

Retos y oportunidades de las residencias para la tercera edad

Reflexiones sobre la emergencia sanitaria del COVID-19 y propuestas de futuro

Retos y oportunidades de las residencias para la tercera edad

Reflexiones sobre la emergencia sanitaria del SARS-CoV-2 y propuestas de futuro

La epidemia del coronavirus SARS-CoV-2 **ha golpeado muy especialmente a las personas mayores** y, entre ellas, a aquellas que viven en residencias para mayores.

Por un lado, **la edad y las patologías crónicas son un factor de riesgo** relevante de la COVID-19, por lo que los usuarios de las residencias son, precisamente, el segmento de la población más vulnerable al coronavirus.

Por otro, las características de las residencias, donde los usuarios **comparten espacios comunes, la imposibilidad de mantener las distancias mínimas cuando el cuidador atiende el aseo, vestido y alimentación del mayor y donde existe un elevado número de visitas externas** contribuyeron a la introducción del virus en las instalaciones durante el periodo anterior a la declaración del Estado de Alarma, cuando no se conocía casi nada sobre la enfermedad.

Pese a todo, las medidas llevadas a cabo por las residencias ha conseguido que alrededor del **94% de los residentes hayan sobrevivido** a una enfermedad con **una mortalidad del 20% entre mayores de 80 años**.

Conviene **realizar desde el sector una reflexión sobre lo que ha sucedido y cómo podemos prepararnos para próximas crisis sanitarias**.

Buena parte de los problemas ya eran **preexistentes a la propia COVID-19**, como la financiación o la asistencia sanitaria a los usuarios de las residencias, pero **se han visto agravados con la situación de emergencia**.

Además, el **envejecimiento de la población en el medio y largo plazo** hace fundamental el trabajo de las residencias. Para poder **cubrir las necesidades futuras de plazas** se deben realizar las inversiones oportunas dentro de un **marco regulatorio propicio**, una **colaboración estrecha con las administraciones públicas** y una **corresponsabilidad de las consejerías de sanidad en la atención médica de los residentes**. Todo ello garantizando el acceso al servicio y los estándares más adecuados para los usuarios.

El presente documento es el resultado de las conversaciones mantenidas con los diferentes agentes del sector para realizar un diagnóstico de **qué ha ocurrido** durante los peores meses de la epidemia en España y, sobre todo, **cuáles son las propuestas** para prepararse ante una nueva emergencia sanitaria y **garantizar la cobertura y calidad del servicio en el largo plazo**.

Índice de contenidos

1. Contexto y objetivo del informe

2. Diagnóstico

3. Propuestas a futuro

3.1. *Emergencia sanitaria y estado de alarma*

3.2. *Coordinación de las áreas social y sanitaria en el ámbito público*

3.3. *Sostenibilidad financiera y garantía del acceso universal*

3.4. *Situación actual y respuesta a la demanda presente y futura*

Índice de contenidos

1. Contexto y objetivo del informe

2. Diagnóstico

3. Propuestas a futuro

3.1. Emergencia sanitaria y estado de alarma

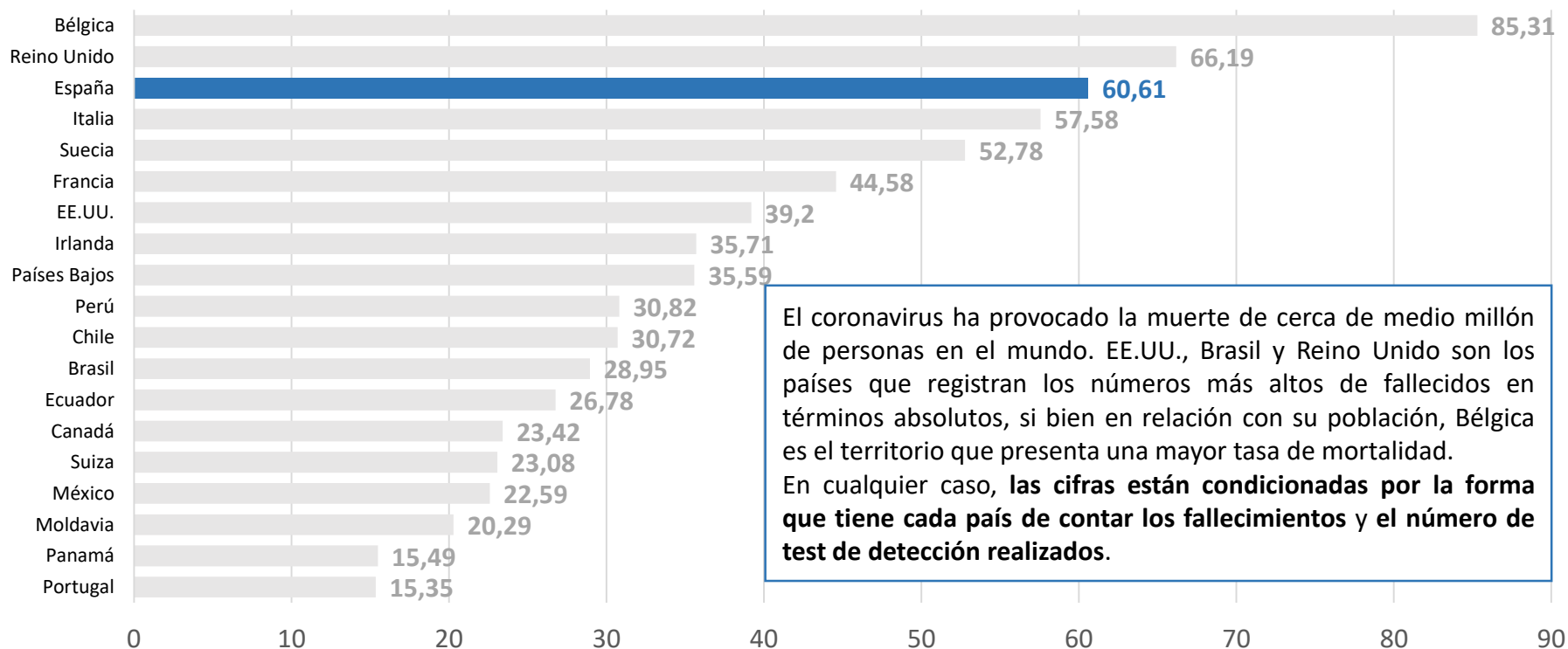
3.2. Coordinación de las áreas social y sanitaria en el ámbito público

3.3. Sostenibilidad financiera y garantía del acceso universal

3.4. Situación actual y respuesta a la demanda presente y futura

España ha sido uno de los países más castigados por la COVID-19, con 60 fallecidos por cada 100.000 habitantes, solo por detrás de Bélgica y Reino Unido

Fallecidos por Covid-19 por cada 100.000 habitantes¹ (actualizado a 2 de julio de 2020 aunque en septiembre ya se ha superado el millón de fallecidos)



