trata de

avanzar en la atención y pasar del modelo asistencial sanitizado a un modelo basado en derechos y dignidad de las personas, mejorando en todo lo posible su calidad de vida. En Europa, como ya se ha apuntado, el sistema de atención de cuidados de larga duración ha evolucionado de manera distinta. Su provisión se lleva a cabo con carácter general a través de centros más parecidos a lo que ahora quiere implantarse en España. En algunos países se prioriza por encima de la atención residencial el servicio de atención domiciliaria (SAD). De acuerdo a Spasova *et al.* (2018), se trata de los países nórdicos (Dinamarca, Finlandia, Noruega y Suecia) y algunos países continentales (Austria, Bélgica, Alemania, Francia, Luxemburgo y Holanda). Por el contrario, en los países europeos del sur, del este y el Reino Unido, la provisión de cuidados en el hogar es insuficiente o a menudo está enfocada en personas con un elevado grado de dependencia.

El Libro Blanco de atención a las personas en situación de dependencia publicado por el IMSERSO define así este servicio: “se trata de un programa personalizado, de carácter preventivo y rehabilitador, en el que se articulan un conjunto de servicios y técnicas de intervención profesionales consistentes en atención personal (física y psicosocial), gestión y funcionamiento de la unidad convivencial, fomento de las relaciones sociales en el entorno y apoyo a las familias, prestado en el domicilio de una persona en situación de fragilidad o de dependencia”.

Sin embargo, es un servicio que en nuestro país está muy poco desarrollado. Lo que tenemos a día de hoy como recurso principal en España es la atención de las personas mayores en residencias. Aunque pensemos que el modelo no es el ideal, es con lo que contamos. Es uno de los recursos recogidos en los catálogos de servicios sociales y se define como “servicio que ofrece un alojamiento alternativo en un centro residencial para mayores de 65 años en situación de dependencia, que les proporciona desde una perspectiva integral, una atención continuada y especializada en función de su grado de dependencia”.

Esta prestación tiene reconocida por la ley una naturaleza esencial<sup>3</sup>, de carácter básico. Supone un derecho de ciudadanos, especialmente vulnerables, por su situación de vejez y dependencia. Este tipo de atención necesita provisión por parte del Estado, porque

---

<sup>3</sup> El Catálogo de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Aragón clasifica los recursos en base a su necesidad social y determina si su naturaleza es esencial o complementaria, si tienen carácter gratuito o prevé una participación del usuario en la financiación. A través de esta clasificación, se concreta mucho el alcance del derecho subjetivo del ciudadano

como veremos en el capítulo cuarto, el mercado privado no es perfecto, como tampoco lo es la distribución de las rentas. Así, con estas dos condicionantes, hay muchas personas que quedarían excluidas del recurso si no se produjese esa intervención pública.

Pero además de llevar a cabo la provisión del recurso, el sector público debe garantizar la suficiencia. El número de plazas en residencias -tanto públicas como privadas- es escaso en la actualidad, puesto que su evolución no ha ido al mismo ritmo que el crecimiento de las personas dependientes. Este reto que afecta a España no es algo aislado. En Europa ocurre algo similar, superando la demanda ampliamente a la oferta. Es otro de los motivos por el que algunos países, sobre todo en el norte del continente como ya hemos apuntado, hayan reorientado sus esfuerzos hacia la atención domiciliaria y la atención comunitaria como alternativas.

En las estadísticas de residencias proporcionadas por Abellán *et. al* 2021, podemos apreciar que la evolución del número de plazas ha sido insuficiente. En 2010 había en España un total de 344.310 plazas, ascendiendo en 2020 a las 384.257. En Aragón se ha pasado de 16.376 plazas a 18.294 en el mismo periodo. Los recursos como hemos podido observar son insuficientes, porque el ritmo de crecimiento de la población mayor de 65 años ha sido muy rápido.

Otra carencia que se ha hecho evidente con motivo de la pandemia ha sido la falta de control sobre la gestión. Las comunidades autónomas han tenido que intervenir residencias donde los gestores se estaban mostrando incapaces de hacer frente a la situación que han tenido que afrontar y para la que no estaban preparados. Igualmente se ha puesto de manifiesto la situación de los trabajadores que pese a su dedicación se han visto desbordados. El problema de las ratios de personal de estos centros y sus precarias condiciones laborales ya era conocido, pero ha explotado durante la crisis sanitaria.

La descoordinación entre el sistema sanitario y el sistema de servicios sociales es otra de las asignaturas pendientes. La falta de capacidad de los centros sanitarios durante los momentos más álgidos de la crisis, supuso una dejación de atención a los mayores institucionalizados en residencias.

Se deben abordar estas y otras cuestiones, que el sistema de protección a las personas mayores demanda desde hace tiempo y que han quedado en profunda evidencia durante

estos dos últimos años. Según Del Pino *et al.* (2020), la pandemia sanitaria no ha hecho sino agravar problemas estructurales ya existentes antes de la situación de crisis.

## 2.2. Diagnóstico futuro

A nivel mundial, como ya se ha apuntado, la población es cada vez más anciana. Según las estimaciones de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en el año 2050 una de cada seis personas en el mundo tendrá más de 65 años, lo que supone el 16% de la población mundial; para Europa la estimación es de una de cada cuatro personas. Y en 2065 el 11% de la población en el mundo desarrollado superará los 80 años. En España las estadísticas son todavía peores, puesto que ese porcentaje será superior al 14%.

**Figura 2. Proyecciones de población 2020-2070**



Fuente: INE

Como podemos observar en la Figura 2, las cifras arrojadas por las proyecciones del INE son elocuentes. Si la tendencia demográfica se mantiene, la población más numerosa actualmente, que es la nacida en los años 70, tendrá una edad comprendida entre 70 y 80 años en 2050. Este numeroso grupo de población se unirá al grupo nacido en la década de los 60, que contará con edades comprendidas entre 80 y 90 años.

Como bien apunta el INE, las proyecciones de población no están exentas de una determinada incertidumbre. Para llevar a cabo las estimaciones se ha tenido en cuenta el incremento extraordinario de la mortalidad en 2020 que ha causado la Covid-19, un 17,7% más que en 2019. De estas cifras destaca el mayor incremento observado en el grupo de 75 a 79 años, tanto en hombres como en mujeres, con un incremento del 25% y 22,4% respectivamente.

Otra variante que se ha tenido en cuenta para el cálculo de las proyecciones ha sido la disminución experimentada en emigración e inmigración. El saldo migratorio del año 2020 sigue siendo positivo, pero ha experimentado un notorio descenso que se proyecta

en un menor incremento de la población. Y aunque en 2021 ha vuelto a incrementarse, no alcanza todavía los niveles anteriores a la pandemia.

La proyección de la tasa de dependencia como indicador de la estructura de la población española en unas décadas, indica que en 2050 se alcanzaría un máximo, en torno al 80%.

Los datos de proyección en Aragón son peores todavía al compararlos con la media en España. El crecimiento vegetativo o crecimiento natural es negativo y el número de defunciones supera al de nacimientos. La figura 3 muestra que los datos de envejecimiento, sobre-envejecimiento y tasa global de dependencia superan a los índices medios de España. Y los datos de juventud son más bajos, al igual que los datos de porcentaje de población menor de 45 años.

**Figura 3. Indicadores demográficos de Aragón respecto de España**

**Indicadores demográficos. Composición por edad  
Residentes en Aragón y España.**

	2020		2019	
	Aragón	España	Aragón	España
<b>Composición por edad</b>				
% de población de 0 a 19 años	18,6	19,4	18,7	19,6
% de población de 20 a 64 años	59,7	61,1	59,7	61,2
% de población de 65 y más años	21,7	19,4	21,6	19,3
% de población menor de 15	13,8	14,4	14,0	14,6
% de población menor de 25	23,4	24,4	23,4	24,5
% de población menor de 35	34,1	35,8	34,1	36,0
% de población menor de 45	48,9	51,4	49,3	52,0
Edad media de la población	44,9	43,5	44,8	43,3
Índice de envejecimiento	116,7	100,0	116,0	98,4
Índice de juventud	63,6	74,1	64,6	76,0
Índice de sobre-envejecimiento	20,0	16,9	19,8	16,7
Índice de ancianidad	32,7	32,8	32,8	32,8
Tasa global de dependencia	55,1	51,1	55,4	51,3

Fuente: Instituto Aragonés de Estadística (IAEST)

El elevado sobre-envejecimiento que muestra la figura es otro reto a afrontar por los poderes públicos. Este índice mide el número de mayores de 80 años respecto a los mayores de 65 años. Se ha de tener muy presente en la evaluación de los costes de los servicios sociales, puesto que este fenómeno va a ir unido al aumento progresivo de la tasa de dependencia. A su vez, afecta más a las mujeres, superando su sobre-envejecimiento al de los hombres en unos ocho puntos porcentuales. Y cuanto menor es el municipio estudiado, más aumenta la diferencia (Ministerio de Política Territorial y Función Pública, 2019). Esto significa que en las zonas rurales, que es donde se sitúan los pequeños municipios, la situación de las mujeres es mucho más complicada.

Paradójicamente, el aumento de la esperanza de vida, es decir, el aumento de la calidad de vida gracias a un buen sistema público de salud y a los avances en la medicina, se traduce en ese sobreenvjecimiento. Esto provoca que las soluciones a unos problemas deriven en otras situaciones que, por falta de previsión o de voluntad política, terminen por generar nuevos problemas públicos. De ahí la enorme carencia que se ha producido en el número de plazas de residencia. No se han provisto a la misma velocidad con la que aumentaba la población envejecida, ni a las familias se les ha ofrecido la posibilidad de optar por una buena atención en el domicilio.

Según los datos que arroja el padrón continuo del INE, entre 2010 y 2020 la población española mayor de 65 años ha pasado de 8 millones de personas a más de 9 millones. En la actualidad hay una oferta de 6.061 centros de atención residencial, entre públicos y privados, con un total de 386.873 plazas y un índice de cobertura de 4,34 (Imsero, 2021); la media de plazas de cada centro es de unas 70. Para alcanzar la ratio que establece la OMS de 5 plazas de residencia por cada 100 personas mayores de 65 años, se necesitarían unas 1.000 residencias adicionales.

De esos 6.061 centros contabilizados en España, solamente 1.686 son de titularidad pública, lo que supone un 28% del total. Los 4.051 centros restantes pertenecen al sector privado. Si analizamos los datos que facilita el IMSERSO desagregados por número de plazas, el resultado es que del total de plazas de todos esos centros, el 62% son de financiación pública. Es decir, son accesibles a los ciudadanos independientemente de su capacidad económica. Estos datos se traducen en que el sector público financia un número muy importante de plazas de las que gestiona el sector privado.

La ratio mencionada anteriormente que establece la OMS, solamente se cumple a día de hoy en cinco comunidades autónomas: Aragón, Asturias, Castilla-León, Castilla la Mancha y Extremadura.

