



COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS



Cuidados de larga duración y recursos residenciales geriátricos en Asturias

Junio 2023

Actualización a 1 de septiembre de 2023

#MonografíasOECA

Número 4



COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS



Cuidados de Larga Duración y sistema residencial en Asturias: ¿riesgo de colapso?

Equipo OECA

©CODEPA

ISBN: Pendiente.

Esta publicación está sujeta a derechos de propiedad intelectual, correspondientes al Colegio de Enfermería del Principado de Asturias, pero se distribuye bajo una licencia Creative Commons que permite su libre distribución, total o parcial, siempre que: a) sea sin ánimo comercial; b) se distribuya bajo el mismo tipo de licencia; c) se cite la publicación original como:

Observatorio de Enfermería y Cuidados de Asturias, *Cuidados de Larga Duración y sistema residencial en Asturias: ¿riesgo de colapso?* CODEPA, Oviedo (2023).

Más información en oeca@codepa.es.



La base de datos de Centros Residenciales Gerontológicos que hemos construido es de acceso público; está en formato xlsx (Excel) y solo 'pesa' 34 Kb; también está disponible en Access (2.000 Kb) y csv (30 Kb). No hay más que solicitarla a oecca@codepa.es, indicando el formato deseado. A esta misma dirección de correo, pueden hacernos llegar cualquier comentario, sugerencia o duda.

Cuidados de larga duración y recursos residenciales geriátricos en Asturias.

Contenido:

1. Presentación.....	5
2. Resumen Ejecutivo.....	9
3. Los retos de una sociedad extraordinariamente longeva ...	17
3.1. Destacamos en todos los rankings asociados a la longevidad .	17
3.2. Factores cualitativos.....	32
3.2.1. Soledad y aislamiento social	32
3.2.2. Autopercepción del estado de salud	37
3.2.3. Pluricronicidad.....	39
3.3. La atención sanitaria en una sociedad longeva	41
4. La inevitable crisis del <i>modelo mediterráneo</i> de CLD.....	49
5. Los CLD y el sector residencial en Asturias	59
5.1. Las organizaciones.....	59
5.2. Los profesionales.....	63
6. El sector residencial gerontológico en Asturias	73
6.1. Dotación general de recursos	73
6.2. Características de los centros	75
6.3. Distribución territorial	78
6.4. Patronales y sociedades del sector	84
6.5. La necesidad de datos	87

Índice de Gráficos:

Gráfico 1. Mediana de Edad. España-CCAA, 2022.	20
Gráfico 2. Evolución 2012-2022 de la Mediana de Edad, España y Asturias.	20
Gráfico 3. Evolución 2013-2023, población 80+ años (%). España y Asturias.	22
Gráfico 4. Evolución 2013-2022, Población <15 años. Ámbitos seleccionados.	28
Gráfico 5. Tasa de Fertilidad. España-CCAA, 2021.	30
Gráfico 6. Evolución 2013-2022, Población de 80 y más años. Ámbitos seleccionados..	31
Gráfico 7. Evolución 2013-2022 Población 14- y 65+. UE-27, España y P. Asturias.	31
Gráfico 8. Variación 2013-2022, Población 14- y 65+. EU-27, España y P. Asturias.	32
Gráfico 9. Personas 16+ años que viven solas. % 2020 y Evolución 2013-2020.	33
Gráfico 10. Personas 65+ años que viven solas. % 2020 y Evolución 2013-2020.	34
Gráfico 11. Población 85+ años que viven solas. % 2020 y Evolución 2013-2020.	34
Gráfico 12. % Personas que afirman no tener apoyo social. España-CCAA, 2020.	35
Gráfico 13. Desempleo enfermero, Evolución 2012-2023, TAM-12. España.	67
Gráfico 14. Colegios de Enfermería, Índice de Envejecimiento. España-CCAA, 2021. ...	68
Gráfico 15. Grado de Enfermería, matriculados x 1.000 hab. España-CCAA, 2019.	68
Gráfico 16. Titularidad de los centros residenciales gerontológicos.	75
Gráfico 17. Titularidad de las plazas residenciales gerontológicas.	75
Gráfico 18. Sector de las plazas residenciales gerontológicas.	76
Gráfico 19. Financiación de las plazas residenciales gerontológicas.	77
Gráfico 20. Número medio de plazas por Sector.	77
Gráfico 21. Plazas residenciales gerontológicas x 1.000 hab. España-CCAA, 2020.	78
Gráfico 22. % Plazas residenciales y población de 65+ por Área de Salud.	81
Gráfico 23. Diferencial Plazas - Personas de 65+ por Área de Salud.	81
Gráfico 24. Ratios de plazas residenciales gerontológicas por Área de Salud.	83
Gráfico 25. Tasa de cobertura de Plazas de Financiación Pública por Área de Salud.	83
Gráfico 26. Tasa de cobertura de plazas de financiación pública por Área de Salud.	84

Índice de tablas:

Tabla 1. Intensidad y Medios de intervención y recursos residenciales. UE-27, 2019.	51
Tabla 2. Concejos sin CRG.	79

Índice de mapas:

Mapa 1. Esperanza de vida al nacimiento, UE-27, 2021.....	17
Mapa 2. Esperanza de vida al nacimiento, España-CCAA. 2021.....	18
Mapa 3. Mediana de Edad. UE-27, 2022.	19
Mapa 4. 5. Población con 80 y más años. España-CCAA, 2022.	21
Mapa 5. % Población con 80 y más años. UE-27, 2022.	23
Mapa 6. Índice de Envejecimiento. España-CCAA, 2022	24
Mapa 7. Índice de Envejecimiento. UE-27, 2022.....	25
Mapa 9. % Población menor de 15 años. España-CCAA, 2022.....	26
Mapa 10. % Población menor de 15 años. UE-27, 2022.....	27
Mapa 11. Tasa de Fertilidad. UE-27, 2021.....	29
Mapa 12. % que califica su Estado de Salud como Bueno. España-CCAA, 2020	38
Mapa 13. % Personas con alguna enfermedad crónica. España-CCAA, 2020	40
Mapa 14. Gasto en CLD en % del PIB. UE-27, 2020.....	49
Mapa 15. Gasto en CLD en % del Gasto Sanitario total. UE-27, 2020	50
Mapa 16. Tasa de cobertura residenciales por concejos.....	80
Mapa 17. Tasa de cobertura de plazas residenciales gerontológicas por Área de Salud.	82

Las demandas sobre los sistemas de salud no tienen una única solución. La respuesta no se encuentra solo en un plan de recursos humanos viable o en la construcción de nuevas infraestructuras y la renovación de los equipamientos existentes. No se trata simplemente de resolver la crisis de retención de profesionales o el cambio cultural en la atención sanitaria. Unas retribuciones justas, por sí solas, no resolverán el problema. Las complejidades son obvias, las soluciones son muchas, familiares e interconectadas, pero unir los puntos parece una tarea más allá de nuestras capacidades.¹

1. Presentación

El envejecimiento de la población, esta transición demográfica a la *sociedad longeva* que ya es una realidad y de la que el Principado de Asturias es uno de los principales exponentes a nivel mundial, está induciendo un cambio de paradigma (o más modestamente, de modelo) en los servicios de salud y de cuidados que resulta insoslayable; es posible seguir retrasándolo, pero cuanto más se posterguen los cambios, más traumáticos resultarán cuando el sistema colapse –que conste: aún estamos a tiempo de evitarlo–, no solo para los ciudadanos y los profesionales, sino también para los reguladores, es decir, el ámbito político de decisión.

Algunos sectores económicos en los que resultan decisivas las políticas públicas y en los que repercute gravemente esta transición demográfica, como por ejemplo el sistema de pensiones, solo admiten dos aproximaciones (absolutamente compatibles entre sí): sobre el ámbito subjetivo –el número de personas que tienen acceso, actuando sobre todo sobre las prestaciones no contributivas– o sobre el ámbito objetivo –el sistema de cálculo que da lugar al importe de cada prestación–. En esta, como en otras políticas públicas, no parece posible un cambio de paradigma o de modelo global, aunque sí experiencias más cualitativas o culturales.

¹ K Abbasi, *Health is complex, the solutions are long term*. BMJ 2023; 381.
DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.p1297>.

Afortunadamente, en el sector sociosanitario sí es posible. Así lo exponen, en base a las mejores evidencias, muchos de los centros de pensamiento más avanzados del mundo. Tenemos, pues, una posibilidad de evitar el riesgo de colapso que se cierne sobre nuestros servicios asistenciales del ámbito sanitario y del social. Pero ello supone empeñarse en darle la vuelta a la actual situación de devaluación social, profesional y política del cuidado a las personas (*miserabilización* del cuidado) y convencer al sector residencial de que una mayor profesionalización (empezando por atraer a más enfermeras con competencias de alto valor añadido profesional y organizacional) mejora la eficiencia, la seguridad de los residentes y sus costes secundarios derivados (efectos adversos); y también la reputación del sector, absolutamente maltrecha tras el terrible shock de 2020 (es cierto que en Asturias no fue tan grave como en otras comunidades autónomas).

Esta monografía va precisamente de esto, de proponer, frente al pesimismo imperante, que el cambio de paradigma es posible, si bien debe ir precedido necesariamente de un cambio cultural, es decir, de la manera en que percibimos y procesamos la realidad. La percepción está condicionada por la forma en que miramos, que tiene mucho que ver con el lugar que ocupamos en el sistema: desde dónde miramos (reguladores, empresarios, directivos y gestores, pacientes, familiares, profesionales...). En el procesamiento de lo que vemos, o creemos ver, tiene mucha más relevancia la alineación entre lo observado y nuestros propios intereses, lo que se conoce como *disonancia cognitiva*: si nuestra percepción de la realidad es disonante con nuestros valores e intereses, es más sencillo, y hasta más propio de humanos, cambiar la primera, que los segundos.

Otro problema es que, para avanzar, sería necesaria una visión de conjunto, sistémica; por ejemplo, no valen propuestas para la atención primaria que no tengan en cuenta sus repercusiones potenciales en los restantes niveles asistenciales, incluyendo el residencial gerontológico; o en los servicios de salud, que no tengan en cuenta sus implicaciones en los servicios sociales, y viceversa.

Sin embargo, parece muy difícil, por no decir imposible, que todos los agentes que intervenimos en las políticas públicas –empezando, naturalmente, por los políticos; siguiendo por los operadores privados y acabando en los profesionales– hablemos entre nosotros y encontremos unos mínimos puntos de encuentro para intentar evitar el más que anunciado colapso de los sistemas sanitarios y de los cuidados de larga duración. Y es una pena porque si remáramos todos en la misma dirección seríamos capaces de enderezar el ritmo y la dirección de nuestro objetivo común: la sociedad y nuestros pacientes y usuarios. Y un mayor nivel de satisfacción y motivación de todos los profesionales.

Esteban Suárez Gómez.

Colegio Oficial de Enfermería del Principado de Asturias, presidente.

Juan F. Hernández Yáñez,

Observatorio de Enfermería y Cuidados de Asturias, director.

2. Resumen Ejecutivo.

El 22 de junio de 2023, el Colegio Oficial de Enfermería del Principado de Asturias (CODEPA) presentó su monografía *El sistema residencial de Asturias, en riesgo de colapso*, que aporta, entre otros materiales, la primera *radiografía* del sistema de residencias para mayores de la Comunidad Autónoma.

Mediante un sistema de preguntas y respuestas, estas son sus principales aportaciones.

¿Cuáles son las principales características del sistema residencial gerontológico asturiano?

Existen en la Comunidad Autónoma² **233 residencias** para mayores:

- » **185 privadas (79%):**
 - 162 privadas empresariales (86%).
 - 23 del tercer sector (sin ánimo de lucro) (14%).
- » **48 públicas (21%):**
 - 27 de la administración autonómica con gestión directa (56%).
 - 8 de la administración autonómica con gestión indirecta (17%).
 - 13 de la administración local (27%).

Su dotación es de **15.108 plazas**, que se distribuyen de la siguiente manera:

- » **9.381 de financiación privada (62%):**
 - 6.884 privadas empresariales (73%).
 - 2.497 del tercer sector (27%).
- » **5.727 de financiación pública (37%):**
 - 3.540 de la administración autonómica (62%).
 - 331 de la administración local (6%).

² A 30 de junio de 2023.

- 1.856 privadas concertadas (32%).

Según las tablas del CSIC-Envejecimiento en Red (septiembre de 2020), esta dotación de plazas situaría a Asturias en el quinto lugar del ranking de CCAA; nuestra tasa (55) nos sitúa 13 puntos porcentuales por encima de la media estatal (42), lo que en términos relativos representa una dotación un 31% más alta.

Sólo 22 de los 78 **concejos** asturianos carecen de centros residenciales gerontológicos (en adelante, CRG) en sus términos municipales. De los restantes 56, hay 5 que superan la dotación de 100 plazas/1.000 personas de 65+ años, mientras que los valores más bajos oscilan entre 22 y 35.

La cobertura media de las plazas en los CRG por **Área de Salud** (AS) es de 57 por 1.000 habitantes³, oscilando entre las 29 de la AS II (cabecera, Cangas del Narcea) y las 72 de la VI (Arriondas).

En cuanto a las **plazas de financiación pública** (públicas + privadas concertadas), con una cobertura media del 21%, el Área VIII (Langreo, 26) ya no ocupa un lugar muy destacado como zona de alta dotación, dejando al Área VI (39) como único *outlier* en la zona superior, al tiempo que el Área I (Jarrio, 7) lo hace en la zona baja. El resto se sitúa entre los 13 puntos del Área II y los 26 del Área VIII.

¿Cuál es la demanda residencial en Asturias?

En el momento de cierre del documento original (25 de mayo de 2023), había 2.134 personas en Asturias en **lista de espera** para acceder a una plaza de financiación pública en un CRG, según datos del Organismo Autónomo ERA (a 25 de mayo de 2023). Esta cifra supone el 37% sobre las 5.727 plazas de financiación pública actualmente ocupadas. Además, suponen un incremento de 215 sobre los 1.919 que había a 25 de abril: un 11% en un solo mes; y casi 500 (496) sobre las 1.638

³ El dato de CSIC es algo más bajo, como hemos visto (55), ya que corresponde a 2020.

que había a 26 de marzo, un 31%. Una tasa de crecimiento realmente preocupante que señala un cierto y próximo colapso del sistema.

Desde esos datos de mayo, el ERA no ha vuelto a actualizarlos, al menos a 1 de septiembre de 2023.

¿Cómo va a evolucionar esta tendencia?

Con una presión sobre los servicios sanitarios y sociales cada vez más fuerte, ya que cada año la población asturiana de 65+ años crece (promedio 2012–2022) en 2.800 personas.

Según datos de *Observatorio Asturiano de Servicios Sociales*⁴, el 5,7% de las personas de 65+ años ocupa plaza en un CRG, con lo que serán en torno a 160 quienes **ingresen en la lista de espera cada año**, considerando solo los efectos del crecimiento vegetativo de la población; porque por otro lado, al ir creciendo la edad mediana de la población asturiana, habrá otra presión: las necesidades crecientes, y cada vez más complejas, de CLD de ancianos cada vez más longevas; entre esas necesidades, naturalmente, las de servicios residenciales.

¿Existen otras causas, además de las demográficas?

Existe una segunda causa que, según los expertos, tiene que ver con nuestro **modelo de CLD** (denominado *mediterráneo* porque lo compartimos con Italia y Portugal). Se caracteriza por una intervención del estado más bien moderada y en la que priman las aportaciones económicas a las familias sobre la inversión directa (o privada, fiscalmente incentivada) en recursos asistenciales. Como consecuencia, mientras el **gasto medio en CLD** en la Unión Europea fue en 2020 (último año disponible en *Eurostat*) del 1,81 del PIB, en España fue poco más de la mitad, 0,97

⁴ https://observass.com/symfony/web/versiones/may_aloj.

Eso explica en buena medida que haya en España un **déficit de 75.000 plazas residenciales**; nada menos que 30.000 de ellas para personas mayores con un grado de dependencia entre ninguno y moderado (lo que antes se denominaba “válidos”).

¿Cuáles son las repercusiones, en términos sociales y sanitarios?

El envejecimiento poblacional trae consigo unos efectos complicados de gestionar. El principal de ellos es la pluricronicidad. Pero existen también algunos **determinantes personales y sociales que influyen sobre la salud y el bienestar personal**, que se analizan en el documento con detalle, no solo para la población de mayor edad. Tomados todos estos hechos en conjunto, la sociedad española, y con ella la asturiana, no se enfrenta a una serie de problemas, cada uno con un responsable bien identificado –sistema sanitario, sistema educativo, servicios sociales, ONG y voluntariado, alojamiento y equipamientos comunitarios...–, sino a un diagnóstico y tratamiento más amplios que deberán implicar sinérgicamente a todas las políticas públicas.

¿Cómo influirá el anunciado colapso de los servicios de salud?

Quienes abordan los problemas de la sanidad pública, muy especialmente el de la Atención Primaria, como un **problema de oferta** (“denme más médicos, más especialidades médicas, más camas, más tecnología y sanaré la sanidad pública”) no hacen sino conducirla hacia el colapso que supuestamente tratan de evitar.

Realmente, **el problema no es de oferta, sino de una demanda inasumible** con el actual modelo biomédico y reactivo. Ya lo dijo *The Economist* hace más de 10 años: tratar los problemas del siglo XXI con un enfoque de atención médica del siglo XX necesitaría un número imposible de médicos.

En sus orígenes, la **Atención Primaria** era una puerta de entrada al sistema altamente resolutoria. Su gestión de la demanda era sencilla: los que entran (nuevas demandas asistenciales) por los que salen (pacientes atendidos, bien con alta o

tratamiento pautado para revisión y alta, bien derivados al especialista de referencia). Hoy en día, con la *epidemia* de la pluricronicidad, ya no es así: **el 70% u 80% de los pacientes no son curables**, por tanto se embalsan y **bloquean o demoran gravemente a los que quieren entrar**. Es un modelo reactivo.

Se impone, por tanto, un **cambio radical de modelo** que trate de evitar que las necesidades de cuidados de las personas se conviertan en demandas asistenciales, es decir, un modelo proactivo. El objetivo es **mantener en sus domicilios, sean hogares o residencias, lo más sanos y funcionales posible a nuestros mayores** y en general a las personas con necesidades de Cuidados de Larga Duración. Esta es una tarea y objetivo, básicamente, de las enfermeras comunitarias.

Pero no podemos esperar pasivamente hasta que esta hoja de ruta se haga realidad, es evidente que tardaremos en llegar a una situación deseable que vaya reduciendo las demandas asistenciales, tanto sanitarias como socio-asistenciales. Así que es necesario **mejorar la capacidad de respuesta de los servicios sociales**.

El factor profesional: (1) las enfermeras rehúyen las residencias privadas.

La **crisis pandémica de 2020** puso de manifiesto (con una inédita crueldad) algunos de los graves problemas estructurales del sector residencial gerontológico. Uno de ellos fue el de la **atención sanitaria a los residentes**. La Estrategia de CLD de la Consejería de derechos sociales y bienestar asturiana (**cuidAS**) propone principalmente una mayor coordinación con los centros de salud y en los cuidados en el hogar (en lo que desde el CODEPA coincidimos como enfoque general), si bien admite, un poco de pasada, la falta de *«figuras profesionales que coordinen en los servicios y centros el diseño de los planes de apoyos o atención personalizada y su acompañamiento»*. Estas figuras existen y la principal se llama enfermeras comunitarias y especialistas en geriatría.

Pero un problema notorio de las residencias privadas es precisamente la **falta de enfermeras**. Al margen de otros problemas de atractividad, la razón fundamental radica en las **retribuciones**, que son (al menos) un 50% superiores en una residencia pública, que en una privada. En el documento quedan cuantificadas.

Cuando existía un ejército de reserva, conformado por miles de enfermeras desempleadas, había efectivos para todos, ya que para la mayoría de los profesionales, peor es estar sin empleo que con un empleo precario y/o mal retribuido. Hoy en día, la profesión enfermera está en una situación técnica de pleno empleo (por debajo del 1%).

Pero en lugar de enfrentar el problema desde su raíz (ir equiparando las retribuciones de las categorías que no puede reclutar), **la patronal ha intentado – legítimamente– encontrar otras fórmulas**: a través de una diputada socialista fue presentada una Proposición no de ley para la creación de un ciclo formativo de grado superior (*Técnico superior en gestión de servicios en centros gerontológicos*), que salió adelante en Comisión con 33 votos a favor y dos abstenciones. El ciclo no formaba parte de la familia sanitaria, sino de la de servicios socioculturales. Por ello, el Tribunal Supremo se encargó de frustrar este atajo, al anular aquellos aspectos del Real Decreto donde se aprobaba la Cualificación *Supervisión de la atención sociosanitaria para la promoción de la autonomía personal* en los que se invadían claramente competencias enfermeras sanitarias.

Las normas no ayudan a que se exijan ratios de enfermería suficientes en las residencias. Esto es porque se sigue viendo a la enfermera como un ATS que hace técnicas concretas a los pacientes, no como un profesional capaz de diseñar y gestionar y evaluar planes de cuidados centrados en las personas. Esto contribuye a la **miserabilización del cuidado** a la que nos referíamos en la Presentación.