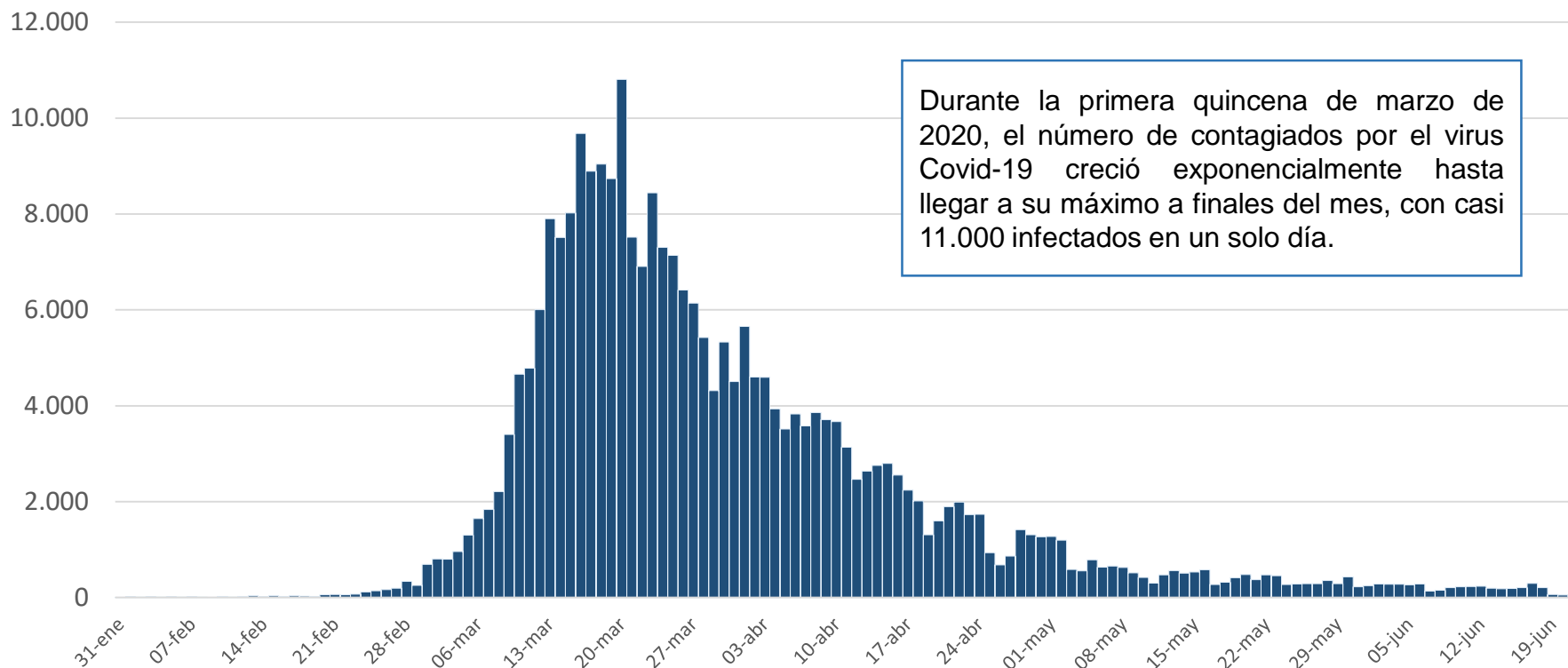
El coronavirus ha provocado la muerte de cerca de medio millón de personas en el mundo. EE.UU., Brasil y Reino Unido son los países que registran los números más altos de fallecidos en términos absolutos, si bien en relación con su población, Bélgica es el territorio que presenta una mayor tasa de mortalidad. En cualquier caso, **las cifras están condicionadas por la forma que tiene cada país de contar los fallecimientos y el número de test de detección realizados.**

Fuente: <https://www.rtve.es/noticias/20200627/paises-muertos-coronavirus-poblacion/2012350.shtml>

(1) Incluye solo países con más de 1 millón de habitantes

Entre el 1 de enero y el 21 de junio de 2020, se produjeron en España 247.086 casos confirmados de COVID-19 y 28.322 muertes por esta causa, con el pico de la infección durante la segunda quincena de marzo

Número diario de infectados por COVID-19 en España



Durante la primera quincena de marzo de 2020, el número de contagiados por el virus Covid-19 creció exponencialmente hasta llegar a su máximo a finales del mes, con casi 11.000 infectados en un solo día.

Fuente: Ministerio de Sanidad / OMS (datos a 21 de junio de 2020)

El Gobierno y las autonomías reaccionaron con una serie de medidas sociales y sanitarias, pero la velocidad de propagación del coronavirus ha sido muy superior

1º caso de COVID-19 en España

Real Decreto 463/2020, 14 de marzo.
Por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por COVID-19.

Orden SND/265/2020, 19 de marzo.

Adopción de medidas relativas a las residencias de personas mayores y centros socio-sanitarios, ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

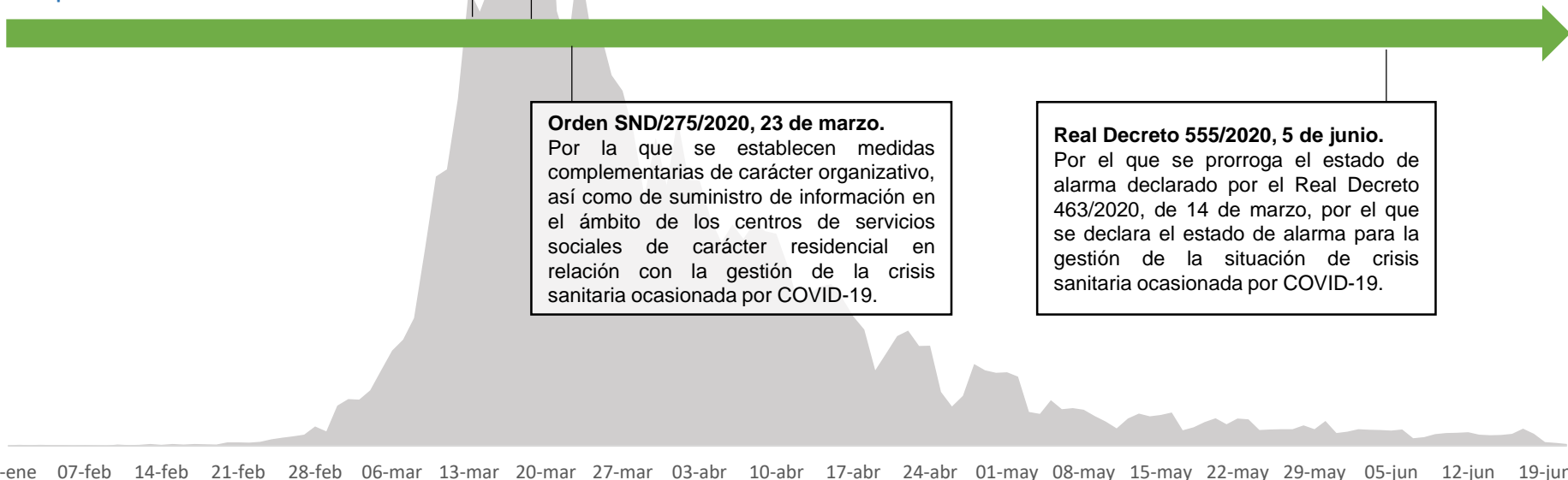
Orden SND/275/2020, 23 de marzo.