En Aragón existen un total de 275 centros residenciales (tabla 1), de los cuales 192 son residencias privadas -casi el 70% del total- y 83 públicas. Es significativo que sea la provincia de Teruel -la menos poblada de la Comunidad Autónoma- la que mayor porcentaje tiene de residencias públicas, un 57% frente al 23% de Zaragoza. Y es que la inversión privada, como veremos en el capítulo cuarto, se produce fundamentalmente en los lugares donde se concentra principalmente el mercado.

**Tabla 1. Número de Residencias en Aragón, 2020**

	Residencias Privadas	Residencias Públicas
<b>Total Aragón</b>	192	83
<b>Huesca</b>	35	20
<b>Teruel</b>	15	20
<b>Zaragoza</b>	142	43

Fuente: Abellán *et al.* (2021)

Según los datos estadísticos de que dispone el IMSERSO, la evolución de plazas con financiación pública en Aragón ha sido positiva<sup>4</sup>. Se ha pasado del 30,1% del total de plazas en diciembre de 2018 a un 58,1 % en diciembre de 2019.

Este esfuerzo -imprescindible dadas las características de nuestra población envejecida y sobre-envejecida- merece la pena, porque todos los esfuerzos presupuestarios que se hagan en esta materia redundan en una mejora de los servicios a los mayores. La fórmula del aumento de plazas con financiación pública es la única que garantiza a día de hoy el acceso al recurso de todas aquellas personas que lo necesitan, independientemente de su capacidad económica.

Los últimos datos facilitados por la Dirección Gerencia del Instituto Aragonés de Servicios Sociales muestran que se continúa con la senda inversora. Se ha previsto para el periodo 2021-2022 una inversión de más de 12 millones de euros para renovar nueve residencias pertenecientes al IASS, y otros 13 millones de euros para crear, modernizar y reformar centros –incluidos los centros de menores- donde haya plazas concertadas.

Otro problema a afrontar en el menor tiempo posible es la irregular distribución de las residencias. En este sentido puede citarse el medio rural, donde existe un fuerte envejecimiento y el recurso residencial está irregularmente distribuido.

Por una parte, existen zonas donde hay residencias con un exceso de plazas pero que no se adecuan a las condiciones del territorio. Esto produce una gran ineficiencia, porque pueden estar extraordinariamente dotadas de recursos técnicos pero no están produciendo los resultados óptimos al no tener todas las plazas cubiertas. El IASS ha llegado a tener un porcentaje importante de plazas públicas reservadas sin cubrir, porque los mayores no quieren trasladarse de la ciudad a los pueblos, ni de unos pueblos

<sup>4</sup> Situación y evolución de los servicios residenciales para personas mayores en España y en cada una de las Comunidades Autónomas (2010/2019). Documento publicado por la ADYGSS, basado en las siguientes fuentes de datos: Espacio Mayores. Estadísticas (31 de diciembre de 2019). IMSERSO. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Población: INE (01/01/2019).

a otros que se sitúan lejanos a su domicilio. Sin embargo, hay otras zonas donde el recurso es inexistente, aun habiendo población que lo necesita.

Todas estas contradicciones parecen ir en sentido opuesto al problema de la despoblación que se intenta evitar en las zonas rurales. Los mayores que necesitan atención y no la pueden recibir en sus pueblos tienen que marcharse a otros, contribuyendo con ello al importante vaciado de determinadas zonas rurales. Aparte del sufrimiento emocional que se provoca en estas personas que a edades avanzadas tienen que dejar su lugar de vida.

El escaso desarrollo del SAD ha contribuido a hacer más complicadas las condiciones de los mayores en las pequeñas localidades. Según el Consejo Económico y Social (2020), a los mayores en situación de dependencia en el mundo rural se les ha prestado poca atención. Lo que se necesitaría es impulsar -ayudando a su financiación- el desarrollo de una importante red de servicios sociosanitarios, adaptando la normativa a las peculiaridades de estos entornos.

Una residencia en una pequeña localidad puede ser dinamizadora de la economía local<sup>5</sup>, contribuyendo a crear puestos de trabajo, a afianzar población y a mejorar la calidad de vida de los mayores de los pueblos. Y un sistema de atención en el domicilio podría servir para que quienes así lo desean puedan seguir viviendo en sus casas. Sin embargo, este mecanismo se ha visto relegado una y otra vez por los continuos recortes presupuestarios.

---

<sup>5</sup> Hay ejemplos de residencias instaladas en pequeñas localidades que están contribuyendo a la inserción laboral de muchas mujeres. Por ejemplo la residencia de Romanos, un pueblo en la provincia de Zaragoza de poco más de un centenar de habitantes. Ofrece distintos servicios, desde la ayuda a domicilio, teleasistencia o transporte, hasta plazas de centro de día y plazas fijas residenciales. Otro ejemplo de actuación para evitar la despoblación es el que se puso en marcha en Castilla y León, y que en provincias como Soria, muy afectada por este problema, ha dado buenos resultados. Son centros multiservicios que trabajan para realizar atención en el domicilio, terapia ocupacional, fisioterapeuta, servicio de comidas etc. En la Comunidad de Extremadura también se han puesto en marcha centros de este tipo que ayudan a afianzar población en los pequeños municipios. Un ejemplo de proyecto innovador es el del municipio cacereño de Pescueza, que para luchar contra la despoblación rural, ofrece centro de día, estancias de noche, ducha, peluquería y cocina. De esta manera se crean empleos que garantizan de una parte que los mayores sean atendidos en sus pueblos y de otra parte se contribuye a fijar población en los pueblos.

### **3. Marco Normativo**

A nivel internacional, se ha deseado establecer como fundamentales la dignidad y el derecho a mantener a las personas mayores en condiciones de seguridad con independencia de su situación económica.

En 1991 la ONU aprobó los Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad (resolución 46/91). Entre ellos se encuentra el de la dignidad que proclama que “las personas de edad deberán poder vivir con dignidad y seguridad” y “recibir un trato digno independientemente de la edad, sexo, raza o procedencia étnica, discapacidad u otras condiciones y han de ser valoradas independientemente de su contribución económica”.

Merece también una mención en este apartado la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, de 7 de diciembre de 2000, que en su artículo 25 recoge los derechos de las personas mayores y proclama que “la Unión reconoce y respeta el derecho de las personas mayores a llevar una vida digna e independiente y a participar en la vida social y cultural”. Antes de esta carta, eran varios los textos internacionales que afrontaban el tema de la protección a las personas mayores. Pueden destacarse la Carta Social Europea de 18 de octubre de 1961 y el Código Europeo de Seguridad Social (Estrasburgo, 16 de abril de 1964, ratificado por España el 4 de febrero de 1994).

#### ***3.1. Normativa reguladora Nacional***

La atención a las personas mayores está muy reglamentada. Desde la propia Constitución Española de 1978, se considera que deben estar protegidas mediante normativa y en su artículo 50 establece que “los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio”. Este artículo pertenece a los denominados principios rectores de la política social y económica, y por tanto es mediante su desarrollo normativo cuando se determina el alcance del derecho reconocido.

En 2006 se aprobó la Ley de Dependencia como desarrollo de los artículos 49 y 50. En ella se establece la necesidad de garantizar a los ciudadanos y a las propias

comunidades autónomas un marco estable de recursos y servicios para la atención a la dependencia. Supone una regulación de las condiciones básicas, pudiendo las comunidades autónomas establecer niveles adicionales de protección. En su exposición de motivos se alude al envejecimiento de la población en España y al aumento progresivo del número de personas en situación de dependencia, incrementada por los cambios producidos en las tasas de supervivencia, entre otras causas.

Esta ley ha sido modificada en varias ocasiones mediante decretos leyes, y por supuesto a través de las distintas Leyes de presupuestos. Citaremos los siguientes Reales Decretos Ley:

- ✓ Real Decreto-ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público.
- ✓ Real Decreto-ley 20/2011, de 30 de diciembre, de medidas urgentes en materia presupuestaria, tributaria y financiera para la corrección del déficit público.
- ✓ Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad.
- ✓ Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

Las prestaciones del sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) establecidas en la Ley de dependencia, fueron reguladas en el Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre<sup>6</sup>. Este decreto establece la regulación de las prestaciones y determina las intensidades de protección de los servicios, compatibilidades e incompatibilidades entre los mismos y asegura la excepcionalidad de la prestación de cuidados en el entorno familiar, con el objetivo también de mejorar la calidad en la atención a las personas en situación de dependencia. En la exposición de motivos se otorga a las comunidades autónomas, que ostentan la competencia en esta materia, la posibilidad de dictar las disposiciones normativas que resulten necesarias para su aplicación. De ahí que la prestación del SAAD tenga tantas caras como autonomías tenemos en España.

---

<sup>6</sup> Modificado por el Real Decreto 291/2015, de 17 de abril, que incluía un mayor número de servicios de promoción de la autonomía personal.

### **3.2. Normativa reguladora en Aragón**

En primer lugar puede destacarse la Ley Orgánica 5/2007 de 20 de abril de reforma del Estatuto de Autonomía de Aragón, que recoge en el Título I, capítulo I, los derechos y deberes de los aragoneses y aragonesas; en concreto en el artículo 12, referido a los derechos de las personas. El Estatuto proclama que “todas las personas tienen derecho a vivir con dignidad, seguridad y autonomía, libres de explotación, de malos tratos y de todo tipo de discriminación, y tienen derecho al libre desarrollo de su personalidad y capacidad personal”. El párrafo segundo de este mismo artículo dice que “todas las personas tienen derecho a las prestaciones sociales destinadas a su bienestar” “en las condiciones establecidas por las leyes”.

En el Capítulo II de este Título I se recogen los principios rectores de las políticas públicas. En el Artículo 23, llamado Bienestar y Cohesión Social, se hace mención al Sistema Público de Servicios Sociales y proclama que habrá de ser “suficiente para la atención de personas y grupos, orientado al logro de su pleno desarrollo personal y social, así como especialmente a la eliminación de las causas y efectos de las diversas formas de marginación o exclusión social, garantizando una renta básica en los términos previstos por la ley”.

El Estatuto recoge además en el artículo 71 las competencias que son exclusivas en el ámbito de Aragón. Sobre estas competencias la comunidad autónoma ejerce la potestad de legislar, de dictar reglamentos y de ejecutarlos, respetando naturalmente lo que dispone la Constitución Española en los artículos 140 y 149.1. Es competencia exclusiva la “Acción social, que comprende la ordenación, organización y desarrollo de un sistema público de servicios sociales que atienda a la protección de las distintas modalidades de familia, la infancia, las personas mayores, las personas con discapacidad y otros colectivos necesitados de protección especial”.

Destaca como legislación de Aragón la Ley 4/1996, de 22 de mayo, relativa al Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS), configurado como un organismo autónomo y cuya finalidad principal es “incrementar, en el ámbito de sus competencias, el bienestar social y la calidad de vida en la comunidad aragonesa, promoviendo las condiciones para la libertad e igualdad de los ciudadanos y de los grupos, al objeto de poder hacer estos derechos efectivos y reales”. Entre otras muchas, es competencia de este instituto

la prestación de los servicios y la gestión de los centros sociales que sean de competencia o titularidad del gobierno de Aragón.