La realidad es que no hay ya enfermeros que se resignen a ser la mano de obra barata que oferta el **VIII Convenio Marco Estatal** (un Convenio, por cierto,

que no impide que patronales y sindicatos asturianos decidan libremente el suyo propio: es un marco de mínimos que debe ser rebasado si se quiere obtener una respuesta de la profesión que ayude a mejorar la situación).

Pero, mientras se va produciendo esta mejora hipotética, **el papel de las – escasas– enfermeras en las residencias debe ser de alto valor profesional** y empresarial añadido: por ejemplo, la elaboración, supervisión y evaluación de programas esenciales, como prevención de caídas y úlceras por presión; alternativas a la sujeción mecánica de personas con demencias; planes de deshabitación de benzodiazepinas y opioides; adherencia a los tratamientos terapéuticos y correcta administración de los prescritos (naturalmente, allí donde no existan convenios con las farmacias comunitarias); fomento de estilos de vida –alimentarios, cognitivos, sociales, de higiene personal o ejercicio– saludables, etc.

Una de las claves que se viene pidiendo desde el Codepa para conseguir más enfermeras es liberarlas de la incompatibilidad en los servicios de salud, de forma que puedan ejercer simultáneamente en el sector privado sociosanitario. Otra cuestión interesante para atraer enfermeras es **hacer que la profesión en Asturias sea más atractiva profesionalmente** (reconocimiento y ejercicio de las especialidades, desarrollo de la autonomía, prescripción y gestión de la demanda, competencias de gestión, soporte a la investigación, estabilidad laboral...). En Asturias, en este sentido, siempre vamos con cierto retraso frente a otras comunidades...

Con seguridad, las residencias más pequeñas no tendrán *músculo financiero* para contratar la enfermera especialista que necesitarían, pero sí es posible **mancomunar el servicio** entre varias de la misma zona o área, ya que son actividades que no requieren presencia continuada en cada centro, mediante iniciativas emprendedoras de **sociedades profesionales enfermeras**, reconocidas en la Ley de sociedades profesionales de 2007. Hay, además, numerosos

referentes internacionales que muestran su viabilidad y sus buenos resultados en términos de resultados en salud y financieros.

El factor profesional: (2) No se producen suficientes enfermeras en Asturias.

Esto, desde el lado de la demanda, pero desde el de la oferta, la Universidad de Oviedo solo genera plazas para 3 de cada 4 asturianos/as que se matriculan en el Grado en Enfermería (por no hablar de los que hubieran deseado matricularse y finalmente no lo hicieron), de manera que cada año unos 65-70 tienen que matricularse fuera de la CA para estudiar. Futuros profesionales que también considerarán, al finalizar sus estudios, las ofertas laborales que les propongan en la CA donde han estudiado estos cuatro años.

Es imprescindible y a corto plazo:

- a. Incrementar las plazas que oferta la Universidad de Oviedo (en Asturias no hay ninguna universidad privada que supla esta falta de capacidad).
- b. Conseguir retener a quienes acaban el Grado en UNIOVI.
- c. Conseguir que retornen los graduados/as que tuvieron que salir a estudiar a otra CA (la cual hará lo posible para que no lo hagan, porque el problema afecta a casi todo el país).
- d. Atraer a profesionales de otras CCAA.

Los puntos b), c) y d) solo son alcanzables mediante una oferta de condiciones laborales (básicamente, estabilidad en el empleo y reconocimiento en las plantillas orgánicas de las plazas de enfermera especialista) y retributivas altamente competitivas con las de las otras CCAA.

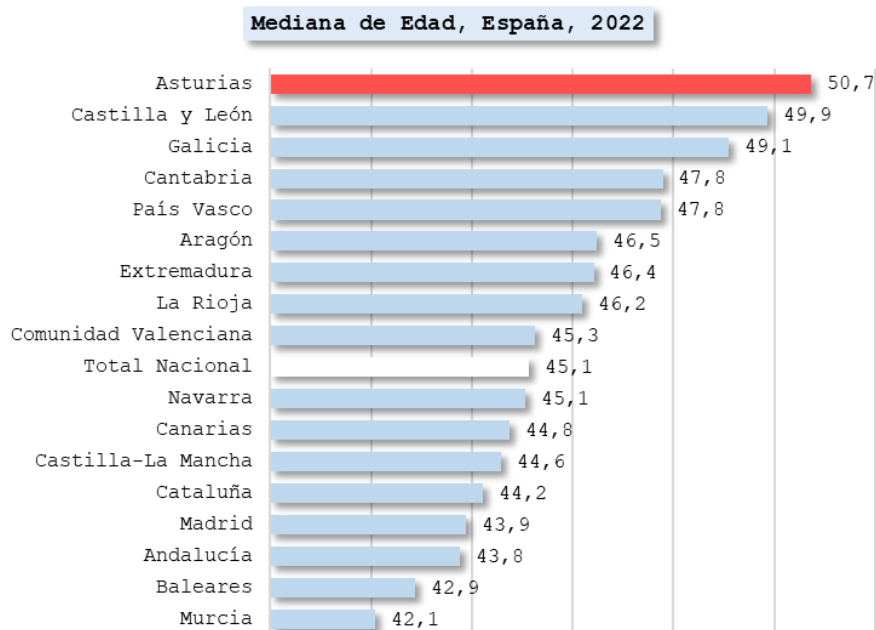


Gráfico 1. Mediana de Edad. España-CCAA, 2022.

Como puede verse en el siguiente gráfico, la evolución en Asturias y en el conjunto de España sigue una misma pauta ascendente, bastante regular, con entre 5,4 y 6,0 años de diferencia (actualmente, 5,6):

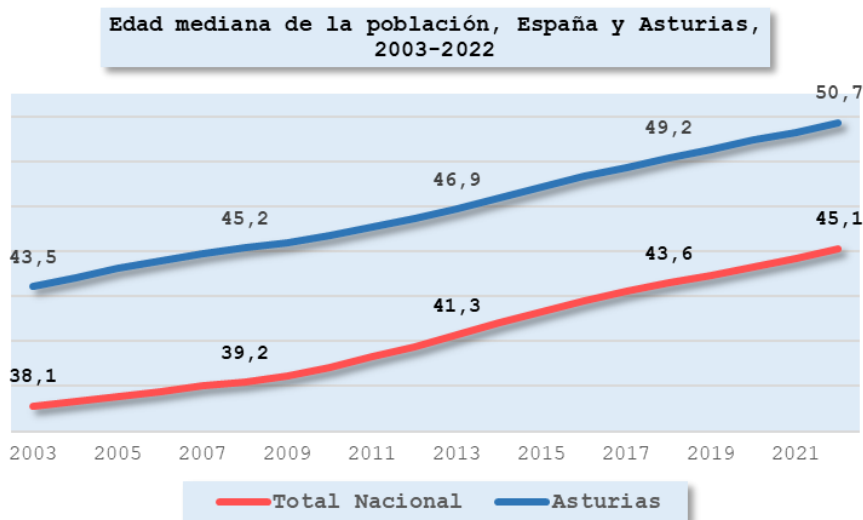
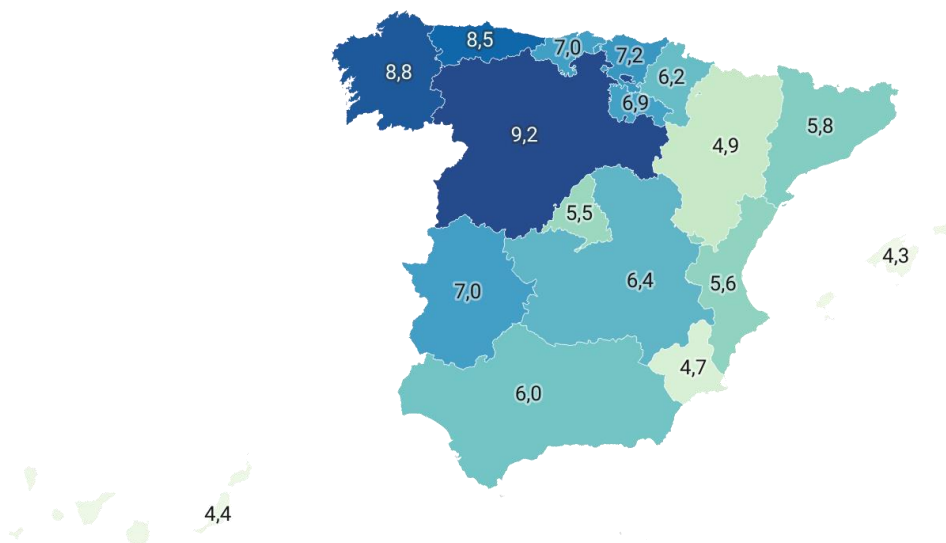


Gráfico 2. Evolución 2012 2022 de la Mediana de Edad, España y Asturias.

También somos la tercera CA con mayor porcentaje de población de 80+ años (8,46%), frente a una media nacional del 6,02% y solo superados por Galicia (8,82%) y Castilla y León (9,19%).

% Población con 80+ años. Comunidades autónomas, 2022

Media nacional = 6,02



Mapa: OECA • Fuente: INE • Creado con Datawrapper

Mapa 4. 5. Población con 80 y más años. España-CCAA, 2022.

No obstante, esta tasa va descendiendo a mayor ritmo en Asturias que en el conjunto del estado; alcanzó un pico de 8,85% en 2017 y 2018, pero ha declinado a un ritmo de una décima por año.

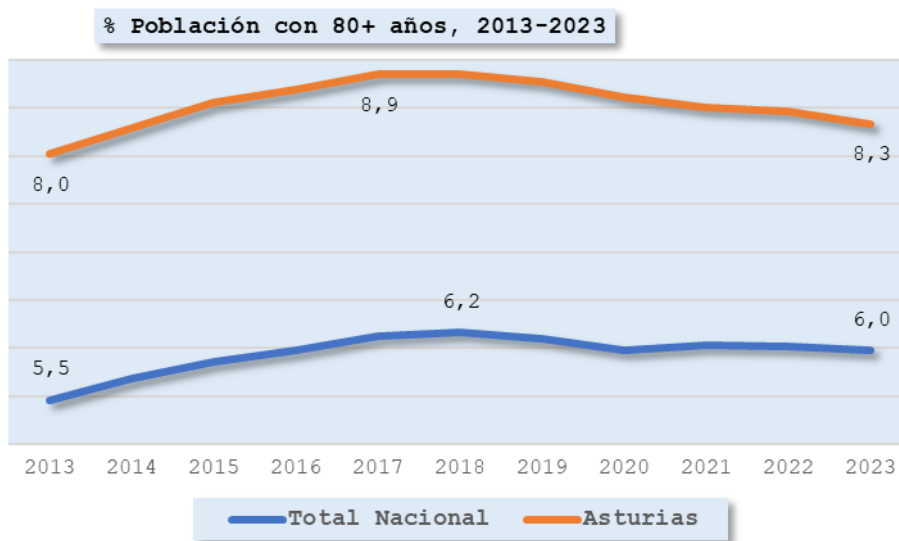
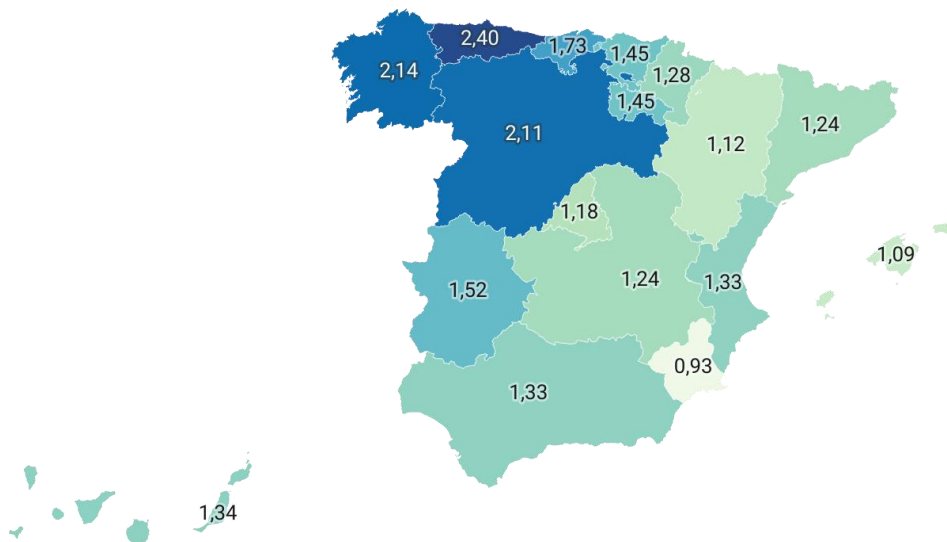


Gráfico 3. Evolución 2013-2023, población 80+ años (%). España y Asturias.

El promedio de la UE es del 6,1% y ese 8,3% de nuestra Comunidad Autónoma supera claramente al país europeo con mayor tasa (Italia, con un 7,6%):

Índice de Envejecimiento, Comunidades autónomas, 2022

Media Nacional = 1,33



Mapa: OECA • Fuente: INE • Creado con Datawrapper

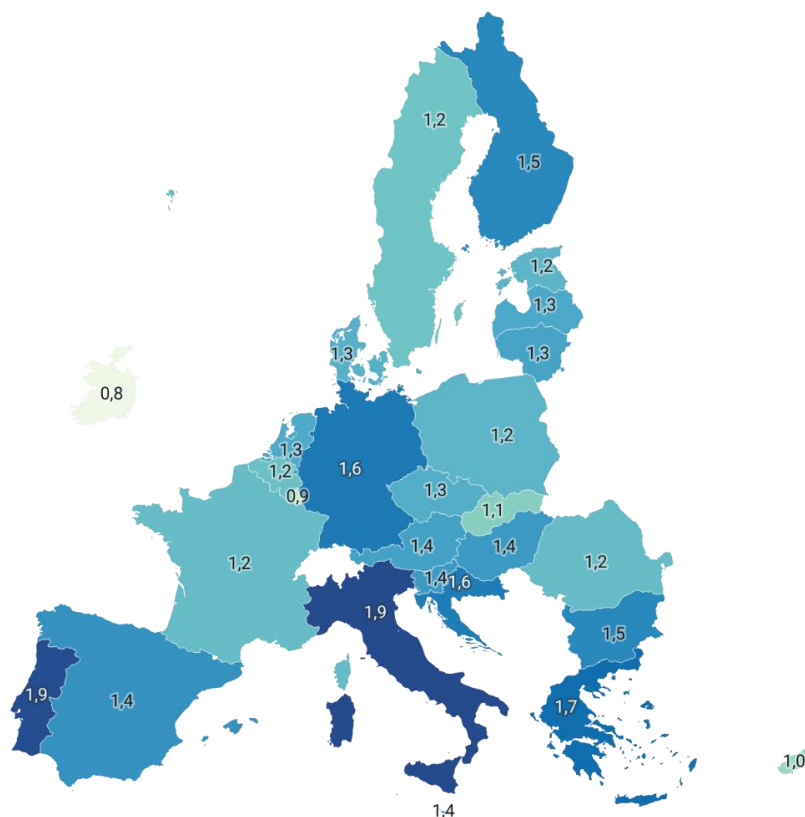
Mapa 6. Índice de Envejecimiento. España-CCAA, 2022

En las estadísticas europeas, Eurostat da a España un valor de 1,44, siendo Italia el país con un IE mayor (1,87) e Irlanda, el más bajo (0,76).

Índice de envejecimiento

UE-27 2022

0,76 1,87



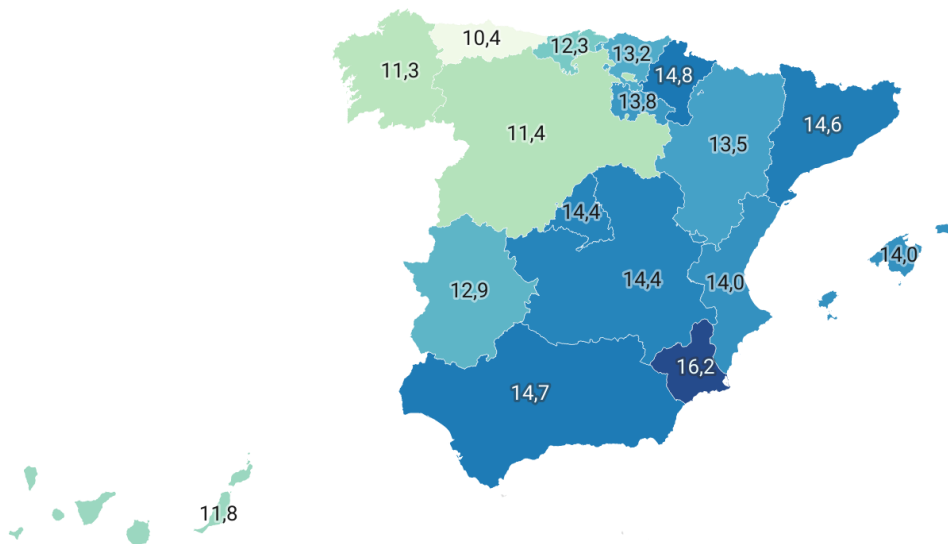
Mapa: OECA • Fuente: Eurostat • Creado con Datawrapper

Mapa 7. Índice de Envejecimiento. UE-27, 2022.

Ya hemos visto que tenemos un problema demográfico en el IE con el numerador (personas mayores), pero sucede que también lo tenemos con el denominador (personas más jóvenes). Asturias, con un 10,4%, es la CA con menor proporción de jóvenes (menores de 15 años), a más de tres puntos de la media nacional (13,9) y a casi 6 puntos de distancia de la CA con la mayor tasa (Murcia, 16,2).

% Población menor de 15 años. Comunidades autónomas, 2022

Media nacional = 13,9



Mapa: OECA • Fuente: INE • Creado con Datawrapper

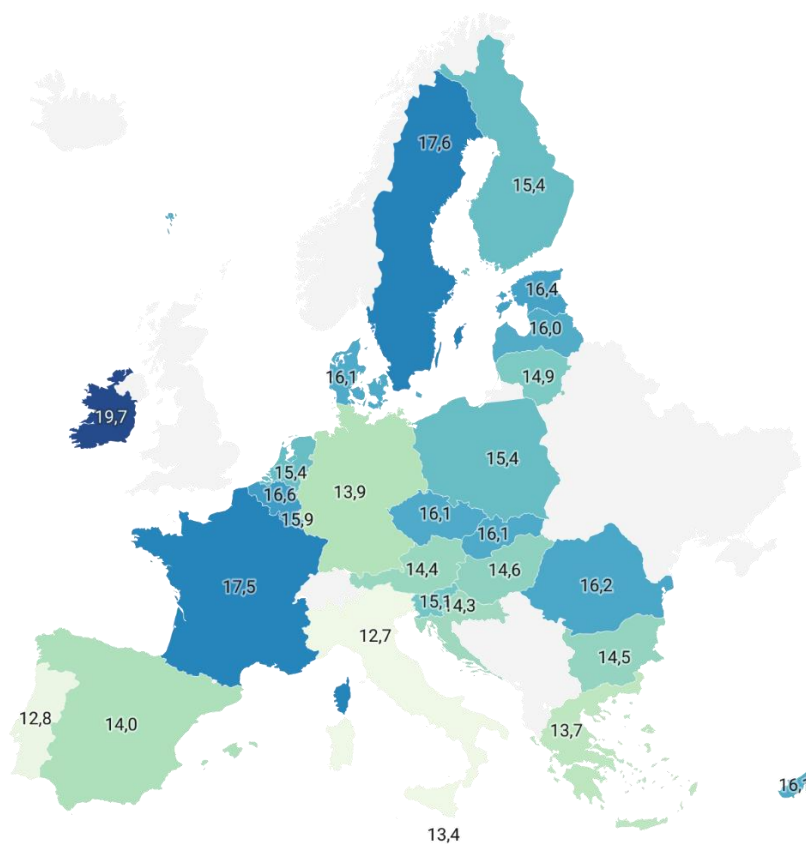
Mapa 8. % Población menor de 15 años. España-CCAA, 2022

De hecho, no hay ni un solo país de los 27 que conforman la Unión Europea con una tasa más baja que Asturias. El promedio en la UE es de un 15%, siendo Italia el país con una menor tasa (12,7%), la cual es 2,3 puntos superior a la del Principado de Asturias. Además de Italia, otros tres países mediterráneos se encuentran entre los cinco primeros de la Unión⁸: Portugal (12,8), Grecia (13,7) y España (14,0).

⁸ La única excepción no mediterránea es Alemania, que se sitúa una décima por debajo de España (13,9).

