

El impacto de la pandemia en las residencias para personas mayores y las nuevas necesidades de personal en la etapa pos-COVID

JULIA MONTSERRAT CODORNIU*

RESUMEN

La crisis sanitaria de la COVID-19 ha puesto de relieve un conjunto de deficiencias preexistentes en las residencias para personas mayores que han dificultado la disponibilidad de recursos humanos durante la pandemia. Este artículo aporta datos que corroboran las deficiencias detectadas en las plantillas de personal en la etapa pre-COVID y estima la *ratio* personal/usuario medida en términos de empleo equivalente para su homogeneización y comparación entre las comunidades autónomas. A la vista de los resultados, se estima el incremento de personal necesario para la mejora de la atención en los centros, esbozando el impacto económico derivado de la nueva situación.

1. INTRODUCCIÓN

La COVID-19 ha impactado notablemente en los establecimientos residenciales de servicios sociales. Los datos confirman que las personas mayores en dichos centros han sufrido una incidencia mayor que aquellas que permanecieron en su domicilio. En los centros residenciales los fallecidos por COVID-19, o síntomas

* Consultora en la Red Europea de Políticas de Protección Social (jmontserrattc@gmail.com).

compatibles con esta infección, alcanzan el 40 por ciento del total de fallecidos en toda España en el primer año de la pandemia, y el 90 por ciento de los afectados tenía más de 70 años (IMSERSO, 2021). Estos datos son similares a los de otros países de la Unión Europea (UE), como lo muestra un estudio elaborado por la Red Internacional de Políticas de Cuidados a Largo Plazo (LTCPN) con datos de 21 países, el cual estima que el 46 por ciento de los fallecidos por COVID-19 habían sido residentes de hogares de ancianos, y el 85 por ciento de los afectados tenían más de 70 años (Comas-Herrera *et al.*, 2020).

Diversos estudios realizados durante la pandemia han observado una serie de deficiencias preexistentes en los centros residenciales que han aflorado con más intensidad durante la crisis sanitaria y han puesto de relieve la fragilidad de estos centros, destacando fallos a nivel de gobernanza, financiación, condiciones laborales, así como también inadecuado soporte o reemplazo a los profesionales con numerosas bajas, escasa formación de personal, falta de coordinación con la atención sanitaria, deficientes protocolos de actuación en emergencias sanitarias, e inapropiados espacios y equipamientos para la atención de personas en situación de dependencia. A ello se suman los efectos psicosociales que la COVID-19 ha causado sobre los residentes, el personal y los

familiares, lo que ha convertido la pandemia no solo en una crisis sanitaria, sino también en una crisis social (Hernández-Moreno y Pereira-Puga, 2021; GTM, 2020).

Según Del Pino *et al.* (2020), la “COVID-19 no ha hecho más que agravar los problemas estructurales que ya tenían los centros como consecuencia de la deficiente implantación de la Ley de la Dependencia y de la política de recortes en 2012 a consecuencia de la crisis iniciada en 2008, así como otros problemas del sector. Ahora estos problemas se han hecho más evidentes, como la precarización del empleo, incluidos los bajos salarios que dificultan la cobertura de algunos puestos, o las inadecuadas *ratios* profesionales por categoría”. Por su parte, la central sindical UGT (2021) declara haber denunciado, con anterioridad, algunas de las deficiencias que presentan las residencias de mayores y que venían de lejos, como la escasez de profesionales para atender a las personas mayores (en concreto, las bajas *ratios* de gerocultoras en el sector). Así lo hizo en dos ocasiones ante el Defensor del Pueblo (el 18 de mayo de 2017 y el 18 de octubre de 2018).

Si bien la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia de 2006 (en adelante, Ley de Dependencia) estableció un sistema de indicadores agregados por comunidades autónomas (SISAAD) de los servicios de atención a la dependencia, no recoge ningún dato sobre las dotaciones de plantillas de personal, ni sobre las *ratios* de personal usuario o los costes de las plazas de los servicios residenciales para personas mayores. Es cierto que el IMSERSO y otras entidades como el CSIC confeccionan estadísticas sobre el número de centros, plazas y usuarios, pero no recogen información sobre aquellos ítems que inciden en los costes. La necesidad de evaluación y cuantificación de dichos ítems se ha hecho más evidente durante el periodo de la pandemia.