El IASS ha estado adscrito desde su creación a diferentes departamentos de la comunidad autónoma. Actualmente depende del Departamento de Ciudadanía y Derechos Sociales, a quien compete a través de la Secretaría General Técnica la función inspectora de los centros y servicios sociales y el correlativo ejercicio de la potestad sancionadora. Esta competencia está recogida en el Decreto 316/2015 de estructura orgánica de dicho departamento.

Otra normativa importante que cabría destacar por lo que supone para el tema que nos ocupa es:

- ✓ Decreto 173/2016, de 22 de noviembre<sup>7</sup>, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueban los Estatutos del IASS, para dar cumplimiento al mandato del Estatuto de Autonomía y hacer efectiva la competencia exclusiva anteriormente citada y otorgada en el artículo 71 del mismo.
- ✓ Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón. En relación a ella debemos mencionar también las Leyes 7/1999, de 9 de abril, de Administración Local de Aragón, y la Ley de Comarcalización de Aragón, cuyo texto refundido fue aprobado por Decreto Legislativo 1/2006, de 27 de diciembre, puesto que el sistema público de servicios sociales está en gran medida descentralizado en el ámbito local.
- ✓ La Orden de 19 de marzo de 1998, del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo, por la que se regulaba la acción concertada del Instituto Aragonés de Servicios Sociales en materia de reserva y ocupación de plazas (BOA núm. 42, de 8 de abril de 1998). Dentro del marco legal de esta orden y para el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2010 y el 31 de marzo de 2014, el Departamento de Servicios Sociales y Familia del gobierno de Aragón licitó un “acuerdo marco, de gestión de servicio público, modalidad de concierto”, estableciendo, además de otras exigencias adicionales, unos requisitos específicos a través de los pliegos de cláusulas administrativas particulares y prescripciones técnicas (BOA núm. 249, de 24 de diciembre de 2009).

---

<sup>7</sup> Modificado posteriormente por los Decretos del Gobierno de Aragón, 166/2017, de 31 de octubre, y el Decreto 52/2021, de 7 de abril.

- ✓ El Decreto 143/2011, de 14 de junio, por el que se aprueba el Catálogo de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Aragón. Dicho catálogo clasifica y define las prestaciones sociales públicas que son objeto del sistema público. En él se establece el carácter de gratuidad o participación de los beneficiarios en su financiación.
- ✓ El Decreto 66/2016, de 31 de mayo, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba la Carta de derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios sociales de Aragón. Denomina sistema de servicios sociales de titularidad privada al conjunto de centros, servicios y prestaciones que las entidades privadas de iniciativa social o mercantil destinan a la atención social de la población, independientes de la responsabilidad de las Administraciones públicas, excepto por cuanto están sujetas a su régimen de autorización, potestad inspectora y sancionadora.
- ✓ Orden de 24 de julio de 2013, del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia, por la que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, la capacidad económica de los beneficiarios y su participación en el coste de los servicios, en la Comunidad Autónoma de Aragón<sup>8</sup>.
- ✓ Orden de 16 de abril de 2015, del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia, por la que se regula el régimen de acceso y adjudicación de plazas de servicios de estancia diurna asistencial, estancia diurna ocupacional y alojamiento, ofertados por el Gobierno de Aragón.
- ✓ Decreto 55/2017, de 11 de abril, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Mapa de Servicios Sociales de Aragón, y el Decreto 111/1992, de 26 de mayo, de la Diputación General de Aragón, por el que se regulan las condiciones mínimas que han de reunir los servicios y establecimientos sociales especializados.
- ✓ Orden CDS/456/2019, de 17 de abril, por la que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia de las personas y el acceso a las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia de la Comunidad Autónoma de Aragón.

---

<sup>8</sup> Modificada por la Orden CDS/1210/2016, de 5 de septiembre, del Departamento de Ciudadanía y Derechos Sociales

## 4. Mercado de las residencias de Personas Mayores

### 4.1. Acceso al Recurso

Para acceder a una plaza de residencia hay que realizar un largo recorrido, salvo que el ciudadano que lo necesita pueda pagarlo. La primera vía de acceso puede ser el mercado privado, en cuyo caso el proceso es más rápido. Dependiendo de la residencia elegida puede ser inmediato, y aún en el supuesto de que dicho centro tuviese lista de espera, que los hay, sobre todo en las grandes ciudades, éstas no tienen tanta demora como tienen las plazas públicas.

El mercado privado de residencias ha tenido un mayor desarrollo en las grandes urbes, porque es en esos territorios donde existe una mayor densidad de población y por tanto donde el negocio resulta más rentable para los inversores. Se trata de un mercado que está proporcionando importantes beneficios, con rentabilidades que se sitúan cerca del 5% anual. Además las previsiones son muy positivas, porque se estima que en los próximos años seguirá en progresión. En la actualidad se cifra la carencia en unas 70.000 plazas, pero según los informes proporcionados por el Observatorio Inmobiliario<sup>9</sup> hay consultoras que la elevan hasta en 113.000 plazas de déficit, con previsiones de superar en el año 2025 las 134.000 plazas.

La demanda como vemos es muy elevada, consecuencia del fuerte envejecimiento de la población y el incremento de las enfermedades neurodegenerativas que hemos analizado en la primera parte de este trabajo. Si a ello sumamos que nuestra ratio de plazas es de las más bajas de Europa, el mercado español es uno de los que atrae un mayor número de inversores para atender esa demanda. Es un mercado como vemos con un gran potencial de negocio, que incluso en momentos críticos ha resistido bien. A pesar de la pandemia sanitaria sigue en expansión -el paréntesis del año 2020 ha sido poco significativo-.

Los pequeños inversores son los que se han visto más perjudicados, pero para los grandes grupos continúa siendo un mercado atractivo. Estos últimos son los que ostentan la titularidad de la mayor parte de las residencias privadas en nuestro país. Una cuarta parte del mercado total se encuentra repartido entre cinco grandes grupos, que gozan de una importante ventaja competitiva. Como hemos visto en el capítulo anterior,

---

<sup>9</sup> Observatorio inmobiliario es una revista impresa y digital de referencia en información para el sector inmobiliario y de la construcción

la regulación normativa es muy intensa y estricta, lo que provoca unas barreras casi insalvables para el acceso al mercado de pequeños inversores. Por otra parte, la inversión de las Administraciones Públicas es cada vez menor en la construcción de estos centros, lo que se traduce en que los inversores privados tienen cada vez un mayor peso dentro de este mercado.

Como podemos apreciar en la figura 4, que está basada en un estudio de sectores realizado por el observatorio DBK<sup>10</sup>, son los grupos franceses Domusvi y Orpea los que ostentan una mayor cuota de mercado en España. En tercera posición del ranking se encuentra el Grupo Vitalia, propiedad en un 80% del fondo de capital riesgo CVC – Capital Partners-. También puede destacarse el Grupo Clece, que aunque se sitúa en séptima posición del ranking, es líder en gestión de residencias públicas. Controla 59 centros de los cuales solo 12 son privados; el resto corresponden a gestión indirecta sobre centros públicos.

**Figura 4. Ranking de operadores principales en gestión de residencias**

Ranking Operadores por número de residencias gestionadas, abril 2019					
Ranking	Operadores	nº Plazas		Nº residencias	
		Total	Privadas	Total	Privadas
1	DomusVi	18.675	14.733	135	106
2	Orpea Ibérica	7.585	6.801	49	44
3	Grupo Vitalia Home	7.181	5.975	49	38
4	Ballesol	6.664	6.060	42	38
5	Sanitas Mayores	6.302	6.302	47	47
6	Amavir	6.223	1.796	41	12
7	Clece	4.037	1.250	59	12
8	Grupo La Saleta	3.321	2.227	30	17
9	Fund. San Rosendo	3.213	3.173	45	44
10	Caser Residencial	2.920	2.920	19	19

Fuente: DBK 2019 (Estudio de Sectores)

Se trata por tanto de un mercado en expansión, con un fuerte potencial, pero no es un mercado perfecto. Genera una enorme desigualdad social y es incapaz de dar respuesta a la demanda de una parte muy importante de la población, puesto que el nivel de sus ingresos no les permite pagar el precio que piden las empresas. Para evitar esta desigualdad y exclusión es necesaria la intervención del Estado. Como no construye

<sup>10</sup> El Observatorio Sectorial DBK es la marca de Informa D&B especializada en la elaboración de estudios de análisis sectorial y de la competencia. Informa D&B es la filial de CESCE líder en el suministro de Información Comercial, Financiera, Sectorial y de Marketing, memorias y estados financieros de empresas. Lleva a cabo el seguimiento continuado de unos 700 sectores españoles y portugueses, publicando anualmente cerca de 300 informes en profundidad y 1.000 fichas de coyuntura.

centros públicos, dicha intervención debe consistir en complementar o subvencionar el acceso a las plazas que se encuentran en manos de los inversores privados.

Esta es la otra vía de acceso al recurso, y esta sí que tiene un larguísimo recorrido. El ciudadano comienza con una primera solicitud, que presenta en los centros sociales correspondientes, y a partir de este momento se introduce en una espiral de listas de espera. La primera de ellas la valoración del grado de dependencia, la segunda para que se le emita una resolución del PIA<sup>11</sup>-Programa/Proyecto Individual de Atención-, y una más para la espera del recurso idóneo. Con esta última se entra en el llamado “limbo” de la dependencia, situación en la que los ciudadanos esperan la adjudicación de recurso una vez se les ha reconocido el derecho.

La regulación de este proceso está desarrollada en Aragón en la Orden CDS/456/2019, de 17 de abril, referido en el capítulo 3 dedicado a la normativa. Establece un plazo máximo para la tramitación de todo el proceso de seis meses, pero lo cierto es que hasta ahora los plazos han sido siempre más largos. En el resto de España la situación es parecida<sup>12</sup>. Los casos en que la espera supera los seis meses son numerosos y, pese a que ha habido muchos fallecimientos, los números tampoco han variado en exceso. En la siguiente figura podemos ver la variación porcentual desde diciembre de 2020 hasta septiembre de 2021:

**Figura 5. Seguimiento de las listas de espera**

	TOTAL			
	31/12/2020	30/09/2021	Var (%)	Var (num)
<b>Solicitudes</b>	<b>1.850.950</b>	<b>1.879.915</b>	<b>1,6%</b>	<b>28.965</b>
<b>Resoluciones de grado</b>	<b>1.709.394</b>	<b>1.749.204</b>	<b>2,3%</b>	<b>39.810</b>
Sin grado	352.921	349.948	-0,8%	-2.973
<b>Beneficiarios con derecho</b>	<b>1.356.473</b>	<b>1.399.256</b>	<b>3,2%</b>	<b>42.783</b>
<b>Ptes. valoración</b>	<b>141.556</b>	<b>130.711</b>	<b>-7,7%</b>	<b>-10.845</b>
< 6 meses	54.447	68.802	26,4%	14.355
<b>&gt;= 6 meses sin motivo excl.</b>	<b>87.102</b>	<b>61.907</b>	<b>-28,9%</b>	<b>-25.195</b>
>= 6 meses con motivo excl.	7	2	-71,4%	-5
<b>Resoluciones de PIA</b>	<b>1.124.230</b>	<b>1.188.163</b>	<b>5,7%</b>	<b>63.933</b>
<b>Ptes. resolución PIA</b>	<b>232.243</b>	<b>211.093</b>	<b>-9,1%</b>	<b>-21.150</b>
< 6 meses	15.469	23.389	51,2%	7.920
<b>&gt;= 6 meses sin motivo excl.</b>	<b>204.506</b>	<b>177.436</b>	<b>-13,2%</b>	<b>-27.070</b>
>= 6 meses con motivo excl.	12.268	10.268	-16,3%	-2.000
<b>Beneficiarios con prest. efectiva</b>	<b>1.084.209</b>	<b>1.143.372</b>	<b>5,5%</b>	<b>59.163</b>
<b>Ptes. Entrega prestación</b>	<b>40.021</b>	<b>44.791</b>	<b>11,9%</b>	<b>4.770</b>
< 6 meses	20.144	21.956	9,0%	1.812
<b>&gt;= 6 meses sin motivo excl.</b>	<b>19.837</b>	<b>22.796</b>	<b>14,9%</b>	<b>2.959</b>
>= 6 meses con motivo excl.	40	39	-2,5%	-1

Fuente: IMSERSO seguimiento listas de espera

<sup>11</sup> PIA o programa individual de atención es el programa en el que los servicios sociales determinan las modalidades de intervención más adecuadas a las necesidades de la persona, de entre los servicios y prestaciones económicas previstos en la resolución para su grado, con la participación, previa consulta y, en su caso, elección entre las alternativas propuestas por parte del beneficiario y, en su caso, de su familia o entidades tutelares que le representen.

