

EN PORTADA  
UN MODELO EN CUESTIÓN

# Dependencia con pies de barro



María (93 años) y Teresa (90), acompañadas por su cuidadora Cristina. Ambas superaron la Covid-19 y viven en la residencia Sophos, de Barberà del Vallès

XAVIER CERVERA

La irrupción de la Covid-19 en las residencias de ancianos evidenció las múltiples fragilidades del modelo de la dependencia, que el sector al completo urge reformular

Ramón Álvarez  
Barcelona



La aprobación en el 2006 de la ley de la Dependencia supuso un hito para un amplio colectivo de población apenas amparado hasta entonces por unos servicios sociales escasamente financiados y diseminados entre diferentes administraciones o por entidades del tercer sector. El amplio consenso político que consiguió la ley no evitó que su desarrollo a lo largo de los siguientes años, la irrupción de la crisis del 2008 y el debate político alentado por administraciones de diverso signo acabasen configurando un modelo que ya en su primera gran evaluación, realizada por el mismo Gobierno de Rodríguez Zapatero que la había tramitado y enviado a aprobación, apuntaba “desequilibrios” y “disfuncionalidades”.

El debate instalado en el sector desde un principio, sin embargo, saltó por los aires con la eclosión de la pandemia en los meses de marzo y abril, cuando se evidenció que el sistema tenía los pies de barro y las residencias de ancianos habían sido incapaces de responder a una emergencia sanitaria y en muchos, casos abandonadas a su suerte entre el desconcierto y la indignación de usuarios y familiares.

¿Por qué el sistema sanitario público dejó en manos de instituciones adscritas al ámbito social el mayor problema de salud pública de las últimas décadas? Más allá del debate competencial e incluso ético, este triste episodio ha evidenciado la necesidad de reformular un modelo que no satisface ni a las administraciones que lo gestionan bajo un tenso sistema de corresponsabilidad, ni a la patronal ni a los sindicatos. Todos coinciden en una

notable falta de financiación y de reconocimiento, aunque el debate, que se desarrolla en mesas de negociación de diversos ámbitos territoriales, sigue sin concreciones, más allá de declaraciones institucionales como la que realizó el Parlament de Catalunya en julio o el pacto de Estado por la Dependencia que aprobó el Parlamento de Andalucía y presenta mañana en Madrid.

“Ha pasado lo que ha pasado y aún así seguiremos sin aprender la lección porque la gente aún cree que el sistema de dependencia debe de ser un modelo *low cost*, casi de caridad, donde el sistema sanitario, además, pueda descargar parte de sus gastos”, señala Juan José García Ferrer, secretario general de la Asociación y la Fundación Lares, dos entidades que agrupan a los centros y servicios de atención a los mayores sin ánimo de lucro. “No conseguiremos ningún avance hasta que

el sistema de dependencia tutee de igual a igual al sistema sanitario, porque es tan importante curar como cuidar”, añade.

El sector atiende a día de hoy a 1,2 millones de personas con dependencia reconocida –la gran mayoría, mayores de 65 años–, básicamente residencias, centros de día y otros espacios sociosanitarios y programas de atención domiciliaria. Otras 300.000 están en trámite. Las plazas de residencias rondan las 380.000 en toda España. Sin embargo, la pirámide poblacional hace prever que en solo diez años la cifra de dependientes supere los 2,1 millones. Lo que ya de por sí exige una importante reestructuración del sector. También lo aconseja la evolución de la edad y esperanza de vida de los residentes, que ha pasado también en solo una década de los 4,5 años –habían llegado a ser hasta 8– a los 2,5 actuales sin que por →

=====

**En su primera gran evaluación, la ley de Dependencia ya presentó diversas dudas**

=====

**“No vamos a aprender la lección si creemos que el sistema debe ser ‘low cost’”**

EN PORTADA  
UN MODELO EN CUESTIÓN

997 Euros brutos mensuales es lo que cobran los auxiliares de geriatría, según el convenio estatal del sector



Dos militares desinfectan una residencia en Viladecavalls

DATO

1,2

Millones de dependientes  
En su gran mayoría tienen más de 65 años y la pirámide poblacional puede hacer que superen los 2,1 millones en sólo una década

ANA JIMÉNEZ

# La sanidad como espejo

→ ello se hayan producido cambios ni en el modelo de atención ni estructural de los centros. Ni, evidentemente, en la dotación presupuestaria. Según la patronal, actualmente hasta un 97% de los residentes sufre patologías crónicas avanzadas y más de un 60% presenta demencias o problemas físicos que requieren una atención continua.

