

Cuidados de larga duración: Oferta de servicios y necesidades de los usuarios.

Long-term care: Offer of services and user needs.

Isabel Pardo García

Isabel.pardo@uclm.es

Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de Albacete.

Universidad de Castilla-La Mancha.

Recibido: 27/04/2022

Aceptado: 14/05/2022

Actas de Coordinación Sociosanitaria.

Número 30 - Junio de 2022.

Cómo citar este artículo:

Pardo García, I. (2022). Cuidados de larga duración: Oferta de servicios y necesidades de los usuarios. *Actas de Coordinación Sociosanitaria*, (30), Páginas 34-61.

RESUMEN

El artículo reflexiona sobre la cartera de servicios para las personas dependientes tras la aprobación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España en 2006 y en qué medida son acordes a las necesidades de los usuarios. En la mayoría de los países europeos hay en marcha una revisión de los sistemas de cuidados de larga duración donde cobra relevancia la atención centrada en la persona y el cuidado en la comunidad. Estos cambios se relacionan con las nuevas preferencias de los usuarios, su calidad de vida y la necesidad de garantizar la sostenibilidad financiera de los sistemas. Desde esta premisa el trabajo explora la oferta de servicios disponibles para las personas mayores y el número de usuarios, así como la demanda creciente de atención y las nuevas necesidades de las personas dependientes. Dado el cambio en los perfiles de las personas mayores y en sus preferencias los servicios tradicionales -servicios de ayuda a domicilio, centros de día y atención residencial- tienen que replantearse e introducir nuevas formas de organización y convivencia para garantizar el cuidado en la comunidad y la calidad de vida de las personas dependientes.

PALABRAS CLAVE

Cuidados de larga duración, Oferta de Servicios, Necesidades, Usuarios.

ABSTRACT

This article reflects on the portfolio of services for dependent persons following the adoption, in 2006, of the Spanish Law on the Promotion of Personal Autonomy and the Care of Dependent Persons and the extent to which such services reflect the needs of users. Most European countries have implemented a review of their long-term care systems, with a focus on person-centred care and care in the community. These changes are associated with users' new preferences, their quality of life and the need to safeguard the financial sustainability of the systems. Drawing on this premise, the present work explores the range of services available, the growing demand for care and the new needs of dependent persons. Given the changes in the profiles of older people and in their preferences, it is necessary to reconsider the traditional services - home help, day-care centres and residential care - and introduce new forms of organisation and coexistence in order to guarantee care in the community and quality of life.

KEYWORDS

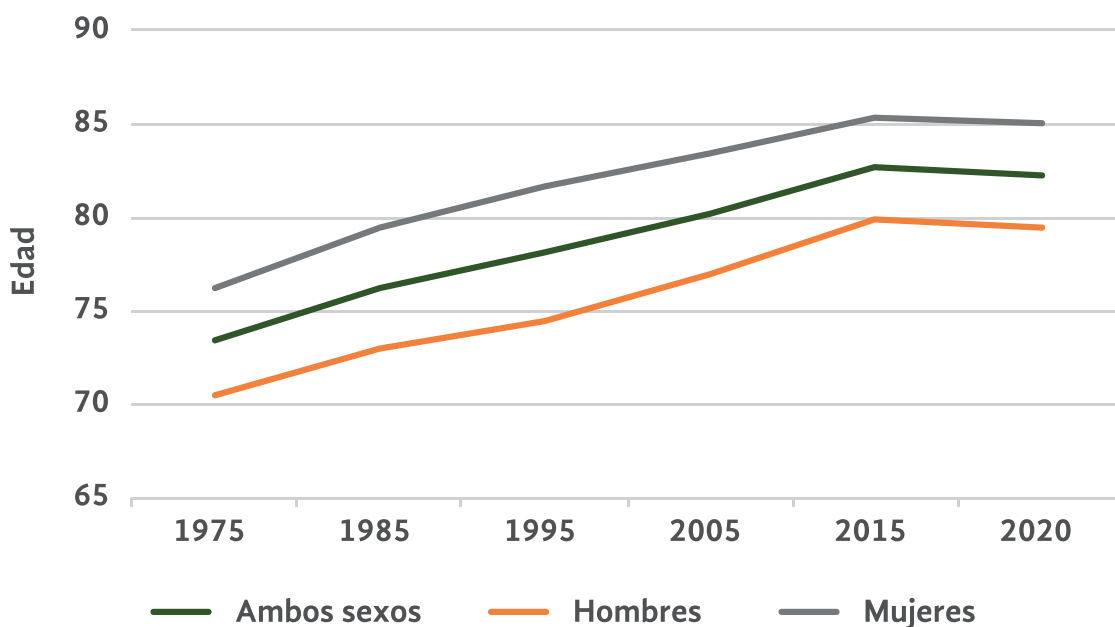
Long-term care, Range of services, Needs, Users.

1. INTRODUCCIÓN: LOGROS, RETOS Y OPORTUNIDADES DE LAS SOCIEDADES ENVEJECIDAS

La longevidad como logro

Uno de los mayores logros como sociedad a lo largo del siglo XX ha sido el aumento de la esperanza de vida. Su incremento es fruto de las mejoras continuas que se han producido en las condiciones sociales, económicas y sanitarias. El acceso a las vacunas, los antibióticos y la mejoría de las condiciones higiénicas y de salud pública explican que la causa de la muerte ya no sea por enfermedades transmisibles. Sobrevivir en la infancia implica que las causas de la muerte en la vejez están más relacionadas con enfermedades no transmisibles. En Europa, la esperanza de vida al nacer ha aumentado 10 años en las últimas cinco décadas, tanto para hombres como mujeres (Comisión, 2020). Aunque existen diferencias entre hombres y mujeres, por países y por regiones, las proyecciones de población indican el mantenimiento de esta tendencia y parece poco probable que cambie pese al virus SARS-COV-2. En este contexto, España es uno de los países cuya esperanza de vida al nacer es más elevada. A principios del siglo XX era de 35 años (Pinilla y Goerlich, 2006) y ha crecido de forma continua a lo largo del siglo XX, alcanzando en el año 2020 los 85 años para las mujeres y casi los 80 para los hombres (79.59) (Gráfico 1).

Gráfico 1. Esperanza de vida al nacer



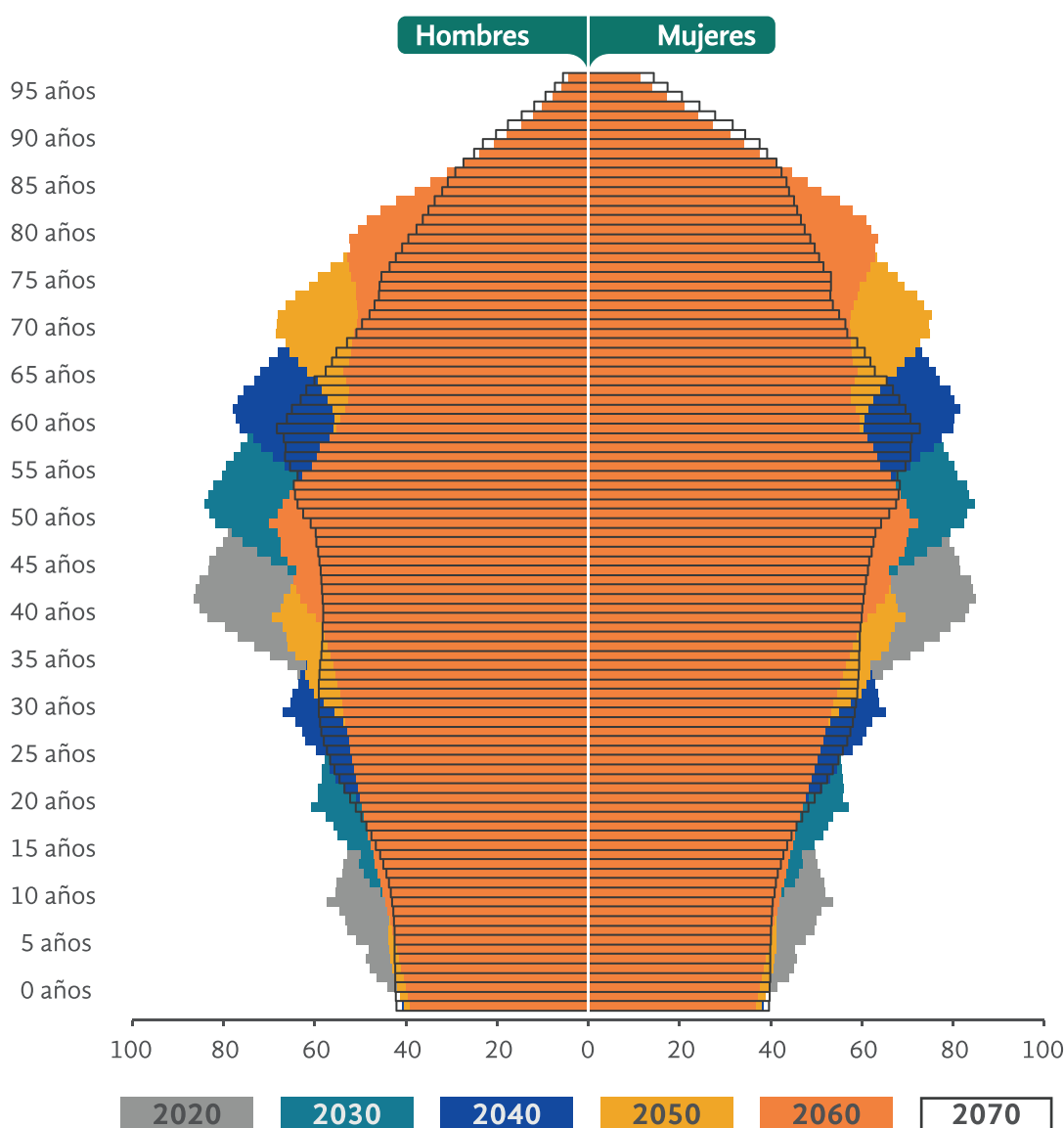
Fuente: Elaboración propia a partir de INE (varios años).

El aumento de la esperanza de vida tiene su reflejo en las pirámides de población. El colectivo de personas mayores (más de 65 años) ha ganado importancia y ha posibilitado que la representación tradicional de la estructura demográfica como pirámide cambie su apariencia.

Hablamos de pirámides de población, pero para la mitad del mundo ya no reflejan su realidad demográfica. Las pirámides han perdido peso en la base y han ganado en altura, simulando una torre (Durán, 2018).