<sup>12</sup> <https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/acuerdolistaespera20210430.pdf>

Al finalizar 2020 había más de 141.000 personas en espera de valoración de grado. Teníamos a más de 232.000 personas en espera de PIA y a más de 40.000 personas pendientes de prestación efectiva. Hasta septiembre de este año hay una bajada de las personas pendientes de valoración y de las personas pendientes de resolución de PIA, pero todavía sigue habiendo mucho retraso.

#### **4.2. Fallo de mercado**

El fallo de mercado queda evidenciado cuando comparamos los precios de una residencia privada y las pensiones medias que perciben las personas mayores. Lo habitual es que un jubilado que necesita una plaza de residencia no pueda acceder al mercado libre, que es el único que puede ofrecer el recurso de manera prácticamente inmediata. Las pensiones medias no alcanzan para costearse una plaza privada, menos todavía si la persona que necesita la plaza es una mujer. Si la persona jubilada percibe una pensión de viudedad, es evidente que con una pensión de 700 euros de media no va a poder afrontar el coste total de una residencia privada. El sistema económico ideal es aquel que maximiza el bienestar de quienes lo integran, y por motivos de equidad y de justicia es imprescindible la intervención pública en el caso del acceso a residencias.

En España partimos de una situación preconstitucional de enorme desigualdad. Además, en los momentos de fuerte crecimiento económico, esa desigualdad no se ha corregido al mismo ritmo que ha incrementado la riqueza. Nuestro país supera a la media europea en desigualdad. Y lo peor es que se trata de un problema con cierto carácter estructural, lo que podría estar dando lugar a que la pobreza y la desigualdad prácticamente se sigan transmitiendo entre generaciones, incluso después de tantos años después de la aprobación de la Constitución española.

De acuerdo a Sevilla (2021), las pérdidas que experimentaron los salarios mediante las devaluaciones que se produjeron durante los años de crisis no se han recuperado a pesar de las ligeras subidas de estos últimos años. En los años de expansión económica el crecimiento del Producto Interior Bruto (PIB) no se ha reflejado suficientemente en los salarios. Durante el período que va de 2014 a 2017 el PIB español aumentó un 13%, mientras que los salarios medios no llegaron al 1% de subida. El cálculo estadístico de esta media indica que los salarios subieron en términos nominales. Pero el mayor porcentaje de salarios, que son los medios-bajos, han caído significativamente, lo que hace que el problema afecte sobre todo a personas con pocos recursos.

La repercusión social y el efecto que todo ello tiene sobre el cálculo de las futuras pensiones son muy importantes. A partir del próximo año 2022, la base reguladora de una pensión será el cociente que resulta de dividir por 350 las bases de cotización del interesado, durante los 300 meses inmediatamente anteriores al del mes previo al del hecho causante, es decir 25 años.

La tendencia es a incrementar progresivamente los años de cotización y probablemente terminen siendo todos los años cotizados durante toda la vida laboral. Esto reducirá notablemente el importe de las pensiones y repercutirá negativamente en los futuros usuarios de residencias, al no poder pagar el precio del producto ofertado.

Una plaza en residencia privada cuesta de media en España alrededor de 1800 euros mes para una persona válida, y para una persona con discapacidad o situación de dependencia alrededor de los 2.400 euros. Comparando estas cuantías con las pensiones medias de las personas mayores, el pago de una residencia se antoja imposible. La pensión media de jubilación es de 1.187,80 euros mensuales y la de viudedad se sitúa en 739,19 euros<sup>13</sup>. Con estos ingresos como única renta disponible, es evidente la imposibilidad en el acceso. Los precios también varían entre comunidades autónomas, y dentro de estas, entre residencias situadas en las ciudades o centros situados en las zonas rurales.

Por tanto se produce un problema de acceso que discrimina a los ciudadanos en función de sus rentas, pero también en función de su lugar de residencia. En este sentido son elocuentes los datos del informe de julio de 2021 publicado por Inforesidencias<sup>14</sup>. En dicho informe se aprecia una diferencia que supera el 50% entre el precio más alto del País Vasco, y el más bajo de Castilla la Mancha. En Aragón sitúa el precio medio en 1514,91€ sin IVA, suponiendo este impuesto un incremento del 10% en las plazas privadas, y un 4% en las plazas públicas.

Los precios se incrementan todavía más en función de los servicios necesarios. A mayor grado de dependencia, más se incrementa el coste. El Estado, ante esta situación, debe hacer frente a la provisión del recurso o a su subvención para garantizar el acceso a cualquier ciudadano.

---

<sup>13</sup> <https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/inclusion/Paginas/2021/250521-pensionescontributivas.aspx>

<sup>14</sup> <https://www.inforesidencias.com/contenidos/noticias/nacional/>

**www.inforesidencias.com** es un portal de internet dedicado al sector de las residencias para personas mayores. Está dividido en varias secciones entre las que destacan, por el número de visitantes: una dirigida a particulares que actúa como buscador de residencia, otra para proveedores y bolsa de empleo y otra para usuarios registrados.

La financiación del SAAD se obtiene por varias vías. Una de ellas se produce a través de los Presupuestos Generales del Estado. La ley de dependencia establece un nivel mínimo de protección, definido y garantizado financieramente por la Administración General del Estado, que se determina en función del número de personas en situación de dependencia y la cantidad de servicios y prestaciones previstos. También proviene de los presupuestos de las comunidades autónomas. En el año 2020 -último año completo de certificaciones anuales-, estas financiaron el 84,4% del Sistema de la Dependencia, con 7.517 millones de euros (un 4,13% más de gasto que en 2019). La aportación del Estado fue del 15,6%, con 1.390 millones de euros.

Los beneficiarios de las prestaciones también participan en la financiación. El artículo 33 de la Ley de Dependencia contempla esa participación en el coste de los servicios, según el tipo y coste del servicio y la capacidad económica personal. La persona mayor, por tanto, colabora en la financiación de la plaza de residencia mediante el denominado copago.

En Aragón este copago está regulado mediante Orden de 24 de julio de 2013 del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia. En ella se establece que nadie queda fuera del SAAD por no disponer de recursos económicos. También que la participación de los beneficiarios ha de ser progresiva, mediante aplicación de un porcentaje en función de su capacidad económica, hasta alcanzar el 90% del coste de referencia del servicio. Si se perciben otras prestaciones de análoga naturaleza y finalidad, que se encuentran previstas en la ley de dependencia en su artículo 31, ese porcentaje de participación en la financiación podría llegar hasta el 100%.

Puede parecer que la financiación del SAAD incrementa enormemente el gasto público, pero nada más lejos de la realidad. Este sector genera una fuerte creación de empleo y a través de la recaudación de impuestos devuelve al Estado una parte importante de su financiación. El desarrollo del Estado de Bienestar podría suponer una buena herramienta de reducción del desempleo. Si se respetasen las ratios de personal se emplearía a una gran cantidad de trabajadores directos, más todo lo que implica cada centro que se construye en creación de empleos indirectos.

El gobierno español ha presentado el informe “España 2050”, compuesto por una serie de desafíos a largo plazo. El quinto se denomina Preparar nuestro Estado de Bienestar

para una sociedad más longeva<sup>15</sup>. En este informe se muestra al envejecimiento como un reto para la sostenibilidad del Estado de Bienestar, como hemos dicho por el aumento del gasto público en pensiones, sanidad y dependencia. Pero a su vez reconoce que ese incremento del gasto en la financiación del SAAD puede generar empleo y creación de nuevas empresas, que podrían acabar siendo una parte importante de nuestra economía futura y una pieza fundamental para la sostenibilidad del propio sistema. Reconoce como cuestiones pendientes y urgentes de afrontar, la simplificación de la gestión y refuerzo del SAAD y la reducción de las listas de espera -entre otros-.

Estas listas de espera se han reducido significativamente durante el período de pandemia, a consecuencia del elevado número de personas fallecidas que vivían en residencia. En España han sido un total de 19.604 personas con Covid-19 -confirmado por prueba diagnóstica- desde el 14 de marzo de 2020 hasta el 04 de abril de 2021. Pero hay otras 10.546 personas fallecidas sin haber sido confirmadas, aunque sus síntomas sí eran compatibles con la enfermedad.

En Aragón han fallecido en residencia con prueba diagnóstica 833 personas y con síntomas compatibles con Covid-19 pero sin confirmar otras 765 personas (figura 6). De este número total de personas fallecidas que vivían en residencias un 15,5% eran beneficiarios del SAAD<sup>16</sup>.