% Población menor de 15 años, UE-27, 2022

Promedio EU-27 = 15,0



Mapa: OECA • Fuente: Eurostat • Creado con Datawrapper

Mapa 9. % Población menor de 15 años. UE-27, 2022

La tendencia demográfica con respecto al peso de la población juvenil es claramente menguante en toda Europa; en esta gráfica con la evolución en los últimos 10 años solo incluimos, para que no sea muy confusa, el país con mayor tasa de jóvenes (Irlanda), el que la presenta menor (Italia), España, la media de la UE-27 y el Principado de Asturias⁹:

⁹ Hay ligeras diferencias entre algunos de los datos nacionales que utiliza Eurostat y los del INE, debido a las operaciones de normalización entre las diferentes estadísticas nacionales, así como el período de referencia. Por ejemplo, con este indicador: 13,9 (INE) y 14,0 (Eurostat)

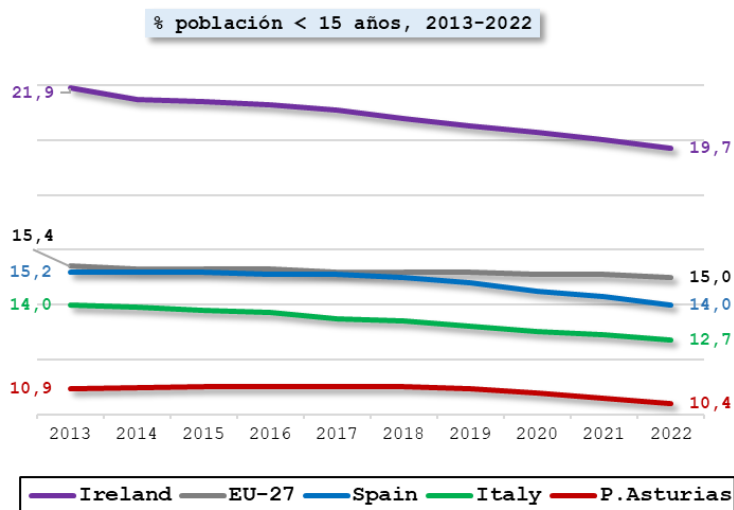
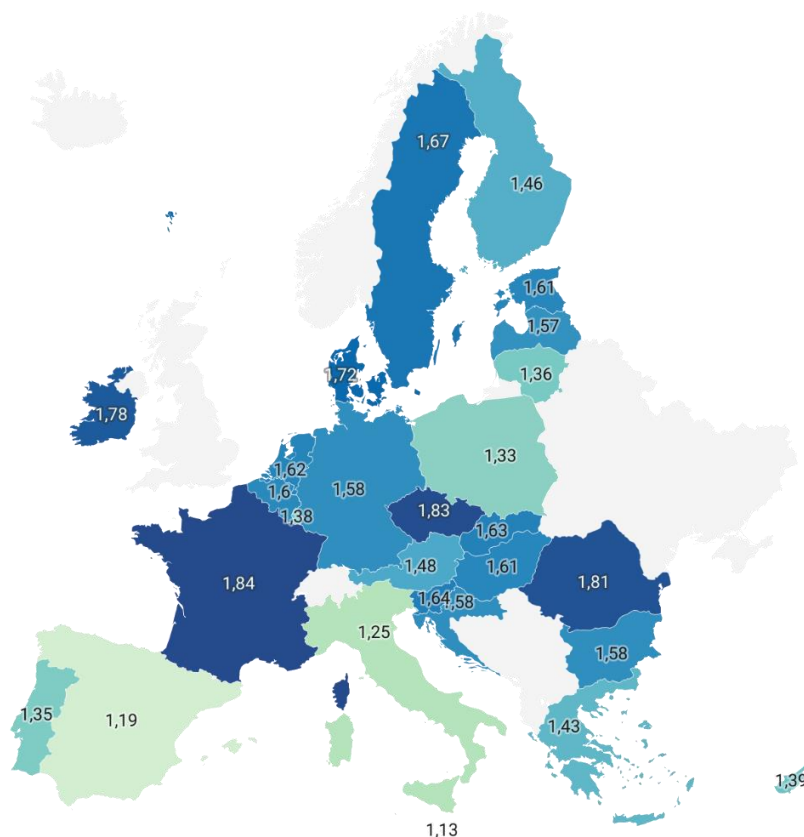


Gráfico 4. Evolución 2013-2022, Población <15 años. Ámbitos seleccionados.

Una de las dinámicas más preocupantes en toda Europa es precisamente el descenso de la natalidad. La tasa de fertilidad (promedio de hijos por mujer en edad fértil) se sitúa en el conjunto de la Unión Europea en su valor más bajo desde que existen registros publicados (2001). Esta es la situación actual:

Tasa de fertilidad, EU-27, 2021

Media EU-27 = 1,53



Mapa: OECA • Fuente: Eurostat • Creado con Datawrapper

Mapa 10. Tasa de Fertilidad. UE-27, 2021.

España, con 1,19, es el segundo país con menor tasa de fertilidad, solo detrás de uno de los países más pequeños, Malta (1,13), y algo menos de medio punto por detrás de la media comunitaria, que se sitúa en 1,53 hijos por mujer en edad fértil. Italia (1,25) es el tercero. Francia (1,84), Rumanía (1,81) e Irlanda (1,78) presentan las tasas más elevadas, según Eurostat.

Asturias, con un valor de 0,95, es la segunda comunidad autónoma española con menor tasa de fertilidad¹⁰, solo superada por Canarias (0,86). Ambas son dos de

¹⁰ Número medio de hijos por mujeres en edad fértil.

las cinco únicas CCAA que se sitúan por debajo de la tasa de reposición restringida (1,1 hijos por mujer):



Gráfico 5. Tasa de Fertilidad. España-CCAA, 2021.

Durante los últimos 10 años de estadísticas actualizadas (2012 – 2021), el promedio nacional ha bajado desde 1,32 a 1,19 (una pérdida relativa del 9,8%); y el de Asturias, de 1,06 a 0,95 (-10,4%). Aunque la CA con mayor pérdida relativa es Canarias, que de 1,07 a 0,86 sufre un desplome de casi un 20% (19,6%) ... ¡en apenas 10 años!

Yendo al otro extremo del arco demográfico, el de personas de mayor edad, esta es la gráfica con la evolución durante estos últimos 10 años del porcentaje de personas con 80+ años, donde Asturias obtiene la puntuación más alta durante todo el período, al igual que Eslovaquia obtiene la más baja durante el mismo período, 2013 – 2022.

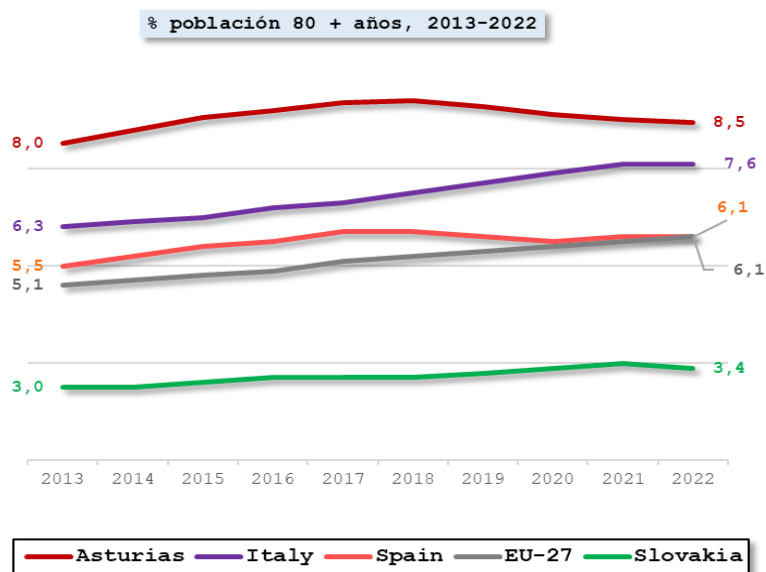


Gráfico 6. Evolución 2013-2022, Población de 80 y más años. Ámbitos seleccionados.

Como consecuencia de estas dinámicas bimodales y como vimos al principio, el Índice de Envejecimiento ha ido creciendo de manera sistemática (y sistémica). En esta gráfica se ve de manera contundente el comportamiento de estas dos dinámicas, con especial incidencia en el Principado, que se comporta como un verdadero *outlier*:

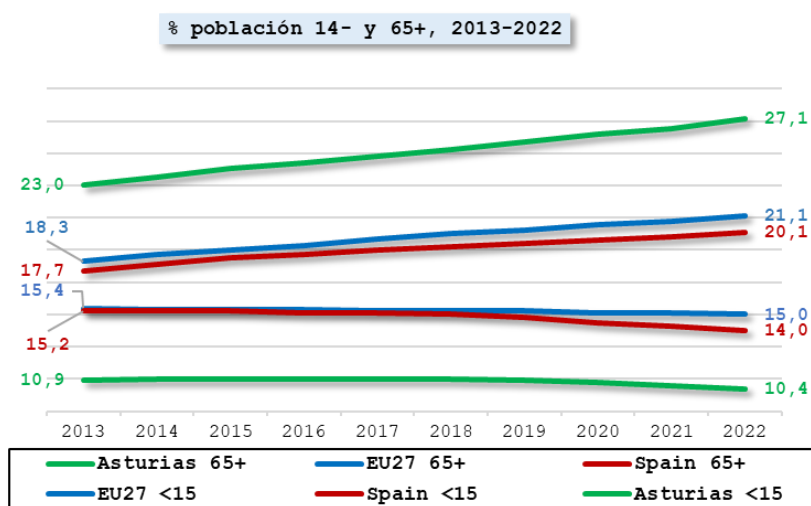


Gráfico 7. Evolución 2013-2022 Población 14- y 65+. UE-27, España y P. Asturias.

Los porcentajes de variación para cada uno de los colectivos son los siguientes:

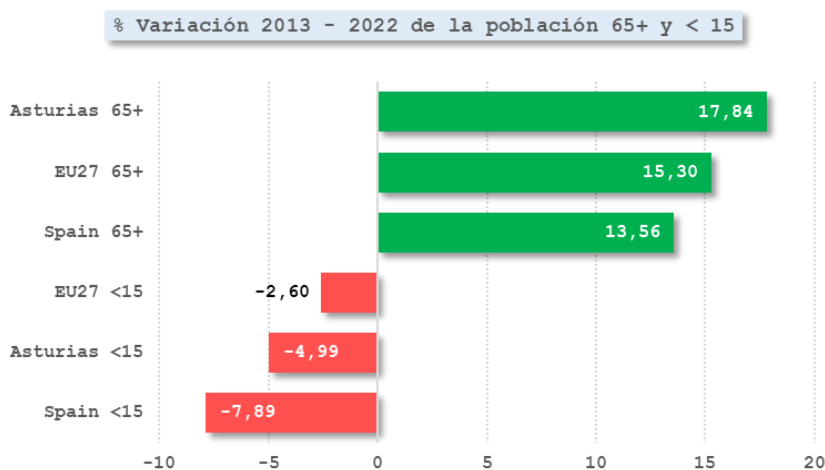


Gráfico 8. Variación 2013-2022, Población 14- y 65+. EU-27, España y P. Asturias.

Como colofón: Asturias es **una de las seis CCAA que perderá población en los próximos 10 años**, según las proyecciones demográficas del INE; y **es la que mayor tasa de población perderá, un 5,36 por 1.000 habitantes**: de los actuales 1.001.910 habitantes pasaremos a 961.145; la siguiente es Extremadura, con 3,64‰. En el extremo contrario, Baleares ganará un 11,03‰ y en conjunto, España ganará un 3,78‰.

De hecho, **en los últimos 10 años (2012-2022) Asturias ha perdido 73.000 habitantes**, casi un 7% de su población de 2012.

3.2. Factores cualitativos

3.2.1. Soledad y aislamiento social

Un factor agravante de las necesidades de cuidados es el porcentaje de la **población que vive sola**, especialmente cuando hablamos de las personas más mayores. Tomado el conjunto de la población, un 11% de las personas (mayores de 15 años) viven solas, ocupando Asturias un lugar discreto en la clasificación, con un punto menos (10%). La Rioja, con un 14% lidera el ranking, que cierra la Comunidad

Valenciana, con apenas un 8%. No obstante, Asturias aumenta esta tasa 4 puntos por encima de la media en los últimos 7 años (disponibles)¹¹:

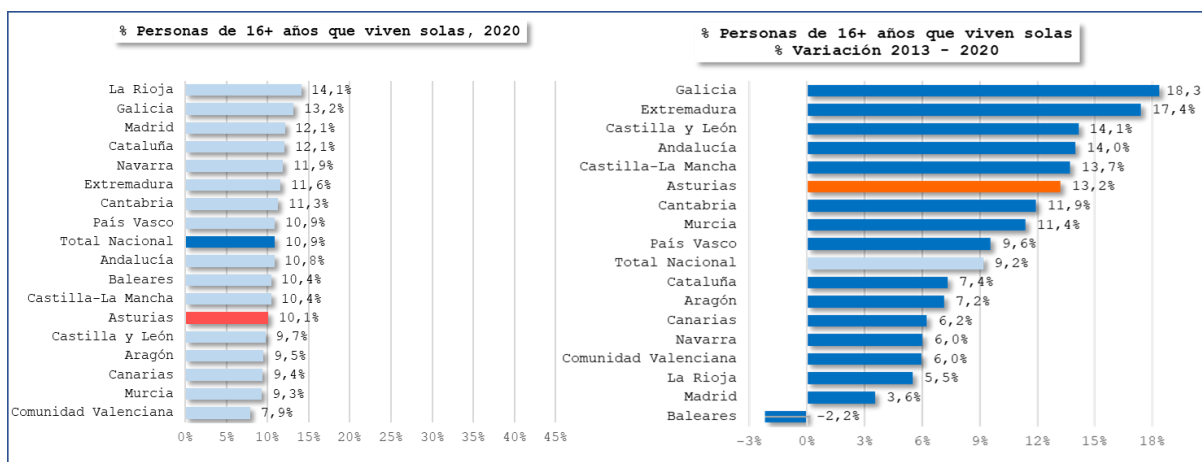


Gráfico 9. Personas 16+ años que viven solas. % 2020 y Evolución 2013-2020.

Si circunscribimos el análisis a las personas con 65+ años, la cosa cambia de manera bastante importante (como es lógico): desde el 11% de la población general se asciende al 24% de la población más mayor; y Asturias se sitúa ahora en la segunda posición, con un 26%, a solo medio punto de la CA con mayor tasa (Aragón, 27%) y a 6 puntos de la que menor tasa posee (Galicia, 21%). En cuanto a su evolución, se sitúa ahora ligeramente (un punto) por encima de la media y a 10 puntos de la CA donde más crece (Galicia):

¹¹ La muestra para Asturias en la Encuesta Continua de Hogares 2020 del INE fue de 932 encuestas, lo que nos da un margen de error de muestreo en torno al 3,2%; el resto de CCAA oscilan entre las 514 de La Rioja y las 2.888 de Andalucía. Son muestras, en general, bastante representativas. Eso sí, al reducir las muestras por Edad los márgenes de error aumentan considerablemente.

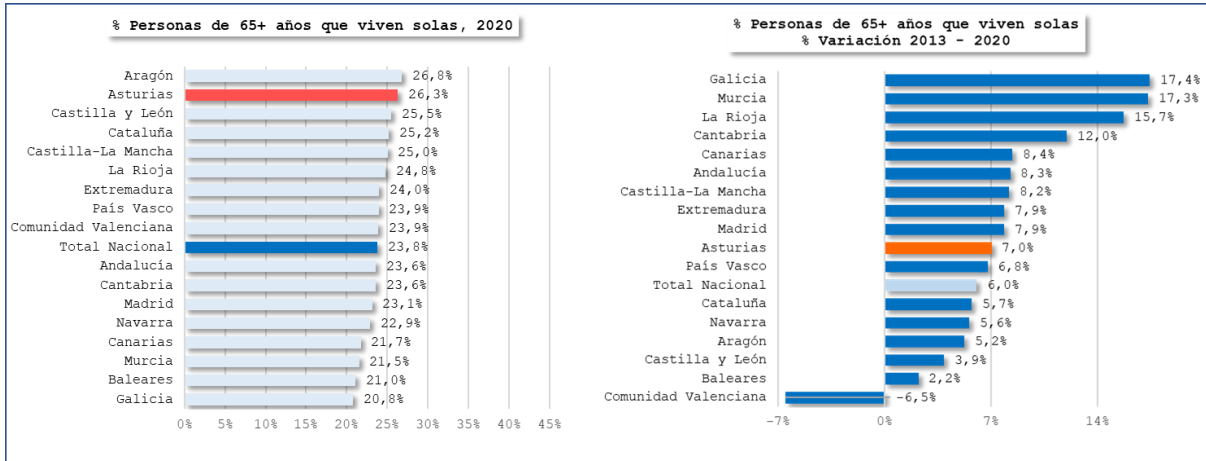


Gráfico 10. Personas 65+ años que viven solas. % 2020 y Evolución 2013-2020.

Finalmente, centrándonos ahora en las personas del segmento más envejecido de la población (85+ años), Asturias sigue ocupando un puesto destacado (cuarto) en el ranking, a 3,5 puntos de la CA que lo encabeza (Extremadura); y en cuanto a la variación 2013 – 2020, prácticamente permanece estable:

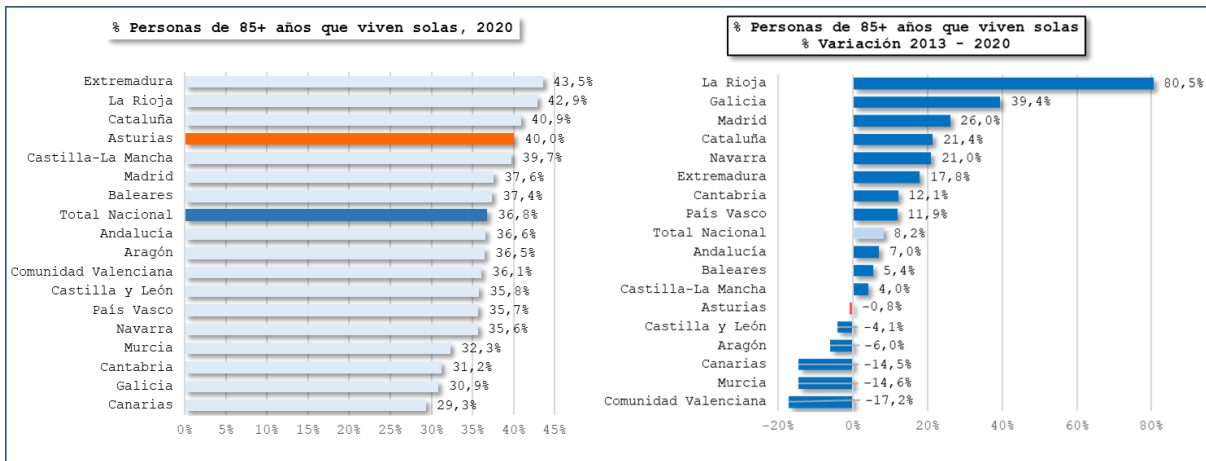


Gráfico 11. Población 85+ años que viven solas. % 2020 y Evolución 2013-2020.

Vivir solo no supone, en sí, un problema ni de soledad no deseada ni de aislamiento social; pero sí uno de los principales factores de riesgo para experimentar ambas situaciones. Sin embargo, condiciones como el nivel de renta o

el hábitat y, sobre todo, el estado de salud, son también predictores claros de soledad y aislamiento social¹².

Aislamiento social y soledad son términos que denotan un cierto grado de desconexión social. El aislamiento social es un estado objetivo marcado por pocos o infrecuentes contactos sociales en relación con el contexto social propio. La soledad (no deseada) es el sentimiento subjetivo y estresante de aislamiento social, a menudo definido como una discrepancia entre los niveles real y deseado de conexión social. En la *Encuesta Europea de Salud en España*, el 12% de la población asturiana afirma no poder contar con nadie en caso de necesitar ayuda (media nacional, 13):

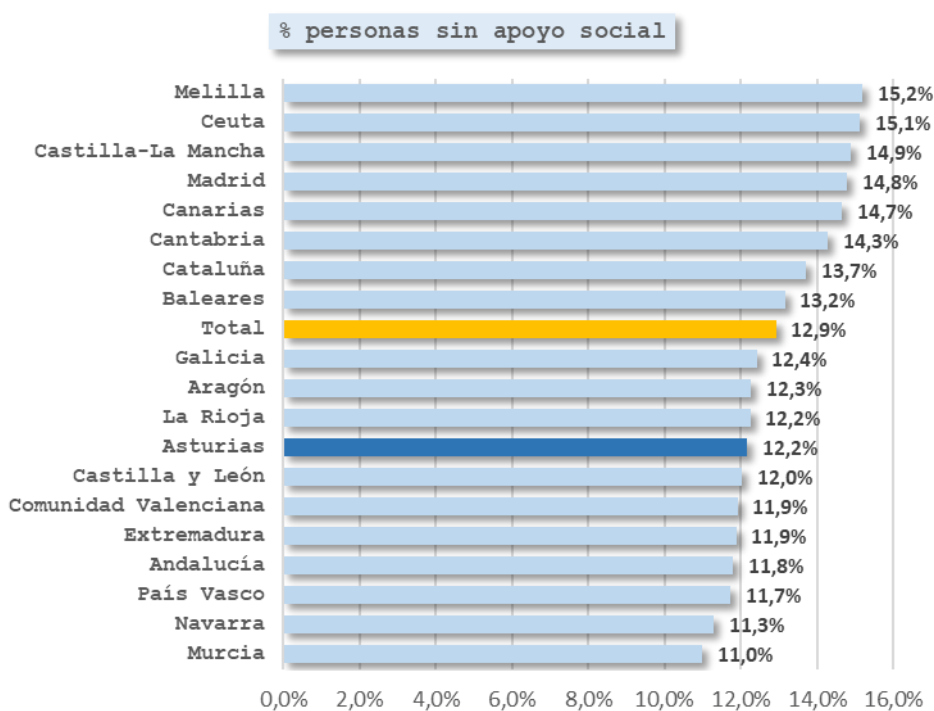


Gráfico 12. % Personas que afirman no tener apoyo social. España-CCAA, 2020.