Por la que se establecen medidas complementarias de carácter organizativo, así como de suministro de información en el ámbito de los centros de servicios sociales de carácter residencial en relación con la gestión de la crisis sanitaria ocasionada por COVID-19.

Real Decreto 555/2020, 5 de junio.

Por el que se prorroga el estado de alarma declarado por el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por COVID-19.

Cuando se decretó el estado de alarma en España, el número de infectados diarios ya superaba los 8.000



La edad es un factor de riesgo de la enfermedad: el 34% de los infectados, el 49% de los hospitalizados y el 87% de los fallecidos por COVID-19 tenían más de 70 años

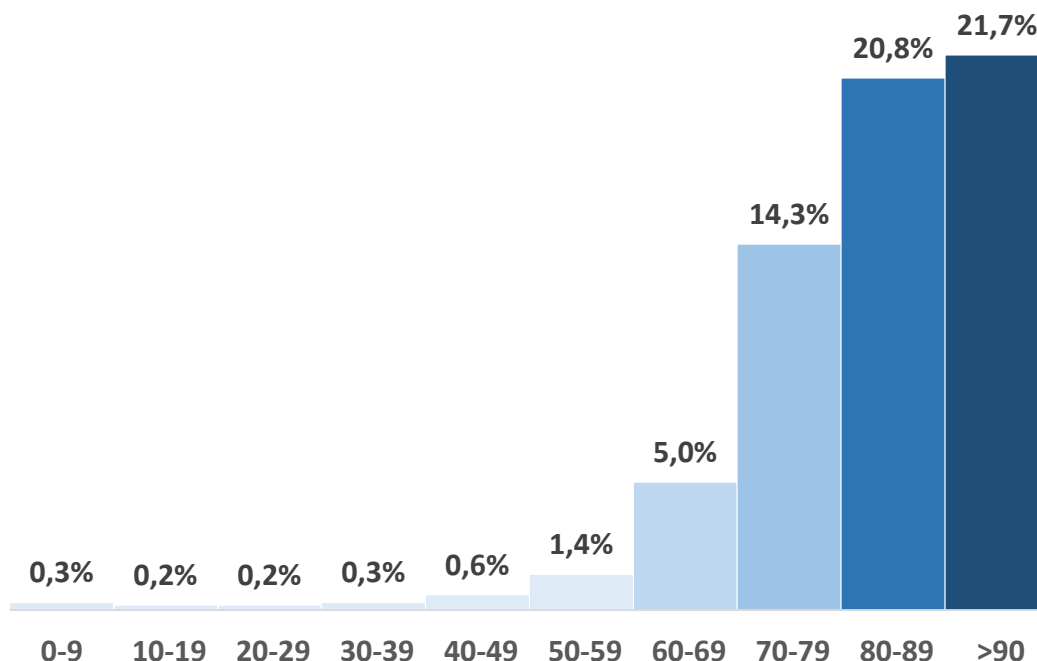
A medida que aumenta la edad crece también el riesgo de enfermar gravemente a causa de COVID-19 y de tener que ser hospitalizado.

Además de la edad, la existencia de otras afecciones previas a la COVID-19 aumenta también la gravedad del virus,¹ como:

- ✓ Inmunodepresión
- ✓ Enfermedades cardíacas
- ✓ Hipertensión
- ✓ Diabetes tipo I y II
- ✓ Demencia
- ✓ Asma
- ✓ Enfermedades hepáticas y renales
- ✓ Obesidad

Las patologías anteriores tienen una elevada prevalencia entre personas mayores, aumentando todavía más su riesgo frente al coronavirus.

% de fallecidos por COVID-19 sobre total infectados por rango de edad



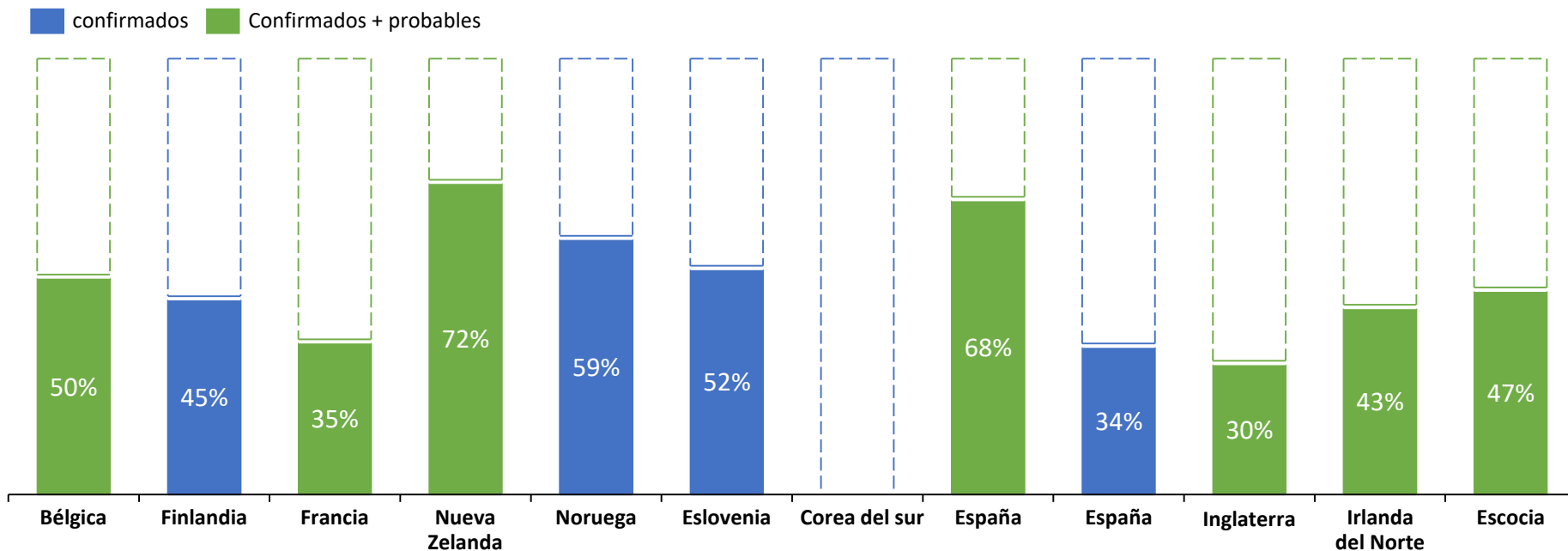
(1) Center for Disease Control (CDC) del Departamento de Salud de EE.UU.

Fuente: Ministerio de Sanidad. Datos consolidados a 29 de mayo de 2020

Una elevada proporción de los contagios en España se han producido en residencias, de forma similar a otros países europeos, aunque las diferencias en el recuento hacen muy difícil la comparación

Las diferencias en la forma de contabilizar los casos de fallecimiento por causa de COVID-19 y en el uso de los test PCR entre países **hacen muy difícil la comparación internacional de los datos**. Pese a todo, si observamos solamente los casos confirmados de COVID-19 (sin los considerados probables), los fallecidos en residencias en España han sido el 34% del total, por detrás de otros países como Finlandia, Eslovenia o Noruega.