### Figura 6. Situación en Centros Residenciales por Comunidades Autónomas

Tabla 1.1. Situación de la incidencia de COVID-19 en centros residenciales por Comunidades Autónomas

Comunidad Autónoma	% centros con al menos un residente positivo en COVID-19 confirmado del 29/03/21 al 04/04/21	Nº total de residentes (actualizado a 04/04/21)	Nº total de residentes confirmados con COVID-19 por PDIA		Nº total de fallecimientos de residentes con COVID-19 compatible del 14-3-2020 al 22-6-2020 (no confirmado)*	Nº total de fallecimientos de residentes con COVID-19 confirmado por PDIA	
			Datos acumulados desde el 14-3-2020 hasta la fecha	Del 29/03/21 al 04/04/21		Datos acumulados desde el 14-3-2020 hasta la fecha	Del 29/03/21 al 04/04/21
Andalucía	0,0%	24.889	10.551	0	0	2.206	1
Aragón	0,0%	16.562	7.106	0	765	833	0
Asturias, Principado de	0,0%	11.756	2.912	0	0	709	0
Baleares, Illes	0,0%	5.217	1.576	0	9	262	0
Canarias	0,0%	8.713	136	0	7	75	0
Cantabria	0,0%	6.180	2.143	0	10	289	0
Castilla y León	0,6%	41.260	18.074	10	1.105	2.955	0
Castilla - La Mancha	0,2%	26.749	7.796	1	1.188	1.627	0
Cataluña	0,3%	51.810	12.735	10	2.099	3.410	1
Comunitat Valenciana	0,0%	23.490	10.470	0	0	2.028	0
Extremadura	0,0%	15.025	4.347	0	307	789	0
Galicia	0,0%	21.453	4.780	0	27	789	0
Madrid, Comunidad de	0,9%	42.600	1.536	9	4.734	1.496	0
Murcia, Región de	0,0%	5.735	1.353	0	0	328	0
Navarra, Comunidad Foral de	0,0%	6.144	2.230	0	164	414	0
País Vasco	0,3%	16.897	6.582	26	100	1.113	0
Rioja, La	0,0%	2.921	397	0	31	276	0
Ceuta	0,0%	191	7	0	0	3	0
Melilla	0,0%	211	22	0	0	2	0
<b>TOTAL</b>	<b>0,3%</b>	<b>327.823</b>	<b>94.755</b>	<b>56</b>	<b>10.546</b>	<b>19.604</b>	<b>2</b>

Fuente: Inserso según datos facilitados por las Comunidades Autónomas

<sup>15</sup> [https://www.lamoncloa.gob.es/presidente/actividades/Documents/2021/200521-Estrategia\\_Espana\\_2050.pdf](https://www.lamoncloa.gob.es/presidente/actividades/Documents/2021/200521-Estrategia_Espana_2050.pdf)

<sup>16</sup> [https://www.inserso.es/interpresent3/groups/inserso/documents/binario/evo\\_sisaad\\_covid19\\_202108.pdf](https://www.inserso.es/interpresent3/groups/inserso/documents/binario/evo_sisaad_covid19_202108.pdf)

A nivel nacional ha sucedido algo muy similar. Según los datos facilitados por el IMSERSO, en la primera mitad del año 2020 un 48% de beneficiarios del SAAD fallecidos vivía en residencias. El exceso de mortalidad de 2020 comparado con cifras del año anterior fue del 151%. Evidentemente, con estos porcentajes de muertos por encima de la media habitual, quedaron muchas plazas sin ocupar en las residencias. Sin embargo, la adjudicación de esas plazas a mayores en lista de espera no se inició de manera inmediata, sino que los llamamientos desde los servicios de adjudicación estuvieron meses paralizados. Las listas de espera de reconocimiento del derecho o de resolución de grado han tenido una evolución similar.

Si tomamos como ejemplo lo ocurrido en Aragón entre marzo y diciembre de 2020, según el informe Dictamen XXI que ha publicado la Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales (ADYGSS), fallecieron 6.377 personas, de las que un 81% recibían atención mediante algún tipo de prestación o servicio. Pero había un 18,8% de personas que estaban a la espera de resolución de grado o de resolución de prestación, lo que supuso unas 1.200 personas fallecidas en lista de espera.

En el resto de España la situación arroja cifras similares, los efectos han sido prácticamente calcados en todo el país. A fecha actual, la lista de espera de resolución se ha reducido, pero lamentablemente no ha sido por una gestión administrativa eficaz.

### **4.3. *Perspectiva de Género***

En virtud de las políticas de igualdad, conviene realizar un análisis del tema que nos ocupa desde la perspectiva de género. Si la situación económica de los mayores para acceder a una residencia es complicada en general, más difícil resulta para la mujer; por supuesto con carácter general, ya que siempre existen excepciones. Lo cierto es que la pobreza sigue siendo mayoritariamente femenina y este factor influye muy negativamente a la hora de acceder a una plaza de residencia.

En el conjunto de la Unión Europea la tasa de riesgo de pobreza de las mujeres que perciben una pensión está entre 3 y 4 puntos porcentuales por encima de la de los hombres pensionistas. En 2018 en seis estados miembros esa diferencia era de 10 puntos porcentuales<sup>17</sup>. En ese mismo año las mujeres percibían un promedio de pensión más baja que la de sus homólogos masculinos en un 30%.

---

<sup>17</sup>[https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=Income\\_poverty\\_statistics/es&oldid=507724#Tasa\\_y\\_umbral\\_de\\_riesgo\\_de\\_pobreza](https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=Income_poverty_statistics/es&oldid=507724#Tasa_y_umbral_de_riesgo_de_pobreza)

Las crisis económicas y la repercusión que han tenido sobre el gasto social han afectado más profundamente a las mujeres. En general las mujeres son quienes se ocupan de paliar las carencias en este ámbito, sobre todo en el área del cuidado. Es el rol tradicional de las mujeres como cuidadoras, y es en tiempos de crisis cuando ese rol se agudiza. Existe un riesgo evidente de que lo que se ha avanzado en materia de roles de género sufra un importante retroceso.

Estos períodos dedicados al cuidado repercuten negativamente en las percepciones de las futuras pensiones. Los períodos de excedencia, las reducciones de la jornada laboral y el empleo a tiempo parcial que permita conciliar la vida profesional y familiar siguen siendo mayoritariamente femeninos, y aunque es cierto que se han tomado determinadas medidas compensatorias de cara al incremento de las pensiones de jubilación, son medidas que todavía siguen siendo insuficientes.

En el párrafo anterior se realiza una breve descripción de la situación de las mujeres que han podido tener una actividad productiva fuera del domicilio. Pero muchísimas mujeres que actualmente se encuentran en listas de espera de residencia han dedicado su productividad a trabajar dentro del domicilio familiar, y a la llegada de la edad de jubilación no han tenido derecho a percibir pensión. Muchas de estas mujeres perciben a día de hoy una pensión no contributiva, una pensión de viudedad o son perceptoras del Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez.

En España -datos de julio de 2021- hay 2.166.771 mujeres cobrando pensiones de viudedad, cuya cuantía media se sitúa en 759,41€<sup>18</sup>. Las no contributivas están establecidas para el año 2021 en un total de 5.639,20 euros anuales, lo que supone 402,80 € mensuales<sup>19</sup>.

### Figura 7. Total de personas que perciben pensiones no contributivas

**Beneficiarios de pensiones no contributivas, según clase de pensión y sexo. Media anual.**  
Unidades: número de beneficiarios.

	Aragón			España		
	Total			Total		
	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres
<b>2019</b>	7.273	2.415	4.858	452.692	157.810	294.882

Fuente: Instituto Aragonés de Estadística, a partir de datos del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones

<sup>18</sup> [https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/inclusion/Paginas/2021/270721-pensiones\\_contributivas.aspx](https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/inclusion/Paginas/2021/270721-pensiones_contributivas.aspx)

<sup>19</sup> [https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/fpnc\\_2021.pdf](https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/fpnc_2021.pdf)

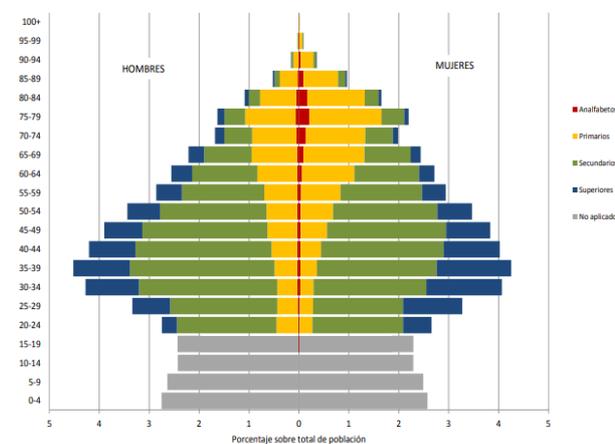
El dato de beneficiarios de pensiones no contributivas en Aragón es elocuente. En la figura 7 se puede observar cómo del total de perceptores -ya sean de jubilación o invalidez- el 66,80% son mujeres. Las cifras del total en España son muy parecidas, con un porcentaje de mujeres con pensión no contributiva del 65,12%.

El informe AROPE, en su avance de resultados de julio de este mismo año, deja constancia de que el 21% de la población española se encuentra en riesgo de pobreza-cifra que supone un incremento respecto a 2020-. Esas tasas son más elevadas entre las mujeres, aumentando la diferencia por sexo 1,5 puntos porcentuales respecto al año pasado. Y todavía hay un dato peor, en el estudio de Llano y Alguacil (2021) se observa que la tasa de pobreza aumenta más en personas mayores.

Es por tanto evidente que la mujer sigue viéndose más afectada por la pobreza y la exclusión social. Tiene las pensiones más bajas, situación derivada en gran medida por la inactividad laboral fuera del domicilio, que a su vez ha sido consecuencia de las responsabilidades familiares que siempre ha llevado a sus espaldas. El rol de género que la sociedad patriarcal le ha adjudicado a las mujeres y que la ha acompañado largamente en el tiempo, supone un lastre a la hora de afrontar su vejez. Al tener menores pensiones, el porcentaje de posibilidades de acceder a una plaza de residencia frente a los hombres sigue siendo menor.

Las mujeres que a fecha actual están en lista de espera de residencia son aquellas nacidas en la posguerra española. Por tanto mujeres que en su inmensa mayoría se han visto relegadas al trabajo doméstico sin remuneración, no han tenido acceso a la universidad, y muchas otras apenas han accedido a la educación primaria.

**Figura 8. Población por edad y nivel de estudios**



Fuente INE: Datos censo población 2011

Si observamos la figura 8, podemos comprobar cómo los mayores niveles de analfabetismo en España se dan entre mujeres de 70 años en adelante. En esta misma franja de edad se encuentra un número también elevado de mujeres que solo han podido acceder a los estudios primarios.

La vejez también tiene rostro femenino en la actualidad, puesto que la esperanza de vida es mayor en la mujer. En España hay una mayoría de mujeres mayores de 65 años respecto a los hombres, que todavía es más acentuada conforme avanza la edad. Según las proyecciones de población del INE 2018-2068, el número de mujeres centenarias podría alcanzar hasta las 192.851, frente a los 48.208 en el caso de los hombres.

La dependencia también tiene rostro femenino, tanto en la faceta de cuidadora como en la de dependiente. En el estudio realizado por el IMSERSO sobre el Cuidado en los hogares españoles ya se determinaba hace más de una década que el perfil de la persona cuidadora respondía a una mujer, de entre 50 y 60 años, que no tenía estudios o solamente estudios primarios, y cuya ocupación laboral eran las tareas domésticas. Las personas que cuidan a un dependiente tradicionalmente han sido mujeres (hijas) en su mayoría. En los diferentes estudios realizados a lo largo de estos años se aprecia que la mayoría de cuidadoras informales siguen siendo mujeres, y compaginado en muchos casos con trabajo fuera del domicilio.