La pirámide de población en España en 2020 así como las proyecciones hasta 2070, evolucionan hacia esa forma de torre (Gráfico 2). Según los datos del Padrón Continuo del Instituto Nacional de Estadística (2021), las personas mayores de 65 años son 9.310.828 y representan un 19,6 por 100 de la población. De ellas, 2.862.817, un 6 por 100, tienen más de 80 años, es el envejecimiento del envejecimiento, lo que también se deja notar en el número de centenarios, más de 18.000 superan los 100 años. Las proyecciones hasta 2070 reflejan la forma de torre.

Gráfico 2. Proyecciones de población española



Fuente: INE.

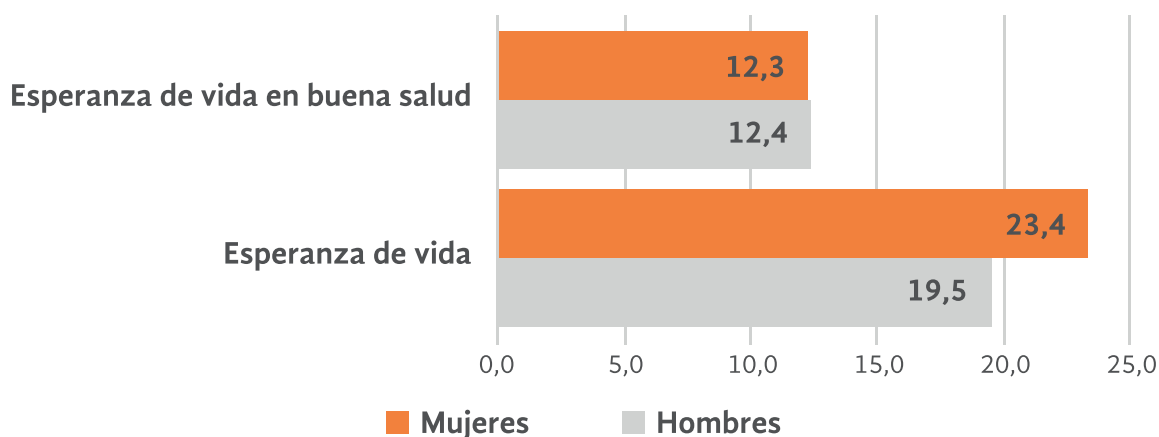
Retos del envejecimiento

El logro del aumento de la esperanza de vida también es el reto de abordar el envejecimiento demográfico. El cambio en la estructura demográfica tiene importantes consecuencias económicas y sociales para el Estado del Bienestar. El número de personas en edad de trabajar disminuirá en las próximas décadas y se producirá un desplazamiento de las políticas públicas dirigidas a atender las necesidades de las personas mayores. A mediados de siglo se prevé que el gasto público en pensiones incremente hasta en 5 puntos del PIB, el gasto sanitario en más de un punto y que el número de personas mayores que necesiten ayudas a la dependencia -cuidados de larga duración- se duplique y pase a suponer un 2% del PIB (Oficina Nacional de Prospectiva y Estrategia, 2021).

El envejecimiento es la principal causa para necesitar cuidados y la prevalencia aumenta con la edad (OMS, 2015). De acuerdo con los datos y las proyecciones de población, las personas mayores viven más tiempo, pero no está claro la calidad de esos años adicionales (Crimmins y Beltrán-Sánchez, 2011). Unos estudios señalan que la discapacidad disminuye en los mayores de 65 años mientras que otros advierten de la prevalencia en el grupo de 60-70 años (OMS, 2015). Para países de ingresos altos, un estudio longitudinal mostró una disminución de la discapacidad grave, pero sin cambios significativos en las menos graves.

Un buen indicador sobre las condiciones en las que vamos a disfrutar de los años que han alargado nuestras vidas es la esperanza de vida en buena salud o libre de discapacidad. En España, según los datos del INE para 2019, a los 65 años, contamos con casi 20 años adicionales los hombres y algo más de 23 las mujeres. De esos años adicionales las mujeres pasarán la mitad de esa etapa en buena salud (52 por 100), mientras que los hombres gozarán de un mayor período de tiempo (63 por 100). Tener mala salud supone ciertas limitaciones funcionales que implican requerir atención y cuidados para desempeñar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

Gráfico 3. Esperanza de vida a los 65 años y en buena salud (2019)



Fuente: INE (2020).

Por tanto, aunque el envejecimiento no necesariamente implica limitaciones, la esperanza de vida en buena salud es un indicador de la calidad de vida y del uso de cuidados de larga duración (CLD, en adelante).

El cuidado es el corazón de la humanidad. Todos los seres humanos, en distintos momentos de nuestro ciclo vital requerimos distintos grados de protección, cuidado y apoyo (ILO, 2018). La Organización Mundial de la Salud (2015) señaló, en concreto que los CLD están dirigidos a las personas que han tenido una pérdida importante y permanente de la capacidad intrínseca o corren riesgo de tenerla, para que puedan mantener un nivel de capacidad funcional conforme con sus derechos básicos, sus libertades fundamentales y la dignidad humana. Las actividades propias del cuidado pueden ser llevadas a cabo por profesionales -cuidado remunerado y/o formal- o por familiares, amigos y vecinos -cuidado no remunerado e informal-.

La demanda de cuidados es creciente como consecuencia de una combinación de factores. Junto al envejecimiento de la población y su relación con los niveles de dependencia (Comisión Europea, 2020) hay que considerar que se ha producido una crisis en los sistemas de apoyo informal (IMSERSO, 2004) derivados de los cambios en la composición de los hogares, aumentos de los niveles educativos de las cuidadoras, así como de las tasas de empleo femenino (ILO, 2018; Unión Europea, 2019).



Fuente: Briones-Peralta, M.A.; Pardo-García, I. y Escribano-Sotos, F. (2021)

Todo ello indica un incremento en la demanda de CLD a lo largo del siglo XXI. En el conjunto de los países de la Unión Europea, el número de personas que potencialmente necesitará CLD crecerá de 30.8 millones en 2019 a 33.7 millones en 2030 y 38.1 millones en 2050 (SPC y Comisión Europea, 2021).

En España, en 2050, habrá 16 millones de personas mayores de 65 años frente a los 9 millones actuales (Oficina Nacional de Prospectiva y Estrategia, 2021). Manteniendo las prevalencias, habrá aproximadamente 2,5 millones de personas que potencialmente necesitarán cuidados.

Nuevas oportunidades

Las políticas públicas deben plantear soluciones sostenibles financieramente y acordes con las necesidades de las personas mayores. En ese sentido, hay que considerar que el perfil de las personas mayores cambia y ofrece a su vez nuevas oportunidades económicas.

En primer lugar, entre estas oportunidades se encuentran las relacionadas con la economía del cuidado. Según la Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales (Ramírez-Navarro, Revilla-Castro, Fuentes-Jiménez y Gómez-Castro, 2021) el sector de los cuidados, a fecha de 31 de diciembre de 2020, empleaba a 250.000 personas y los retornos económicos para el Estado son aproximadamente un 40 por 100. En otras palabras, por cada millón de euros, 400.000 revierten en el Estado a través del IVA, el impuesto de sociedades y la seguridad social. También el sector de la teleasistencia y ayuda a domicilio facturó 1.755 millones de euros en 2020 según DBK (El País, 2021). Y en el anterior período de crisis, entre 2008 y 2012, un estudio mostró, usando datos del Directorio Central de Empresas del INE, que las empresas vinculadas al cuidado fueron las que más crecieron (Martínez, Escribano y Pardo, 2013).

En segundo lugar, hay que considerar las oportunidades económicas vinculadas al nuevo perfil de las personas mayores. El informe de la Unión Europea sobre envejecimiento activo (Comisión Europea, 2011) analizaba la aportación de las personas mayores al conjunto de la sociedad, por ejemplo, mediante el voluntariado y cómo su poder adquisitivo y sus preferencias estimulaban la actividad económica a través de numerosos sectores de la economía como el ocio, el turismo, la cultura o la salud. En el caso de España, varios estudios han analizado este cambio de tendencia. Devesa et al. (2016) analizaron la distribución del gasto mensual medio para los mayores de 65 años y encontraron que el mayor peso correspondía a las necesidades básicas (35%) (alimentación, ropa) y la vivienda (31%) (luz, agua, teléfono) pero que el tercer lugar, con un 18%, correspondía al ocio (viajes, excursiones, restaurantes, actividades caritativas...). Estas tendencias se mantienen. Según el estudio sobre la economía de la longevidad publicado por el CENIE (CENIE, 2021) el gasto doméstico de las personas mayores de 50 años supuso un aporte al PIB de más de 325.000 millones de euros, representando las personas de más de 60 años el 63% del gasto total (casi 205.00 millones).

Fruto de ese gasto se crearon 4.4 millones de puestos de trabajo de forma directa e indirecta y generaron 118.000 millones de euros de ingresos fiscales. La mayor parte de su gasto va destinado a vivienda, combustible y energía, representando para la población de más de 65 años un 35% y un 46% del gasto total realizado para los que tienen más de 80 años. La importancia de las actividades lúdicas para el colectivo de mayores de 65 años se refleja en el gasto de restaurantes (9%) y del ocio y la cultura (5%). De hecho, el mismo informe indica que los turistas mayores de 65 años son los que más gastan de media con respecto a los turistas de otros grupos de edad, superando en 80 euros al grupo de entre 50 y 64 años, y en 70 euros al grupo entre 25 y 64 años. Esto se traduce en que las personas de más de 65 años aportaron al PIB español 10.122 millones creando de manera directa 90.800 puestos de trabajo (CENIE, 2021).

La cuestión, por tanto, es que las personas mayores en los próximos años serán fuente de nuevas oportunidades económicas. Por un lado, por los cambios en su comportamiento y por otro, por la economía de los cuidados. Y en este punto se trata de responder a ¿cómo afrontar el cuidado de la población con discapacidades? ¿Qué servicios hay disponibles? ¿Deben cambiar para ajustarse a las preferencias de la población? ¿Qué contrato social se debe establecer entre personas dependientes, familia, Estado y mercado? En ese nuevo contrato social, ¿cómo debe ser la colaboración entre las administraciones públicas y el mercado para garantizar cuidados accesibles y asequibles? Todo ello sin perder de vista la calidad de los cuidados y de los cuidadores. Parafraseando a Durán (2018), a la vista de los datos es fácil que se abra camino la idea de que hace falta una economía innovadora que interprete el trabajo del cuidado como una actividad productiva.

2. LA OFERTA DE SERVICIOS DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN

La aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD), supuso el reconocimiento de un nuevo derecho de ciudadanía, universal, subjetivo y perfecto. Para promover la autonomía y atender a las personas en situación de dependencia se creó el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) (artículo 1, BOE). Su puesta en marcha fue un paso más en el desarrollo de servicios formales para la atención a los dependientes según su grado de dependencia y sus necesidades.