¹² Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T y Stephenson D (2015), *Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review*. Perspectives on Psychological Science; [10\(2\): 227-237](https://doi.org/10.1177/2F1745691614568352). DOI: [10.1177%2F1745691614568352](https://doi.org/10.1177/2F1745691614568352).

Como ya analizamos en nuestra monografía *Soledad y aislamiento social en las personas mayores. Una urgencia social para la agenda política sanitaria: «No solo desde una perspectiva filosófica o ética, también desde la evidencia científica a nivel poblacional, la soledad no decidida es una circunstancia con una grave incidencia potencial en el estado de salud, en la percepción de la propia salud y en las demandas asistenciales de las personas, con resultados potencialmente negativos en los resultados de salud de la población»*.

Es importante conocer para cada persona mayor que vive sola y refiere soledad no deseada o aislamiento social cuáles han sido los factores **mediadores** que ayudan a explicar las consecuencias que está teniendo estas condiciones sobre su salud. Y también los factores **moderadores** que pueden influir en cada caso – negativa o positivamente– sobre la intensidad y dirección de estos efectos nocivos¹³.

El análisis de los datos nos confirma una sociología peculiar en nuestra Comunidad Autónoma con respecto al objeto de estudio, una suerte de ámbito dual donde las mujeres mayores, que son mayoría en conjunto, tienden a ser personas que han enviudado (70%), mientras que en el caso de los hombres la tendencia (65% en conjunto) es que sean solteros, separados/divorciados y casados, presumiblemente que no conviven con el cónyuge pero no han formalizado legalmente la situación de hecho.

Al menos como arquetipo, digamos que en el caso de los hombres predomina la soledad social, más o menos elegida (no se han casado o han decidido romper su matrimonio, de hecho y/o de derecho), mientras que en el caso de las mujeres predomina la soledad emocional, no elegida (ha fallecido su cónyuge). Lo cual incrementa su potencialidad como factor de riesgo.

¹³ National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2020. *Social Isolation and Loneliness in Older Adults: Opportunities for the Health Care System*. Washington DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25663>.

Un reciente estudio del *Observatorio Estatal de la Soledad no Deseada* (Fundación ONCE¹⁴) **cifra en un 1,17% del PIB los costes asociados a la soledad no deseada**, tanto los sanitarios directos (0,51%), como indirectos (0,66%)

Llevado al PIB del Principado de Asturias (unos 23.500 millones de euros) supondría unos costes anuales en torno a los 275 millones.

Por otro lado, el estudio valora los costes intangibles: serían 1 millón de años de vida en plena salud¹⁵ los que se perderían cada año a causa de la soledad no deseada.

Desde la política: el 3 de julio de 2020, el Congreso de los Diputados aprobó el Dictamen de la *Comisión para la Reconstrucción Social y Económica*. En la recomendación 15.4 del Bloque Igualdad, derechos sociales, inclusión y vivienda propone:

«Poner en marcha un Plan contra la soledad no deseada como respuesta ante situaciones de dificultad en las que las personas mayores quieran permanecer en sus domicilios y no tengan red de apoyo de ningún tipo, implementando para ello un programa de acompañamiento remunerado por parte de jóvenes, de sensibilización sobre el problema y de mejora de unos servicios sociales cercanos y bien dotados para atender esta necesidad emergente, prevenirla o mitigar sus consecuencias, especialmente en el ámbito rural y en zonas con riesgo de despoblación, en el marco de la agenda social de la Unión Europea y desde la total coordinación y colaboración con las comunidades autónomas, las corporaciones locales y las organizaciones del tercer sector.»

3.2.2. Autopercepción del estado de salud

Otro aspecto de carácter cualitativo a tener en cuenta es la **autopercepción del estado de salud**. Según la *Encuesta Europea de Salud en España* del INE (2020), aunque hay dos CCAA en peor situación (Canarias, con un 58% y Castilla y León, con

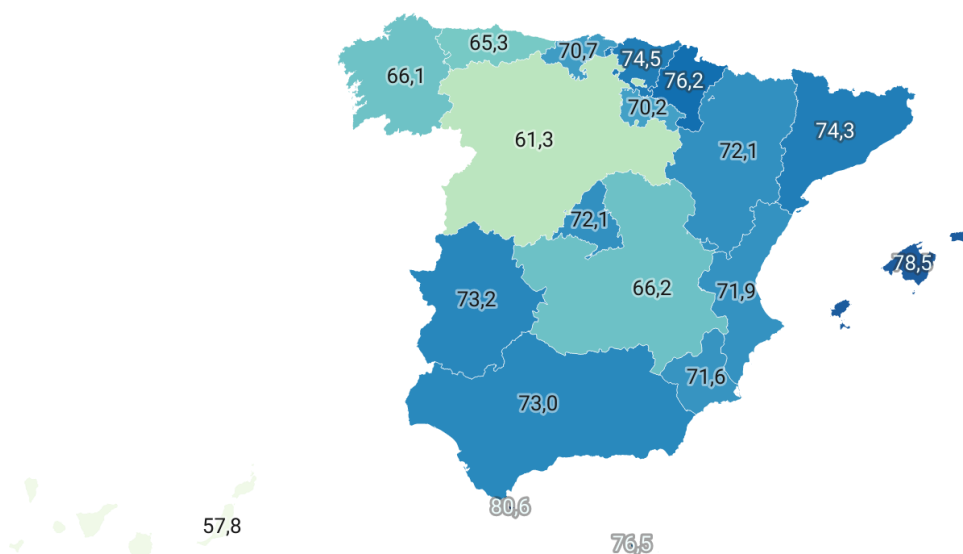
¹⁴ [El coste de la soledad no deseada en España](#), marzo de 2023.

¹⁵ AVAC (Años de Vida Ajustados por Calidad).

un 61%), el porcentaje de ciudadanos de Asturias mayores de 15 años que califican su estado de salud como Muy bueno o Bueno es de un 65%, frente a la media nacional del 71%¹⁶.

% personas que califican su Estado de Salud como Muy bueno o Bueno

Media nacional = 70,7



Mapa: OECA • Fuente: INE • Creado con Datawrapper

Mapa 11. % que califica su Estado de Salud como Bueno. España-CCAA, 2020

La situación es peor entre las mujeres: solo el 60%, frente al 72% de los varones, lo califican como MB o B; y 11%, frente al 5%, como Muy malo o Malo. Los datos nacionales son MB o B = 67% (mujeres) y 75% (hombres); y MM o M = 10% (mujeres) y 7% (varones)¹⁷.

¹⁶ Entre quienes califican su estado de salud como Muy malo o Malo, apenas existen diferencias con la media nacional (en torno al 9%, décima arriba o abajo).

¹⁷ Como es lógico, la autopercepción del estado de salud va empeorando con los años: quienes lo califican como MM o M suponen el 9% de la población general, el 16% entre quienes tienen 65+ años y el 22% entre quienes tienen 75+ años. Datos similares para el conjunto nacional.

Una autopercepción negativa del estado de salud está ampliamente reconocida como un predictor robusto de enfermedad y deterioro del estado de salud 'objetivo'; de plurimedicación y automedicación; de deterioro en los hábitos nutricionales –y otros relacionados con el autocuidado– y de aislamiento social; que a su vez es un robusto predictor de ansiedad, depresión e insomnio crónicos. Incluso de mortalidad por todas las causas¹⁸.

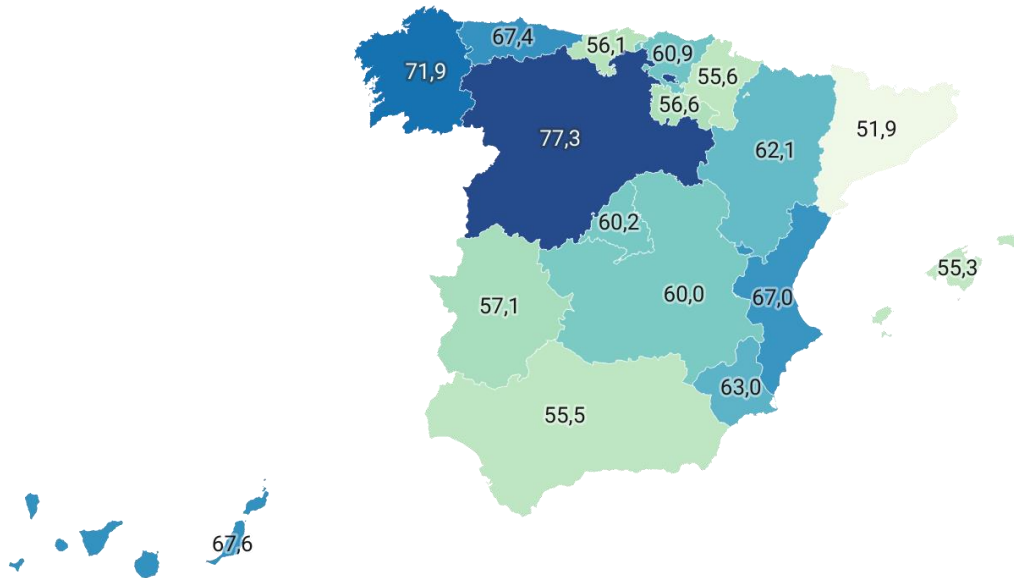
3.2.3. Pluricronicidad

El porcentaje de ciudadanos del Principado que presenta alguna **condición o enfermedad crónica** (67%) es superior en 6 puntos a una media nacional del 61%; sin llegar a una situación tan dramática como la de Castilla y León (77%) y en menor medida, Galicia (72%), se sitúa en tercera posición.

¹⁸ González Hernández MD, [La influencia de la salud percibida en la mortalidad de las personas mayores](#). Tesis doctoral, UCM, 2017.

% personas con alguna enfermedad crónica

Media nacional = 60,9



Mapa: OECA • Fuente: INE • Creado con Datawrapper

Mapa 12. % Personas con alguna enfermedad crónica. España-CCAA, 2020

Por lo que respecta al resto de **indicadores relacionados con la cronicidad**¹⁹, los resultados están muy en línea con los nacionales (es decir, las variaciones positivas o negativas están dentro de los márgenes de error), excepto en el consumo de medicamentos contra el dolor, donde Asturias, con un 35%, presenta 17 puntos menos del 52% nacional; además, dentro de los que sí consumen este tipo de fármacos, es la CA con menor tasa de automedicación (6% vs. 19%).

Poniendo estos resultados en relación con el envejecimiento de la población asturiana²⁰, pueden considerarse razonablemente positivos, ya que a mayor edad,

¹⁹ Prevalencia de condiciones y enfermedades crónicas, ansiedad, restricciones de la actividad, dificultad para realizar las actividades de la vida diaria, limitaciones en la movilidad, sintomatología depresiva y cuadros de ansiedad, entre los principales.

²⁰ No es infrecuente leer que si Asturias fuese una nación sería la más envejecida del mundo, por delante incluso de Japón. Y siguiendo las estadísticas oficiales ([INE](#)) no sería correcto, aunque por poco: Asturias tiene, según el INE, un IE de 2,40 y Japón, [según sus estadísticas oficiales](#), de 2,53. Pero en realidad, Japón tiene un 29,8% de 65+ y un 11,8% de 14-. Mientras que en Asturias estos

mayor incremento de la cronicidad, las comorbilidades y la dependencia. No obstante entre la encuesta de salud de 2009 y la de 2014 se percibe un empeoramiento fuerte en muchos de los indicadores relacionados con la cronicidad, que afortunadamente no se ha confirmado entre 2014 y 2020, apreciándose una evolución bastante más estable.

3.3. La atención sanitaria en una sociedad longeva

El colapso de los servicios de salud, y muy especialmente de la Atención Primaria [AP], ya no es noticia, al menos en los países con *modelo sanitario Beveridge* (servicio nacional de salud). Hace apenas unas semanas podíamos leer en *The Economist*: «*La receta para salvar el Servicio Nacional de Salud requiere radicalismo, pero de un tipo más simple: convertirlo, de aquello en que se ha convertido, un servicio de enfermedad, en lo que su nombre promete: un servicio de salud.*»²¹

Se equivocan gravemente –o lo saben pero fingen no saberlo– quienes abordan el colapso de la sanidad pública como un problema de oferta: denme más médicos, más especialidades médicas, más camas, más tecnología y sanaré al Sistema Nacional de Salud.

El problema del SNS no es de oferta, sino de demanda. En sus orígenes, la AP era una puerta de entrada al sistema altamente resolutive y que garantizaba la longitudinalidad a los ciudadanos. Su praxis era sencilla: **los que entran** (nuevas demandas asistenciales) **por los que salen** (pacientes atendidos, bien con alta o tratamiento pautado para revisión y alta, bien derivados al especialista de referencia.

valores ([que también proporciona el INE](#)) son 27,1% y un 10,2%, lo que arrojaría un IE de 2,66, superior al 2,53 de Japón. El [índice de envejecimiento del INE](#), que debemos adoptar para las comparaciones interterritoriales en España, se desvía del estándar internacional, ya que la población más joven que considera como denominador no es la de 14–, sino la de 15–.

²¹ [How to fix the NHS. Money will help. But a radical shift in focus is more important.](#) *The Economist*, 27 de mayo de 2023.

Con la *epidemia* de la pluricronicidad, consecuencia de la extraordinaria longevidad de nuestras sociedades y de unos sistemas de salud que no han sabido ir adaptándose desde una visión biomédica del Siglo XX a otra de cuidados del Siglo XXI, una gran mayoría de pacientes ya no salen, se embalsan y, como consecuencia, los que quieren entrar no pueden ni a tiempo ni en condiciones.

Desde la Medicina se sigue anteponiendo el concepto de multi-morbilidad (varias patologías que pueden ser tratadas en serie o en paralelo desde las correspondientes especialidades) **al de pluri-cronicidad** (diversas condiciones cuyas sinergias son de alta complejidad clínica y que lo que necesitan en primer lugar son planes de cuidados). Y la diferencia es cultural y clínicamente muy importante. Los pacientes no acuden al médico de cabecera diciéndole: “doctor, tengo pluricronicidad”. Acuden por un problema concreto, generalmente asociado al dolor crónico o a las consecuencias sobre la salud mental de su situación de pluricronicidad, como depresión, insomnio o ansiedad. El resto de los diagnósticos que constan en la historia clínica son tratados como problemas coadyuvantes o exacerbantes. Dada la acumulación de pacientes y el escaso tiempo disponible, estos síntomas se despachan con el único recurso que tiene realmente disponible: una receta con benzodiazepinas u otros fármacos psicotrópicos; opiáceos, en el caso de dolor crónico por patologías degenerativas del aparato osteomuscular o sarcopenia.

La revista médica The Lancet advertía hace unos meses: «*Debido al mantra ‘un síntoma = una enfermedad’, enfatizado en la educación médica, y al tiempo cada vez más escaso que los médicos pueden dedicar a sus pacientes, la comorbilidad subclínica a menudo se ignora hasta que deja de ser silenciosa y los pacientes regresan al sistema médico con multimorbilidad compleja, o incluso fragilidad. Nuestra*

capacidad para ofrecer curas y atención a estos pacientes es, en el mejor de los casos, mediocre.^{22»}

Y es que la pluricronicidad –incluyendo la plurimedicación y la automedicación, que nunca son inocuas ni banales– supone un problema de salud en sí misma, no una mera acumulación de patologías o condiciones de salud (multimorbilidad), por lo que debe abordarse de manera integral desde una perspectiva de cuidados (que incluyen tratamientos médicos, por supuesto):

Esta condición debe ser considerada como una entidad en sí misma y no solo como la concurrencia de múltiples enfermedades. De hecho, es una sinergia de diferentes condiciones clínicas asociadas con peores resultados de salud y un manejo clínico más complejo.²³

De la misma manera, el empeoramiento constante y simultáneo en los determinantes sociales de la salud [DSS], como la desigualdad, los hábitos y estilos de vida, la vulnerabilidad económica de capas amplias de la población, la alimentación y el sedentarismo o la dependencia y la fragilidad, hace que la sociedad no se enfrente a una serie de problemas, cada uno con un responsable bien identificado –sistema sanitario, sistema educativo, servicios sociales, ONG y voluntariado, alojamiento y equipamientos comunitarios...–, sino a un diagnóstico más amplio, el de una grave pluripatología social que presenta sinergias entre todos sus DSS.

Se impone, por tanto, un cambio radical de modelo, del actual, que es reactivo y clínico (el profesional espera en su consulta y reacciona cuando se produce una demanda), a otro proactivo y cuidador: el profesional se anticipa a las

²² L. Ferrucci y R. Kohanski, Better care for older patients with complex multimorbidity and frailty: a call to action. The Lancet Healthy Longevity, 3(9), September 2022.

DOI: [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(22\)00173-8](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(22)00173-8).

²³ C. Cocchi, G. Onder y M.B. Zazzara, General Principles of Management of Patients with Multimorbidity and Frailty. En A. Cherubini et al. (eds.), *Optimizing Pharmacotherapy in Older Patients, Practical Issues in Geriatrics*, DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-031-28061-0_11.

demandas atendiendo las necesidades específicas de cuidados que requiere cada persona, especialmente las más vulnerables, tratando de evitar que esas necesidades, por no ser adecuadamente cubiertas, se conviertan en demandas asistenciales.

El objetivo, en fin, es **mantener en sus domicilios**, sean hogares o alojamientos colectivos, como las residencias geriátricas, **lo más sanos posibles, a nuestros mayores y en general a las personas con necesidades de Cuidados de Larga Duración**.

La trayectoria que seguir es triple²⁴:

- » Segmentar a toda la población con necesidades específicas y realizar un diagnóstico de las necesidades y condicionantes sanitarios, sociales y personales de cada individuo.
- » Convertir el domicilio en el centro de cuidados por excelencia, por encima del centro de salud y, mucho más, de los servicios de urgencia y de hospitalización.
- » Ir integrando todas las políticas públicas bajo esta filosofía del Cuidado como ámbito específico y holístico de intervención social, con el objetivo de proporcionar una evaluación original y sensible a la dimensión de género de las brechas actuales en la protección social contra la pobreza y la exclusión social.

La aportación de los servicios de salud es crítica para luchar contra la exclusión social, por lo que sería un fracaso que miradas estrechas, conservadoras y egoístas sigan retrasando la refundación del SNS, empezando por la AP. Algo que

²⁴ [EUROSHIP Project: Closing gaps in European social citizenship.](#)

se viene reivindicando desde los principales expertos y centros de pensamiento desde hace muchos, demasiados, años²⁵.

Un último apunte tiene que ver con los profesionales, que son quienes prestan los servicios y aplican los cuidados. El 31 de diciembre de 2022 había en España 32.000 médicos y 25.000 enfermeras en activo con edades entre 60 y 64 años. En su mayoría se jubilarán entre 2023 y 2028. Aunque es difícil anticipar posibles variaciones en la política universitaria, en ese mismo período se graduarán entre 35.000 médicos y 55.000 enfermeras. Entre 2023 y 2028 habrá unos 3.000 médicos y 30.000 enfermeras más. La capacidad para asumir las cargas asistenciales añadidas derivadas del envejecimiento de la población es evidente que está del lado de las enfermeras.

Por otro lado, la inmensa mayoría de los médicos no quieren²⁶ trabajar en AP. En el reciente proceso de elección de plazas MIR, de los 400 primeros electores escogieron una de las 2.455 plazas de Medicina Familiar y Comunitaria [MFyC] ofertadas únicamente 7; entre los primeros 2.000, solo 45; entre los primeros 4.000, 126. Las últimas 1.000 plazas escogidas los fueron por los aprobados con un número mayor del 8.300. Y aun así, 202 plazas quedaron desiertas; con la repesca (segunda opción y extracomunitarios) quedaron 131 plazas sin asignar.

Hace ya 11 años, un artículo en *The Economist* advirtió que «tratar los problemas del siglo XXI con un enfoque de atención médica del siglo XX necesitaría un número imposible de médicos. Por otro lado, el cuidado de las condiciones crónicas no es lo que mejor se les da, ni lo que más les gusta, a los médicos. Por estas

²⁵ V. Ortún (Dir.), [La refundación de la Atención Primaria](#). Springer Healthcare, enero de 2011.