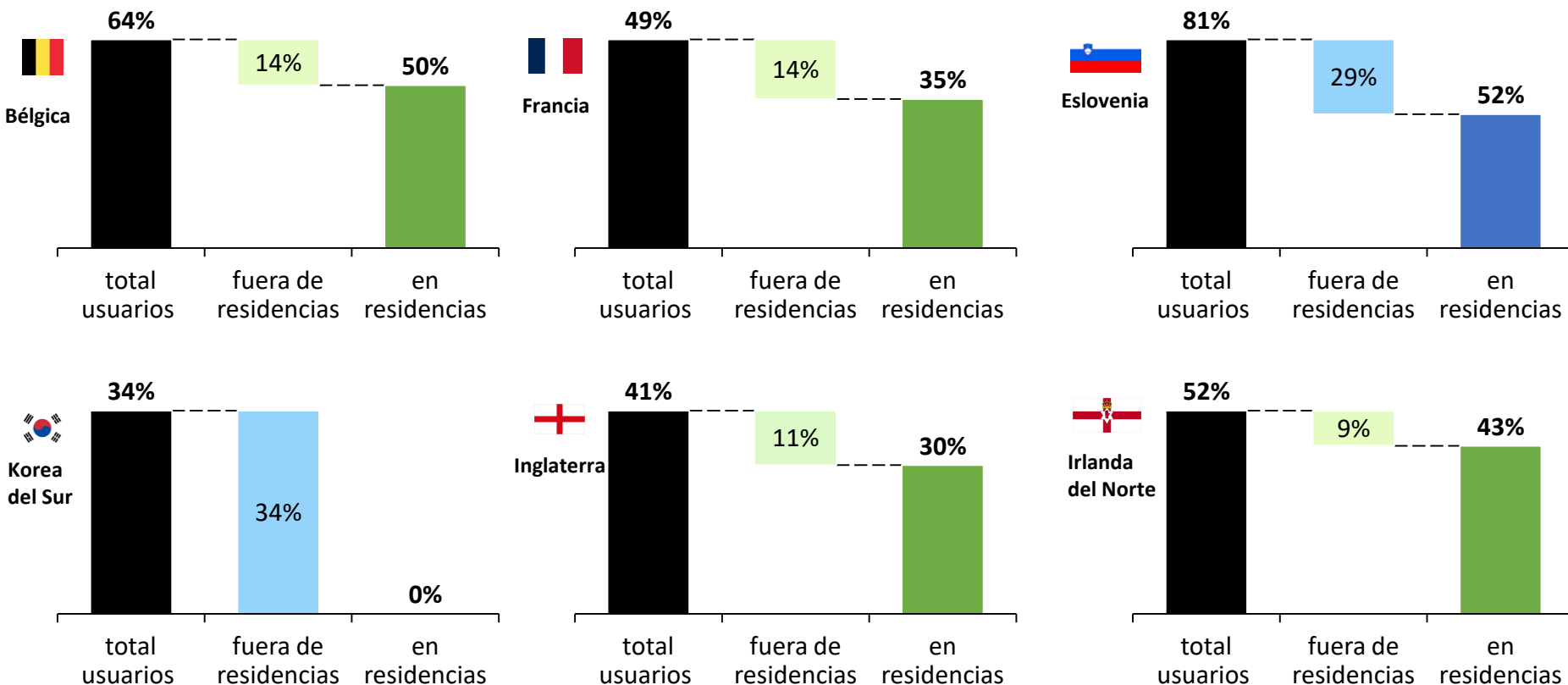
% de fallecidos en residencias por COVID-19, sobre total fallecidos



Fuente: Mortality associated with COVID-19 outbreaks in care homes: early international evidence

Hay que diferenciar los fallecimientos en residencias de los usuarios de residencias fallecidos: si son derivados a un hospital ya no contabilizan entre los primeros y aumenta su probabilidad de recuperación

Además, para algunos países se dispone de los datos tanto de fallecidos en residencias como de los usuarios fallecidos, independientemente del lugar del óbito. La diferencia entre ambos datos es una buena aproximación de los **usuarios de residencias derivados a hospitales y que han fallecido allí**.

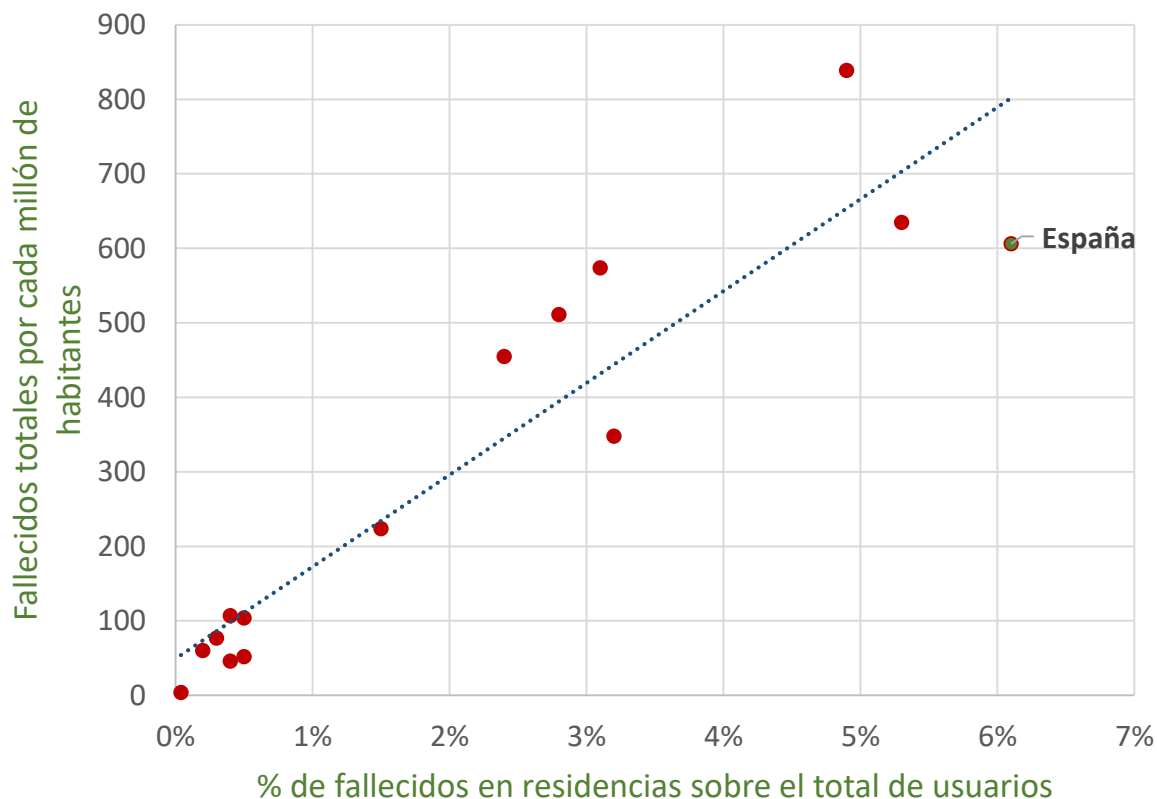


El impacto de la COVID-19 en las residencias para la tercera edad está en línea con la gravedad de la epidemia en España, que se sitúa como uno de los países con más fallecidos por millón de habitantes

Alrededor de un 6% de la población residente ha fallecido por COVID-19, una cifra a priori elevada, pero que está **en línea con el nivel de contagio y letalidad del coronavirus en España**: alrededor de 600 fallecidos por COVID por cada millón de habitantes, por encima de la mayoría de países europeos.