Con el transcurso de los años y con motivo precisamente de esa incorporación al mercado de trabajo de las mujeres, se ha dado una nueva situación de desigualdad. Y es que en la actualidad el cuidado de mayores se ha convertido en empleo de mujeres, en su mayoría extranjeras que tienen menos posibilidades de elección y en general carecen de recursos. De esta manera se ha generado un mercado de trabajo muy precario, pese a los ahorros que puede proporcionar al Estado en cuidados de larga duración.

La situación actual de desigualdad ante la corresponsabilidad por orden de género y división sexual del trabajo doméstico y de cuidados, sigue recayendo en un elevadísimo porcentaje sobre las mujeres. En el trabajo de Sanz (2021) se pone de manifiesto que además de seguir siendo cuidadoras mayoritariamente -de un total de 14.262 cuidadores según cifras del Imsero de 2019, 12.881 eran mujeres-, sufren una fuerte precariedad laboral. Las trabajadoras no reciben un trato equitativo en relación con otras personas asalariadas. Muchas de ellas están empleadas de manera “informal” -economía sumergida- y por tanto carecen de los derechos derivados de una relación laboral. Esto

se traducirá en situaciones precarias de vejez por la falta de cotizaciones al sistema de seguridad social.

La segunda vertiente de la feminización de la dependencia es la mayor esperanza de vida de la mujer. Esto se traduce en que hay un mayor porcentaje de mujeres sobre el total de la población, que se convierten en usuarias de los servicios de atención a la dependencia (Delicado, 2006). Los datos de solicitudes recogidos por el SAAD<sup>20</sup> a fecha 31 de agosto de 2021 son los siguientes: de un total de 1.875.760 solicitudes, el 63 % corresponde a mujeres.

También es importante hacer una referencia a la feminización del envejecimiento y la dependencia en el mundo rural. El envejecimiento y sobre-envejecimiento que se está experimentando en las zonas rurales origina que haya cada vez más personas que alcanzan edades avanzadas y que se encuentran o pueden encontrarse en situación de dependencia.

Cerca del 50% de personas que viven solas en el medio rural son mujeres. Por tanto, hay una necesidad evidente de que se apliquen políticas públicas desarrollando servicios que puedan paliar la carencia del cuidado informal. La población femenina que ha accedido a estudios ha ido abandonando progresivamente los pueblos para establecerse en las ciudades. De este modo, el soporte intergeneracional para las mujeres mayores ya no existe, y, cuando todavía existe, la tasa de envejecimiento es tan alta que aumenta enormemente las cargas de trabajo de cuidado para las mujeres que todavía permanecen en los pueblos.

Este problema es más agudo todavía en los municipios con menos de 2.000 habitantes, donde el envejecimiento femenino es mayor, principalmente por la mayor esperanza de vida. En los pequeños municipios suele haber carencia de servicios sanitarios y sociales, lo que aumenta mucho más la dificultad para estas mujeres. Compete pues a los poderes públicos no olvidar a este grupo de población, que se enfrenta al reto de ser mujer anciana, dependiente, generalmente con pocos recursos económicos, y habitar en el medio rural. La falta de recursos sanitarios y de servicios sociales<sup>21</sup> puede provocar inseguridad y mayor sensación de aislamiento y soledad ante las situaciones de dependencia.

---

<sup>20</sup> [https://www.imserso.es/interpresent3/groups/imserso/documents/binario/estsisaad\\_compl20210831.pdf](https://www.imserso.es/interpresent3/groups/imserso/documents/binario/estsisaad_compl20210831.pdf)

<sup>21</sup> <https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/boletinopm11.pdf>

## 5. Políticas Públicas

Como ya se ha explicado en el capítulo anterior, en el ámbito de las residencias existe un fallo de mercado que es preciso corregir mediante la intervención pública. Esto no significa que no pueda existir debate sobre cómo debe producirse esa intervención, dónde se debe actuar y con qué grado de intensidad. Ese debate político y social es necesario, porque sin él no es posible llegar a un amplio consenso para seguir avanzando.

La Constitución española, como ya se ha apuntado, ampara en cierta medida ese intervencionismo y reconoce la necesidad de que los poderes públicos actúen para lograr superar los obstáculos que impidan o dificulten que la libertad y la igualdad de los individuos se hagan efectivas. Los Estatutos de Autonomía de las diferentes comunidades autónomas recogen mandatos similares. Esta intervención de los poderes públicos como garantes de los derechos de los ciudadanos se lleva a efecto a través de las políticas públicas.

Constituyó en España un hito de política pública la aprobación de la Ley de Dependencia, que, junto a la Ley General de Sanidad, constituye quizá la normativa más importante aprobada en materia de protección. Sin embargo el SAAD, sistema creado por la ley para llevar a cabo sus objetivos, se ha desarrollado muy poco. Por una parte, las políticas económicas de ahorro de gasto lo han frenado durante muchos años. Por otra, la diferente intensidad de financiación sobre las políticas de servicios sociales que han llevado a cabo las distintas comunidades autónomas, ha creado una red desigual y un enorme desequilibrio territorial.

La financiación sostenida del SAAD es tan necesaria que no puede quedar sometida permanentemente a los ciclos económicos y a las diferentes voluntades políticas. En tiempos de crisis económica es necesario el ahorro para no aumentar el déficit público, pero hay una serie de ámbitos donde el recorte en la financiación produce un coste social mucho más elevado que el ahorro que se pretende. Sanidad, educación y servicios sociales, junto con el empleo, son básicos para un Estado Social, y deben preservarse en la medida de lo posible de los vaivenes económicos.

Un pacto de Estado por la dependencia podría suponer una garantía para el desarrollo del SAAD. Debería tomar como referencia el Pacto de Toledo, que garantizaba -o al menos ese era su espíritu- el sistema de protección social y con él el sistema de

pensiones, que es otro pilar de sostenimiento del Estado de Bienestar. La firma de un pacto de estado en esta materia hace tiempo que se viene demandando desde distintos ámbitos de la sociedad. Y aunque sí se han sellado acuerdos parciales entre gobierno y agentes sociales, urge un gran pacto que implique a toda la sociedad ante un fenómeno como este, que como hemos dicho no tiene carácter coyuntural y lejos de finalizar no hará sino crecer durante mucho tiempo.

Antes de finalizar este apartado, puede realizarse un pequeño apunte sobre los próximos Presupuestos Generales del Estado para 2022. Acabamos de conocer que el aumento cuantitativo en la partida destinada a la Dependencia asciende 600 millones de euros<sup>22</sup> - en las partidas para mínimo garantizado y nivel convenido-. Se contempla en el proyecto de Ley un total de 6.154 millones de euros en política de servicios sociales y promoción social, lo que supone un incremento total del 18,3%.

En la figura 9 puede observarse cómo ha evolucionado la inversión presupuestaria en la dependencia desde la vigencia de la Ley. En los últimos dos años prácticamente se ha duplicado; son niveles importantes de financiación que tendrán consecuencias positivas en el desarrollo del SAAD.

**Figura 9. Evolución de la aportación de la Administración General del Estado a la financiación del SAAD en millones de euros**



Fuente: ADYGSS

Este incremento es sin ninguna duda una noticia esperanzadora después de tantos años de financiación insuficiente. El efecto de esa mayor dotación presupuestaria puede suponer un importante impulso sobre las listas de espera, algo que debería ser una prioridad absoluta porque más de 400.000 personas en España se encuentran en esas listas. Y puede tener un efecto muy positivo en la creación de empleo en el sector, en

<sup>22</sup> <https://www.sepg.pap.hacienda.gob.es/sitios/sepg/es-ES/Presupuestos/PGE/ProyectoPGE2022/Paginas/ProyectoPGE2022.aspx>

torno a unos 35.000 puestos de trabajo según la ADYGSS. También debería utilizarse ese incremento presupuestario para afrontar una mejora en la calidad de la atención. Y necesita ir complementado con las políticas presupuestarias que en dependencia lleven a efecto las comunidades autónomas. Es necesario, eso sí, que la financiación se destine a incrementos reales de cobertura.

### **5.1. Efectividad de las actuaciones**

En su exposición de motivos la Ley de dependencia se expresaba en los siguientes términos: “El reto no es otro que atender las necesidades de aquellas personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía”.

Sin embargo, después de los años transcurridos, podemos afirmar que no ha alcanzado todos los retos que en ella se establecían. Estaba previsto inicialmente que alcanzase su pleno desarrollo hacia el año 2015, pero, como consecuencia de las crisis económicas y los recortes que se han ido sucediendo en los distintos presupuestos generales del Estado, no se han alcanzado sus objetivos.

Para lograr alcanzar esas previsiones iniciales, hubiese sido necesario un mantenimiento sostenido, suficiente y estable de la financiación, que debería haber venido determinada en función del número de personas en situación de necesidad y de los servicios y prestaciones que estaban previstos en la norma.

Otro requisito necesario para que se hubiesen cumplido los objetivos hubiese sido la corresponsabilidad entre las distintas Administraciones Públicas. La Administración General del Estado debe garantizar la financiación a las Comunidades Autónomas para el desarrollo del nivel mínimo de protección para las personas en situación de dependencia recogidas en esta Ley, y estas últimas deben financiar los niveles adicionales de protección. Pero como ya se ha mencionado, esos niveles han sido tan distintos que hay un fuerte desequilibrio entre territorios en materia de dependencia.

Una de las normas que más daño hizo al desarrollo del SAAD, fue sin lugar a dudas el Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad. Introdujo unas medidas enormemente restrictivas que afectaron no solamente a la calidad de las prestaciones, sino también a

la demora en la incorporación de los beneficiarios de la Ley y a la obtención de sus derechos subjetivos. Entre esas medidas pueden destacarse las siguientes:

- Se eliminaron los niveles para los grados de dependencia y se disminuyeron las intensidades en el Servicio de Ayuda a Domicilio.
- Se incorporaron medidas para “generar” ahorro mediante la reducción de las cuantías máximas de las prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar.
- Se redujeron las cuantías del nivel mínimo de financiación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

Aunque se debería haber priorizado el servicio de ayuda domiciliaria para garantizar la permanencia de las personas durante el máximo de tiempo posible en sus domicilios, éste no ha sido un recurso suficientemente desarrollado. La poca efectividad derivada de su poca intensidad en determinadas situaciones de dependencia, no ha prestado a las familias la ayuda necesaria para mantener a la persona mayor en su hogar. Este servicio suele consistir en unas horas semanales de ayuda a los cuidadores informales.

Las familias se han visto obligadas a buscar otros recursos para la atención de sus mayores en situación de dependencia. Por una parte, por los cambios producidos en la sociedad española, como ha sido la incorporación masiva de la mujer al mercado de trabajo. También por el cambio social producido en los modelos tradicionales de familia. Y porque los cuidados en el entorno familiar se vieron muy perjudicados por esos recortes de los que hemos hablado. De esta manera, ante la falta de alternativa, la mayoría de familias optan por el recurso residencia, que ofrece una atención de 24 horas diarias todos los días del año.

Se ha podido comprobar que se trata de un recurso con un coste elevado y que hay un gran porcentaje de personas que no pueden hacer frente a este gasto. La política pública se ocupa de corregir este fallo, y ante la insuficiencia económica, el ciudadano recibe recursos públicos.