²⁶ "Huyen y rehúyen", se decía ya en un trabajo publicado en enero de 2011, así que el fenómeno no es nuevo... aunque sí se agudiza cada año que pasa (b. González López-Valcárcel, P. Barber Pérez y V. Ortún Rubio, ¿Por qué los médicos huyen y rehúyen la Medicina de Familia? Datos y claves sobre el problema en busca de soluciones". En V. Ortún (Dir.), *La refundación de la Atención Primaria*. Springer Healthcare, 2011.

dos razones, parece que van a ser mucho menos centrales en la atención sanitaria, un proceso que, en algunos lugares, ya ha comenzado.»²⁷

En ese sentido, el Dictamen de la Comisión de Comisión para la Reconstrucción Social y Económica del Congreso de los Diputados de julio de 2020, al que hemos hecho referencia algo más arriba, aprobó la siguiente recomendación:

«Dar un gran impulso a la Enfermería Familiar-Comunitaria para incrementar los cuidados sanitarios de atención domiciliaria, sobre todo en la atención a pacientes crónicos, convalecientes, encamados, ancianos frágiles, situaciones de postparto, y pacientes con necesidades especiales, en coordinación con los cuidadores familiares, con los equipos de enfermería hospitalaria y con los Servicios Sociales, y muy especialmente para cubrir adecuadamente las necesidades de atención en las residencias sociosanitarias.»

Nos permitiríamos añadir la tarea de **formación y acompañamiento a los cuidadores informales**, sean allegados o asalariados. La demanda de servicios profesionales –muy especialmente en los dispositivos de urgencia– muchas veces depende del *ojo clínico* del cuidador informal, el cual, en la mayoría de los casos, es muy limitado. Por ello, los cuidadores profesionales deben asumir la responsabilidad de hacerlo menos limitado, más científico, dentro de lo que cabe.

Por otro lado, el acceso 24 x 365 a una consulta telefónica con el equipo de cuidados domiciliarios, que conoce al paciente, sus necesidades y vulnerabilidades, permitiría a los cuidadores informales adoptar decisiones más fundamentadas y precisas.

Como reconoce una reciente publicación del think-tank inglés The King's Fund²⁸:

²⁷ *Squeezing out the doctor. The role of physicians at the centre of health care is under pressure.* The Economist, 2 de junio de 2012.

²⁸ D. Fenney, C. Thorstensen-Woll y S. Bottery, *Caring in a complex world. Perspectives from unpaid carers and the organisations that support them.* The King's Fund, Londres, mayo de 2023.

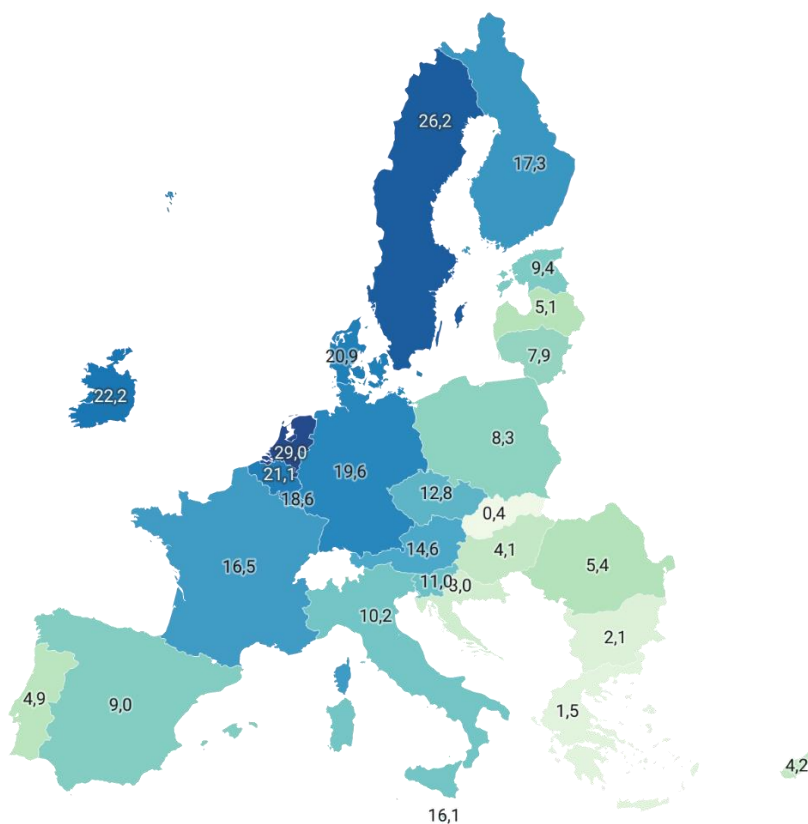
«Está claro que los cuidadores no remunerados desempeñan un papel vital en el apoyo al sistema sanitario y de cuidados en un sentido amplio, por lo que es crucial proporcionarles un apoyo eficaz. Los directivos y gestores más próximos pueden mejorar el apoyo que ofrecen a nivel local, desarrollando una sólida comprensión de su población protegida y construyendo sus ofertas de apoyo de acuerdo con este conocimiento. También es importante integrar la agenda de los cuidadores en el sistema más amplio y crear una conciencia compartida del valor de los cuidadores. Sin embargo, en medio de todo esto, es fundamental garantizar que los cuidadores participen y sean escuchados de manera significativa.»

- » La de la **Europa nórdica-continental**, con un gasto relativamente alto, entre el 3,2 de Países Bajos al 1,7 de Austria y Finlandia.
- » La **mediterránea**, con un gasto relativo mucho menor, que va del 0,14 de Grecia al 0,98 de Italia y el 1,7 de Malta.
- » La de los **países del ámbito soviético** de influencia, que va desde el 0,03 de Eslovaquia o el 0,2 de Bulgaria, al 0,7 de Estonia, el 0,6 de Lituania o el 0,5 de Polonia.

Si calculamos este gasto sobre el total del gasto sanitario, el promedio de la UE fue del 17%, mientras que en España fue prácticamente la mitad, un 9%. En el conjunto de países, quedó así:

Gasto en CLD en % del Gasto sanitario total, EU-27, 2020

Promedio EU = 16,57



Mapa: OECA • Fuente: Eurostat • Creado con Datawrapper

Mapa 14. Gasto en CLD en % del Gasto Sanitario total. UE-27, 2020

Con este parámetro cuantitativo, se confirma la existencia de esos tres bloques o áreas –no, modelos– en cuanto a gasto en CLD.

En el documento *Long-term care social protection models in the EU*, de la Comisión Europea (2019)³⁰, el autor genera, a partir de los datos cuantitativos, unas tipologías o *clúster* de aproximaciones a las políticas de protección social de los CLD y recoge sus resultados intermedios:

Intensidad y medios de intervención y recursos residenciales		
Intervención de las políticas públicas	Instrumento preferente de intervención	Camas residenciales por 100.000 habitantes
Limitada ³¹	---	356
Media ³²	Prestaciones económicas	703
Media ³³	Servicios asistenciales	965
Fuerte ³⁴	Prestaciones económicas	780
Fuerte ³⁵	Servicios asistenciales	1.150
Muy fuerte ³⁶	Servicios asistenciales	1.170

Tabla 1. Intensidad y Medios de intervención y recursos residenciales. UE-27, 2019.

A partir de estos datos, resultan evidentes dos cosas:

³⁰ Pavolini, E. (2021), *Long-term care social protection models in the EU*, European Social Policy Network (ESPN), Luxembourg: Publications Office of the European Union.

³¹ Bulgaria, Chipre, Estonia, Grecia, Croacia, Hungría, Letonia, Portugal, Rumanía.

³² España, Lituania, Polonia, Eslovenia, Eslovaquia.

³³ Irlanda, Luxemburgo, Malta.

³⁴ Austria, República Checa, Alemania, Italia.

³⁵ Bélgica, Francia, Finlandia.

³⁶ Dinamarca, Países Bajos, Suecia.

- » Algo muy obvio: que **cuanto más alta la intervención del estado, más recursos son desplegados** (aunque parecen existir fronteras económicas: a partir de cierto nivel de intervención la elasticidad parece romperse).
- » Que **generan más recursos las políticas que despliegan servicios asistenciales** que las que se centran en aportar prestaciones económicas directas a las familias.

El Consejo de la Unión Europea aprobó el 8 de diciembre de 2022 su *Recomendación sobre el acceso a cuidados de larga duración de alta calidad asequibles*. En ella se constata que:

«Muchas personas no pueden acceder a los cuidados de larga duración que necesitan debido, entre otras razones, a la escasa oferta general de servicios y a las limitadas opciones de cuidados de larga duración y a las brechas territoriales. En muchos Estados miembros, la oferta de cuidados de larga duración es limitada. En los casos en que existe esa oferta, consiste principalmente en cuidados no profesionales, facilitados sobre todo por mujeres, y atención residencial. La oferta de cuidados de larga duración a domicilio y basados en la comunidad sigue siendo baja. Además, las disparidades territoriales en la prestación de cuidados de larga duración dificultan la igualdad de acceso a estos cuidados, especialmente en las zonas rurales y en proceso de despoblación.»

Por su parte, la Comisión Europea realizó en 2021 (con datos de 2019) el siguiente marco de análisis y diagnóstico de situación para España:

- » *La población de 65 años y más representa el 19,4 % de la población española (2019), un porcentaje que se espera que alcance el 23,8 % en 2030.*
- » *En 2019, el 'Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia' (SAAD) cubrió 1.115.183 personas de 65 años o más –80,5 % de la población beneficiaria reconocida– con prestaciones y servicios. El gasto público en cuidados de larga duración fue del 0,7 % del PIB en 2019.*

- » *Todavía hay un desarrollo limitado de la atención domiciliaria y los servicios basados en la comunidad, y hay desequilibrios territoriales en la prestación de servicios y los diferentes criterios de copago.*
- » *El empleo formal se caracteriza por tasas excesivamente altas de temporalidad y empleo a tiempo parcial, mientras que el trabajo informal de cuidados sigue dominando la estructura social del cuidado. En 2016, el 11,5 % de la población de 16 años o más eran cuidadores en España, la gran mayoría de los cuales eran mujeres. Solo algunos de ellos reciben beneficios económicos para apoyar los cuidados informales.*
- » *El sistema español de CLD se enfrenta al reto de mejorar su eficacia a la luz del crecimiento de la población dependiente, así como los cambios en la estructura del cuidado informal. Esto requerirá:*
 - *Reducción de las elevadas listas de espera para acceder a los servicios.*
 - *Ampliación de la prestación de servicios a domicilio y comunitarios (el número máximo de horas al mes de la atención domiciliaria que reciben las personas altamente dependientes es inferior a dos horas diarias).*
 - *Hacer los beneficios de atención comunitaria más flexibles y compatibles.*
 - *Seguir desarrollando el SAAD en zonas rurales.*
 - *Estandarizar los criterios de los copagos en las comunidades autónomas.*
 - *Reforzar la conciliación entre los cuidados informales y la vida laboral.*
 - *Mejorar la coordinación entre las administraciones central y regional.*

El actual sistema español de cuidados de larga duración (CLD) surgió en 2007, tras la aprobación en 2006 de la Ley 39/2006 (Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia). Con anterioridad a 2007, los CLD en España se prestaban de manera principal a través de cuidadores informales (en su mayoría mujeres), cuyos costos fueron asumidos básicamente por las propias personas dependientes y sus familias, así como por

administraciones locales (diputaciones y cabildos) y entidades sin ánimo de lucro (principalmente, órdenes religiosas).

Este modelo español de protección social que se implantó a partir de 2007 adopta –o, más bien, acepta resignadamente por falta de ambición y de recursos– el enfoque “mediterráneo”. Esto significa, en pocas palabras, que depende mucho de las familias (específicamente de la mujer³⁷) y menos de las políticas públicas. Que solo una parte pequeña de la financiación procede del sistema impositivo general. Y que el predominio de los cuidados informales es sensiblemente mayor que el de los cuidados profesionales.

Ello tiene su reflejo en el ámbito laboral. En la Unión Europea, el porcentaje del empleo total generado por los servicios personales es prácticamente el mismo que en España: algo menos del 7% (6,7% en España; 6,8% en la UE); sin embargo, el porcentaje de ese stock destinado a los cuidados informales apenas llega al 20% del total en el conjunto de los países de la UE-27; en España, sin embargo, supone el 50%.

Algo semejante ocurre en los otros tres países mediterráneos más grandes, Grecia (65%), Italia (55%) y Portugal (40%). En los países nórdicos es residual, especialmente en Noruega y Dinamarca donde es prácticamente nulo.

Concretando, hay en España unos 600.000 trabajadores en la rama de actividad ‘Servicios sociales’ (CNAE 86 y 87); y unos 550.000 en el área de los cuidados personales en el hogar (CNAE 97). En conjunto, en torno a 1,2 millones de ocupados, que suponen, como ya hemos dicho, el 6,7% de los 16,5 millones de activos ocupados en España. En Asturias, el porcentaje es algo mayor: 17.000 en

³⁷ España y Bélgica, son los países de la UE donde mayor desequilibrio de género se da entre los cuidadores informales: European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion, *Study on exploring the incidence and costs of informal long-term care in the EU*, 2021 <https://data.europa.eu/doi/10.2767/06382>.

servicios sociales y 8.350 en el hogar, en total en torno a unos 25.000 en total, que suponen un 7,6% de los 330.000 activos ocupados.

Por otro lado, el *Convenio especial de cuidadores no profesionales de personas en situación de dependencia* (IMSERSO) reconoce, a 30 de abril de 2023, a 71.652 cuidadores informales que no están dados de alta en ningún régimen, ni general ni especiales, de la Seguridad Social; es decir, que *pasan por debajo del radar* en las estadísticas de empleo³⁸. 1.889 tienen su residencia en la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias³⁹.

Total, que en realidad habría en el conjunto del Estado al menos unos 1,2 millones de cuidadores personales, profesionales o informales, unos 27.000 de los cuales serían residentes en Asturias. Si les añadimos los 1,3 millones de sanitarios, tendríamos 2,5 millones, que constituyen el 15% del total del empleo. En Asturias, sumando los 26.000 sanitarios, tendríamos un total de unas 53.000 personas dedicadas a los cuidados personales.

¿Está preparado nuestro modelo de atención a la dependencia y las personas mayores y vulnerables para afrontar los retos de una sociedad ampliamente longeva?

«En realidad, ningún sistema es perfecto, pero es cierto que el que más problemas da es el nuestro, el mediterráneo, porque es el que menos se adapta a las estructuras sociales y demográficas que existen en la actualidad», afirma uno de los

³⁸ Una información periodística cifra en 165.000 el número de empleadas del hogar que no están afiliadas a la SS; descontando los 72.000 del Convenio especial, habría casi 100.000 más en la economía sumergida (Huffpost, 26 de enero de 2023: [La economía sumergida de las empleadas del hogar sigue al alza: 1 de cada 3 no tienen contrato](#)).

³⁹ [IMSERSO, Actualización 30 de abril de 2023](#).

principales expertos en este campo, Joseba Zalacaín, director del Centro de Documentación y Estudios sobre Servicios Sociales y Política Social⁴⁰.

Como ya hemos argumentado en este documento, el modelo del futuro se basa, sí o sí, en la atención y los cuidados en el hogar; pero como advierten casi a diario desde la [Asociación estatal de directoras y gerentes en Servicios Sociales](#), y otros expertos⁴¹ no podemos esperar a que este modelo está implantado mientras faltan 75.000 plazas residenciales en España, 35.000 de ellas para grandes dependientes o dependientes severos⁴².

En estos momentos (25 de mayo de 2023), hay 2.134 personas en Asturias en lista de espera para acceder a una plaza de financiación pública en un CRG, según datos del Organismo Autónomo ERA (abril 2023)⁴³. Esta cifra supone el 37% sobre las 5.727 plazas de financiación pública actualmente ocupadas. Según la consultora Alimarket, hay en Asturias 13 nuevas residencias geriátricas en proyecto, con un mínimo de 944 plazas (falta este dato para una de ellas), 351 de ellas (37%) del ERA, con el siguiente detalle⁴⁴:

⁴⁰ Joseba Zalacaín, [Atención a la dependencia en la UE: modelos, tendencias y retos](#). Revista Derecho Social y Empresa Nº 8, diciembre 2017

⁴¹ J. Oliva, M. Sancho Castiello y R. del Pozo-Rubio, *Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia: primeros 15 años y una mirada hacia el futuro*. Gaceta Sanitaria, 37 (en progreso), enero 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2022.102253>.

⁴² [Dependencia.info: España necesita 35.000 plazas residenciales para atender a grandes dependientes o dependientes severos en lista de espera](#).

⁴³ [ERA, Actualización a 26 de abril de 2023](#).

⁴⁴ <https://www.alimarket.es/sanidad/revista/visor/5579>.

Localidad	Titularidad	Plazas	Año previsto
Avilés	Pública autonómica	14	2024
Cangas del Narcea	Pública autonómica	120	2025
Navia	Pública autonómica	ND	2025
Oviedo	Pública autonómica	29	2024
Oviedo	Arzobispado de Oviedo	121	2024
Oviedo	THOR Spain	144	2023
Oviedo	Ballesol	115	2025
Pola de Allande	Pública autonómica	60	2025
Pola de Siero	CK Senior	75	2023
Pravia	Inversor particular	20	2023
Sama	Grupo Aramo	118	2025
Somiedo	Pública autonómica	8	2023
Truyés	Pública autonómica	120	2027

En todo caso, harían falta 2.000 más para atender la demanda en el entorno de 2025⁴⁵.

⁴⁵ La opacidad de los datos del sector privado no nos permite conocer en estos momentos cuál podría ser su capacidad para concertar plazas con ERA en las condiciones mínimas exigibles (que es la única alternativa a la instalación de plazas públicas).

5. Los CLD y el sector residencial en Asturias

5.1. Las organizaciones

En España, en la primera mitad del siglo XX, menudean instituciones para los ancianos pobres, atendidos por órdenes religiosas, en las que conviven juntamente con enfermos, dementes y huérfanos, es decir, son unas instituciones que acogen a todo tipo de población falta de la institución familiar, por cualquier motivo, bajo la tutela de la Iglesia. Sólo después de la Segunda Guerra Mundial, la institución se especializa al 'medicalizarse'. Es en ese momento que se hará accesible a las personas de edad de las clases medias o superiores. Los asilos para ancianos indigentes han dado hoy paso a las residencias para ancianos o residencias para la tercera edad, atendidas no sólo por religiosas, como los antiguos asilos, sino que son gestionadas y atendidas, mayoritariamente, por personal seglar, pertenezcan o no a la Administración pública.

Esta cita⁴⁶ tiene más de 30 años y explica bien la génesis de las instituciones residenciales de finales del siglo pasado. En España, estas se van construyendo de manera bastante anárquica, sin una cabeza rectora ni planificación. Contribuyen el sector público (INP –a partir de 1978, Inerser–, diputaciones provinciales o cabildos insulares y consistorios locales), parapúblico (Obra Social de las cajas de ahorro), tercer sector (órdenes religiosas y algunas fundaciones) e iniciativa privada, generalmente con una gestión muy poco profesionalizada hasta la entrada, relativamente reciente, de grupos empresariales –cada vez más, multinacionales extranjeras– y fondos de inversión y de capital riesgo.

No sería hasta 2008⁴⁷, como consecuencia de lo establecido en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia de 2006 que desde la Administración General del Estado, aunque a través del entonces denominado Consejo Territorial –es decir, contando con las

⁴⁶ MP Barenys, *Las residencias de ancianos y su significado sociológico*. Papers, 40: 121–135 (1992).

⁴⁷ Resolución de 2 de diciembre de 2008, de la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia ([BOE del 17 de diciembre](#)).

representaciones autonómicas–, que se aprobaran unos criterios comunes de acreditación de «centros, servicios y entidades que actúen en el ámbito de la autonomía personal y de la atención a la dependencia». Esta norma quedaría reformada en 2017⁴⁸ y, finalmente, en julio de 2022⁴⁹.

En Asturias, la primera adaptación de los criterios marco de acreditación tiene lugar mediante una Resolución de 2009⁵⁰, siendo en 2011 cuando el Gobierno del Principado, ya mediante un Decreto⁵¹ aprobado por el Consejo de Gobierno, dicta las instrucciones que formalmente siguen vigentes.

Sería a partir de marzo de 2020, con la **fase explosiva de la pandemia por el SARS-COV-2**, cuando las importantes deficiencias de las residencias, especialmente en materia de personal, de gestión de espacios y de atención sanitaria a los residentes, se hicieron evidentes a nivel social y mediático de forma dramática. La **letalidad** del coronavirus en las residencias fue en el conjunto de España, durante 2020, del 22,4%⁵²: casi un residente de cada cuatro que contrajeron la infección falleció en la propia residencia (las estadísticas no incluyen a los fallecidos una vez que hubieran sido trasladados a hospitales), mientras que la tasa

⁴⁸ Resolución de 11 de diciembre de 2017, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, que modifica parcialmente el Acuerdo de 27 de noviembre de 2008, sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia ([BOE del 30 de diciembre](#)).

⁴⁹ Resolución de 28 de julio de 2022, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia ([BOE del 11 de agosto](#)).

⁵⁰ Resolución de 22 de junio de 2009, de la consejería de Bienestar social y Vivienda, por la que se desarrollan los criterios y condiciones para la acreditación de centros de atención de servicios sociales en el ámbito territorial del Principado de Asturias ([BOPA del 29 de junio de 2009](#)).