En cualquier caso, las causas de estas diferencias entre países son múltiples y, como ya hemos señalado, **los criterios de contabilización de fallecidos, la virulencia del contagio, elementos culturales o la organización de los sistemas sanitarios** hacen difícil una comparación razonable y ponderada de los datos en bruto, sin la debida contextualización.

Fallecidos en residencias vs. Fallecidos totales por COVID-19, por países



Con la pandemia todavía activa, pero con la situación mucho más controlada, conviene revisar lo ocurrido con una vocación constructiva y proponer desde el sector una serie de medidas futuras de mejora

Objetivos del documento

DIAGNÓSTICO

Una vez que ha pasado lo peor la crisis, con el objetivo de realizar un diagnóstico sereno y constructivo de lo ocurrido, orientado a proponer soluciones, hemos articulado el documento en torno a 4 áreas de mejora identificadas:

- A1.** Preparación para futuras emergencia sanitarias por epidemias
- A2.** Coordinación de las áreas social y sanitaria en el ámbito público
- A3.** Sostenibilidad financiera del sector y garantía de acceso universal a los dependientes
- A4.** Dimensionamiento adecuado del sector para cubrir la demanda presente y futura de plazas en residencias, de acuerdo a las recomendaciones de los organismos internacionales

PROPUESTAS

Sobre la base del diagnóstico realizado en las 4 áreas de mejora mencionadas, realizaremos una serie de **propuestas desde la Federación Empresarial de la Dependencia (FED)** que, a nuestro juicio, permitirán garantizar el **mantenimiento del servicio y su calidad en el medio y largo plazo.**

Algunas propuestas serán para mejorar la **respuesta ante futuras emergencias sanitarias**; otras están más relacionadas con una serie de **problemas preexistentes en el sector**, como puede ser la financiación, el déficit de plazas o la falta de personal, que **la crisis sanitaria del COVID-19 ha agravado** o, simplemente, ha puesto de manifiesto.



Relación con crisis del COVID-19



Índice de contenidos

1. Contexto y objetivo del informe

2. Diagnóstico

3. Propuestas a futuro

3.1. *Emergencia sanitaria*

3.2. *Coordinación de las áreas social y sanitaria en el ámbito público*

3.3. *Sostenibilidad financiera y garantía del acceso universal*

3.4. *Situación actual y respuesta a la demanda presente y futura*

La elevada tasa de propagación y letalidad del COVID-19 entre personas mayores obliga a una mejor planificación y sistematización ante futuras emergencias sanitarias



Emergencia sanitaria

D1. Falta de planificación para una emergencia sanitaria

- La pandemia de la COVID-19 ha sido un crisis inesperada que ha tenido un notable impacto en los sectores social y sanitario, para la que no estábamos preparados en un inicio.
- Si bien, es imposible dimensionar el sector de la Dependencia para cualquier contingencia posible, la existencia de planes y protocolos de actuación claros y homogéneos podría haber ayudado a paliar su efecto.

D2. Desabastecimiento de equipos de protección individual (EPIs), test y material sanitario

- Las residencias contaban con material básico, como guantes o mascarillas, pero no con las reservas suficientes para una situación de emergencia.
- Además, la declaración del estado de emergencia y la elevada demanda internacional dificultó el acceso al mercado de EPIs, test y material sanitario en general.

La epidemia ha mostrado la importancia de desarrollar un verdadero sistema sociosanitario integral de ayuda a la dependencia que cuente con la corresponsabilidad de las áreas de salud de las CC.AA.



Coordinación de las áreas social y sanitaria en el ámbito público

D3. Falta de coordinación en las áreas social y sanitaria de la Administración

- El confinamiento ha obligado a las residencias, que no forman parte del sistema sanitario sino que dependen de Asuntos Sociales, a hacerse cargo de una serie de funciones que sí son sanitarias sin tener los recursos y medios para ello.
- Junto con la falta de coordinación, hay también un déficit de financiación de estas funciones, que no son sociales sino sanitarias.

D4. Necesidad de refuerzo de la atención médica a usuarios de residencias

- La crisis ha sacado a la luz el problema de la atención sanitaria, tanto la primaria como la hospitalaria, a usuarios de instituciones residenciales, que debe ser reforzada para garantizar la universalidad del servicio en las mismas condiciones que otros dependientes o mayores que residen en sus hogares.

Las medidas contra la crisis sanitaria han agravado un problema preexistente: la sostenibilidad financiera del sector y la garantía del acceso universal a los servicios de cuidados



Sostenibilidad financiera y garantía del acceso universal

D5. Incremento del gasto por la emergencia sanitaria

- Las medidas de gestión de la COVID-19 (suministro de EPI, test a residentes y trabajadores, plazas libres de emergencia) tienen un coste adicional para las residencias que no está incluido en los precios concertados, ya de por sí bastante ajustados en algunas CC.AA.

D6. Heterogeneidad normativa

- Al igual que ocurre con los servicios sanitarios, debería existir una cartera mínima universal de servicios de atención a la dependencia con unos estándares, si no iguales, al menos similares, para evitar inequidades entre usuarios de diferentes CC.AA.

D7. Desequilibrio entre los precios concertados y los costes del servicio y nuevo trato fiscal

- Debe existir un alineamiento entre las exigencias normativas del servicio y los precios concertados, de tal forma que ni las primeras condicionen el coste para el usuario, ni los segundos limiten la calidad. Debe haber un tratamiento fiscal favorable en IVA e IRPF.

En el medio y largo plazo, el sector debe crecer para cubrir las recomendaciones de cobertura de plazas residencias de los organismos



Situación actual y respuesta a la demanda presente y futura

D8. Déficit de plazas e inversión

- Todos los factores diagnosticados hasta el momento, muchos de ellos presentes con anterioridad a la crisis de la COVID-19, ponen en riesgo el mantenimiento de la inversión en nuevas plazas que debería duplicarse de aquí a 2050.
- Esta inversión deberá ser cubierta en su mayoría por el sector privado, máxime en una situación de incremento de la deuda pública, mediante la colaboración con el sector público.

D9. Potenciar los recursos humanos disponibles para el sector

- Si algo ha sido evidente en esta crisis, es el incuestionable valor del trabajo de los cuidadores y sanitarios de las residencias, que debe ser reivindicado, prestigiado y debidamente remunerado.
- Al mismo tiempo, la falta de personal, especialmente sanitario y la gestión ineficiente de las bajas laborales, pone en riesgo el mantenimiento de las residencias ante una nueva emergencia sanitaria.