Los recursos enteramente públicos son mínimos en el ámbito de la atención residencial, de ahí que el acceso a plaza pública en centro público sea tan lento para dependientes

con grado III<sup>23</sup>, e inimaginable a día de hoy para dependientes con grado II. Para que el recurso fuese efectivo se debería contar con un número suficiente de plazas públicas y ya hemos visto en el capítulo segundo que este requisito no se ha cumplido hasta la fecha.

Las dos fórmulas principales por las que se ha optado en la Comunidad Autónoma de Aragón, han sido la gestión indirecta de residencias públicas y la concesión de plazas concertadas a las entidades solicitantes a través de Acuerdo Marco, una modalidad recogida en la Ley 9/2017 de Contratos del Sector Público. La Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón y la Ley 4/1996, de 22 de mayo, relativa al Instituto Aragonés de Servicios Sociales, contemplan la posibilidad de establecer convenios, conciertos u otras fórmulas de gestión compartida con el sector privado, para permitir un mayor rendimiento de los recursos disponibles.

Mediante este sistema la Administración se asegura una bolsa de plazas de residencia que adjudica a las personas que se hallan en listas de espera y que cumplen los requisitos necesarios. Este mecanismo de adjudicación de contratos de servicios mediante Acuerdo Marco se ha utilizado en los periodos 2010-2014 y 2015-2018. El que está actualmente en vigor se extenderá entre el 1 de enero de 2019 y el 31 de diciembre de 2022, con aproximadamente unas 6.000 plazas adjudicadas.

Pero la realidad de la situación es que ni siquiera mediante los distintos contratos de servicios se han reducido las listas de espera. Tampoco se ha solucionado el problema de la irregular distribución en el territorio, porque la mayoría de esas plazas se sigue situando en las grandes ciudades.

## **5.2. Fallos y consecuencias del sistema**

Para completar este capítulo dedicado a las políticas públicas y a los distintos programas puestos en marcha para desarrollarlas, se presenta a continuación un pequeño resumen de una serie de cuestiones que se han evidenciado como fallos a corregir, para dotar al SAAD de una mayor efectividad y una mayor calidad.

---

<sup>23</sup> La clasificación de la situación de dependencia: grados-<https://www.aragon.es/-/dependencia.-informacion-general->

- ✓ **Grado I. Dependencia moderada:** La persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, una vez al día.
- ✓ **Grado II. Dependencia severa:** La persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, dos o tres veces al día, sin apoyo permanente del cuidador.
- ✓ **Grado III. Gran dependencia:** La persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, varias veces al día, o pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial. Necesita apoyo indispensable y continuo de otra persona.

### ***5.2.1. Incapacidad para eliminar las listas de espera***

Como hemos comprobado, el sistema actual se ha mostrado ineficaz e ineficiente, ya que las listas de espera no han parado de crecer durante décadas. El recorrido hasta la obtención del recurso idóneo para los ciudadanos sigue siendo demasiado largo. A finales del año 2020 el promedio de tiempo de espera, desde la presentación de la solicitud hasta la percepción del servicio, era superior a 450 días, eso en el mejor de los casos. Esto refleja un claro fallo del sistema.

Hay casos urgentes en los que es imposible esperar más de año y medio. La ley de dependencia hablaba de un plazo máximo de 180 días, y sin embargo a finales de diciembre de 2020 según datos oficiales del IMSERSO había 141.000 personas en espera de valoración de grado de dependencia, 232.000 personas a la espera de la elaboración del PIA y 40.000 personas en espera de adjudicación de recurso.

Para terminar con esta situación es absolutamente necesario cambiar el modelo de gestión para emitir las resoluciones. Es preciso agilizar los trámites e integrar las actuaciones, para que los ciudadanos no tengan que ir saltando de una a otra lista de espera.

En Aragón, el IASS está intentando corregir estos largos procedimientos. Se ha llevado a cabo una integración de actuaciones donde la valoración de grado de dependencia y la resolución del PIA se elaboran de manera conjunta. Se ha procedido a informatizar todo el proceso mediante un costoso programa informático, que simplifica de forma extraordinaria el trámite de aprobación de la prestación económica. Otra medida importante es la mayor financiación para la contratación de recursos humanos, destinados a la ejecución de un programa temporal denominado Plan de Choque Dependencia I, reducción de las listas de espera. Este plan se va a desarrollar hasta junio de 2023, fecha en la que se espera haber reducido al mínimo las listas de espera.

Todas estas medidas puestas en marcha pueden tener efectos muy positivos sobre el desarrollo del SAAD en la comunidad autónoma, pero es muy importante que todo programa que se implementa se someta a las correspondientes evaluaciones periódicas. No pueden ejecutarse los planes públicos sin que se haga el correspondiente seguimiento, para poder corregir fallos y comprobar la efectividad de las medidas tomadas. En paralelo, sería necesario un incremento de plazas públicas de residencia. En caso contrario podemos encontrarnos ante una nueva paradoja y obtener como

resultado el incremento significativo del porcentaje de personas con valoración finalizada, pero pendientes de adjudicación de recurso.

### **5.2.2. *Obsolescencia del modelo de residencias***

Como ya se ha mencionado a lo largo del trabajo, debería modificarse el modelo residencial actual. Que sea un modelo basado en las personas, atendiendo a sus derechos, su dignidad y su calidad de vida y que responda a sus necesidades y preferencias. Debemos dotarnos de recursos que vayan más allá del plano meramente asistencial y consideren a las personas como seres únicos y que merecen una atención integral. Es necesaria voluntad política para ese cambio porque implica mayor financiación. Para conseguirla es necesario que el conjunto de actores políticos vaya en una misma dirección, puesto que es la única fórmula para que el Estado de Bienestar avance. Es decir, los ingredientes necesarios son voluntad, financiación y consenso.

### **5.2.3. *Condiciones laborales de los trabajadores***

Respecto al tema del personal que trabaja en estos centros, las Administraciones Públicas tienen otra cuenta pendiente y es la dignificación del trabajo. Es un sector que emplea a unos 180.000 trabajadores y tiene un gran potencial para generar empleo, debido a las características de nuestra población comentadas anteriormente.

Es necesario mejorar los salarios del personal cualificado en el sector privado para evitar la huida hacia el sector público. Y posteriormente, dentro del propio sector público, evitar la huida desde las residencias a los servicios de salud, donde tienen mejores condiciones laborales.

Garantizar empleos con mayor permanencia es una meta necesaria, porque la precarización de los contratos hace que sea muy difícil encontrar personas dispuestas a trabajar en este sector.

Dado que el sector de cuidados de personas mayores sigue siendo un sector muy feminizado, es necesario garantizar la conciliación de la vida personal y profesional. Según Montserrat (2021), cerca del 87% del personal son mujeres, y aunque se ha avanzado en corresponsabilidad de género, es mayoritariamente la mujer la que sigue solicitando permisos para el cuidado de los hijos o de sus propios familiares mayores.

Para que las condiciones de trabajo mejoren es preciso el cumplimiento de las ratios. En Aragón, la normativa reguladora es de hace casi treinta años<sup>24</sup> y las quejas de los trabajadores son permanentes. El propio Justicia de Aragón elevó algunas sugerencias al Departamento de Ciudadanía y Derechos Sociales, en el sentido de modernización de la normativa, además de instar a la negociación del convenio de personal de residencias privadas, cuya vigencia terminó en 2013.

Otra cuestión a abordar desde el sector público es la imposibilidad de contratar en los centros públicos trabajadores que ostentan la titulación de Técnico en Atención a Personas en Situación de Dependencia. Las plazas del sector público no están abiertas a esta titulación, lo que significa que tan solo se puede contratar a quienes han titulado como Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería. En la página web del Departamento de Educación, Cultura y Deporte de Aragón se puede analizar el currículo de ambas titulaciones<sup>25</sup>. No cabe ninguna duda de que las personas que obtienen esta titulación tienen la formación y capacidad necesaria para trabajar en centros de personas mayores, ya sean públicos o privados.

Como podemos apreciar, se produce una nueva contradicción de política pública. Las personas que optan por la formación profesional y eligen este grado tienen vetado trabajar en el sector público. No pueden opositar en las convocatorias de empleo público y no tienen acceso a las listas de empleo para contratación del sector público.

De una parte el sistema educativo fomenta que en institutos de formación profesional situados en zonas rurales se imparta la citada titulación, y sin embargo no pueden acceder al empleo en residencias públicas situadas en esas mismas zonas. Una contradicción entre la política educativa y la política contra la despoblación.

Otro problema que padece nuestro país desde hace tiempo y afecta también al ámbito de los recursos humanos tiene que ver con el personal de enfermería. No es suficiente y es muy complicada su contratación. Curso tras curso muchas personas que se quedan sin acceder a estos estudios. Este año en la ciudad de Zaragoza 509<sup>26</sup> personas del cupo general han quedado en lista de espera. La política educativa y universitaria debería

---

<sup>24</sup> DECRETO 111/1992, de 26 de mayo, de la Diputación General de Aragón, por el que se regulan las condiciones mínimas que han de reunir los servicios y establecimientos sociales especializados.

<sup>25</sup> [https://educa.aragon.es/documents/20126/1579263/Folleto+CFGM+2021\\_2022.pdf/2fb20b3d-a649-cf3e-8284-f07d99ff4a87?t=1622711498175](https://educa.aragon.es/documents/20126/1579263/Folleto+CFGM+2021_2022.pdf/2fb20b3d-a649-cf3e-8284-f07d99ff4a87?t=1622711498175)

<sup>26</sup> <https://janovas.unizar.es/paunet/html/espera/espera.html>

tener en cuenta esta necesidad, primero por la carencia de profesionales que tenemos, y segundo por la frustración que provoca optar por estudios probablemente no deseados.

La pandemia ha vuelto a poner de manifiesto las insuficiencias en materia de personal. Muchas de las quejas que recibió el Justicia de Aragón hacían referencia a la falta de recursos, a las dificultades para sustituir a los profesionales, principalmente los sanitarios, y a la contratación de personas sin la titulación exigida en muchas residencias, sobre todo en el medio rural.

#### **5.2.4. *Transparencia en el sector de las residencias***

Tal como observaba el Defensor del Pueblo en la recomendación que hizo a la Comunidad de Madrid, para los ciudadanos tiene gran importancia saber sus posibilidades de acceso, porque puede facilitar la planificación de los intereses de futuro de la persona afectada y de sus familiares.

La falta de información genera sobre el conjunto de la ciudadanía una situación de fuerte desconfianza hacia el sector público. La actuación de la Administración debe presentar al ciudadano una gestión transparente, impulsada y reforzada de forma especial con los principios de publicidad activa que establece la Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno<sup>27</sup>.

Hay alguna comunidad autónoma<sup>28</sup> donde las personas concernidas ya pueden acceder a la información. La posición ocupada no es inmutable y puede haber variaciones, dependiendo de que entren en lista personas con mayor puntuación, según los factores otorgados en las valoraciones. Pero el mero hecho de tener la oportunidad de acceder a la información, genera seguridad y confianza en el sistema. Es tan sencillo como habilitar una aplicación web e introducir algún dato identificativo.