A través de la escala de valoración de la dependencia y mediante un extenso conjunto de actividades de la vida diaria en las que el sujeto puede ser o no dependiente se obtiene el grado de dependencia que refleja el estado del sujeto y, por tanto, sus necesidades. Los grados van de dependencia moderada a severa y gran dependencia (artículo 26).

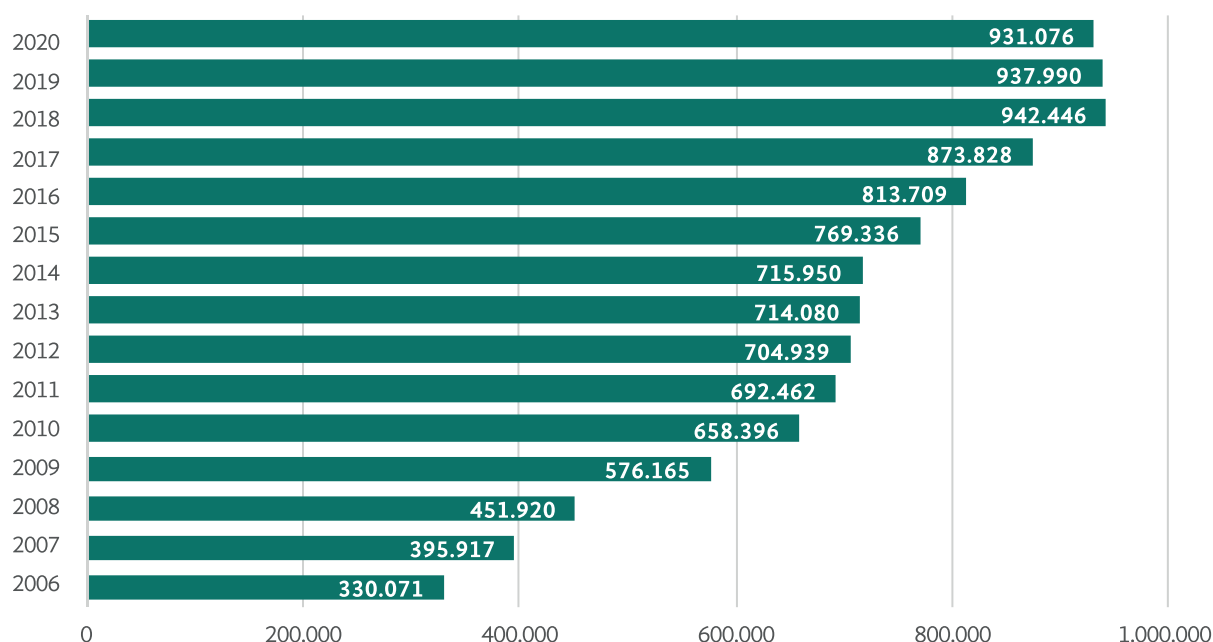
Los artículos 14 y 15 de la LAPAD establecen las prestaciones de las que se podrán beneficiar y distingue entre servicios y prestaciones. Los servicios a los que se podrá acceder son los que se prestan a través de la oferta pública de la red de servicios sociales de las Comunidades Autónomas mediante centros y servicios públicos o privados que habían atendido a las personas mayores hasta la promulgación de la LAPAD en 2006. El catálogo de servicios (artículo 15) suma a los servicios de prevención de las situaciones de dependencia, el servicio de teleasistencia, el servicio de ayuda a domicilio, el servicio de centro de día y de noche y el servicio de atención residencial. Junto a los servicios existe la posibilidad de recibir una prestación vinculada a la contratación de servicios en caso de que no se disponga de la oferta, una prestación económica para ser atendido el entorno familiar por cuidadores no profesionales que, pueden ser, familiares de la persona dependiente y una prestación de asistencia personalizada, vinculada a la obtención de un servicio.

Oferta de servicios

El número de plazas y usuarios de servicios sociales ha evolucionado considerablemente desde la entrada en vigor de la LAPAD^{1, 2}.

Los servicios de atención domiciliaria tienen como principal objetivo la permanencia de las personas mayores en su entorno habitual y comprenden el servicio de teleasistencia y el servicio de ayuda a domicilio (SAD) (IMSERSO, 2021). Ambos servicios tienen un coste reducido. La teleasistencia cuenta con la característica de ser un servicio independiente o complementario al de ayuda a domicilio y adecuado en los primeros estados de soledad y dependencia en los que todavía no se requiere un cuidador.

Gráfico 4. Evolución del número de usuarios del servicio de teleasistencia



— Fuente: Elaboración propia a partir de IMSERSO (varios años).

En diciembre de 2020 había un total de 931.076 usuarios con un coste medio del servicio de 176,40€ y con una aportación económica de los usuarios del 28,03% (IMSERSO, 2021).

El servicio de ayuda a domicilio (SAD), en línea con facilitar la permanencia en el domicilio de las personas mayores ofrece servicios complementarios a la teleasistencia, ayudando

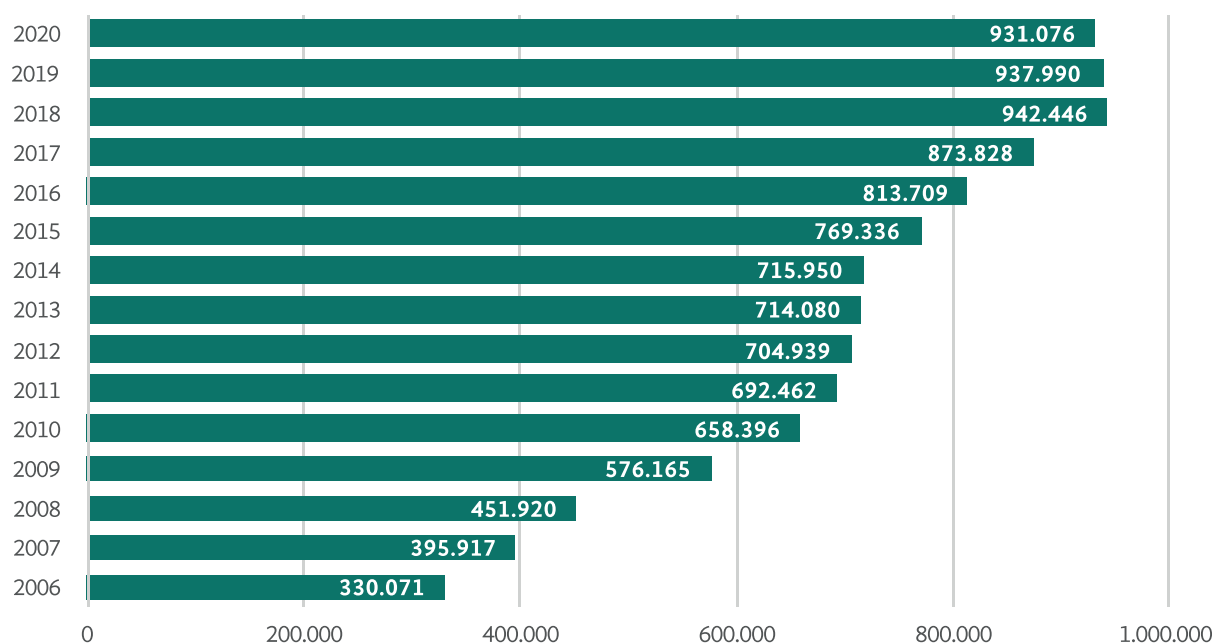
1. El conjunto de servicios sociales en España, así como su evolución, está disponible en el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Fuentes estadísticas adicionales se encuentran en el portal de “envejecimiento en red” del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), en la Asociación de Directoras y Gerentes de servicios sociales que publica el informe “Índice de Desarrollo de los Servicios Sociales” o en la Fundación Caser.

2. Dada la amplia naturaleza de los servicios sociales este apartado se refiere solamente a los servicios de atención a las personas mayores dependientes.

en las necesidades domésticas (limpieza, cocina y otros) y en los servicios de atención personal (actividades de la vida diaria).

El Gráfico 5 muestra la evolución del número de usuarios del servicio de ayuda a domicilio, que atiende a 31 de diciembre de 2020 a 473.028 personas. Desde el año 2006 los usuarios han aumentado en 142.657 y, de nuevo, se observa que, tras la inflexión de los ajustes presupuestarios en 2012, el crecimiento ha sido continuado.

Gráfico 5. Evolución del número de usuarios del servicio de ayuda a domicilio



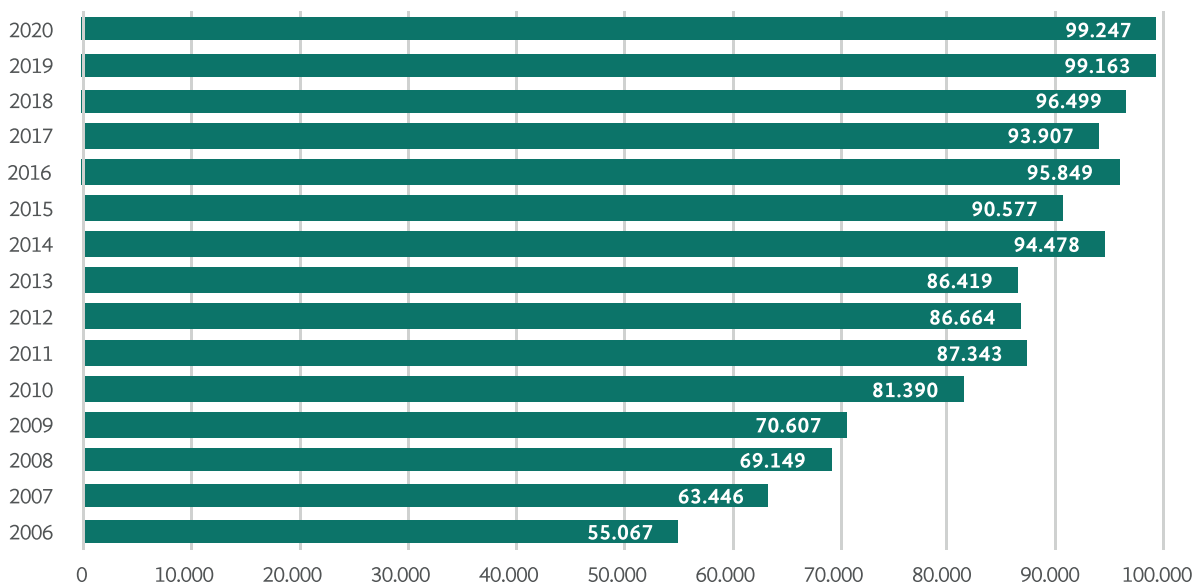
Fuente: Elaboración propia a partir de IMSERSO (varios años).