Este artículo ofrece una estimación de las necesidades de empleo a las que se enfrentan las residencias para personas mayores en la etapa pos-COVID a la vista de la situación en la etapa pre-COVID. Asimismo, estima el impacto que la satisfacción de esas necesidades tendría en los costes de personal y los costes totales en las empresas/organizaciones, agrupadas por comunidades autónomas.

La base de datos procede de la *Muestra Continua de Vidas Laborales (MCVL)* de la Seguridad Social, que proporciona información –anonimizada– de los afiliados a la Seguridad Social desde una perspectiva multidimensional: datos personales, tipos de contratos, días de alta en cada contrato, bases de cotización y tipo de organización, aportando asimismo información complementaria como la comunidad autónoma de residencia y el tipo de entidad jurídica del pagador de la Seguridad Social de los empleados adscritos a sus cuentas de cotización. Para realizar el estudio cuyos datos se muestran en este artículo, se toma el grupo 873 de la Clasificación Nacional de Actividades Económicas (CNAE), que identifica a los trabajadores de los establecimientos residenciales para mayores y con discapacidad física. Los resultados para el ejercicio 2019 se ponen en relación con los de 2015 y 2018 publicados en otro artículo (Montserrat Codorniu, 2020).

Se utiliza el concepto de “empleo equivalente” como la expresión del tiempo contratado en relación con el tiempo de una persona a jornada completa. En un determinado periodo de tiempo se tiene en cuenta tanto la equivalencia del contrato, como el número de días con contrato en dicho periodo. Este concepto de “empleo equivalente” coincide con el descrito para el cálculo de *ratios* en el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (CT), suscrito en 2008¹.

2. LA OFERTA DE SERVICIOS RESIDENCIALES PARA PERSONAS MAYORES: UN SECTOR INTENSIVO EN EMPLEO

Uno de los recursos más solicitados cuando la persona deviene dependiente y no tiene un entorno familiar que lo pueda atender, o su nivel de dependencia es tan elevado que requiere atención continuada, es el de un servicio residencial. El empleo en los servicios residenciales es intensivo, ya que los trabajado-

¹ Resolución de 2 de diciembre de 2008 de la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención (BOE 17-12-2008).

res (profesionales, empleados o empleos) son los “medios” para la atención a las personas residentes.

El número de empleos en los servicios residenciales para personas mayores muestra una dimensión importante y una tendencia creciente. Así, el número de ocupados respecto al del conjunto del sector servicios en España representaba el 1,08 por ciento en 2018, con un incremento respecto a 2015 de 0,2 puntos porcentuales. De acuerdo con la CNAE, el número de ocupados en “asistencia en residencia de mayores” suponía casi el 50 por ciento respecto al conjunto de “establecimientos residenciales, en general”, 6 puntos porcentuales más que en 2015.

2.1. Índices de cobertura de plazas y de atención residencial: diferentes perspectivas

Según el IMSERSO, en 2019 el número de centros residenciales, excluyendo las viviendas para mayores, era de 5.542 con 389.031 plazas totales; en 2018 era de 5.457 centros y 381.158 plazas, lo que representa un incremento del 2 por ciento en ese año.