⁵¹ Decreto 43/2011, de 17 de mayo, por el que se aprueba el reglamento de Autorización, Acreditación, registro e Inspección de Centros y Servicios Sociales ([BOPA del 4 de junio](#)).

⁵² IMSERSO, [Reporte nº 1. Enfermedad por coronavirus \(COVID-19\) en Centros Residenciales](#). Actualizado a 21-02-2021.

de letalidad media, en el conjunto de la población de 65+ años y en el momento más álgido de la infección (marzo–mayo 2020), se situó en torno al 4,2%⁵³.

A partir de ese shock social, empezaron los posicionamientos de think-tanks; apenas un mes después de la declaración del Estado de Alarma, decenas de asociaciones y cientos de profesionales impulsaron la [Declaración en favor de un necesario cambio en el modelo de cuidados de larga duración de nuestro país](#). A partir de ese momento, algunos de los think-tanks más relevantes del pensamiento social se fueron posicionando ^{54,55,56,57}. También los reguladores, tanto a nivel central como autonómico, han sido conscientes de la quiebra de la confianza en el modelo residencial gerontológico.

El BOE del 11 de agosto de 2022 publicó la *Resolución de 28 de julio de 2022, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia*. Este Acuerdo fue aprobado en la reunión del Consejo Interterritorial de SS y del SAAD, pero esa aprobación fue por 10 votos frente a 9, lo que –especialmente tras el cambio de

⁵³ V. Martín-Sánchez y otros 7 autores, *Análisis de las tasas de letalidad de la infección por SARS-CoV-2 en las comunidades autónomas de España*. Medicina de Familia SEMERGEN, 46(51): 12–19 (2020). <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2020.06.013>.

⁵⁴ Asociación Española de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales, [Ideas y propuestas para un nuevo modelo residencial para personas en situación de dependencia, Residencia, su casa](#) (2021).

⁵⁵ Economía & Salud Fundación, [Hacia un modelo de atención sociosanitaria](#) (2021).

⁵⁶ FEDEA, [La asistencia residencial en España y COVID-19](#) (2021).

⁵⁷ Real Academia Nacional de Medicina – Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, *Hacia un nuevo modelo de cuidados de larga duración* (2021).

signo político de algunas CCAA que, en el momento de finalizar la redacción de este documento, se está concretando– garantiza su virtualidad⁵⁸.

También expresaron su rechazo todas las patronales del sector, ya que las exigencias en la dotación, organización y funcionamiento de las residencias obligaría a *«un incremento de precios muy importante»*. En el extremo opuesto de la argumentación, la Plataforma estatal de organizaciones de familiares y usuarios de residencias rechazó de pleno el Acuerdo, consideraron insuficiente la resolución, argumentando que *«las ratios aprobadas son engañosas y muy reducidas, que no se limita suficientemente el número de plazas en los centros y que el fin de las sujeciones llegará demasiado tarde»*. El único apoyo social provino del Comité Español de Representantes de personas con Discapacidad (CERMI), que lo respaldó afirmando que *«supone un avance respecto de la situación actual de graves carencias del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia»*, que *«permitirá orientar el sistema hacia mayores cotas de protección social»* y que *«mejorará el marco y condiciones del personal profesional de atención»*.

Lo cierto es que las CCAA, que son la administración competente para la ordenación y gestión del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, han optado por diseñar sus propios modelos de atención a la dependencia.

En el caso del Principado de Asturias, se aprobó en septiembre de 2022 la [Estrategia para la transformación del modelo de Cuidados de Larga Duración para personas adultas en el Principado de Asturias](#), conocida comercialmente como **cuidAS**, que empezó a tomar cuerpo algunos meses antes mediante la [Red CuidAS](#).

En su escrito de alegaciones y aportaciones al documento inicial de la Estrategia, el Colegio de Enfermería aportó las siguientes conclusiones:

⁵⁸ Hay que recordar que el representante asturiano en el Consejo Interterritorial cambió su voto, de la abstención a la aprobación, in extremis.

1. *El Colegio de Enfermería de Asturias se congratula de que se trabaje en nuestra comunidad en un nuevo modelo de cuidados de larga duración. El trabajo realizado es muy rico y complejo, aunque creemos que podría ser un poco más ambicioso y puede ser mejorado, establece una buena base de trabajo para la futura red de cambio de modelo.*
2. *Creemos necesario ampliar el alcance del modelo, integrando al sistema de salud, (Implicando también a otros ámbitos) y el sector privado concertado.*
3. *Es fundamental para el modelo disponer de un esquema competencial para los profesionales de cara a establecer estrategias que en el futuro nos permitan optimizar la atención a las personas.*
4. *Es importante también "medir recursos" que serán necesarios para este cambio a corto, medio y largo plazo.*
5. *Probablemente los cambios necesarios para este modelo deban trasladarse a medidas legislativas que deberían ser previstas.*
6. *Aunque no se ha abordado desde el modelo el marco o marcos competenciales, creemos sinceramente que las enfermeras (en especial las especialistas) pueden aportar al modelo y al desarrollo de la estrategia competencias y talento que no deberían desaprovecharse. Creemos firmemente en la profesionalización del cuidado y en que la apuesta por la enfermería mejorará el desarrollo del modelo.*
7. *Enhorabuena por el trabajo, desde el Colegio de Enfermería de Asturias seguiremos colaborando en el desarrollo de este modelo y la mejora continua de la atención a las personas.*

5.2. Los profesionales

En relación con el punto sexto de estas conclusiones, un grave problema que tiene el sector residencial privado es el relativo a sus extraordinarias limitaciones en la captación de talento, muy especialmente las enfermeras, que son quienes ejercen el liderazgo profesional en el ámbito de los cuidados a las personas. Pero en lugar de enfrentar el problema desde su raíz, el sector ha intentado encontrar atajos mediante una presión al Ministerio de Educación y Formación Profesional para que aprobara una titulación técnica de grado superior que fuera capaz de suplir el rol enfermero de supervisión del personal prestador de los cuidados básicos (TCAE y

Gerocultores). A través de una diputada socialista –para simular que no se trataba una iniciativa ministerial–, fue presentada una Proposición no de ley para la creación de un ciclo formativo de grado superior, el de *Técnico superior de supervisión socioasistencial en residencias de mayores*, que finalmente adoptó la denominación más descafeinada de ***Técnico superior en gestión de servicios en centros gerontológicos***. La PNL, en la que se reconoce que es una petición atendida de la patronal nacional AESTE, salió adelante con 33 votos a favor (PSOE, PP, Vox y PNV) y dos abstenciones (UP y ERC; Ciudadanos estuvo ausente).

Aunque no la titulación en sí (que no pasó del trámite de consulta pública previa), el Ministerio aprobó uno de sus prerrequisitos básicos, la incorporación en el Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales de la cualificación profesional *Supervisión de la atención sociosanitaria para la promoción de la autonomía personal*⁵⁹. Este Real Decreto, en lo relativo a la cualificación profesional de marras, fue recurrido por tres organizaciones enfermeras y una cuarta, de terapeutas ocupacionales, que solicitaron la anulación completa de la Competencia Profesional. Finalmente el Tribunal Supremo anuló en marzo de 2023⁶⁰ contenido de una única *Unidad de competencia* de las cuatro incluidas en el RD y, dentro de esta, únicamente tres de las siete *Realizaciones profesionales*, las más relacionadas con las competencias de coordinación, supervisión y evaluación de las enfermeras. Las anuladas son estas:

CR1.3 El seguimiento del cumplimiento de las pautas del equipo de enfermería delegadas al equipo técnico de cuidados auxiliares sociosanitarios (toma de temperatura y saturación, cambios posturales, medidas de continencia, ingesta de alimentación e hídrica, oxigenoterapia, aerosolterapia, aparatos de ventilación mecánica, pautas farmacológicas susceptibles de ser delegadas, limpieza, colocación y supervisión de sujeciones mecánicas, entre otras) se

⁵⁹ Como parte del [Real Decreto 46/2022, de 18 de enero](#).

⁶⁰ [STS nº 324/2003, de 13 de marzo de 2023](#).

comprueba mediante observación directa, trasladando el reporte del mismo al servicio de enfermería.

CR1.4 El seguimiento del cumplimiento de las pautas del equipo de rehabilitación delegadas al equipo técnico de cuidados auxiliares sociosanitarios (transferencias, uso de ayudas técnicas, indicaciones para la marcha y deambulación, entre otras) se comprueba mediante observación directa, trasladando el reporte al servicio de rehabilitación.

CR1.5 La asistencia en una emergencia se supervisa, teniendo en cuenta medidas y acciones de protección, riesgos, recursos disponibles y tipo de ayuda necesaria.

Esta regulación, en el momento de su publicación debió generar debate, pero solo generó ruido y declaraciones gruesas.

Es cierto que las residencias geriátricas privadas no encuentran enfermeras que contratar para asumir la coordinación y supervisión de los cuidados que presta el personal auxiliar de enfermería y gerocultor; y que, de alguna manera intentaron conseguir, más aún tras las enseñanzas de la crisis pandémica, que dichas funciones fueran ejercidas por personal con mayor cualificación (técnico superior) que la actual (técnicos de grado medio y certificados de profesionalidad)

Pero no es menos cierto que **la razón fundamental, o al menos, la primera y más básica barrera de entrada, es de carácter retributivo**. Recién aprobado, tras cinco años de retraso, el VIII Convenio Marco Estatal de Servicios de Atención a las Personas Dependientes y Desarrollo de la Promoción de la Autonomía Personal, y con el Acuerdo de 20 de enero de 2023, del Consejo de Gobierno, por el que se fijan para 2023 las cuantías de las retribuciones del personal al servicio de la Administración del Principado de Asturias ([BOPA del 30 de enero de 2023](#)) a la vista, podemos comparar cuánto gana (bruto) una **enfermera recién graduada en el puesto más básico o inicial de desempeño**:

En cuanto a las **retribuciones fijas mensuales** (dividiendo, en su caso, el bruto anual por 12 mensualidades, para poder compararlas):

- » Personal Estatutario de Instituciones Sanitarias: 2.317,69€.

- » Personal laboral al servicio de la Administración⁶¹: 2.262,97€.
- » Personal en el ámbito del VIII Convenio Marco: 1.571,99€.

En cuanto a los **trienios** (mes):

- » Personal Estatutario de Instituciones Sanitarias: 45,35€.
- » Personal laboral al servicio de la Administración: 39,42€.
- » Personal en el ámbito del VIII Convenio Marco: 21,86€.

En cuanto al **plus de disponibilidad o guardia localizada** (día).

- » Personal Estatutario de Instituciones Sanitarias: 79,95€.
- » Personal laboral al servicio de la Administración: 71,59€.
- » Personal en el ámbito del VIII Convenio Marco: 23,03€.

En cuanto al **trabajo en día festivo** (día)

- » Personal laboral al servicio de la Administración: 35,76€.
- » Personal Estatutario de Instituciones Sanitarias: 25,80€.
- » Personal en el ámbito del VIII Convenio Marco: 20,72€ (5 y 6 de enero y 24 y 25 de diciembre, 45,92€; este concepto no existe para los otros dos ámbitos).

Y en cuanto al plus por **hora nocturna** trabajada (día):

- » Personal Estatutario de Instituciones Sanitarias: 4,08€.
- » Personal en el ámbito del VIII Convenio Marco: 2,91€.
- » Personal laboral al servicio de la Administración: 1,96€ (existe para este colectivo un plus para el turno fijo de noches, de 276,10€ mensuales).

No puede resultar más evidente la imposibilidad, por parte del sector privado, de competir económicamente para atraer enfermeras. Cuando existía un amplio *ejército de reserva* conformado por el personal desempleado, había sitio para todos; pero esta es la evolución del número (desestacionalizado, TAM-12) de

⁶¹ Que incluye al personal de las residencias públicas y otros dispositivos del organismo autónomo ERA (Establecimientos Residenciales para Ancianos).

enfermeros/as en desempleo registrado en las oficinas de empleo durante los últimos 13 años:

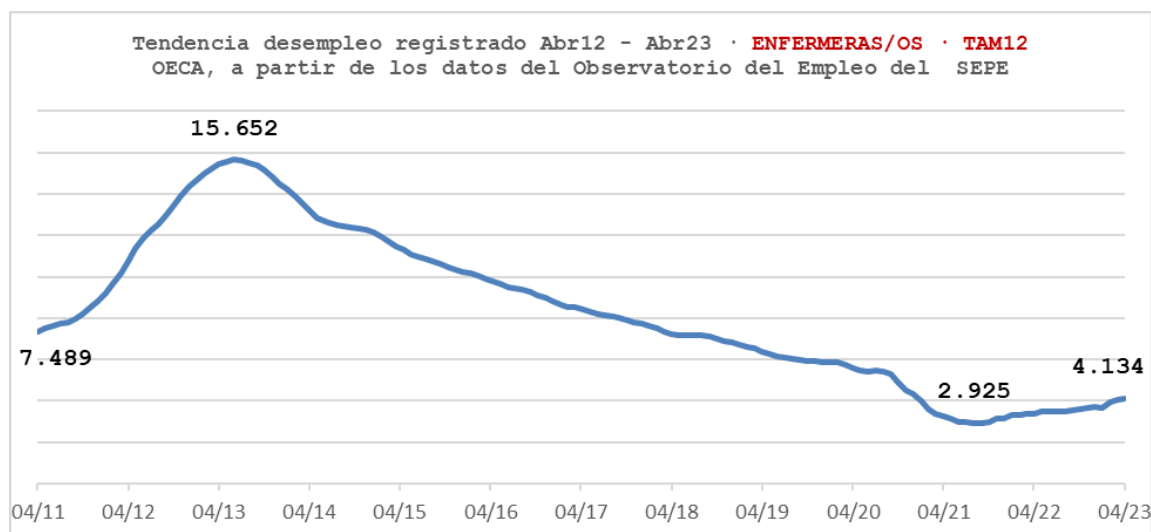


Gráfico 13. Desempleo enfermero, Evolución 2012-2023, TAM-12. España.

El pico máximo se alcanzó en junio de 2013, cuando los despidos masivos de los servicios de salud enviaron al paro a más de 15.500 de los 260.000 colegiados en activo, lo que resulta en una tasa de desempleo (registrado) del 6%; a partir de ahí las cifras fueron descendiendo y con el empujón de la pandemia alcanzó su nivel más bajo en abril de 2020, con apenas 3.000 de los 310.000 colegiados, produciéndose una situación técnica de pleno empleo. A partir de ese punto de inflexión y pasado lo peor de la crisis pandémica, el desempleo vuelve a crecer, pero asciende a poco más de 4.000 y no se espera que llegue a superar la barrera de los 5.000.

Una oferta escasa de personal en busca de empleo, que aquí lo será aún más, dado que Asturias es una de las comunidades autónomas con una población enfermera más envejecida. Aunque el INE solo facilita distribuciones de frecuencias por tramos etarios, hemos calculado un **índice de envejecimiento** de la colegiación, dividiendo el número de colegiados entre 55 y 64 años (tramo etario más envejecido con actividad) por el de menores de 35 años (tramo etario más joven); y Asturias

(0,96) ocupa el tercer lugar en envejecimiento, solo por detrás de Extremadura (0,98) y La Rioja (1,05), frente a una media nacional de 0,60:

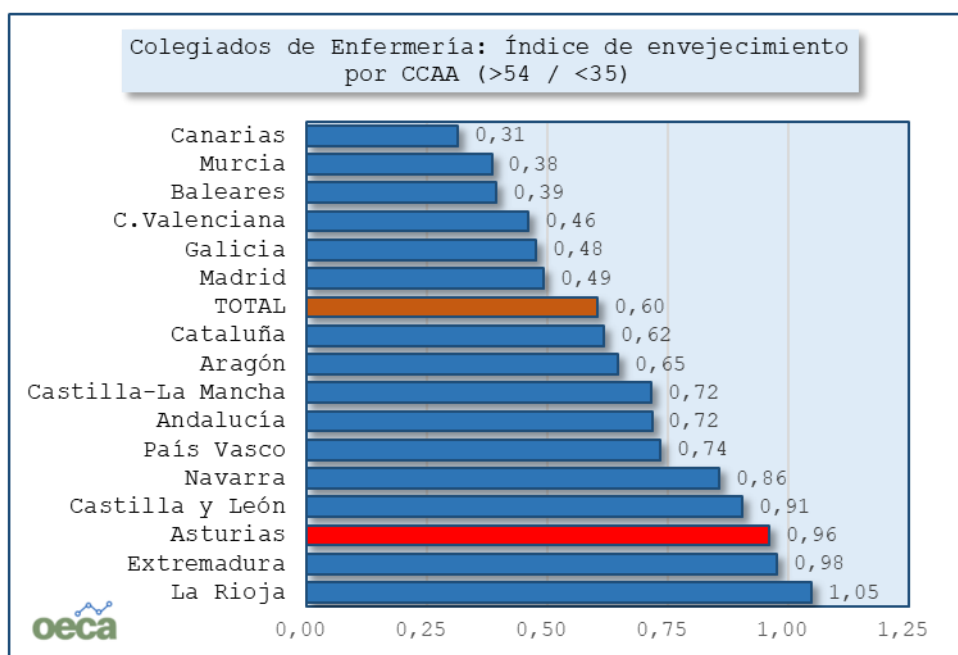


Gráfico 14. Colegios de Enfermería, Índice de Envejecimiento. España-CCAA, 2021.

Ello significa una mayor tasa de jubilaciones. Pero por otro lado, la producción autóctona de profesionales de la enfermería es de las más bajas de España:

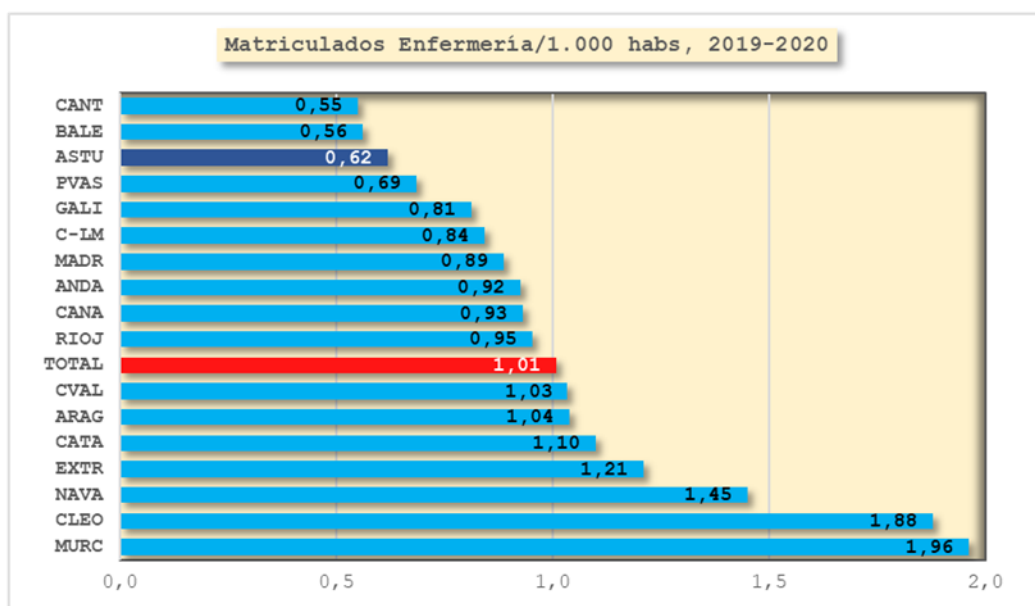


Gráfico 15. Grado de Enfermería, matriculados x 1.000 hab. España-CCAA, 2019.

Ello se traduce en la necesidad de atraer profesionales de otras CCAA, empezando por conseguir que regresen los que tuvieron que ir a estudiar fuera por la escasa oferta de plazas en la Universidad de Oviedo⁶². Según el [Plan estratégico de titulaciones de esta Universidad](#), Enfermería es el grado que empuja a más alumnos a estudiar fuera. En los últimos cuatro años –que es la duración del grado– disponibles (2017–2020), fueron 263. Si los sumamos a los 710 matriculados en los dos centros de la Universidad de Oviedo, supone que más de uno de cada cuatro estudiantes (27%) de los 973 que aprobaron la EBAU en Asturias a lo largo de ese período debe salir a estudiar el Grado de Enfermería a otras CCAA.

Conseguir que vuelvan quienes estudiaron fuera –y que considerarán las ofertas que se les realicen en esas CCAA– y atraer a quienes residen y trabajan más allá de nuestras lindes **exige que las administraciones sanitarias y los operadores privados sean competitivos en cuanto a retribuciones y otras condiciones de trabajo**. Especialmente en el caso de los operadores en el sector residencial geriátrico.

Recapitulando: a) el *ejército de reserva* de **desempleados** que vino existiendo, y del que se nutrieron durante años todos los operadores, públicos y privados, ni está ni se lo espera, al menos a corto y medio plazo; b) la **tasa de reposición** de enfermeras (egresados por jubilados) es muy baja en el Principado, por lo que es fundamental atraer efectivos de otras CCAA; c) si alguna vez existieron, ahora ya no existen **atajos para crear una figura profesional de mini-enfermera**, ya que los ha taponado el Supremo; y d) el **Convenio Marco** se ha convertido en un seguro de rechazo para una gran mayoría de las enfermeras, no solo en el caso de las que trabajan en centros sanitarios del SESPA, tampoco de las que lo hacen en residencias y otros dispositivos del Organismo Autónomo ERA.