Este servicio supone una intensidad horaria de 18,14 horas mensuales por usuario, de las cuales, el 65% son dedicadas a cuidados personales. El precio público de servicio medio es de 14,88 €/hora, y la aportación económica de los usuarios es del 9,2% (IMSERSO, 2021).

Un grado más en el apoyo de las necesidades de las personas mayores son los servicios de atención diurna. Los centros de día son establecimientos en los que se facilita la estancia durante el día, ofrecen atención psicosocial a personas en situación de dependencia, así como servicios de atención social, médica, rehabilitación, comedor, terapia ocupacional y otros servicios complementarios. Por tanto, estos servicios aúnan la atención individualizada con el objetivo de mantener la autonomía de los usuarios y la prestación de apoyo a la familia a la vez que retrasan la institucionalización y facilitan la permanencia en su medio habitual (IMSERSO, 2021).

El Gráfico 6 refleja el crecimiento del número de plazas en los centros de día en España, que ha sido continuado desde el año 2006, doblando prácticamente la oferta de plazas y alcanzando en 2020 un total de 99.247 usuarios. El precio medio del servicio es de 8.916,52€ anuales, de los que el usuario aporta en torno al 22% (IMSERSO, 2021).

Gráfico 6. Evolución del número de plazas en los centros de día

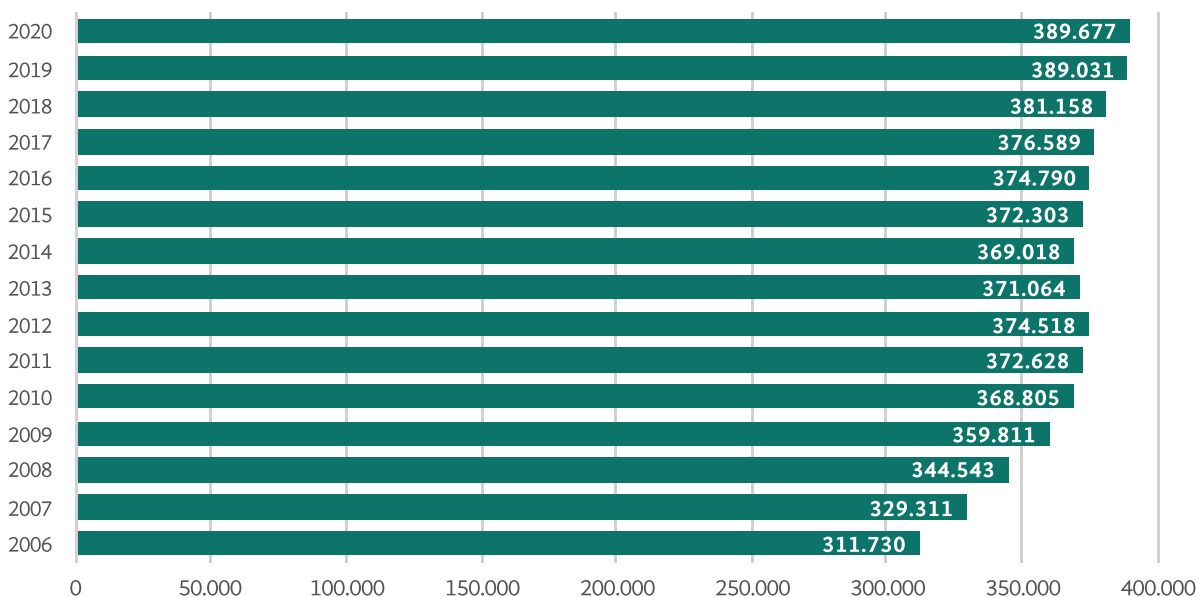


Fuente: Elaboración propia a partir de IMSERSO (varios años).

Los centros residenciales ofrecen alojamiento y manutención a las personas mayores de manera permanente o temporal, así como cuidados sociosanitarios y de rehabilitación. En principio los centros residenciales se dirigen a las personas mayores cuyas limitaciones en las actividades básicas de la vida diaria les impide ser atendidas en sus domicilios.

El Gráfico 7 muestra la evolución del número de plazas en centros residenciales, que ha alcanzado las 389.677 en el año 2021, con un incremento superior a las 70.000 desde el año 2006.

Gráfico 7. Evolución del número de plazas en centros residenciales



Fuente: Elaboración propia a partir de IMSERSO (varios años).

El precio medio del servicio asciende a 18.839,62€ por usuario, del cual la aportación económica del usuario es del 41% (IMSERSO, 2021).

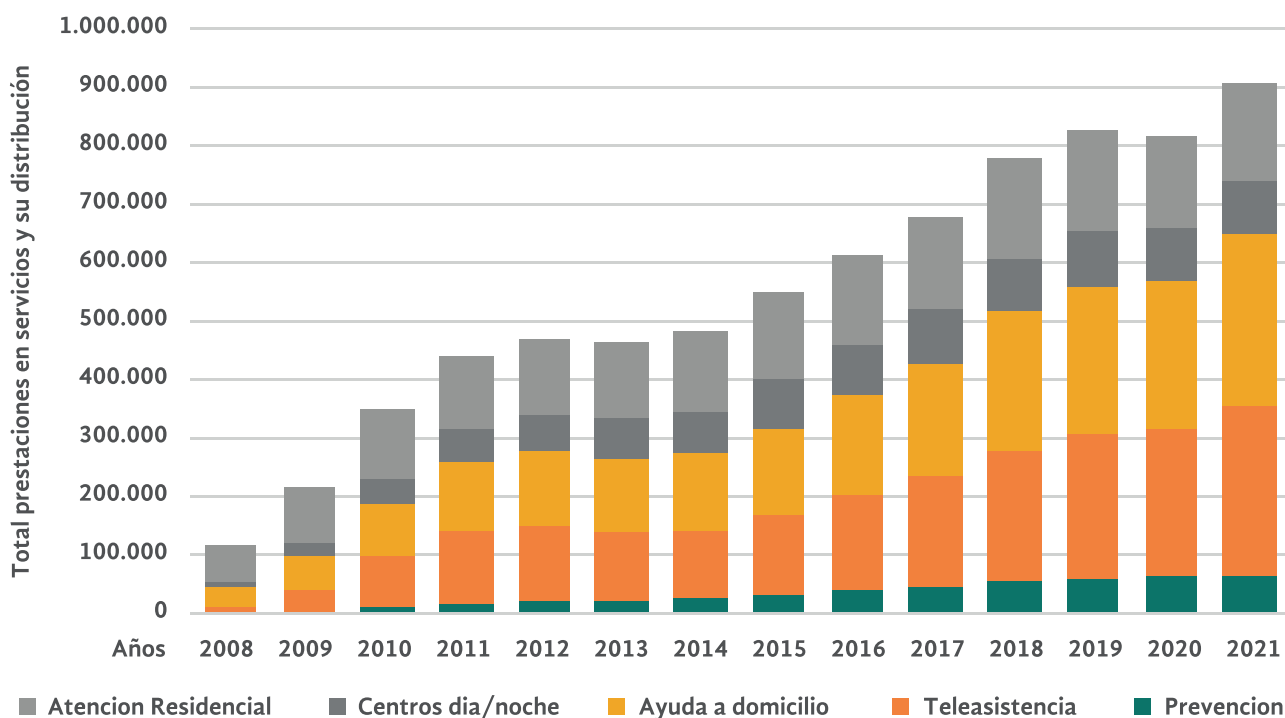
Uso de servicios y prestaciones. Cuando. Por qué.

El aumento en el número de plazas disponibles en todos los servicios desde la puesta en marcha de la LAPAD ha estado acompañado de un aumento en la ocupación relacionado con los servicios a los que han accedido las personas dependientes (Gráficos 8 y 9). No obstante, el desarrollo del SAAD ha pasado por distintas etapas y vicisitudes. Básicamente se puede hablar de tres etapas. Una inicial desde su puesta en marcha hasta el año 2012, coincidiendo con los ajustes presupuestarios; una etapa de ralentización que abarca desde el Decreto Ley 20/2012, de 13 de julio y la etapa de lenta recuperación que comienza en 2015. Los datos presentados se refieren al número total de beneficiarios, es decir, las personas que han solicitado la valoración y ya están recibiendo bien los servicios, bien las prestaciones.

Junto a estos datos, en las evaluaciones del funcionamiento y aplicación de la LAPAD³, se considera también las personas que están en lista de espera, han sido valoradas pero están a la esperada recibir de recibir la prestación. Esta cuestión ha sido objeto de especial preocupación. En el año 2015 se produjo un aumento por la incorporación al sistema de los dependientes moderados y desde entonces se ha producido un descenso paulatino (Jiménez-Martín y Viola, 2019). No obstante, esta evolución es desigual por grados de dependencia. La reducción en la lista de espera se produce, sobre todo, entre las personas con dependencia moderada mientras que apenas ha disminuido en los grados más severos (AEDGSS, 2018). En consecuencia, el descenso en las listas de espera es para el colectivo cuya atención supone un menor coste, dado su menor grado de dependencia, sin atender a los grados más severos, que son, precisamente los que tienen mayores necesidades de atención y mayor probabilidad de fallecer sin recibir la prestación (Marbán Gallego, 2019).