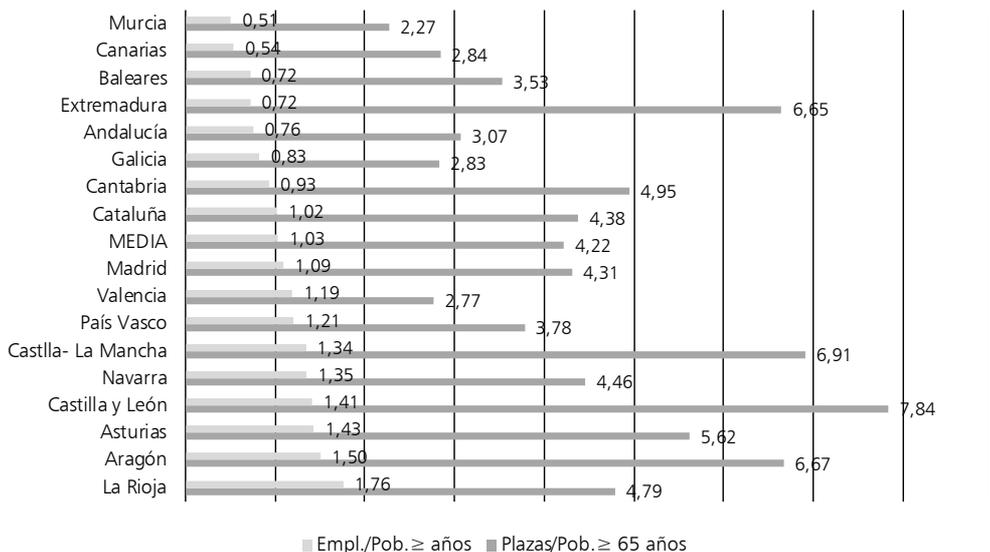
Una primera aproximación analítica a la oferta residencial puede hacerse a través del índice de cobertura, que informa sobre el número de plazas residenciales por cada 100 personas de 65 años y más. Ese índice alcanzó en 2019 un valor medio de 4,22 (IMSERSO, 2019), observándose una gran dispersión territorial entre las comunidades autónomas, con valores que van desde 7,8 en Castilla y León hasta 2,3 en Murcia.

Sin embargo, estimar la cobertura de atención a través del número de plazas residenciales no es indicativo del número de profesionales que pueden atender a la población, ya que puede haber muchas plazas, pero pocos profesionales. Por ello, se calcula el índice de cobertura de atención residencial en términos de “empleos equivalentes” por cada 100 personas de 65 años y más. El resultado global de este indicador en 2019 era de 1,03, es decir, 1,03 trabajadores en residencias de mayores por cada 100 personas de 65 años y más.

El gráfico 1 muestra las diferencias entre los valores de estos dos indicadores; así, comuni-

GRÁFICO 1

ÍNDICE DE COBERTURA DE PLAZAS E ÍNDICE DE COBERTURA DE ATENCIÓN RESIDENCIAL (2019)



Fuente: Elaboración propia a partir de las MCVL.

dades como Extremadura, Castilla-La Mancha o Castilla y León, aparecen con índices elevados de cobertura según la oferta de plazas, mientras que sus índices de cobertura de atención son bajos; es decir, el hecho de disponer de más plazas residenciales no es indicativo de un mayor número de profesionales para atender a la población.

junto del número de empleos equivalentes como la mejor forma de mostrar la fuerza de trabajo empleada en los centros residenciales.

En 2019, el número total de personas empleadas en estos centros ascendía a 161.750, mientras que el “empleo equivalente” se situaba en 96.008,5. Esta diferencia tan importante es debida a la contratación de un importante número de empleos temporales y/o de jornada parcial. Por ello, utilizar un concepto u otro tiene una incidencia importante en el cálculo de la *ratio* de personal.

En el cuadro 1 se puede apreciar que el sector de establecimientos residenciales para mayores ha crecido considerablemente durante los últimos años, un aumento de 23.692 empleos equivalentes (32,8 por ciento), con un crecimiento medio anual del 7,35 por ciento entre 2015 y 2019.

2.2. Número de empleos equivalentes en las residencias para personas mayores

En un sector de actividad donde hay muchos contratos temporales de corta duración, la mejor forma de conocer el empleo utilizado es a través del concepto de empleo equivalente. En este apartado se describe la “foto” del con-

CUADRO 1

NÚMERO TOTAL DE EMPLEOS Y NÚMERO DE EMPLEOS EQUIVALENTES EN CENTROS RESIDENCIALES PARA MAYORES (ESPAÑA, 2015, 2018 Y 2019)

		Nº total empleos en el año	Nº empleos equivalentes en el año	Porcentaje empleo equivalente
2015	Hombres	15.625	8.468,48	11,7
	Mujeres	103.500	63.848,29	88,3
	Total 2015	119.125	72.316,78	100,0
2018	Hombres	21.275	11.257,21	12,6
	Mujeres	132.350	77.990,56	87,4
	Total 2018	153.625	89.247,77	100,0
2019	Hombres	21.850	12.577,42	13,1
	Mujeres	139.900	83.431,17	86,9
	Total 2019	161.750	96.008,59	100,0

Fuente: Elaboración propia a partir de las MCVL.