⁶² De los 85 centros docentes de los que se conoce la nota de corte para Enfermería, Oviedo (12,14) tiene la 15ª más alta y Gijón (11,93), la 24ª. La mediana es de 11,43 puntos.

Estas son, a nuestro juicio, las **principales coordenadas en las que debería abordarse el problema**: de no adoptarse medidas extraordinarias, el problema de la falta de enfermeras en el sector geriátrico se cronificará aún más.

El Plan **cuidAS**, al menos en esta primera formulación, y a pesar de que reconoce que algunos participantes lo plantean con crudeza y escepticismo, rehúye este debate, ya que se centra en el plano individual y en el papel de las enfermeras de enlace (que tratan a pacientes, no a equipos profesionales ni a organizaciones).

Se destaca *«la escasa formación de algunos responsables de los servicios y de profesionales no titulados que realizan tareas de atención directa, lo que supone no solo una dificultad para garantizar unos cuidados básicos de calidad, sino que añade un especial riesgo en el caso de tener que abordar situaciones como la vivida»*, pero se pone el énfasis en la *«continuidad de una figura profesional de salud que pueda actuar como referencial, de asesoramiento y de contacto entre ambos sistemas. La propuesta de profesionales de enfermería de enlace se reconoce de gran importancia para facilitar la coordinación entre los distintos dispositivos sociales (SAD, atención diurna y residencias) y atención sanitaria»*.

Garantizar la calidad en los cuatro pilares básicos del Plan –*«salud integral, seguridad, atención centrada en la persona y entorno facilitador»*– requiere un planteamiento más orgánico. Como se apunta discretamente en el texto (el énfasis es nuestro), hacen falta *«figuras profesionales que coordinen **en los servicios y centros** el diseño de los planes de apoyos o atención personalizada y su acompañamiento»*– Estas figuras profesionales existen en el organismo autónomo ERA, bajo las figuras orgánicas de Director asistencial y Responsable asistencial. Es justo reconocer eso como un paso importante para la gestión de cuidados, la coordinación de procesos y la gestión de casos en el ámbito residencial. Pero no existen en el ámbito privado, al menos con carácter general o de manera significativa.

Es necesario, imprescindible, diríamos, delimitar los planos individual y poblacional; entre el trabajo clínico-asistencial y el salutogénico. Si queremos garantizar que cualquier persona siga teniendo los mismos derechos asistenciales – básicamente, disponer de su médico y su enfermera de cabecera que se encargan de atender sus necesidades de cuidados de salud, lo que se conoce como *longitudinalidad*–, al margen de su lugar de residencia, hogar particular o dispositivo comunitario, como regla general no podemos/debemos aspirar a que en los centros residenciales existan recursos médicos y enfermeros propios, sino que sean los centros de salud quienes sigan ocupándose de esta tarea. Es lógico que en centros con cientos de plazas sí se disponga de recursos propios, ya que se generan economías de escala; pero la tendencia es a una clara reducción del tamaño de las residencias, por tanto, también a una mayor facilidad para el seguimiento clínico y del plan de cuidados de cada residente por parte del centro de salud.

Pero eso no quiere decir que no haya enfermeras en los dispositivos residenciales, si bien su tarea debe ser de alto valor profesional –y empresarial– añadido: por ejemplo, la elaboración, supervisión y evaluación de programas esenciales, como prevención de caídas y úlceras por presión; alternativas a la sujeción mecánica de personas con demencias; planes de deshabitación de benzodiazepinas y opioides; adherencia a los tratamientos terapéuticos y correcta administración de los prescritos (naturalmente, allí donde no existan convenios con las farmacias comunitarias); fomento de estilos de vida –alimentarios, cognitivos, sociales, de higiene personal o ejercicio– saludables, etc.

Con seguridad, las residencias más pequeñas no tendrán *músculo financiero* para contratar la enfermera especialista que necesitarían, pero sí es posible **mancomunar el servicio entre varias de la misma zona o área**, ya que son actividades que no requieren presencia continuada en cada centro..

Y como la demanda, si resulta realmente interesante a los ojos del profesional y suficientemente estable en el tiempo, puede tirar de la oferta, propiciaría la

creación de cooperativas de enfermeras geriátricas –al estilo de *Buurtzorg*⁶³, en Países Bajos, como paradigma y estandarte–, que asuman las funciones para las residencias mancomunadas⁶⁴ fuera del corsé del Convenio Marco. Existe, además, en la legislación española una figura apropiada para ello: las **sociedades profesionales**, reconocidas en la Ley del mismo nombre de 2007⁶⁵.

Un último mensaje, dirigido tanto hacia dentro (profesiones) como su entorno político (reguladores): pelear por cada función profesional tradicional, tenga el valor profesional añadido que tenga (que muchas veces es mínimo o incluso negativo para la imagen social de la profesión), impide avanzar. Pero la necesidad de ir modificando las fronteras competenciales de las diferentes profesiones en el ámbito de la salud requiere un abordamiento holístico y estratégico en el que no haya *ganadores* ni *perdedores*, solo agentes profesionales responsables con posicionamientos basados en las mejores evidencias posibles. Si a las enfermeras o a los médicos les preguntáramos si desearían volver a la situación de hace 30 años, cuando estos mapas competenciales eran muy diferentes, la inmensa mayoría nos respondería que no, que las funciones que hacían y ya no hacen les han liberado tiempo para otras que les aportan mayor valor añadido, sanitario, social y personal, como profesionales.

⁶³ Para conocer las características más relevantes de la experiencia: I. Lumillo-Gutiérrez y G.E. Salto, *Buurtzorg Nederland: una propuesta de atención domiciliar dirigida por enfermeras*. Enfermería Clínica, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.08.004>.

⁶⁴ Una iniciativa que, además, encajaría en los objetivos de [Cuidalab](#), la iniciativa de fomento de la innovación y el emprendimiento enfermero del Codepa.

⁶⁵ Ley 2/2007, de 15 de marzo, de sociedades profesionales (BOE del 16 de marzo).

6. El sector residencial gerontológico en Asturias

6.1. Dotación general de recursos

En estos momentos⁶⁶, en la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias hay un total de 233 residencias geriátricas, con un total de 15.101 plazas instaladas⁶⁷. Existe una cierta diferencia entre las diversas fuentes. Para el Imsero, son (31/12/2020) 242 centros, con 15.101 plazas; para el CSIC (*Envejecimiento en Red*), serían (2020) 233 centros con un total de 14.564 plazas.

Tomando en cuenta las referencias oficiales, tendríamos entre 233 y 242 centros, con entre 14.564 y 15.101 plazas. Una diferencia que se explica sobre todo por el desfase de los datos de IMSESO y CSIC, que corresponden a 2020; también pueden existir discrepancias a la hora de adscribir ciertos centros al sector puramente geriátrico residencial. En nuestro caso, hemos incluido aquellos centros públicos que no están incluidos en la red de utilización pública del Servicio de Salud del Principado de Asturias, SESPA, así como los del sector privado calificados expresamente como *Centros residenciales para personas mayores* en el [Registro de la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar \(socialasturias\)](#).

La referencia a las plazas es a plazas autorizadas y/o dotadas, no a las efectivamente ocupadas, información de la que aún no disponemos. Lo cual no significa que renunciemos a ello, pero de momento nos limitamos a analizar la **oferta** residencial.

⁶⁶ Trabajo de campo en febrero – marzo de 2023.

⁶⁷ Los [datos del Observatorio Asturiano de Servicios Sociales](#) son ligeramente más altos: seis centros más (239) centros y 111 plazas más (15.212).

Los datos de población han sido extraídos de los últimos disponibles en la *Estadística del Padrón Continuo* del Instituto Nacional de Estadística, 1 de enero de 2022.

Más allá de ligeras diferencias, los datos incorporados en este dossier sobre el sector residencial geriátrico en nuestra Comunidad Autónoma son consistentes y detallados⁶⁸. Tendríamos, pues:

» **185 centros privados (79%):**

- 162 privados empresariales (86%).
- 23 del tercer sector (sin ánimo de lucro) (14%).

» **48 centros públicos (21%):**

- 27 de la administración autonómica con gestión directa (56%).
- 8 de la administración autonómica con gestión indirecta (17%).
- 13 de la administración local (27%).

Su dotación es de **15.108 plazas**, que se distribuyen de la siguiente manera:

» **9.381 de financiación privada (62%):**

- 6.884 privadas empresariales (73%).
- 2.497 del tercer sector (27%).

» **5.727 de financiación pública (37%):**

- 3.540 de la administración autonómica (62%).
- 331 de la administración local (6%).
- 1.856 privadas concertadas (32%).

⁶⁸ Cabe destacar que sin la capacidad de depuración que nos ha proporcionado el buscador de **socialasturias** no podríamos estar tan seguros de esta afirmación. El número de plazas concertadas en cada centro privado se ha extraído directamente de este buscador.

6.2. Resumen de las características de los centros

La gran mayoría de de las 233 residencias geriátricas, un 70% (162), son de titularidad privada empresarial; si añadimos los 26 centros del denominado *tercer sector* (privadas sin ánimo de lucro), nos restan solo 45 (20% del total) de titularidad pública, 32 de la administración autonómica (ERA) y 13 de las administraciones locales (concejos y municipios).

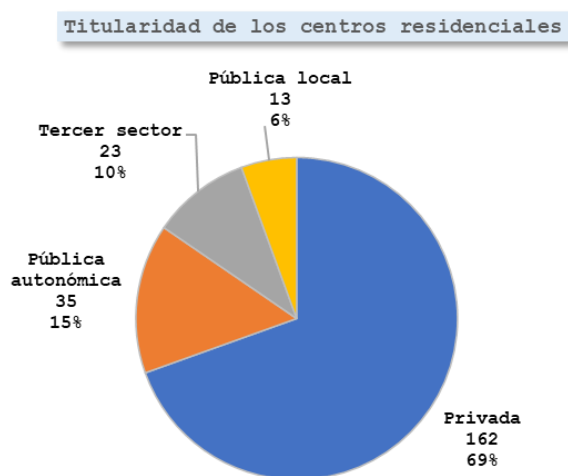


Gráfico 16. Titularidad de los centros residenciales gerontológicos.

Sin embargo, cuando sumamos las plazas en funcionamiento, el porcentaje de la oferta pública –3.665 sobre 15.108– asciende algo, hasta el 24%.

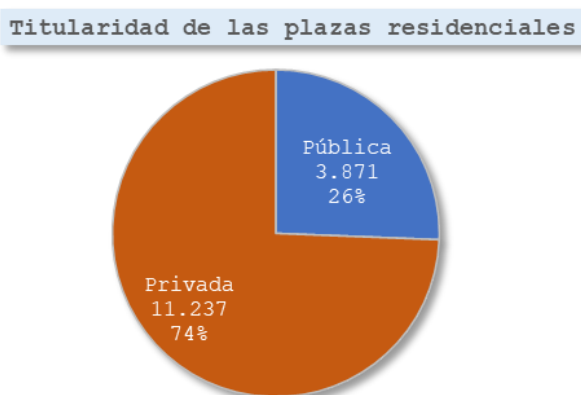


Gráfico 17. Titularidad de las plazas residenciales gerontológicas.

La gran mayoría de estas 3.665 plazas del sector público son de titularidad autonómica (3.334 = 88%) y una pequeña parte (331), de la administración local. Por lo que respecta a las de titularidad privada, de las 10.818 plazas, aproximadamente una cuarta parte (23%) pertenecen al tercer sector.

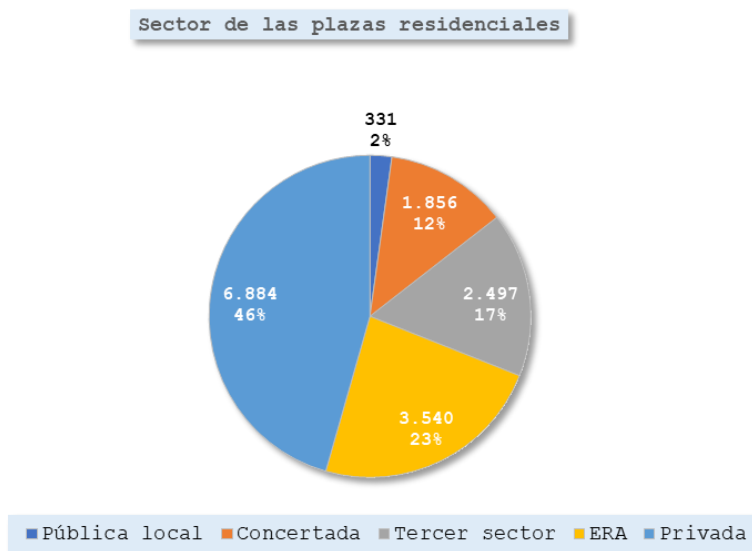


Gráfico 18. Sector de las plazas residenciales gerontológicas.

42 centros privados -36 empresariales y 6 del tercer sector- mantienen un régimen de concierto de parte de sus plazas, teniendo, en conjunto, concertadas 1.856 plazas (1.579 + 277), un 17% del total de su oferta (11.237). Este porcentaje es muy variable: ocho de los 42 centros conciertan menos del 15% de sus plazas y cinco, más del 75%; la mediana se sitúa en el 35%.

De esta manera, las plazas de financiación pública ascienden al 37% del total ofertado en la comunidad autónoma:

Financiación de las plazas residenciales

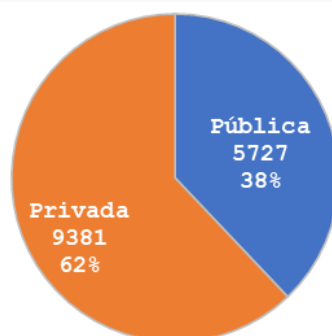


Gráfico 19. Financiación de las plazas residenciales gerontológicas.

Por lo que respecta al tamaño medio de los centros, existen diferencias notables entre los sectores:

Número medio de plazas por Sector (Mediana)

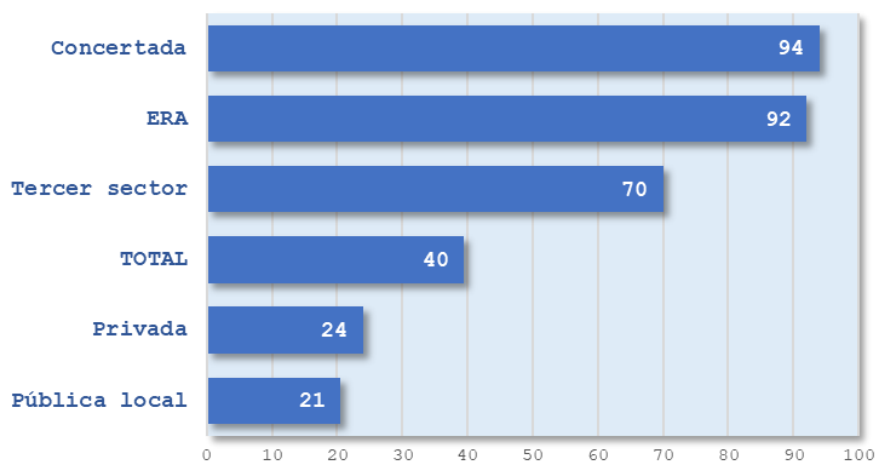


Gráfico 20. Número medio de plazas por Sector.

Los centros de financiación pública, tanto concertados (94)⁶⁹ como del organismo autónomo ERA (92), más que duplican la capacidad media de 40 plazas por centro.

⁶⁹ El de 'concertados' se refiere al número de plazas totales de los centros, no al de las plazas que mantienen concertadas.

En el extremo contrario se sitúan las residencias de la administración local (21 plazas) y las de titularidad privada no concertadas (24).

Si comparamos el grado de cobertura (plazas ofertadas por cada 1.000 personas de 65+ años), nuestra comunidad autónoma, con un valor de 55 (en 2020), no sale mal parada, ocupando la quinta posición en el ranking y superando la media estatal (42) en 13 puntos porcentuales, que suponen un 31% en términos relativos:

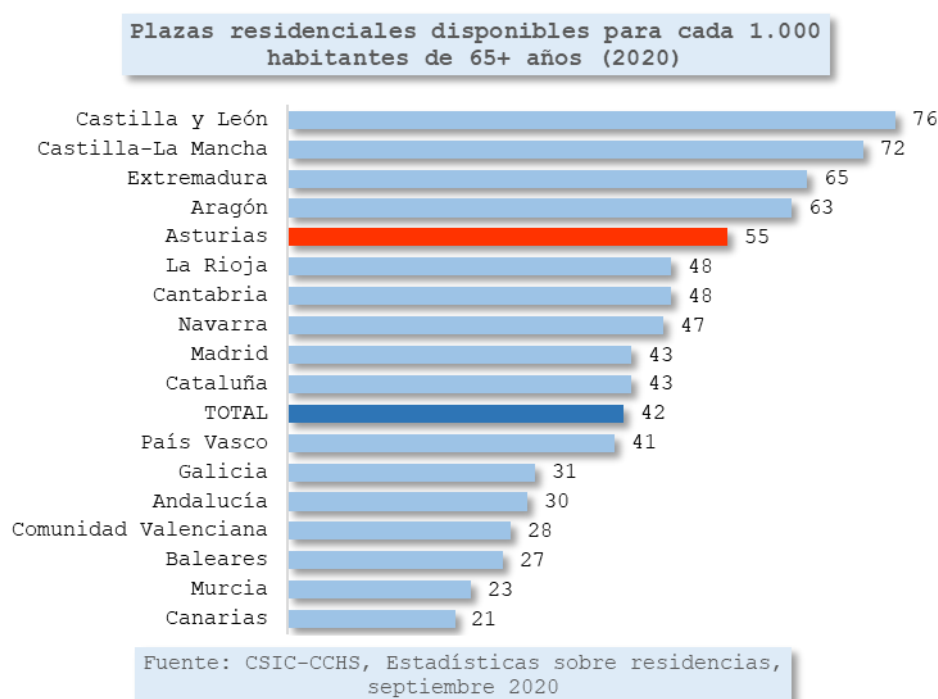


Gráfico 21. Plazas residenciales gerontológicas x 1.000 hab. España-CCAA, 2020.

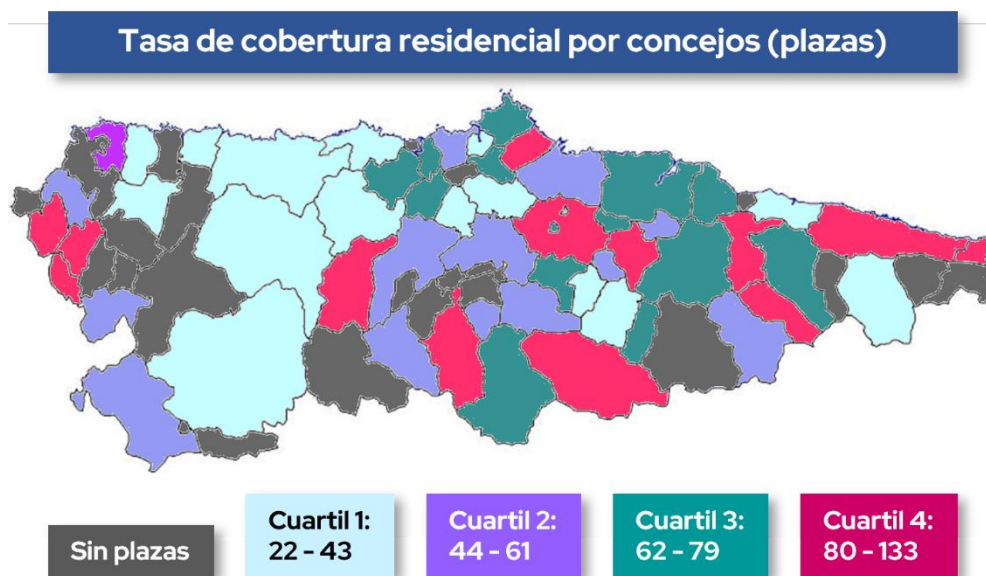
6.3. Distribución territorial

22 de los 78 concejos asturianos carecen de centros residenciales gerontológicos (en adelante, CRG) en sus territorios. Sus habitantes con 65 y más años suman un total de 8.160, apenas el 3% de los 272.000 que residen en la Comunidad Autónoma. Se trata de concejos pequeños, con poblaciones que van de los 42 de Yernes y Tameza a los 1.064 de Castropol:

Concejos sin residencia en sus municipios		
Cód.Munic.	Concejo	Población censada
33001	Allande	614
33013	Caravia	141
33015	Caso	563
33017	Castropol	1.064
33018	Coaña	952
33022	Degaña	219
33029	Illano/Eilao	140
33030	Illas	303
33038	Morcín	702
33039	Muros de Nalón	618
33043	Onís	237
33046	Peñamellera Alta	197
33047	Peñamellera Baja	369
33048	Pesoz	52
33052	Proaza	252
33057	Ribera de Arriba	458
33061	San Martín de Oscos	134
33063	San Tirso de Abres	146
33064	Santo Adriano	89
33068	Somiedo	398
33077	Villayón	470
33078	Yernes y Tameza	42

Tabla 2. Concejos sin Centros Residenciales Gerontológicos..