Índice de contenidos

1. Contexto y objetivo del informe

2. Diagnóstico

3. Propuestas a futuro

3.1. Emergencia sanitaria y estado de alarma

3.2. Coordinación de las áreas social y sanitaria en el ámbito público

3.3. Sostenibilidad financiera y garantía del acceso universal

3.4. Situación actual y respuesta a la demanda presente y futura.

ÁREAS

DIAGNÓSTICO

PROPUESTAS



A1. EMERGENCIA SANITARIA

D1. Falta planificación para una emergencia sanitaria en residencias

- P1. Elaboración de protocolos comunes de actuación.
- P2. Formación al personal de las residencias.
- P3. Creación de plazas hospitalarias específicas para atender usuarios de Residencias.
- P4. Adaptación de las instalaciones nuevas más grandes para la sectorización.
- P5. Coordinación entre residencias y puesta en común del *know-how*.
- P6. Reserva de plazas financiadas por las CCAA.

D2. Desabastecimiento de EPIs, test y material sanitario

- P7. Mantenimiento de estocaje mínimo de EPIs, test y material sanitario a cargo de Sanidad.
- P8. Fomento de la producción nacional de EPIs y material sanitario.
- P9. Consideración de operadores sociales esenciales.

D3. Necesidad de refuerzo de la atención médica a usuarios de residencias

- P10. Aumento de recursos en los CAP en las zonas básicas de salud donde hay residencias.
- P11. Creación de Unidades de Apoyo estables y permanentes a las residencias desde Atención Primaria y necesidad de pasar test a todos los residentes y personal en contacto de forma urgente según se detecte una persona con síntomas.

D4. Falta de coordinación en las áreas social y sanitaria de la Administración

- P12. Desarrollo normativo de un sistema social. Necesidad mapa epidemiológico.
- P13. No a la medicalización de residencias y Sí a la derivación hospitalaria.
- P14. Desarrollo de centros hospitalarios de media y larga estancia que descongestionen los hospitales de agudos.

D5. Incremento del gasto por la emergencia sanitaria

- P15. Corresponsabilidad presupuestaria entre las áreas social y sanitaria en las instituciones residenciales homologadas.



A3. SOSTENIBILIDAD

D6. Heterogeneidad normativa

- P16. Definición de una cartera universal básica de servicios de atención a la dependencia. Promoción de las Prestaciones Económicas Vinculadas al Servicio (PEVS).
- P17. Estandarización de requisitos mínimos entre CC.AA

D7. Desequilibrio entre precios concertados y costes y nuevo trato fiscal

- P18. Eliminación de requisitos mínimos innecesarios o, al menos, su ajuste. Acomodar el tipo de IVA al 4% también a las plazas privadas actualmente en el 10%. El gasto en residencias privadas debe ser un gasto deducible en el IRPF.
- P19. Desarrollo presupuestario de la Ley de Dependencia y orientación de precios a costes. Actualmente el Estado solo aporta el 18% de lo comprometido.

D8. Déficit de plazas e inversión

- P20. Mayor colaboración público-privada e inversión.
- P21. Precios concertados que garanticen una rentabilidad mínima.

D9. Potenciar los recursos humanos disponibles para el sector

- P22. Defensa del trabajo de cuidados y reducción del *gap* retributivo con el sector público.
- P23. Aumento de plazas universitarias de medicina y enfermería. Creación de un nuevo perfil profesional FP2 como Técnico de enfermería geriátrica.
- P24. Agilización de la homologación de títulos sanitarios y auxiliares extranjeros.
- P25. Validación de puntos para una oposición pública por trabajar en una residencia.
- P26. Revisión del procedimiento de bajas laborales médicas durante la pandemia



A4. SITUACIÓN ACTUAL Y RESPUESTA A LA DEMANDA PRESENTE Y FUTURA

Índice de contenidos

1. Contexto y objetivo del informe

2. Diagnóstico

3. Propuestas a futuro

3.1. Emergencia sanitaria y estado de alarma

3.2. Coordinación de las áreas social y sanitaria en el ámbito público

3.3. Sostenibilidad financiera y garantía del acceso universal

3.4. Situación actual y respuesta a la demanda presente y futura



D1. Falta planificación para una emergencia sanitaria en residencias

P1. Elaboración de protocolos de actuación

Coordinación entre el Gobierno Central, las Comunidades Autónomas y las residencias para el establecimiento de unos **protocolos de actuación ante epidemias claros, homogéneos y con el objetivo de proteger a los usuarios** de las residencias como población especialmente vulnerable; que incluyan medidas de confinamiento y sectorización, realización de pruebas de identificación de infectados, protección del personal, uso de EPI, derivaciones hospitalarias y coordinación con los geriatras del sistema sanitario público, suministro de medicamentos y régimen de visitas de familiares, entre otros.

P2. Formación al personal

Una vez fijados los protocolos, estos deben ser transmitidos tanto al **personal cuidador y sanitario de las residencias** como al **personal de la sanidad pública y asuntos sociales de las CC.AA.** encargado de su coordinación, mediante **programas de formación continua**. La formación puede incluir la realización de **simulacros periódicos**.

P3. Creación de plazas hospitalarias específicas para usuarios de Residencias

Como refuerzo al sistema socio-sanitario habitual, en casos de extrema gravedad **deben habilitarse plazas hospitalarias públicas específicas para usuarios de Residencias con procesos agudos y que permita el aislamiento de infectados que provengan de residencias** y que requieren por tanto de una asistencia especializada. Esta medida **permitiría ayudar a las residencias** en las que la **sectorización y aislamiento es difícil o inviable**.



D1. Falta planificación para una emergencia sanitaria en residencias

P4. Adaptación de las instalaciones nuevas más grandes para la sectorización

Dada la necesidad de **sectorización para poder separar a los usuarios sanos de los infectados**, pueden establecerse **requisitos adicionales en la construcción de las nuevas residencias a partir de determinado tamaño o número de plazas** que faciliten esta acción. Estos requisitos evidentemente no pueden aplicarse a todas las residencias, sobre todo a las pequeñas. Esta medida puede vincularse también a la reserva –retribuida- de plazas (ver P6).

P5. Coordinación entre residencias y puesta en común del know-how

Tal y como ha sucedido en algunas autonomías, como Andalucía, **la experiencia en la gestión de las residencias más grandes puede servir de apoyo o ayuda a las más pequeñas**, mediante **la intervención de su gestión, con carácter extraordinario, durante el periodo de emergencia**, ayudando además a la **coordinación en la derivación de usuarios de unas residencias a otras cuando la sectorización en la propia instalación no es posible**.

P6. Reserva de plazas para emergencias

Mantenimiento de un porcentaje (5%, por ejemplo) de las **plazas en las residencias más grandes vacías**, preparadas para estas situaciones de emergencia, dónde puedan **derivarse a usuarios de otras residencias más pequeñas**. Dado el estrecho margen de beneficios de las instituciones residenciales, y que requieren por tanto de un alto grado de ocupación para ser rentables, **estas plazas deben ser retribuidas**.