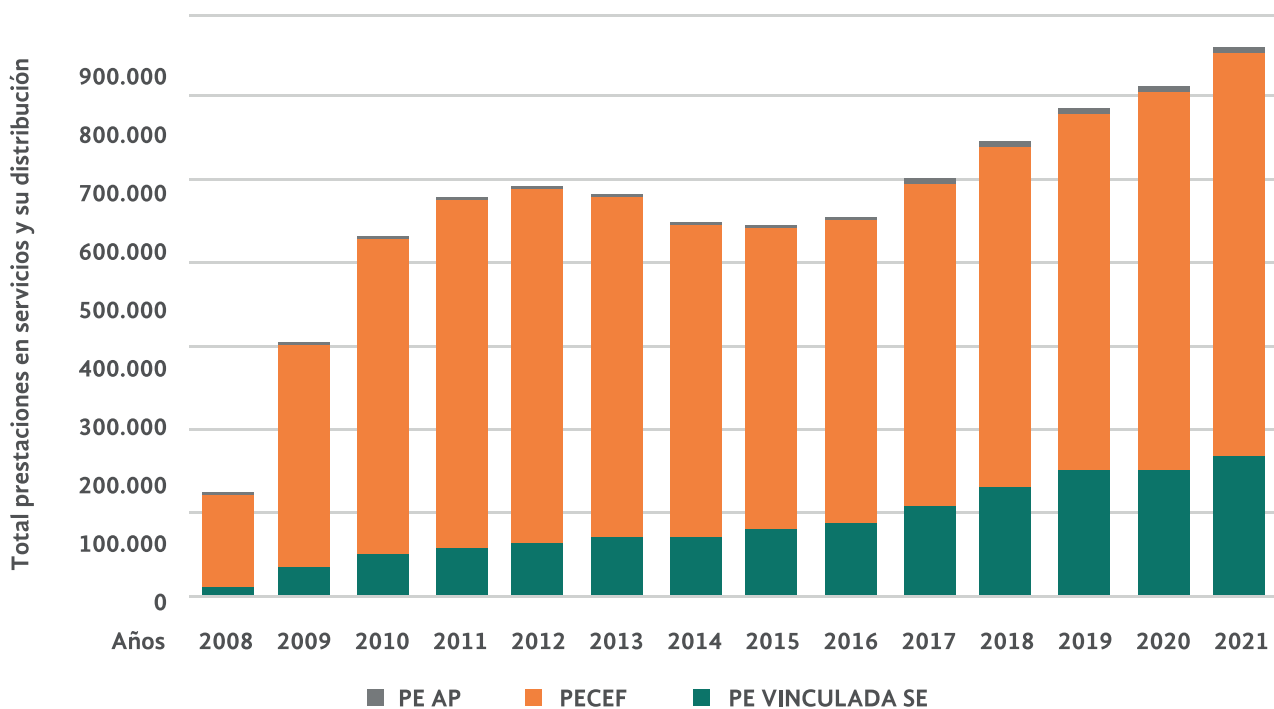
3. Junto a los datos de solicitudes, personas beneficiarias, edad, sexo y prestaciones recibidas disponibles en el SISAAD, la Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales (AEDGSS) presenta una evaluación anual del funcionamiento del sistema. También la Comisión de análisis de la situación de dependencia 2017, o el Observatorio de la Fundación de Estudios de Economía Aplicada (FEDEA) analizan las principales variables relacionadas con el sistema. Otras evaluaciones han sido realizadas por Peña-Longobardo et al. 2016 y Huetegarcía et al. 2020.

Gráfico 8. Evolución de Prestaciones en servicios



— Fuente: Elaboración propia a partir de IMSERSO (varios años).

Gráfico 9. Evolución de Prestaciones económicas



— Fuente: Elaboración propia a partir de SISAAD (varios años).

De hecho, en el año 2020 todavía el 20 por 100 de la población en situación de dependencia no recibía atención (Consejo Económico y Social, 2021) y la tasa de cobertura nacional, entendida como las personas atendidas por cada 1000 habitantes se situaba en torno a 24,2 con grandes diferencias entre Comunidades Autónomas⁴ (Ramírez-Navarro, Revilla-Castro, Fuentes-Jiménez y Gómez-Castro, 2021). La contrapartida, las personas desatendidas por cada 1000 habitantes alcanzaba una media nacional de 144 personas en 2020⁵. Esta tasa es indicativa de que las listas de espera se han reducido a lo largo del año 2020 en las Comunidades Autónomas, pero la causa, en un porcentaje elevado, se explica por el fallecimiento a causa de la pandemia del COVID-19.

En el caso de las personas que sí están recibiendo atención, el comportamiento de los servicios y las prestaciones económicas ha sido dispar a lo largo de las diferentes etapas. En la implantación de SAAD persisten deficiencias y limitaciones que hay que superar. El desigual e insuficiente desarrollo de los servicios sociales en cada Comunidad Autónoma condiciona y es uno de los factores que explica las diferencias territoriales en su implantación (CES, 2021; Marbán Gallego, 2019), pero también hay que profundizar en las razones del predominio de las prestaciones económicas pese al carácter excepcional otorgado en la ley, el escaso desarrollo de la red de servicios sociales en el medio rural, así como el tamaño de los centros o su titularidad.

Las prestaciones económicas han tenido una relevancia que no se correspondía con el sentido otorgado en la normativa. En principio tenían un carácter excepcional y solo ante la carencia de servicios. Los datos globales muestran el predominio que tuvieron desde el inicio de la puesta en marcha de la Ley. Para revertir esa tendencia el Decreto Ley 20/2012 de 13 de julio introdujo cambios en la normativa y una menor financiación recibida por la Administración General del Estado que se tradujo en un ligero retroceso entre 2013 y 2016.

En general, para explicar ese predominio se suele argumentar que resultan atractivas para los beneficiarios y que conceden una renta complementaria a los cuidadores en los momentos de crisis económica. Sin embargo, si tenemos en cuenta los importes máximos establecidos, así como los copagos que corresponde realizar a los usuarios (Marbán Gallego, 2019 y del Pozo, Pardo y Escribano, 2017) la percepción de la renta no puede ser el principal motivo para explicar su peso en el conjunto del sistema. La prestación económica vinculada al servicio se concede cuando no es posible ofrecer el servicio por el sector público, de manera que, en este caso, el beneficiario puede optar por contratar directamente el servicio entre los proveedores acreditados por la administración. En el caso de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar (PECEF) es una prestación dirigida a un familiar del beneficiario, por tanto, no profesional y que se concede, solo en el caso de que no haya recursos públicos o privados que puedan

4. Canarias cubre solo a 11, 78 mientras que Castilla y León dobla casi a la media nacional con una cobertura superior a 43.

5. Las diferencias también son elevadas en el número de personas desatendidas entre Comunidades Autónomas. Así, Cataluña tiene 318 personas desatendidas por cada 1000 habitantes, La Rioja 293 y Castilla y León apenas a 1 persona desatendida.

prestar el servicio. La cuantía es reducida y, según la renta del beneficiario, se puede establecer un copago para reducir dicha cuantía (del Pozo et al. 2017). Desde ese punto de vista cobra más relevancia el escaso desarrollo de la red de servicios sociales en el medio rural de la que se partía al comienzo de la implantación de la LAPAD, que se ha visto agravada por las presiones de contención del gasto público durante el ajuste presupuestario de la crisis financiera de 2007. Ante la dificultad de hacer las inversiones necesarias para ofertar servicios, las prestaciones son rápidas y tienen bajo coste administrativo y económico (Marbán Gallego, 2019). No obstante, es importante recordar que, aunque tengan un menor coste, la PECEF no es propiamente un servicio sino una remuneración parcial al cuidador principal. En otros países esto no sería considerado como un servicio para las personas dependientes sino como un beneficio compensatorio no sustitutivo de otros servicios (Davey, 2021).

Por el contrario, las prestaciones de servicios han crecido lentamente y lo han hecho de manera continuada desde el año 2016, de acuerdo con la modificación introducida en la normativa, si bien no todas representan el mismo peso. La atención residencial sigue teniendo un peso inferior frente a la teleasistencia y la ayuda a domicilio que son los servicios que han aumentado su peso desde el año 2016. También hay que destacar que, aunque lentamente, han aumentado las prestaciones vinculadas con los servicios de prevención de la dependencia.

Con todo, las cifras absolutas en cuanto a servicios y prestaciones ocultan la verdadera oferta y, en consecuencia, las necesidades reales de los usuarios en su ámbito de residencia, sea rural o urbano. Los datos del IMSERSO reflejan el número de centros de día o residenciales junto al número de plazas ofertadas y su titularidad. El informe del Consejo Económico y Social (CES, 2021) sobre la dependencia indica que la cobertura de los servicios es muy dispar. La realidad del sector es muy heterogénea en cuanto a tamaño, titularidad, ámbito rural vs. urbano, cercanía con centros de atención primarios u oferta de servicios sanitarios propios. Un 22 por 100 del total de plazas residenciales se corresponde con residencias de más de 100 plazas y un 21,9 por 100 del total con residencias de menos de 25 plazas. El conjunto de residencias de más de 100 plazas supone un el 51 por 100 del total de plazas residenciales.

En cuanto a la ratio de plazas residenciales por personas mayores de 65 años, la media nacional es de 4,2 plazas (Abellán, Aceituno, Ramiro y Castillo, 2021). Aunque es cierto que el mayor número de personas de edad se concentra en los municipios urbanos, el envejecimiento, entendido como la proporción de personas mayores respecto del total, es mucho más acentuado en el mundo rural (Pérez, Abellán, Aceituno y Ramiro, 2020), donde la dispersión de servicios es más acentuada. De acuerdo con el mapa de recursos del portal de envejecimiento en red, la oferta de plazas tanto de residencias como de centros de días es desigual por provincias y municipios (www.envejecimiento.csic.es/recursos). El escaso desarrollo de servicios sociosanitarios en el medio rural tiene, como mínimo, dos implicaciones relevantes. Por un lado, impide a las personas mayores y dependientes seguir viviendo en su entorno y, por otro, agrava el fenómeno de la despoblación de las zonas rurales.

3. DEMANDA CRECIENTE Y NUEVAS NECESIDADES

Mejorar la oferta de servicios requiere planificarla y que sea acorde con el crecimiento potencial de personas dependientes. La distribución de los recursos disponibles y los servicios ofertados muestran un acceso desigual a los servicios de cuidados de larga duración. Además, el cambio en los perfiles sociodemográficos, en el nivel de renta y en las preferencias de las personas mayores introducen nuevos retos. La consideración de los servicios preferidos por las personas mayores, el cuidado en la comunidad, la calidad de los servicios ofertados y nuevas formas de convivencia para las personas mayores son algunas de las cuestiones a considerar junto a la mejora de las desigualdades e ineficiencias señaladas.

Según Spasova, Baeten, Ghailani, Peña-Casas y Vanhercke (2018) los retos de los sistemas de CLD son comunes para los países europeos. En la mayoría de ellos, los CLD carecen de la integración adecuada entre los aspectos sociales y sanitarios y son organizados en diferentes niveles de la administración: local, regional y nacional. Pero en orden a mantener la independencia de los mayores y garantizar tanto como sea posible que sean activos física, mental y socialmente, la tendencia es la prevención y la rehabilitación junto con los cuidados en el hogar para avanzar hacia la desinstitucionalización.

Este cambio de tendencia coincide con las preferencias de los ciudadanos. El estudio de Costa-Font, Elvira y Mascarillas-Miró (2009) analiza las preferencias de los mayores en España y muestra que, en general, a medida que se envejece, las personas mayores prefieren permanecer en su entorno habitual. Esta opción no indica, necesariamente, que se prefiera la atención informal -prestada generalmente por la familia- frente a la atención formal. De hecho, usando las encuestas del Centro de Investigaciones Sociológicas para los años 1997, 2001 y 2009, los resultados indicaban un incremento en las últimas décadas de la preferencia por formas de cuidado formal (Fernández-Carro, 2018).