“Este modelo no da más de sí ni desde el punto de vista jurídico ni económico. Por no hablar de la pérdida de derechos individuales a los que condenamos a los ancianos con un sistema tan rígido que deberíamos cambiar de raíz”, señala Manuel Blanco Desar, autor del estudio *Una sociedad sin hijos. El declive*

*demográfico y sus implicaciones (ED Libros). Médicos sin Fronteras también ha alertado del fracaso del actual modelo en el informe Poco, tarde y mal. El inaceptable desamparo de los mayores en las residencias durante la Covid-19 en España, que hizo público en agosto para denunciar los “déficits estructurales, de recursos y de supervisión sanitaria de estos centros”. Como todos los actores del sector, la onegé incide en las deficiencias originadas por la falta de coordinación entre residencias, centros de atención primaria y hospitales, así como entre las diferentes administraciones competentes y las empresas gestoras.*

“No podemos sanitizar las resi-

dencias, porque no las podemos convertir en hospitales de enfermos crónicos, su función no puede ser esa. Y homologar los servicios sociosanitarios con los sanitarios tampoco es realista, porque es imposible aumentar el nivel de financiación que ello exigiría. Entre una cosa y la otra debemos encontrar una fórmula intermedia, sostenible y con futuro”, señala Guillem López-Casasnovas, miembro de la comisión de reforma de la ley de Dependencia promovida por la Generalitat de Catalunya.

De hecho, la brecha presupuestaria entre estos dos ámbitos que la pandemia mezcló –en comunidades como Catalunya, Salut asumió la tutela de las residencias relevando a Treball, Afers Socials i Famílies– es acusada. Una plaza hospitalaria, por ejemplo, tiene un coste medio en España de 650 euros al día, incluyendo las de cuidados paliativos, el servicio que mejor podría equipararse al que también prestan las residencias, donde el coste medio se sitúa en 53 euros diarios, con comunidades donde las plazas de asignan a un coste de 35. Servicios de ámbito social como el que ofrecen los centros de menores tutelados representan un coste medio de 250 euros diarios por plaza.

“Más que las diferencias de precios entre las comunidades, el gran problema es que el presupuesto no se ajusta en ningún caso al coste del servicio. Tampoco tiene ningún sentido que en cada municipio o comunidad existan diferencias en cobertura. Se deben homogeneizar”, señala desde el sector Oriol Fustes, CEO de Qida, entidad asociada a la Unió Catalana d'Hospitals.

Además de estas diferencias, el sistema parte también con un déficit presupuestario estructural, como denuncia García Ferrer. “De los 1.100 millones que necesita el siste-

ma cada año, solo 820 están garantizados presupuestariamente, el resto es déficit de partida”. Un déficit que se suele repartir entre las administraciones que cubren diferentes servicios y no los cobran y la ingeniería financiera de los propios centros. Los gestionados por comunidades religiosas o del tercer sector, recurriendo a voluntarios –incluidos los miembros de las congregaciones–, donaciones y bancos de alimentos y los privados aprovechando todo tipo de acuerdos con proveedores –entre ellos las farmacias– y compensando con las cuotas de las plazas privadas el déficit que generan las concertadas.

En cuanto a las diferencias salariales, la brecha se sitúa en un también pronunciado 30% y hasta 40% entre los trabajadores de sanitarios y sociosanitarios, pese a tener la misma categoría profesional, como denuncian los sindicatos. Con el añadido de que en este baile de competencias se da la paradoja de que si bien son las autonomías las que acaban fijando el precio de las plazas residenciales y los ratios entre personal y residentes, el convenio laboral es de ámbito estatal. Un auxiliar de geriatría cobra 997 euros brutos mensuales, a los que puede sumar 18 brutos por trabajar en fin de semana y otros 18 por antigüedad.