D2. Desabastecimiento de EPIs, test y material sanitario

P7. Mantenimiento de estocaje de EPIs, test y material sanitario

Creación de un **estocaje mínimo de EPIs, test y material sanitario para casos de emergencias sanitarias**. Este almacenamiento puede ser tanto en las propias residencias, como centralizado por cada CC.AA. o el Gobierno Central. El mantenimiento de este estocaje mínimo, en el caso de ser en las propias residencias, no debería suponer un coste adicional para las residencias, por lo que debería incluirse en los precios concertados o estar financiados por Sanidad, de la misma forma que se hace con las instalaciones sanitarias.

P8. Fomento de la industria nacional de material sanitario

En el caso de pandemias globales, la ausencia de una industria nacional puede suponer un problema para abastecerse en los mercados internacionales por el exceso de demanda. Es necesario un **plan de fomento de la industria nacional tanto de EPI como de otro material sanitario** (respiradores, por ejemplo), de tal forma que, en casos de emergencia y cierre de los mercados globales, **las residencias puedan disponer de proveedores que garanticen un suministro continuo y seguro** del material necesario.

P9. Consideración de operadores sociales esenciales

Mediante la **Orden SND/275/2020, de 23 de marzo**, el Gobierno declaró a las residencias “operadores esenciales”, cuando el pico de infectados ya había sucedido. La consideración de **operadores sociales esenciales** desde un inicio hubiera permitido la **intervención y ayuda del Estado** mucho antes y el **acceso al suministro suficiente de EPI**, que se vieron confiscados por parte de la Administración.

Índice de contenidos

1. Contexto y objetivo del informe

2. Diagnóstico

3. Propuestas a futuro

3.1. Emergencia sanitaria y estado de alarma

3.2. Coordinación de las áreas social y sanitaria en el ámbito público

3.3. Sostenibilidad financiera y garantía del acceso universal

3.4. Situación actual y respuesta a la demanda presente y futura



D3. Necesidad de refuerzo de la atención médica a mayores

P10. Aumento de recursos en los CAP de las zonas básicas de salud donde hay residencias

Una queja constante del sector, previa a la emergencia sanitaria, es la **limitación del acceso a la asistencia sanitaria primaria a los usuarios de las residencias**, obligando a prestar parte de ese servicio a través de su propio personal médico. Para poder garantizar este derecho a los usuarios, y evitar su **discriminación respecto a los mayores que residen en sus hogares**, se deben **reforzar los Centros de Atención Primaria (CAP) mediante la contratación de más médicos de familia, geriatras y personal de enfermería** en aquellas zonas básicas de salud dónde están instaladas las residencias para poder darles cobertura.

P11. Creación de Unidades de Apoyo estables y permanentes a las Residencias desde Atención Primaria

Como complemento a la anterior propuesta, dado que la **asistencia sanitaria, pública y gratuita es un derecho de todos los ciudadanos**, independientemente de que residan o no en una residencia, **ésta debería ser cubierta por personal de la Administración**.

Así, **de forma análoga a lo que ocurre en otros países europeos**, el personal médico de las residencias que hayan sido homologadas, obligatorio en muchas Comunidades Autónomas, **debería ser personal del sistema público de salud**, cuyos salarios deberían ser cubiertos evidentemente por el sector público. Cuanto menos el personal médico y de enfermería debe ser apoyado y complementado por los profesionales de CAP.

Actualmente necesitamos que se pasen los test, tanto a residentes como a personal de contacto, de forma urgente según se detecten los primeros síntomas.

A su vez, debe ser imprescindible tener un “Mapa Epidemiológico” de los centros.



D4. Falta de coordinación en las áreas sociales y sanitarias de la Administración

P12. Desarrollo normativo de un sistema social. Necesidad mapa epidemiológico

Un sistema social basado en los cuidados de las personas exige necesariamente estar coordinado con el sistema sanitario para responder a las necesidades sanitarias de las personas en su mayoría con pluripatologías crónicas. Debe necesariamente existir una coordinación continua entre ambos sistemas: sanitario y social.

P13. No a la Medicalización de residencias y sí a las derivaciones hospitalarias

Los centros de mayores deben dedicarse al cuidado de éstos, debiendo tener un circuito claro de asistencia en Atención Primaria en primer caso, en atención hospitalaria en los casos graves o de diagnóstico o en su caso recibir en los propios centros la asistencia de las Unidades de hospitalización a domicilio, tal y como se está haciendo en los países de nuestro entorno. Ello no significa que no podamos atender unos servicios sanitarios mínimos para asistir al mantenimiento de las personas con enfermedades crónicas, pero siempre contando con el apoyo necesario de los hospitales y contando con las derivaciones que se deben realizar a los hospitales.

P14. Promoción de Centros Hospitalarios de media y larga estancia que descongestionen los Hospitales de agudos.

De igual forma, desde el sector público debería promoverse el **desarrollo y promoción de Centros hospitalarios de media y larga estancia, centrados en aquellos pacientes que presenten enfermedades infecto contagiosas, que se estén recuperando de una intervención con asistencia médica continuada o que requieran de cuidados paliativos.** Ni las residencias están adaptadas para estos servicios sanitarios, ni los hospitales están preparados para los cuidados especiales de estos pacientes. Esta medida permitiría la descongestión de hospitales, reduciendo el coste sanitario.

Índice de contenidos

1. Contexto y objetivo del informe

2. Diagnóstico

3. Propuestas a futuro

3.1. Emergencia sanitaria y estado de alarma

3.2. Coordinación de las áreas social y sanitaria en el ámbito público

3.3. Sostenibilidad financiera y garantía del acceso universal

3.4. Situación actual y respuesta a la demanda presente y futura



D5. Incremento del gasto por la emergencia sanitaria

P15. Corresponsabilidad presupuestaria entre las áreas social y sanitaria en las instituciones residenciales homologadas

Durante la fase de diagnóstico ya se han puesto de manifiesto los problemas de financiación de las plazas concertadas en residencias para personas mayores. Entre las causas de ese desequilibrio, está sin duda el hecho de tener que **soportar unos costes de atención sanitaria de los residentes que en realidad no le corresponde a las instituciones residenciales**, en la medida en que su **función es principalmente socio-asistencial**.

Con la emergencia sanitaria, este problema se ha agravado, teniendo que asumir las residencias el gasto de las medidas sanitarias (sectorización, suministro de EPI, test, material sanitario, etc.).

En línea con el resto de propuestas expuestas con anterioridad, **las Consejerías de Sanidad de las CC.AA. deberían hacerse corresponsables** en términos presupuestarios, junto con las **Consejerías de Asuntos Sociales**, del coste sanitario de los usuarios dependientes, de la misma forma que lo hace con el resto de ciudadanos.

Esta corresponsabilidad puede tomar varias formas, desde el **refuerzo del personal de los CAP para atender a las residencias o la integración de los médicos de la sanidad pública directamente en los centros, como se proponía en las propuestas P10 o P11**, o bien mediante la financiación directa de esos servicios con un **pago complementario a los precios de los conciertos que cubran esos servicios prestados por las residencias**.