Dado que en los próximos años la provisión formal será más importante (SPC y Comisión Europea, 2021), el reto es aunar las preferencias de los usuarios con la organización de los cuidados formales en el entorno habitual, es decir, favoreciendo la permanencia en el hogar o los cuidados en comunidad. Según el Informe de Envejecimiento 2021 (Comisión Europea y EPC, 2021) el 31 por 100 de los mayores de 65 años potencialmente dependientes reciben cuidados en el hogar, el 19 por 100 atención residencial y el 46 por 100 prestaciones económicas. En el caso de España, a fecha 31 de diciembre de 2021, las prestaciones económicas suponen el 42 por 100 y los servicios el 48 por 100. De estos, un 64 por 100 son cuidados en el hogar -teleasistencia y ayuda a domicilio- un 10 por 100 centros de día y un 18,5 por 100 atención residencial.

El cuidado en la comunidad y el SAD

Dentro de los servicios la prestación de ayuda a domicilio (SAD) ya se ofertaba en el ámbito municipal y se regulaba bajo el marco de los servicios sociales (Huete-García, Chaverri-Carvajal

y Morales-Romo, 2021). La LPAPD estableció que el SAD se integrara como una prestación específica de dependencia. Sin embargo, todavía persisten dificultades administrativas, procedimentales y de concepto para encajar esta prestación del SAAD en las estructuras de servicios sociales de las Comunidades Autónomas, lo que implica problemas de cobertura y eficiencia (CES, 2021).

De acuerdo con los datos de IMSERSO (2021), la intensidad media de atención en el domicilio al mes en todo el territorio es de 19,6 horas incluyendo tanto las tareas de cuidado como domésticas, siendo la media de horas dedicadas al cuidado de 12,7 horas. Aproximarse a la cobertura del servicio a partir de la intensidad de horas presenta algunas limitaciones, aunque es el indicador que, por ejemplo, también utiliza la AEDGSS. Davey (2021) plantea un indicador alternativo dado que éste no ayuda a responder a la pregunta clave de en qué medida las Comunidades Autónomas cumplen con la prestación de dependencia que prescribe la ley. Para poder responder a esa pregunta es necesario considerar un indicador que incluya el promedio en horas por mes por usuario para todos los grados de dependencia y el tamaño relativo de cada grupo⁶. Cuando se utiliza el índice de intensidad observada SAD (ISADOb) la gran mayoría de las Comunidades Autónomas, a finales de 2019, estaban lejos de proporcionar la atención mínima por usuario prescrita por grado de dependencia. Para cubrir los mínimos prescritos, los usuarios tendrían que recibir alrededor de 24 horas por mes, lejos de las 19 que se aplican según IMSERSO y AEDGSS.

De acuerdo con estos datos, los dependientes que residen en el hogar reciben media hora de atención, en términos medios y, sin embargo, a la pregunta de “¿cuántas deseas?” La respuesta es de 17 horas (Elvira Martínez, Bohigas Santasusagna, López Casasnovas y Torrens Mèlich, 2020). La cuestión, por tanto, es ¿cómo se prestan las horas de cuidados adicionales que requieren los mayores? ¿Existen diferencias en el acceso a los servicios en función del lugar de residencia?

Este último asunto apenas ha sido analizado. Goerlich, Maudos y Mollá (2021) y Alloza, González-Díez, Moral-Benito, y Tello-Casas (2021) estudian la accesibilidad a los servicios en España y en el mundo rural, pero entre los servicios que se consideran no se incluyen los relacionados con los CLD. García-Gómez, Hernández-Quevedo, Jiménez-Rubio y Oliva-Moreno (2015) abordaron la equidad en el acceso y las necesidades no cubiertas mientras que más recientemente Lera, Pascual-Sáez y Cantarero-Prieto (2021) analizan las desigualdades en el acceso a los servicios formales en Europa. Profundizar en el conocimiento de la oferta de servicios en el territorio entronca con las dificultades de la prestación de servicios en regiones menos densamente pobladas, al considerar su coste y la equidad. Cuando se habla de la accesibilidad a los servicios se suele considerar el índice de cobertura, entendido como el porcentaje de servicios ofertados con relación a la población mayor de 65 años o los kilómetros que hay que recorrer para acceder a los mismos. Como se ha señalado, en el SAD la intensidad

6. Escribano, Pardo y Moya (2012) calculan para una muestra de dependientes el tiempo medio de cuidado para cada una de las actividades para las que un sujeto es dependiente.

en los servicios no es un buen indicador porque las diferencias son notables. En esta línea, el plan de choque para el impulso del sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2020) incluye entre sus propuestas incrementar la intensidad hora/mes del SAD considerando el grado de dependencia y aumentar hasta en 20 horas para los grandes dependientes (grado III).

Junto al aumento en la intensidad de horas para facilitar el envejecimiento en la comunidad es necesario que los servicios se organicen de manera diferente y aumente la coordinación entre las administraciones públicas y las entidades privadas que existen en los territorios. Medir la accesibilidad a los servicios mediante los kilómetros que hay que recorrer para acceder puede ser adecuado para determinados servicios sanitarios como los hospitales de referencia o para servicios educativos como enseñanza secundaria. Sin embargo, no es un buen indicador cuando el objetivo es que las personas mayores y/o dependientes envejeczan en la comunidad. ¿Cómo organizar los CLD en el territorio dada la oferta dispar de servicios entre Comunidades Autónomas y dentro de las Comunidades? En este sentido, la experiencia de Pescueza (Cáceres) puede ser una buena práctica para tener en cuenta en los CLD. La asociación sin ánimo de lucro “Amigos de Pescueza”, en la que participan tanto instituciones públicas de diferentes ámbitos como entidades y asociaciones privadas está orientada a cubrir las necesidades sociales de los vecinos más mayores formando parte de ella más de 100 socios y se ha convertido en la empresa más grande del pueblo (Ortega, Stampini y Sancho, 2021). Para prestar los servicios de CLD, la iniciativa se articula en torno a varios subproyectos: soledad en mayores, el centro de día y la promoción de la autonomía de las personas mayores (Ortega Hidalgo, 2022).

El subproyecto “Soledad en mayores” se realiza en colaboración con la Unión Democrática de pensionistas y jubilados de España y tiene como objetivo ofrecer herramientas a los mayores para que puedan conservar su autonomía y seguir viviendo en su entorno habitual a la vez que acceden a los servicios de CLD. Para ello la asociación proporciona teléfonos móviles adecuados a su capacidad, que cuentan con un sistema de emergencia coordinado con los servicios sanitarios. Cinco casas cuentan con sistema de videovigilancia que en caso de emergencia permite visualizarlas y acudir presencialmente en menos de un minuto (Ortega et al., 2018).

Junto a este subproyecto, resulta fundamental el centro de día. Las infraestructuras y la accesibilidad también son relevantes por lo que el Ayuntamiento ha instalado pasamanos en las calles para evitar caídas y cuenta con un coche eléctrico disponible para los vecinos que lo requieran.

Para promocionar la autonomía de los residentes en colaboración con la Junta de Extremadura se desarrolla la “Promoción de la autonomía de las personas mayores”. En este programa un equipo de expertos, en el que participan tanto enfermeras y psicólogas como otros profesionales del cuidado, prestan servicios sanitarios más especializados y adecuan los cuidados a las necesidades de cada individuo.

La colaboración de distintas administraciones y entidades se presenta como una manera de garantizar CLD en la comunidad y en las zonas rurales, donde, normalmente el acceso a los servicios de CLD no está garantizado. Suele ser común, que a medida que las necesidades de cuidados aumentan, los dependientes se desplacen a residencias o municipios con mayores servicios. Por ejemplo, en Castilla-La Mancha, algunas zonas de las provincias de Guadalajara y Cuenca muestran esos movimientos de población (Escribano-Sotos, Pardo-García, Amo-Saus, Martínez-Lacoba, Moya-Martínez, del Pozo Rubio y Sánchez-González, 2019).

Convivir en comunidad

Junto al cuidado en la comunidad hay que valorar otros modelos de convivencia. Las personas mayores manifiestan el deseo de vivir en su hogar, pero no siempre es posible. La atención informal, es decir, el cuidado prestado por familiares, que ha recaído habitualmente en las mujeres, ha ido disminuyendo y lo seguirá haciendo en la medida que aumenta la incorporación de la mujer al mercado de trabajo. Por otro lado, como consecuencia de los cambios demográficos está aumentado el número de personas mayores que viven solas⁷, incrementándose el riesgo de soledad y aislamiento social (Aung et al., 2016). Estos hechos están íntimamente relacionados con el incremento de la depresión (Russell y Taylor, 2009) que, como se indica en varios estudios (López-Casasnovas y Beiggelman, 2020; Ekman, Granström, Omérov, Jacob y Landén, 2013; Kleine-Budde, Müller, Kawohl, Bramesfeld, Mook y Rössler, 2013; Cantarero-Prieto, Pascual-Sáez y Blázquez-Fernández, 2018) supone un serio problema económico junto al sufrimiento de enfermedades crónicas.

Hasta ahora, una forma de mitigar el aislamiento social es ingresar a la persona que lo padece en una residencia de mayores⁸, pero esta solución no es propicia para las personas mayores en general. Las instituciones no permiten el desarrollo de las habilidades sociales necesarias para interactuar con el resto de la sociedad y estar institucionalizado es el factor de riesgo más importante para la aparición de la depresión (Santiago y Mattos, 2014).

Por ello, el cohousing es un modelo de convivencia que está en auge en toda Europa. Se puede definir como una vivienda colaborativa diseñada para favorecer el contacto social, la participación de los residentes en los procesos de desarrollo, contratación, producción y operación y donde no existe jerarquía de autoridad. Para determinados colectivos todavía con facultades aceptables para desarrollar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, otros modelos de convivencia frente a la institucionalización pueden ser adecuados. Los cuidados que proporcionan están orientados a intentar mantener al máximo la autonomía durante la etapa de la vejez y responde a la demanda de los individuos de afrontar su proceso de envejecimiento de una forma distinta a la tradicional, y considerando sus características particulares. La idea es vivir “fuera de casa, pero como en casa” (Martínez Rodríguez, 2013).

7. Las proyecciones del Instituto Nacional de Estadística indican que, para 2031, más de 5,5 millones de hogares estarán formados por 1 persona.

8. Aproximadamente un 3,50% de las personas mayores de 65 años se encuentra institucionalizado en España (Abellán, Aceituno, Fernández y Ramiro, 2020).

Los cohousings activos en España presentan características comunes (Ortega Hidalgo, 2022).