En cuanto a la tasa de cobertura (plazas residenciales por 1.000 habitantes de 65+ años), el mapa queda de la siguiente manera:



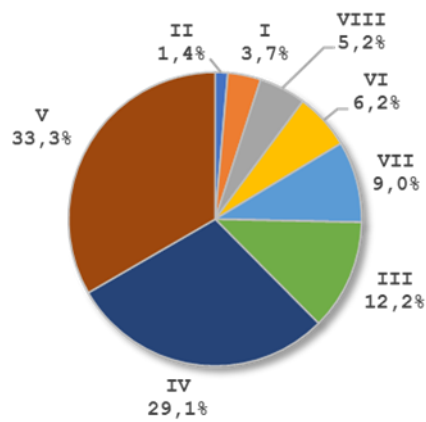
Mapa 15. Tasa de cobertura residenciales por concejos.

El rango de las tasas de cobertura –exceptuando a los que tienen cero– va de las 21,7/1.000 de Ribadesella a las 133,3 de Villanueva de Oscos, con 14 municipios en cada cuartil, cuyos rangos quedan recogidos en la leyenda del mapa.

A la hora de analizar la distribución territorial con mayor nivel de agrupación, podríamos haber recurrido a las comarcas, si bien entendemos que nos va a resultar más práctico de cara al futuro utilizar las áreas de salud; en todo caso, las diferencias entre ambos mapas no son muy significativas, más allá de la adscripción de determinados municipios a una comarca/área diferente.⁷⁰

⁷⁰ Solo cuatro, lo que afecta a un total de 246 plazas residenciales, menos del 2% del total.

Porcentaje de plazas residenciales por Área de Salud



Porcentaje de personas de 65+ años por Área de Salud

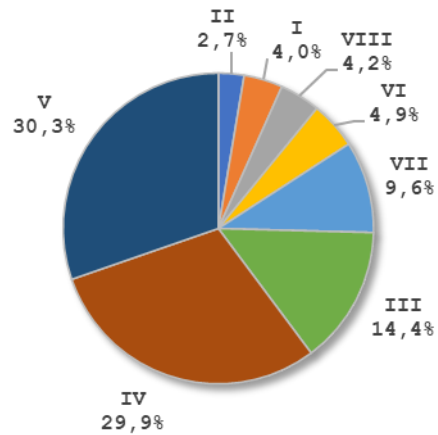


Gráfico 22. % Plazas residenciales y población de 65+ por Área de Salud.

Queremos comprobar en primer lugar si existe, como a priori cabría suponer, relación estrecha entre la población de 65+ años de cada área de salud y la oferta residencial entre ellas; y, efectivamente, es así, como puede apreciarse a primera vista comparando ambos gráficos. Sin embargo existen algunas desviaciones:

Diferencial % plazas - % 65+ años por Área de Salud

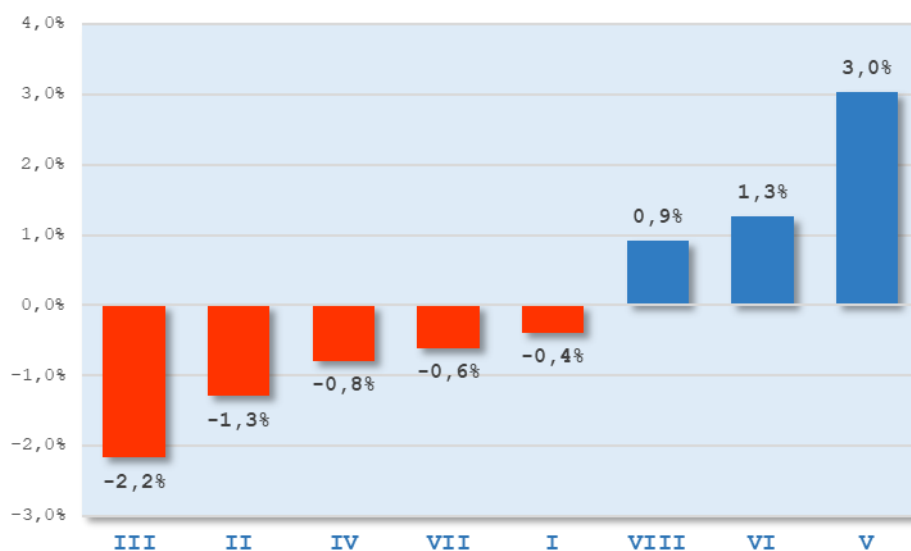
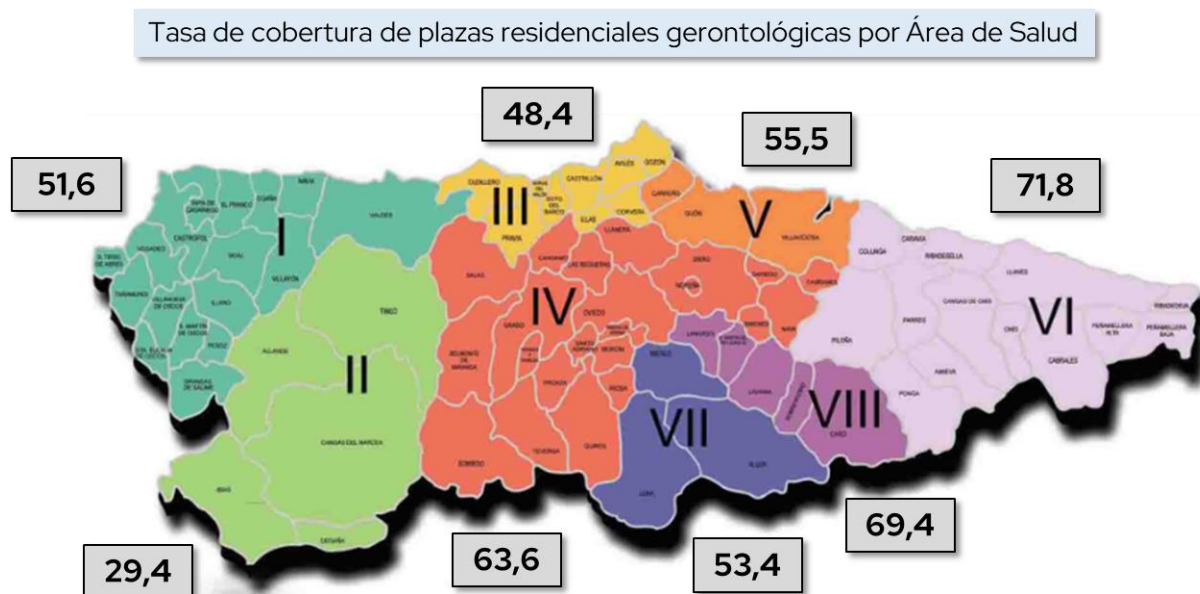


Gráfico 23. Diferencial Plazas - Personas de 65+ por Área de Salud.

Si bien en un esquema ideal el porcentaje de plazas ofertadas en cada área coincidiría perfectamente con el de población objetiva, en el mundo real no es exactamente así; ello se traduce en diferencias significativas en la tasa de cobertura (plazas ofertadas por cada 1.000 personas de 65+ años):



Mapa 16. Tasa de cobertura de plazas residenciales gerontológicas por Área de Salud.

Como puede apreciarse, las tasas de cobertura de las Áreas VI (cabecera Arriondas, 72%) y VIII (Langreo, 69%) más que duplican a la del Área II (Cangas de Narcea, 29%); estas tres áreas son las destacables, si acaso junto con la IV (Oviedo, 63), ya que en las restantes cuatro apenas oscila entre los 48 del Área III (Avilés) y los 56 del Área V (Gijón), siendo 57 el promedio autonómico:

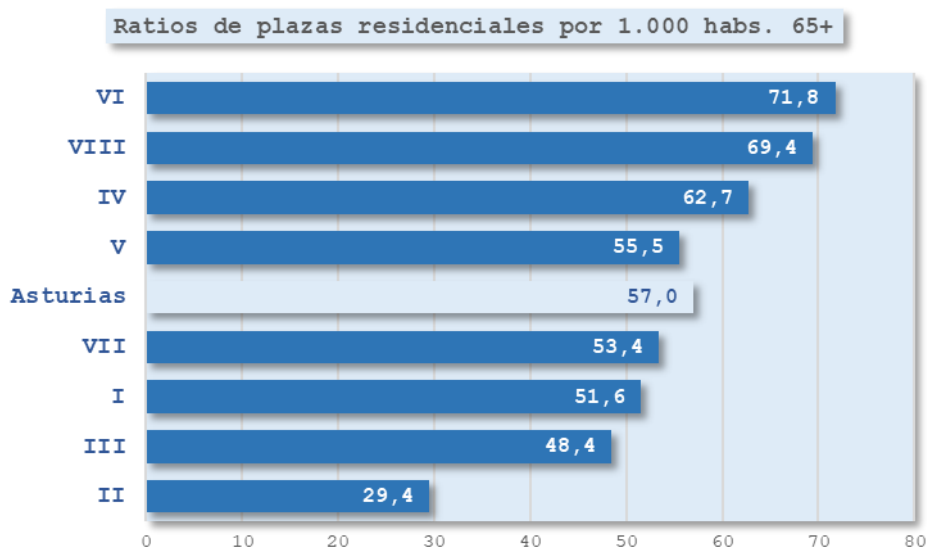


Gráfico 24. Ratios de plazas residenciales gerontológicas por Área de Salud.

Sin embargo, si analizamos la cobertura de las plazas de financiación pública (públicas + privadas concertadas), la situación presenta algunos cambios:

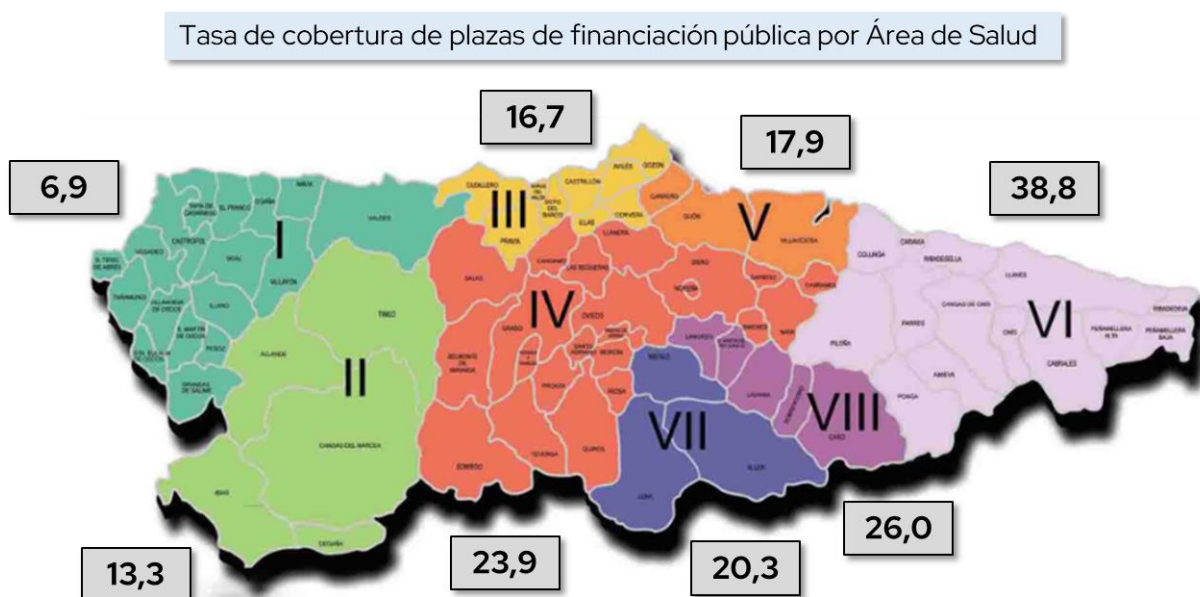


Gráfico 25. Tasa de cobertura de Plazas de Financiación Pública por Área de Salud.

El Área VIII (Langreo. 26) ya no ocupa un lugar muy destacado como zona de alta dotación, dejando al Área VI (Arriondas, 39) como único *outlier* en la zona superior, al tiempo que el Área I (Jarrio, 7) lo hace en la zona baja; el Área VI casi sextuplica la ratio del Área I. El resto se sitúa entre los 13 puntos del Área II (que son

7 menos que la media autonómica = 21) y los 26 del Área VIII, que queda 5 puntos por encima de la media autonómica.

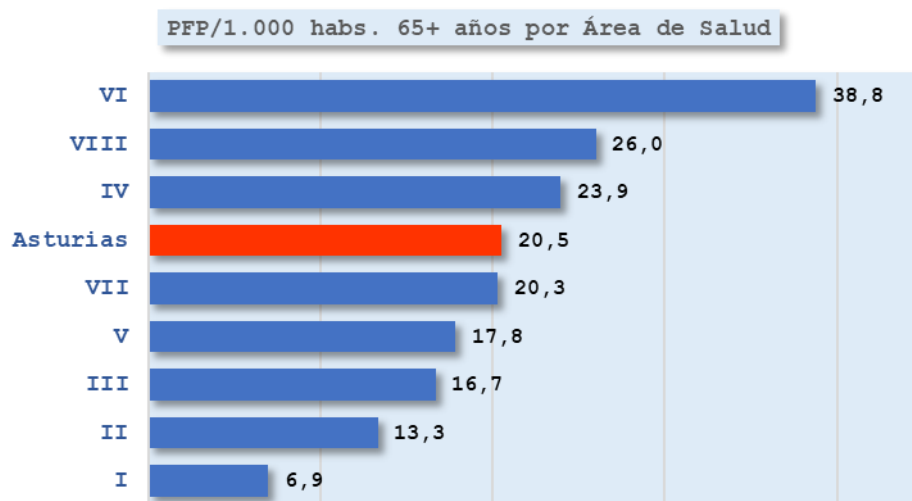


Gráfico 26. Tasa de cobertura de plazas de financiación pública por Área de Salud.

6.4. Patronales y sociedades del sector

En Asturias operan cuatro asociaciones del sector residencial privado:

- » **AARTE** - Asociación Asturiana de Residencias de la Tercera Edad. Es la mayoritaria del sector en Asturias, con 79 centros⁷¹ que suman 4.540 plazas (tamaño medio = 58 plazas). Sección asturiana de la **Federación Empresarial de la Dependencia**.
- » **ARGAS** - Asociación de Residencias Geriátricas de Asturias es la segunda, a gran distancia, agrupando a 36 centros⁷², con 1.407 plazas (tamaño medio = 39). No consta afiliación a ninguna patronal estatal.

⁷¹ 6 de ellos, afiliados también a otras patronales.

⁷² 2 de ellas, compartidas.

- » **ASCEGE** – Asociación de Centros Geriátricos del Principado de Asturias le sigue a no mucha distancia, con 17 centros⁷³ y 1.347 plazas (tamaño medio = 79).⁷⁴ Forma parte del **Círculo Estatal de Atención a Personas** (CEAPs).
- » **LARES Asturias**, dentro de la **Federación LARES**, es la tercera, con 11 centros que suman 1.269 plazas (tamaño medio = 115). Es la asociación sin ánimo de lucro que reúne al tercer sector residencial.
- » Mensajeros de la Paz

Por otro lado, también opera la asociación estatal **AESTE – Asociación de Empresas de Servicios para la Dependencia**, la cual afilia únicamente a 5 de los 8 centros asturianos de la cadena DomusVi, con un total de 371 plazas, y al Centro Residencial de la cadena **Ballesol**, con 169 (540 en total).

En total, afilian a **127 residencias**, con un total de **7.817 plazas** ofertadas; suponen el 63% de los 188 centros de titularidad privada y suman el 72% de las 10.818 plazas privadas instaladas.

Por lo que respecta al sector empresarial, el principal grupo, tanto en centros como en plazas, es **DomusVi España**, igual que a nivel estatal; Asturias concentra 8 de sus 142 centros, con 763 de sus 18.852 plazas (4%).⁷⁵

El **Grupo Instituto Gerontológico Astur** posee cuatro centros residenciales que suman 505 plazas.

El grupo **AVS Millenium (AVS – Salud)** es un grupo empresarial local que, además de ser propietario y operar el Hospital Covadonga de Oviedo, se ha

⁷³ 5 de ellas, compartidas.

⁷⁴ Entre ellos, dos centros públicos de gestión privada, con 156 camas.

⁷⁵ DomusVi también gestiona una residencia de 94 camas, en Langreo, propiedad del grupo gallego Casta Salud SL.

introducido en el sector de los servicios sociales, incluyendo el residencial. Es propietario de 18 centros, repartidos por toda la geografía nacional; 4 de ellos, con una suma de 299 camas, están en Asturias. Todos ellos están gestionados a través de la filial **CK Senior**.

Le sigue una asociación del tercer sector, las **Hermanitas de los Ancianos Desamparados**, con 4 centros y 780 plazas; a continuación, el grupo francés **Colisée**, quinto grupo por número de plazas a nivel estatal, que solo tiene dos de sus 55 centros en Asturias y agrupan 299 de sus 6.751 plazas (4%); a continuación, y otra organización del tercer sector, la **Asociación Edad Dorada – Mensajeros de la Paz**, octavo grupo a nivel estatal, que opera en Asturias 7 de sus 94 centros y 390 de sus 6.080 plazas (6%).

Ya a mayor distancia, pero con más de un centro cada una, están **Geriatría Asturiana SL** (3 centros, con 130 plazas); **El Nadal** (nombre comercial de las propiedades de un inversor particular), con otros 3 centros y 44 plazas; **Residencias de Vetusta SL** (3 centros, 139 plazas); y **Centros Gerontológicos Abuli** (2 centros, 58 plazas).

Y con un centro cada uno, encontramos el **Montepío y Mutualidad de la Minería Asturiana** (250 plazas); **Fundación Sanatorio Adaro** (138); **Casta Salud**, con 94 camas; el **Grupo Gaudium Salud**, que opera 4 residencias a nivel estatal; su centro en Langreo, localidad donde se sitúa su domicilio social, suma 87 de sus 240 plazas (36%).

Finalmente, el sector público tiene como referencia básica al **Organismo Autónomo ERA**, cuya red residencial abarca 31 centros, que reúnen 3.144 plazas. Por su parte, son 12 los **concejos o ayuntamientos** propietarios de una residencia pública, sumando 523 plazas.

Hay 34 centros, que suman 970 plazas residenciales, para los que no hemos podido encontrar afiliación, ni patronal ni societaria; en general, son residencias

pequeñas (mediana = 23 plazas) que deben corresponder, asimismo, a pequeños propietarios locales.

6.5. La necesidad de datos

Los datos que hemos manejado son los sustanciales para entender el sector en nuestra comunidad autónoma. Sin embargo, hay tres datos fundamentales que debemos obtener y que solo puede realizarse a través de los propios interesados, los centros y patronales del sector, así como el operador público, Organismo Autónomo ERA. Los datos que recabar son muy sensibles desde varios puntos de vista (comercial, legal, reglamentario...), por lo que, por mucho que garanticemos el tratamiento agrupado de la información, la tendencia será a no facilitar los datos solicitados.

De ahí que consideremos más adecuado como estrategia solicitar a las patronales los datos agrupados de sus centros asociados.

- » **Ocupación** real; conocemos la oferta de plazas instaladas, pero no su nivel de ocupación, que es un dato fundamental para prever la evolución según va creciendo la demanda objetiva por el envejecimiento de la población y sus efectos añadidos. La cifra de usuarios que proporciona el IMSERSO (5.228 en 2020) parece irreal, ya que supondría que dos de cada tres plazas ofertadas se encontrarían vacantes:
 - Plazas instaladas/autorizadas.
 - Plazas operativas/dotadas.
 - Ocupación (2022): Estancias totales / (plazas operativas medias anuales x 365).

- » **Usuarios:** necesitamos conocer las características básicas de la población residente. Muy especialmente sus grupos etarios, pero también cruzándolos por sexo, edad y grado de dependencia. Probablemente este último indicador no esté incluido en los protocolos de seguimiento de algunos/muchos centros, pero sí debemos preguntarles si lo hacen; y si lo incluyen, que nos proporcionen esa información:
 - Cruce Edad / Sexo.
 - Cruce Edad/Nivel de Dependencia.

- » **Empleo:** un tema altamente sensible que probablemente sea más factible obtener de manera agrupada (y por tanto anónima) a través de las asociaciones patronales del sector:
 - Personal directivo (Administrador/a, Gerente, Director/a y asimilados)
 - Médico/a
 - Coordinador/a de Enfermería
 - Enfermera/o
 - Farmacéutico/a
 - Psicólogo
 - Fisioterapeuta
 - Terapeuta Ocupacional
 - Trabajador/a Social
 - TASOC
 - TCAE
 - Gerocultor
 - Personal de Administración y Servicios
 - Otras categorías con titulación universitaria
 - Otras categorías sin titulación universitaria