D6. Heterogeneidad normativa

P16. Definición de una cartera universal básica de servicios de atención a la dependencia

El desarrollo de la Ley de Dependencia es autonómico, haciendo que existan 17 sistemas distintos para la dependencia. Dé forma análoga al sistema sanitario, debería definirse una **cartera mínima básica de servicios para la dependencia** que homogeneice la oferta y los precios entre las diferentes comunidades autónomas. Se debe promover las Prestaciones Vinculadas al Servicio (PEVS) para la libre elección de centros por parte de los usuarios.

P17. Estandarización de requisitos mínimos entre CC.AA.

Cada Comunidad Autónoma establece unos requisitos diferentes para las residencias, desde el tamaño mínimo de las habitaciones, la ratio de empleados por usuario o las obligaciones médicas de las residencias. De igual forma que se deben homogeneizar los servicios relacionados con la dependencia, **también lo deben hacer los requisitos para la acreditación de las residencias**, reduciendo por un lado los **costes empresariales de aplicar regulaciones distintas en función de la región dónde están las instalaciones**, e igualando la calidad del servicio prestado, garantizando de esta forma la **equidad entre los usuarios de las residencias**.



D7. Desequilibrio entre precios concertados y costes y nuevo trato fiscal

P18. Eliminación de requisitos mínimos innecesarios, o al menos su ajuste

Al mismo tiempo que se homogeneizan los requisitos, éstos deben ser evaluados para garantizar su necesidad. **Los requisitos mínimos de funcionamiento incrementan, evidentemente, los costes de las residencias**, por lo que deberán acabar repercutiendo en el precio o, simplemente, dejar de operar, si no son capaces de cubrirlos con los precios concertados.

Pese a que los precios de las residencias son bastante ajustados en España, **un incremento en el precio dificultaría el acceso**, por lo que se debería hacer un análisis coste-beneficio de cada uno de estos requisitos de tal forma que se **garantice la calidad sin comprometer el acceso universal al servicio**.

Se debe establecer un tipo de **IVA del 4%** también para las plazas privadas actualmente en el 10% y el gasto en residencias privadas debe ser un gasto deducible en el IRPF.

P19. Desarrollo presupuestario de la Ley de Dependencia y orientación de precios a costes

De igual forma, si se quiere garantizar el **mantenimiento de unos estándares mínimos de las residencias, remunerar adecuadamente al personal de cuidados y atraer inversión suficiente para cubrir la demanda de plazas**, los **precios públicos de los conciertos deberán estar alineados con los costes**, garantizando una rentabilidad mínima para los operadores.

El Estado deber aportar los fondos necesarios para el desarrollo de la Ley de la Dependencia, actualmente solo aporta el 18%.

Índice de contenidos

1. Contexto y objetivo del informe

2. Diagnóstico

3. Propuestas a futuro

3.1. Emergencia sanitaria y estado de alarma

3.2. Coordinación de las áreas social y sanitaria en el ámbito público

3.3. Sostenibilidad financiera y garantía del acceso universal

3.4. Situación actual y respuesta a la demanda presente y futura



D8. Déficit de plazas

P20. Mayor colaboración público-privada e inversión

La **colaboración público-privada mediante la oferta de plazas concertadas** ha sido sin duda un éxito, permitiendo la **inversión en nuevas residencias con una gestión eficiente y por tanto controlando los costes**, lo que supone un ahorro para el sector público al mismo tiempo que garantiza la provisión del servicio.

Este modelo **debe seguir potenciándose en el futuro para poder atraer la inversión privada suficiente**, única manera de **hacer frente a la elevada demanda que se espera de aquí a 2050**, al mismo tiempo que se hace un uso eficiente de los recursos financieros destinados a la atención a la dependencia en un **contexto de contención del gasto público y necesidad de reducir el déficit y la deuda pública**.

P21. Precios concertados que garanticen una rentabilidad mínima

En línea con propuestas anteriores, **los precios concertados deben estar orientados a costes**, de tal forma que los inversores y operadores de residencias consigan **mantener una rentabilidad mínima que continúe atrayendo inversión privada** al sector de la dependencia.



D9. Potenciar los recursos humanos disponibles para el sector

P22. Defensa del trabajo de cuidados y reducción del *gap* retributivo con el sector público

Una reivindicación histórica del sector es la necesidad de prestigiar la profesión de la atención a la dependencia y el cuidado de mayores, tal y como se ha puesto de manifiesto durante la última emergencia sanitaria. **La importante labor que se realiza en las residencias no se refleja ni en el prestigio social de los trabajadores ni en su retribución.**

Para ello, se debe realizar una **comunicación efectiva con la sociedad**, además de una **mejor financiación de las plazas concertadas que puedan traducirse en aumentos salariales**, lo que reduciría diferencia retributiva con el sector público.

P23. Aumento de plazas universitarias para medicina y enfermería

Las residencias tienen problemas para encontrar cuidadores, pero también personal sanitario. En un contexto de **falta de médicos y personal de enfermería no solo en las residencias**, sino en el propio sistema público de salud y en el ámbito europeo, **no tiene sentido seguir restringiendo la oferta de plazas universitarias para Medicina y Enfermería, que deberían ser ampliadas para cubrir la demanda.**

En este sentido, las especialidades deberían adaptarse al nuevo contexto socio-demográfico, dando **más prioridad a la geriatría.**

Por otro lado, existe una necesidad de un **perfil profesional FP2**, como “**Técnico de Enfermería Geriátrica Básica**”, de tal manera que se pueda evitar el conflicto de personal entre hospital y residencia y paliar la escasez de estos profesionales.



D9. Potenciar los recursos humanos disponibles para el sector

P24. Agilización de la homologación de títulos sanitarios extranjeros

Cuando **no es posible contratar a personal sanitario local** se debe acudir a otros países para poder cubrir los puestos de trabajo necesarios. Esto ha sido especialmente importante durante el periodo de emergencia sanitaria, en que la **competencia del sector público**, con una elevada demanda de sanitarios por la **saturación de hospitales**, y las **bajas por enfermedad** han llevado a una **situación crítica a las residencias**.

En este sentido, se debería **simplificar, estandarizar y agilizar la homologación de títulos extranjeros de medicina, enfermería y auxiliares** para reducir el tiempo de duración del proceso.

P25. Validación de puntos para el acceso a plazas públicas

La sanidad pública, especialmente durante el verano o situaciones de emergencia sanitaria como la ocurrida, **compite con las residencias por el personal sanitario** con salarios más elevados y otorgando puntos para el acceso mediante oposición a una plaza en la sanidad pública.

Se debería otorgar **puntos al personal sanitario por trabajar en una residencia** en las mismas condiciones que un hospital o centro de salud público.

P26. Revisión del procedimiento de bajas laborales médicas durante la pandemia

La **gestión de las bajas** laborales médicas de los profesionales catalogados como esenciales **ha sido ineficiente** durante la pandemia y deberán ser revisados los procedimientos y las causas empleados para proceder a dichas bajas. A lo largo de la pandemia, las bajas se daban de forma telefónica, sin constatar la veracidad de los datos facilitados por el trabajador y ello ha supuesto que más del 30% de los profesionales han estado de baja, y en algunos casos, la cuarentena ha llegado a ser de más de dos meses. Es imprescindible la coordinación entre Salud Pública y Atención Primaria.