- Son cooperativas, lo que implica que la gestión de los centros corresponde a los socios (residentes) de forma directa o indirecta.
- Ofrecen alojamientos privados respetando la intimidad, en forma de apartamento, de casa o una habitación con todos sus complementos. Estos espacios están adaptados a las necesidades particulares de cada uno de los residentes y se complementan con amplias y numerosas zonas comunes.
- Cuentan con asistencia médica, de enfermería, fisioterapeutas, gerocultores y un conjunto de profesionales más o menos amplio en función del centro (psicólogos, podología, sala de farmacia...).
- Ofrecen, entre otros, servicios como gimnasio, biblioteca, sala de juntas, centros de día y piscina, así como actividades culturales, actividades orientadas a fomentar la autonomía y estimular las capacidades cognitivas y actividades de rehabilitación.

La importancia que el cohousing tendrá en las próximas décadas y el reto de integrarlo en los servicios de CLD se percibe tras el análisis de los proyectos vigentes en España. En 2021 según el portal www.cohousingspain.org hay en funcionamiento 7 viviendas colaborativas y en proyecto 57. Estos nuevos espacios requieren, de nuevo, la colaboración entre instituciones en aspectos tales como coordinación con los servicios sanitarios, integración en la cartera de servicios sociales⁹ o dotación de suelo para el desarrollo de los proyectos.

Otro aspecto relevante para tener en cuenta en estos proyectos es su contribución al cuidado de las personas dependientes, dado que el grado de dependencia suele ser un requisito previo para formar parte de ellos. Los centros en funcionamiento establecen como requisito para poder ser socio gozar de autonomía y para ello o bien se limita el acceso a la cooperativa de un determinado porcentaje de personas dependientes (20% aproximadamente) o bien se exige en los estatutos que para ser considerado socio hay que gozar de autonomía en el momento en el que se adquiere tal condición. Una vez que se forma parte del centro, cuando se alcanza cualquier grado de dependencia, se otorgan los cuidados necesarios.

Residencias: gestionar la calidad de vida

Finalmente, el modelo de atención en residencias tradicional, donde las personas mayores son vistas como receptores pasivos de la atención y los servicios se desarrollan en torno a las necesidades de los prestadores de servicios, no a las necesidades y preferencias de la persona mayor (Martínez-Rodríguez, 2016) presentaba diversas limitaciones que han quedado expuestas durante la gestión de la pandemia. En el caso de personas mayores en residencias en España, los fallecidos durante el periodo de marzo a junio de 2020 equivaldrían a un 66 % del total notificado oficialmente por el Ministerio de Sanidad español (Rtve.es, 2020). Como consecuencia, la pandemia ocasionada por el coronavirus ha puesto en primer plano asuntos relacionados con la atención a las personas en situación de fragilidad, discapacidad

9. El Principado de Asturias ha incluido en la cartera de servicios el *cohousing*.

y/o dependencia profundizando en la crisis de las residencias en España¹⁰ y otros países (Derechos y mayores, 2020; Gonzálo-Jiménez, Martín- Ruiz y Olry de Labry, 2020).

Los informes de la Fundación Pilares habían contribuido desde la promoción y el intercambio de buenas prácticas a desarrollar los ejes para el cambio hacia el cuidado centrado en la persona (Rodríguez, Castejón y García, 2017) pero el impacto de la pandemia lo ha convertido en un reto y una necesidad. Así, en 2020, su “Declaración en favor de un necesario cambio en el modelo de CLD” ha contado con el apoyo de profesionales y expertos. En la misma línea, el informe de García, Ramírez, Aranda y Rueda (2021) para la AEDGSS aborda un nuevo modelo de atención integral centrado en la persona. La atención integral centrada en la persona tiene diferentes implicaciones. En primer lugar, es necesario avanzar en proyectos que respeten la dignidad de las personas, eliminando las sujeciones y avanzar en tratamientos alternativos que mejoren la calidad de vida. En segundo lugar, la calidad de los cuidados está estrechamente relacionada con la situación de los trabajadores. Para promover el cambio de modelo es imprescindible mejorar la formación de los profesionales.

Su capacitación (Colombo, Llena-Nozal, Mercier y Tjadens, 2011) o la valoración de su trabajo (Hussein and Manthorpe, 2005; Westermann, Kozak, Harling, y Nienhaus, 2014; Briones-Peralta, et al. 2020), contribuyen a mejorar la calidad del servicio ofrecido. Los modelos de Atención Centrada en la Persona facilitan la personalización de los cuidados y, por tanto, con una enorme capacidad tanto para orientar el diseño de los servicios como la buena praxis profesional (Martínez Rodríguez, 2016). Su aportación fundamental es situar a la persona usuaria como agente activo en el centro del servicio, organización y proceso de atención, desde el reconocimiento de su singularidad y desde el respeto a su autonomía personal, es decir, a sus decisiones, a su modo de vida, preferencias y deseos. Distintos organismos internacionales han considerado este modelo como la mejor estrategia para prestar cuidados a las personas mayores (AGE&EDE, 2012; OMS, 2015).

4. CONCLUSIONES

La aprobación del denominado “cuarto pilar” del Estado del Bienestar no se produjo en España hasta el año 2006. La LAPAD supuso el reconocimiento de un derecho universal que ha terminado configurando una combinación de regímenes de CLD: universal, contratación de servicios privados y familia (Elvira et al., 2020). Su puesta en marcha estuvo lastrada por la crisis financiera de 2007 que dificultó el desarrollo de nuevos servicios y supuso una desigual implantación territorial. Además, no se anticipó la magnitud y la elasticidad de la demanda frente a la rigidez de la oferta de servicios públicos (Durán, 2018).

10. Los informes del grupo de trabajo Covid19 y residencias del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, presentado al Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia celebrado el día 2 de diciembre de 2020 y el Informe del GTM sobre el impacto de la COVID-19 en las personas mayores, con especial énfasis en las que viven en residencias, solicitado por el Ministerio de Ciencia e Innovación al Grupo de Trabajo Multidisciplinar (GTM) que le asesora y apoya en materias científicas relacionadas con el COVID-19 y sus consecuencias futuras plantean un análisis detallado de la situación vivida en las residencias durante la pandemia y señalan propuestas para mejorar la atención en residencias.

Sin alcanzar un desarrollo pleno de lo previsto en la ley, hay que afrontar nuevos desafíos: el aumento de la demanda de cuidados y las preferencias de los usuarios. En primer lugar, es necesario un mayor desarrollo de los servicios en la comunidad. En ese sentido, el SAD facilita el deseo de permanecer en el entorno habitual -en muchas ocasiones, entorno rural- y retrasar la institucionalización, pero requiere de la disponibilidad de profesionales y una mayor colaboración público-privada. En segundo lugar, los nuevos modelos de convivencia tienen que encontrar integración en la cartera de servicios de los CLD. En tercer lugar, hay que incentivar el cambio hacia nuevos modelos residenciales centrados en la atención integral a las personas. En esa tesitura, el tamaño de los centros también importa.

Afrontar estos retos contribuirá a la dinamización de la economía y el empleo en general y, en particular, en el medio rural, donde mejorar la calidad de vida de las personas en situación de dependencia y sus familiares cuidadores requiere transformar la gestión de los servicios sociosanitarios (Domínguez Álvarez, 2021).

Finalmente, no hay que perder de vista que en todo este proceso es prioritario la calidad de vida de los dependientes y la calidad del cuidado. Dado que el cuidado sigue teniendo nombre de mujer, es necesaria una mirada de género (Pinazo, Costas y Costas, 2021). La profesionalización del sector tiene que ir acompañada de formación y condiciones de trabajo aceptables. Sólo así resultará una profesión atractiva sin sesgo de género y garantizaremos la calidad del cuidado y la dignidad de las personas dependientes.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Abellán, A., Aceituno, P., Fernández, I., Ramiro, D. (2020). *Una estimación de la población que vive en residencias de mayores*. Envejecimiento en Red. Disponible en: <https://envejecimientoenred.es/una-estimacion-de-la-poblacion-que-vive-en-residencias-de-mayores/>
- Abellán García, A.; Aceituno Nieto, M.P.; Ramiro Fariñas, D.; Castillo Belmonte, A.B. (2021): *Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincias*. Datos de septiembre de 2020. Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 27, 24 p. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/enred-estadisticasresidencias2020.pdf>.
- AGE&EDE. (2012). AGE Platform Europe&EDE (European Association for Directors of Residential Homes for the Elderly), Marco europeo de calidad de los servicios de atención a largo plazo. En *AGE Platform Europe&EDE (European Association for Directors of Residential Homes for the Elderly), Marco europeo de calidad de los servicios de atención a largo plazo*. Europa: AGE&EDE.
- Alloza, M., González-Díez, V., Moral-Benito, E. y Tello-Casas, P. (2021). *El acceso a los servicios en la España rural*. Banco de España. Documentos ocasionales 2122.
- Aung M.N., Moolphate S., Aung T.N.N., Katonyoo C., Khamchai S. and Wannakrairot P. (2016). The social network index and its relation to later-life depression among the elderly aged 80 years in Northern Thailand. *Clinical Interventions in Aging*, 11:1067–74.
- Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales (2018): *XVIII Dictamen del Observatorio de la Dependencia*. Marzo de 2018.
- Briones-Peralta, M.A, Pardo-García, I., Escribano-Sotos, F. (2020). Effects of a practical training programme on burnout among professional caregivers in a care home for older adults with dementia: a pilot study. *Psychogeriatrics*. 20 (6): 391-397.
- Briones-Peralta, M.A, Pardo-García, I., Escribano-Sotos, F. (2021). Políticas públicas de cuidados de larga duración: residencias para mayores, calidad del servicio y atención de calidad. *Revista Internacional de Política Económica*, 2(1): 24-45.
- Boletín Oficial del Estado. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (BOE núm.299 de 15 de diciembre de 2006).
- Cantarero-Prieto D., Pascual-Sáez, M., Blázquez-Fernández, C. (2018). Social isolation and multiple chronic diseases after age 50: A European macro-regional analysis. *PLOS ONE* 13(10): E0205062 <https://doi.org/10.371/journal.pone.0205062>

CENIE (2021). *Estudio de la economía de la longevidad en España*.

Colombo F, Llena-Nozal A, Mercier J, Tjadens F. (2011). *Help wanted? Providing and paying for long-term care*. Paris: OECD Publishing.

Comisión Europea (2011): *Active ageing and solidarity between generations. A statistical portrait of the European Union 2012*. European Commission. Publications Office of the European Union, Luxembourg.

Comisión Europea (2020). *Report on the Impact of Demographic Change*. European Commission. Brussels.

Comisión Europea y Comité de Política Económica (2021). *The 2021 Ageing Report – Economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2019-2070)*, European Commission and Economic Policy Committee (EPC). Publications Office of the European Union, Luxembourg.

Consejo Económico y Social (2021). *El sistema de promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*. Colección Informes. 03/2020. Madrid.