“Es una situación de precariedad que hace que el personal de las residencias acostumbre a estar desmotivado, pluriempleado y acumule problemas de salud”, dice Pep Martínez, representante de CC.OO. en el sector en Catalunya. En cuanto al personal sanitario que presta servicio en estos centros, se da una acusada movilidad, siendo una rara excepción los facultativos que presten su servicio exclusivamente en un único centro, con su impacto sobre la calidad del servicio. ●

● ●  
NUEVOS RECURSOS

## Partidas finalistas y concursos sin precio

Las diferentes mesas sectoriales y comisiones de estudio que funcionan desde hace años en distintas comunidades y a nivel de Estado para reformular los servicios reconocidos por la ley de la Dependencia vienen recogiendo todo tipo de propuestas para afrontar el principal problema del sector: la falta de financiación. La patronal insiste en que el Estado debe fijar el presupuesto de los servicios como partidas finalistas, ya que el actual modelo, similar al de cualquier subvención, hace que un simple ingreso hospitalario de un residente obligue a modificar su expediente y siempre quede un remanente sin cubrir. Asimismo, patronal y sindicatos coinciden en que en los concursos de plazas o servicios no se tenga en cuenta el precio ofertado. Otras propuestas apuntan a que el impuesto de patrimonio que algunas comunidades han eliminado sirva para sufragar el copago de estos servicios, de la misma manera que a nivel particular los sufragan los nuevos modelos de hipoteca inversa.

Una cama de hospital tiene un coste medio de 650 euros diarios; las de las residencias están en los 53

Más de un 60% de los residentes presenta disfunciones que requieren atención continua

Médicos sin Fronteras ha incidido en la falta de coordinación entre el sistema sanitario y el asistencial

## EN PORTADA

### UN MODELO EN CUESTIÓN

100.000

**Personas** son las que tienen reconocido un grado de dependencia a causa de su edad y esperan plaza en una residencia

# “Debemos marcarnos unas líneas rojas de financiación”

**Entrevista**  
Ramón Álvarez

“**Todos nos hemos echado las manos a la cabeza con lo que ha pasado en las residencias durante los primeros meses de la pandemia. ¿Qué ha fallado? ¿Debe reformularse el sector?** Las residencias no eran el espacio para tener a enfermos de Covid, porque son comunidades donde los virus campan a sus anchas, pero fue la decisión de las autoridades porque los hospitales estaban saturados. Asumimos una responsabilidad que no nos correspondía y no estábamos en condiciones de hacerlo. Se necesitaban goteros, respiradores, médicos y enfermeros que no teníamos. Pero ante una emergencia todos tuvimos que remar juntos. Nadie nos avisó de lo que venía aunque todos los organismos sabían que nos estaban abandonando. Esta tragedia nos ha comportado una mala reputación tremenda contra la que ahora debemos luchar. La OMS señaló esta misma semana que reconocía que era un error moral responsabilizar a las residencias de las personas que habían muerto en la pandemia.

**Las residencias van seguir existiendo porque vivimos en una sociedad que envejece y es un servicio necesario. ¿Qué debe cambiar?**

El punto de partida es ese: que la demanda de atención a nuestros mayores va a seguir creciendo, básicamente porque ahora llega la generación del *baby boom* y durante más de 30 años la población con necesidades asistenciales va a ir incrementándose. El gran problema de la dependencia es que es invisible. Todos soñamos con una vejez entrañable y con estar bien hasta el último día, pero sabemos que no es así. Tenemos poca memoria y demasiada capacidad de olvidar, pero después de lo que ha pasado está claro que este es el momento de cambiar el modelo. No podemos mirar para otro lado, porque son nuestros mayores y porque ahora ya tenemos a 100.000 personas esperando una plaza.

**¿Cuáles deberían ser los principales cambios en el sistema actual?**

De entrada, deberíamos considerar que la dependencia no se puede ver como un servicio único, sino que las residencias deberían ser plataformas que ofrezcan una diversidad de servicios, a la medida de cada usuario. Nuestro sistema es muy rígido. Incluso dificultad rehacer hábitos tan simples y

satisfactorios para el residente como ir a comer el fin de semana a casa de los hijos. Debemos ser más flexibles. También en el plano económico. Un dependiente que tenga reconocido el copago debería poder invertirlo en función de sus necesidades.