#### **5.2.5. *Inspección de Centros***

En el año 2019, es decir, previamente al inicio oficial de la pandemia, el Defensor del Pueblo ya advertía sobre este tema a las comunidades autónomas, para que procedieran al refuerzo de la inspección y poder llevar a cabo su trabajo de forma eficaz.

---

<sup>27</sup> Recomendación del Defensor del Pueblo a la Comunidad de Madrid respecto a una queja formulada sobre el proceso de adjudicación de plazas de residencia, situación de las listas de espera y plazas adjudicadas. Queja nº 13009413

<sup>28</sup> <https://www.comunidad.madrid/servicios/asuntos-sociales/lista-espera-servicios-prestaciones-atencion-dependencia-0>

Este es el enlace para acceder a la información sobre la posición en las listas de espera de la Comunidad de Madrid.

En la Comunidad Autónoma de Cataluña también existe la opción de consultar a través de la aplicación web puesta a disposición de los ciudadanos por la Generalitat, se trata de la página: <https://web.gencat.cat/ca/tramits/com-tramitar-en-linia/identificacio-digital/id-cat-mobil/>

Mediante las inspecciones periódicas, los centros se ven obligados a mantener los requisitos normativos exigidos para su correcto funcionamiento y unos niveles adecuados de calidad en la prestación del servicio de atención residencial de mayores.

En el informe emitido en 2020<sup>29</sup>, el Defensor sigue en la misma línea de recomendaciones. Considera que las inspecciones son insuficientes, y lo son porque no hay suficiente número de inspectores/as. Hace referencia a la necesidad de actualizar la normativa y a hacer público el resultado de las inspecciones. Cuando una persona ingresa en una residencia no sabe si ha sido sancionada y en caso de haber sanción el motivo. Es verdad que alguna comunidad autónoma ha publicado listados de residencias sancionadas con indicación de los artículos de la normativa vigente que han infringido. Pero es algo que en aras de la transparencia debería ser obligatorio y con periodicidad establecida en todo el territorio nacional y sobre el conjunto de residencias públicas y privadas.

En Aragón, está vigente la Orden CDS/810/2016, de 18 de julio, por la que se aprueba el plan de inspección de centros y servicios sociales de la Comunidad Autónoma de Aragón para el periodo 2016-2018. En el punto tercero del Anexo se habla de los recursos, y se dice que la realización de las actuaciones contempladas en el plan se llevará a cabo por el personal perteneciente al Servicio de Planificación y Ordenación de Servicios Sociales, integrado por seis inspectores/as de centros y servicios sociales. Posteriormente se creó otro puesto de trabajo que venía a incrementar la plantilla en un nuevo efectivo. Esos siete efectivos suponen una ratio muy baja, teniendo en cuenta que no solamente se ocupan de la inspección de residencias, sino que tienen a su cargo la inspección de otros centros de servicios sociales.

---

<sup>29</sup> <https://www.defensordelpueblo.es/informes/>

## 6. Conclusiones

La política pública destinada al Estado de Bienestar en general y los servicios sociales en particular tiene un carácter redistributivo. Es un tipo de redistribución que socialmente genera mucha controversia, porque la financiación proviene en gran medida del pago de impuestos, y sin embargo los beneficios se concentran en los usuarios de servicios públicos específicos. En muchos de los casos estos usuarios no pueden contribuir proporcionalmente a causa de su precariedad económica. Sin embargo, el problema de atención a la situación de los mayores es de tal magnitud, que debe estar incluido permanentemente en la agenda institucional de los poderes públicos. Se deben encontrar soluciones que eviten esa controversia que se genera con su financiación.

El SAAD, sistema creado por la Ley de Dependencia para su desarrollo, se ha ralentizado enormemente, precisamente por la falta de esa financiación. Nació para ser asumida a partes iguales entre Estado y Comunidades Autónomas y sin embargo ha estado recayendo en su mayor parte del lado de estas últimas, lo que ha provocado una importante desigualdad territorial. Esa falta de financiación ha contribuido a que los derechos subjetivos que la ley reconoce no se hayan podido hacer efectivos.

En el presente trabajo se ha podido constatar que la provisión pública es necesaria, porque se produce un evidente fallo de mercado que afecta a un porcentaje elevado de ciudadanos. Pero se debe hacer mucha pedagogía sobre el coste de las plazas de residencia y la conveniencia de su financiación pública, para evitar desconfianza en la sociedad.

Con la financiación del SAAD, no solamente se está contribuyendo a mejorar nuestro Estado de Bienestar produciendo unos beneficios sociales innegables, sino que con su amplio desarrollo se contribuye a la mejora económica del país, al tratarse de una importante fuente de creación de empleo.

El envejecimiento de la población, que podemos considerar un éxito de las políticas sanitarias, supone un importante reto para las políticas de servicios sociales. Se ha generado un problema de falta de recursos para la atención de la población envejecida. Además, esta situación no tiene carácter coyuntural, puesto que en las próximas décadas va a seguir creciendo. A pesar de ello, no se ha desarrollado un sistema potente de servicios de atención domiciliaria, de ahí que las familias hayan optado mayoritariamente por la solicitud de plaza de residencia.

La política pública que se ha seguido para dar respuesta a los cuidados de larga duración ha consistido principalmente en el concierto de plazas, pero se ha mostrado insuficiente. Tampoco está funcionando de manera eficaz el sistema de acceso a las plazas de residencia, que se encuentra desbordado y con listas de espera que disminuyen de forma muy lenta. Esta es una situación que se mantiene en exceso en el tiempo, por lo que se hace imprescindible mejorar y simplificar la gestión para agilizar todo el proceso de reconocimiento de los derechos.

La dura situación vivida en las residencias de mayores durante la pandemia sanitaria las ha puesto en el centro de la mirada pública, detectándose carencias muy importantes en muchos aspectos. Esto implica que debe reforzarse la inspección y mejorar la situación laboral de los trabajadores de dichos centros, lo que repercutirá en una mayor calidad asistencial.

Una de las principales quejas que presentan los ciudadanos ante las instituciones es que existe poca transparencia sobre el funcionamiento del sector. Para corregir esto hay que cumplir con los principios de publicidad activa establecidos en la ley, siendo esta la fórmula más eficaz para generar confianza en el sistema.

En resumen, el modelo asistencial en España está obsoleto y colapsado. Se trata de un modelo institucionalizado que provoca un fuerte impacto emocional en las personas. Es necesario transitar hacia otro tipo de atención, intentando que los cuidados se realicen en el domicilio siempre que sea posible.

## 7. Bibliografía

Abellán García, A., Aceituno Nieto, M. D., Ramiro Fariñas, D., & Castillo Belmonte, A. B. (2021): *Estadísticas sobre residencias. Distribución de Centros y Plazas residenciales por provincias. Datos de septiembre de 2020*. Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 27, 24 p. : CSIC.

Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales (2021): *Ideas y propuestas para un nuevo modelo residencial para personas en situación de dependencia*. Madrid.

Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales. (2019): *Situación y evolución de los servicios residenciales para personas mayores en España y en cada una de las Comunidades Autónomas*. Madrid.

Castro Martín, E. A. (2021): *¿Cómo mejorar la natalidad en España? Estudios sobre la Economía Española*. Fedea.net.

Consejo Económico y Social (2020): *El Sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*. Informe 3/2020. Madrid: Consejo Económico y Social .

Comisión, E. (2021): *Libro Verde sobre el envejecimiento. Fomentar la solidaridad y la responsabilidad entre generaciones*. Bruselas.

Defensor del Pueblo. (2021). *Informe anual 2020*. Madrid: Defensor del Pueblo.

Del Pino, E. A. (2020): *La Gestión Institucional y Organizativa de las Residencias de Personas Mayores durante la COVID-19: dificultades y aprendizajes*. Madrid: CSIC-Instituto de Políticas y Bienes Públicos (IPP).

Delicado Useros, M. V. (2006): “Características sociodemográficas y motivación de las cuidadoras de personas dependientes”, *Praxis Sociológica*, 10, págs. 200-234.

El Justicia de Aragón. (2021). *Informe del Justicia sobre las Residencias de Personas Mayores en Aragón durante el estado de alarma por el Covid-19*. Zaragoza.

Gobierno Vasco-Fundación Matia. (2011). *El proyecto piloto Etxean Ondo para mejorar la atención en domicilios y residencias y la inclusión y participación comunitaria de las personas mayores y las personas con discapacidad*. Euskadi: Fundación Pilares.org.

Imsero (2005): *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Imsero (2021): *Informe 2018. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por comunidades*. Madrid.

Llano Ortiz, J. C., & Alguacil Denche, A. (2021): *El Estado de la pobreza en España 2021*. Madrid: EAPN .

Malgesini, G. E. (2018): *Género y pobreza en Europa*. Madrid: EAPN España.

Médicos sin Fronteras (2020): *Poco, tarde y mal El inaceptable desamparo de las personas mayores en las residencias durante la Covid-19 en España*. Madrid.

Ministerio de Política Territorial y Función Pública (2019): *Diagnóstico estrategia nacional frente al reto demográfico. Eje envejecimiento*. Madrid.

Monforte Porto, E. A. (Enero 1998). “Prevalencia de la depresión en el anciano que vive en residencias”, *Revista española de geriatría y gerontología*, págs. 13-20.

Montserrat Codorniu, J. (2021): “El impacto de la pandemia en las residencias para personas mayores y las nuevas necesidades de personal en la etapa pos-Covid”, *Panorama SOCIAL*, 33, págs. 145-162.

Muñoz Cruz, R. y Rodríguez Mármol, M. (2015): “Riesgo de depresión en ancianos institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Madrid”, *Metas de Enfermería*, 18 (10), págs. 49-54.

Sanz Saéz, C. (2021): “La Precarización como realidad de Mercado: La Frontera entre el empleo doméstico y el Trabajo de Cuidados”, *Lex Social; Revista Jurídica de los Derechos Sociales*, 11 (1), págs. 509-533.

Serrano-Castro, E. A. (2020): “Influencia de la infección SARS-CoV-2 sobre enfermedades neurodegenerativas y neuropsiquiátricas: ¿una pandemia demorada?”, *Neurología Vol*, 35 (4), págs. 245-251.

Sevilla, J. E. (2021): *Brecha entre ricos y pobres*. Palma de Mallorca: Fundación la Caixa.

Spasova, S., Baeten, R., y Vanhercke, B. (2018): “Challenges in long- term care in Europe”, *Eurohealth*, 24 (4), págs. 7-12

## 8. Sitios Web

<https://www.aragon.es/>

<https://directoressociales.com/>

<https://www.eapn.es/>

<https://eljusticiadearagon.es/>

<https://envejecimientoenred.es/>

<https://www.imserso.es/>

<https://www.lamoncloa.gob.es>

<https://www.mscbs.gob.es/>

<https://www.defensordelpueblo.es/>

<https://ec.europa.eu/eurostat/>

<https://www.ine.es/>

<https://ceoma.org/>

<https://ceaps.org/>

<https://www.dbk.es/>