Costa-Font. J., Elvira, D., Mascarillas-Miró, O. (2009). “Ageing in Place”? Exploring Elderly People’s Housing Preferences in Spain. *Urban Studies*. 46(2): 295-316.

Crimmins, E.M. & Beltrán-Sánchez, H. (2011). Mortality and morbidity trends: is there compression of morbidity?. *The Journal of Gerontology*. Jan, 66(1):75-86.

Davey, V. (2021). *Situación en España de la evaluación de sistemas de atención a personas mayores en situación de dependencia*. Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 28. 18 p. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/enred-situacion-sad.pdf>.

Derechos y mayores (2020). *En Segundo documento de propuestas ante la pandemia del coronavirus en defensa de los derechos de las personas mayores*. Madrid, España. Mesa Estatal por los Derechos de las Personas Mayores.

Del Pozo, R., Pardo-García, I. y Escribano-Sotos, F. (2017). El copago de dependencia en España a partir de la reforma estructural de 2012. *Gaceta Sanitaria*, 31(1):23-29.

Devesa J.E., Devesa M., Meneu R., Alonso J.J., Domínguez I., Encinas B., Escribano F., Moya P., Pardo I. y Del Pozo R. (2016). *La revolución de la Longevidad y su influencia en las necesidades de financiación de los mayores*, Fundación Edad y Vida. Barcelona.

- Domínguez Álvarez, J.L. (2021). Envejecimiento, dependencia y éxodo poblacional. La importancia de los servicios sociosanitarios como palanca transformadora de la España rural. *Actas de Coordinación Sociosanitaria*, (29): 84-109.
- Durán Heras, M. A. (2018). *La riqueza invisible del cuidado*. Universitat de València.
- Ekman M., Granström O., Omérov S., Jacob J. and Landén M. (2013). The societal cost of depression: Evidence from 10,000 Swedish patients in psychiatric care. *Journal of Affective Disorders*, 150 (3): 790-7.
- El País (2021). *El tsunami que viene: la economía de los cuidados*: <https://elpais.com/economia/negocios/2022-01-09/el-tsunami-que-viene-la-economia-de-los-cuidados.html> [Fecha de Consulta: 30-03-2022].
- Elvira Martínez, D., Bohigas Santasusagna, L., López Casanovas, G. y Torrens Mèlich, L. (2020). *Hacia una sociedad cuidadora. Economía. Ciudades que cuidan*. Fórum de Debate. Barcelona.
- Escribano-Sotos, F., Pardo-García, I. y Moya-Martínez, P. (2012). Análisis empírico del coste del tiempo dedicado a mayores dependientes. *Presupuesto y Gasto Público* 66:149-165.
- Escribano-Sotos, F., Pardo-García, I., Amo-Saus, E., Martínez-Lacoba, R., Moya-Martínez, P., del Pozo-Rubio, R. y Sánchez-González, M.P. (2019). Situación de las personas dependientes en Castilla-La Mancha. Un análisis descriptivo. *XXXIX Jornadas de Economía de la Salud. La transparencia es saludable. La importancia de la rendición de cuentas en Sanidad*. Albacete, 12-14 de junio de 2019.
- Fernández- Carro, C. (2018). ¿Hacia la “desfamiliarización” del cuidado predilecto? Un análisis del contexto español (1997-2009). *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 164:57-76.
- García-Gómez, P., Hernández-Quevedo, C., Jiménez-Rubio, D., Oliva-Moreno, J. (2015): Inequity in long-term care use an unmet need: two sides of the same coin. *Journal of Health Economics*. Jan, 39: 147-158.
- García, G., Ramírez, J.M., Aranda, A. M. y Rueda, A. (2021). *Un nuevo modelo residencial para personas en situación de dependencia. Residencia su casa*. Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales.
- Goerlich, F.J., Maudos, J. y Mollá, S. (2021). *Distribución de la población y accesibilidad a los servicios en España*. Monografías. IVIE y Fundación Ramón Areces.

- González-Jiménez, E., Martín-Ruiz, E., & Olry de Labry, A. (2020). *Comprender el COVID-19 desde una perspectiva de salud pública. La epidemia COVID-19 en las residencias para personas mayores.*
- Huete-García, A., Chaverri-Carvajal, A. y Morales-Romo, N. (2021): El sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en España (SAAD): Memoria de debilidades desde su implantación. *Revista Prisma Social*, 32:25-44.
- Hussein, S. and Manthorpe, J. (2005). An international review of the long-term care workforce: policies and shortages. *Journal of Aging Social Policy*, 17(4):75-94.
- Kleine-Budde K., Müller R., Kawohl W., Bramesfeld A., Moock J. and Rössler W. (2013). The cost of depression – A cost analysis from a large database. *Journal of Affective Disorders*, 147 (1-3): 137-43.
- IMSERSO (2004). *Libro blanco de atención a las personas dependientes en situación de dependencia en España.* IMSERSO. Madrid.
- Jiménez Martín, S y Viola, A. (2019). “Observatorio de la Dependencia. Tercer Informe”. *Estudios sobre la Economía Española- 2019-42*, FEDEA. Madrid.
- International Labour Organization (2018). *Care work and care jobs for the future of decent work.* International Labour Office.
- IMSERSO (2021). *Servicios Sociales dirigidos a las personas mayores en España.* Subdirección General de Planificación, Ordenación y Evaluación. Madrid.
- Lera, J., Pascual-Sáez, M., Cantarero-Prieto, D. (2021): Socioeconomic Inequality in the Use of Long-Term care among European Older Adults: An empirical Approach using the SHARE survey, *International Journal of environmental Research and Public Health*, 18, 20.
- López-Casasnovas, G. y Beiggelman, M. (2020). La nueva economía de la soledad. Soledad y salud de las personas mayores. *Colección Health Policy Papers 2020-03_GL_MB*
- Marbán Gallego, V. (2019). El Sistema español de atención a la dependencia. *Entre la regresión y las reformas.* VIII Informe FOESSA. Documento de Trabajo 4.9.
- Martínez-López, S., Escribano-Sotos, F. y Pardo-García, I. (2013). Entrepreneurship, Long-Term Care and employment. *The second Global Innovation and Knowledge Academy (GIKA).* Valencia, 9-11 julio.

- Martínez-Rodríguez, T. (2013a). *El modelo housing*. www.acpgerontologia.com
- Martínez Rodríguez, T. (2016). La atención integrada en la persona en los servicios gerontológicos. Modelos de atención y evaluación. *Colección Estudios de la Fundación Pilares para la autonomía personal*, 3.
- Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 (2020). *Propuestas para la puesta en marcha de un “Plan de Choque para el impulso del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia”*. Secretaría de Estado de Derechos Sociales. Madrid.
- Moreno-Colom S., Recio Cáceres C., Torns Martín T. and Borràs Català V. (2017). Long-term care in Spain: Difficulties in professionalizing services. *Journal Women Aging*. 29:200-15
- Oficina Nacional de Prospectiva y Estrategia (2021). España 2050. *Fundamentos y propuestas para una Estrategia Nacional de Largo Plazo*. Madrid.
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud*, Ginebra.
- Ortega Hidalgo, F.J. (2022): *Los servicios sanitarios y de cuidados de larga duración ante el reto demográfico*. Trabajo Fin de Grado. Doble Grado en Economía y Derecho. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. Albacete.
- Ortega, I., Sancho, M. y Stampini, M. (2021): *Fragilidad de las instituciones de cuidado a la vejez ante el Covid-19. Lecciones aprendidas y recomendaciones para la reforma de servicios*. Banco Interamericano de Desarrollo. Documento para discusión nº IDB-DP-00851.
- Peña-Longobardo, L.M., Oliva-Moreno, J., García-Armesto, S. y Hernández-Quevedo, C. (2016): The Spanish long-term care system in transition: Ten years since the 2006 Dependency Act. *Health Policy*, 120 (10):1177-1182.
- Pérez Díaz, J.; Abellán García, A.; Aceituno Nieto, P. y Ramiro Fariñas, D. (2020). Un perfil de las personas mayores en España 2020. Indicadores estadísticos básicos. Madrid. Informes Envejecimiento en red nº 25, 39 p. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/enred-indicadoresbasicos2020.pdf>.
- Pinazo, S., Costas, C. y Costas, E (2021). Sociedades longevas ante el reto de los cuidados de larga duración. Revisión de literatura científica y especializada, *El Observatorio Social de la Fundación “La Caixa”*. Abril.
- Pinilla Pareja, R. y Goerlich Gisbert, F.J. (2006). *Esperanza de vida en España a lo largo del siglo XX. Las tablas de mortalidad del Instituto Nacional de Estadística*. Bilbao. Fundación BBVA.

- Ramírez-Navarro, J.M., Revilla-Castro, A., Fuentes-Jiménez, M. y Gómez-Castro, E. (2021). *XXI Dictamen del Observatorio Estatal de la Dependencia*. Ed. Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales de España. Málaga.
- Rodríguez-Blázquez C. (2015). Calidad de vida y estado de salud en personas mayores de 60 años con demencia institucionalizadas. *Revista Española de Salud Pública*, 89(1): 51-60.
- Rodríguez Rodríguez, P., Castejón Villarejo, P. y García Mendoza, A. (2017): Red de Buenas Prácticas de la Fundación Pilares para la autonomía personal relacionadas con el modelo de atención integral y centrada en la persona. *Actas de Coordinación Sociosanitaria*, 21-32.
- Rtve.es. (2020). *Radiografía del coronavirus en residencias de ancianos*. Retrieved 22-mayo from amp.rtve.es/noticias/20200522/radiografia-del-coronavirus-residencias-ancianos-espana/2011609.html
- Russell D. and Taylor J. (2009). Living alone and depressive symptoms: the influence of gender, physical disability, and social support among Hispanic and non-Hispanic older adults. *The Journals of Gerontology: Series B*, 64(1):95-104.
- Santiago L.M. and Mattos I.E. (2014). Depressive symptoms in institutionalized older adults. *Revista de Saùde Publica*, 48(2):216–24.
- Social Protection Committee (SPC) and European Commission (2021). *Long-Term Care Report: Trends, Challenges and Opportunities in an Ageing Society*. Publications Office of the European Union.
- Spasova, S., Baeten, R., Ghailani, D., Peña-Casas, R., Vanhercke, B. (2018). *Challenges in Long-Term Care in Europe: A Study of National Policies 2018*.
- Unión Europea (2019). *Ageing Europe. Looking at the lives of older people in the EU*. Eurostat. European Union Statistical Books.
- Westermann. C., Kozak, A., Harling, M. and Nienhaus, A. (2014). Burnout intervention studies for inpatient elderly care nursing staff: systematic literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 51(1):63–71.