**¿Está en peligro el modelo sociosanitario y universal de las residencias?**

Hace años que denunciábamos la falta de coordinación con la sanidad pública. En países con más recursos para tratar la dependencia como Suiza, Holanda o Alemania, la convivencia de la salud y del bienestar van de la mano en la atención a la gente mayor. Aquí, cuando llamamos a un CAP para

que nos atiendan parece que estamos pidiendo un favor. Todos los residentes tienen reconocido su derecho a la sanidad universal, como un paciente más, pero la realidad es que si nuestros centros no tuviesen médicos y personal sanitario propios no podríamos trabajar. En el fondo, tener 80 o 90 personas con enfermedades crónicas en un mismo equipamiento no deja de ser una ventaja para el sistema de salud pública.

**¿La fragmentación de competencias es una ventaja o todo lo contrario?**

Ese baile de competencias nos dificulta aún más las cosas. Nos debemos a ayuntamientos, consejos comarcales, diputaciones, comu-

=====

**“Después de lo que ha pasado está claro que debemos cambiar el modelo, no podemos mirar para otro lado”**

=====

**“La solución pasa por dotar al sistema de más recursos. Y para eso es necesaria la conciencia social”**



**Cinta Pascual**

Presidenta del Círculo Empresarial de Atención a Personas

La representante de la principal patronal española y catalana del sector pide cambios estructurales y una mayor dotación pública

nidades autónomas, Estado... Creo que la fórmula ideal, en lo que respecta a la financiación de los servicios, es que se estableciese un mínimo estatal para que una residencia pueda funcionar con calidad. Y a partir de ahí que cada comunidad decida qué quiere.

**¿En qué horquilla nos movemos?**

Tenemos comunidades que aportan 1.255 euros mensuales por plaza. Para poder tener una referencia: Portugal, con un salario medio 300 euros por debajo del nuestro, aporta 1.750. Nos tendría que dar vergüenza. Además hay comunidades donde las plazas públicas deben alcanzar el 70% del total, con una financiación irrisoria y sin plazas privadas que compensen el servicio público. Hay competencias delegadas, pero deben establecerse unas líneas rojas, unos mínimos de precios y ratios. No puede ser que en Navarra o el País Vasco, con un régimen fiscal propio, puedan permitirse financiar estos servicios al doble de otras. Debemos decirlo abiertamente: es imposible ofrecer un servicio de calidad a los precios que se manejan en algunas comunidades. ¿Qué queremos como sociedad? ¿Cómo queremos que esté cuidada nuestra gente mayor? Hagamos números.

**¿La solución debe pasar entonces por una mejor financiación?**

Yo planteo la misma pregunta en todos los foros: ¿Estamos capacitados para implementar un nuevo modelo mejor y más eficiente? Sí. ¿Estamos dispuestos a pagarlo? Esa es la cuestión. La solución solo puede pasar por dotar al sistema de más recursos. Y para eso es necesario la conciencia social. El copago no se puede eliminar y la corresponsabilidad tiene que quedar clara por parte de todos.

**Los sindicatos también denuncian una alta precariedad laboral en el sector.**

Todo va de la mano. Tenemos convenios mileuristas, es así. Pagar más a los profesionales que tenemos es de justicia, porque cuando nos comparamos con el sector sanitario nos entran ganas de llorar. No podemos competir con ellos, porque no tiene nada que ver lo que cobra un auxiliar de clínica o un auxiliar de geriatría.

**A la hora de abordar todos estos cambios, ¿en qué punto nos encontramos?**

Hemos reemprendido todas las mesas de diálogo a todos los niveles competenciales. El Gobierno debe enviar fondos a las comunidades y deben ser fondos finalistas. No solo fondos para la dependencia o para servicios sociales, fondos con nombres y apellidos: aumentar los salarios, incrementar los ratios, aumentar la atención domiciliaria, copagos a los centros de día... Y sobre todo marcar esos mínimos. Debemos empezar a entender que es un servicio muy importante y de mucha necesidad. Que debería ser valorado como lo es la sanidad.