2.3. Características generales del empleo en las residencias para personas mayores

Una de las características del empleo en centros residenciales para mayores es el ele-

vado grado de feminización: casi el 90 por ciento (86,9 por ciento) del total de trabajadores son mujeres. No obstante, se entrevistó una presencia creciente de trabajadores masculinos: en 2019 representaban el 13,1 por ciento de todos los trabajadores, frente al 11,7 por ciento en 2015.

La edad media de los trabajadores es de 35,47 años. Por otra parte, este es un sector compuesto por trabajadores con un bajo nivel de formación: más de la mitad de ellos (55,5 por ciento) han completado estudios primarios, con o sin formación profesional de primer grado (EGB+FP1); el resto se distribuye entre un 20,5 por ciento con estudios secundarios (BUP+FP2) y un 24 por ciento con estudios superiores.

Se observa asimismo un cierto nivel de sobreocupación dentro del mismo grupo de actividades residenciales, aproximadamente un 1,04 por ciento del total de empleos, lo cual significa que hay personal que trabaja en dos o más centros residenciales. También se detecta la participación de trabajadores autónomos en este sector, un 1,44 por ciento respecto al personal contratado. En general, se trata de profesionales que realizan funciones esenciales dentro del organigrama de la residencia, con dedicación no obstante inferior a una jornada completa y/o solo por algunos días a la semana (terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y personal de enfermería, entre otros)².

Contratar a un trabajador autónomo supone para la empresa un ahorro en la cuota de la Seguridad Social, ya que esta corre a cargo del trabajador, y, en su caso, también en la indemnización por despido. Además, un trabajador autónomo no alcanza el mismo nivel de protección social que un asalariado, ya que en caso de enfermedad, la prestación por incapacidad transitoria (IT) es muy reducida³, y en caso de un accidente laboral, la empresa no se hace responsable de este.

Una de las consecuencias más significativas de la contratación de trabajadores autónomos durante el tiempo de pandemia reside en el hecho de que, en caso de haber interrumpido la prestación de servicios, bien por haber contraído la COVID o por las medidas restrictivas de aislamiento, pueden haber dejado de recibir sus honorarios, a no ser que la empresa haya

² Aunque no se descarta que algunos de estos empleados se dediquen a funciones de limpieza, cocina y mantenimiento, no es lo habitual; la mayoría de las residencias contratan dichos servicios a empresas especializadas en estas funciones, con lo cual sus trabajadores no aparecen en el grupo de actividad económica CNAE 873.

³ El importe de la incapacidad transitoria depende de la base de cotización, y esta es reducida cuando se cotiza por la base mínima. La mayoría de los autónomos cotizan por la base mínima.

pactado con ellos algún tipo de compensación. En el ámbito laboral, el trabajador autónomo no tiene derecho a la formación reglada por la empresa, ni a los plus establecidos en el convenio laboral, ni a indemnización por despido.

En el ámbito de los servicios sociales ha cobrado fuerza una corriente de opinión crítica con la externalización del personal de atención directa mediante contratos de servicios; la opinión mayoritaria es favorable a la integración del personal en la plantilla del centro con contratos laborales.

3. ¿QUIÉN GESTIONA LOS SERVICIOS RESIDENCIALES?

La estimación de la dimensión de los centros gestores, agrupados según su tipología jurídica⁴, de acuerdo con el número de trabajadores medidos en empleos equivalentes en un determinado ejercicio, requiere distinguir entre la titularidad del centro y la gestión, ya que ambas funciones no siempre coinciden en la misma organización. Destacan dos grupos de entidades que ejercen la bicefalia entre estas dos funciones: la Administración Pública y las instituciones religiosas.

El caso de la Administración Pública es el más significativo. Esta utiliza los instrumentos de colaboración público-privada regulados en la Ley de Contratos Públicos, por la que, siendo titular de un centro, la gestión la encomienda a una entidad privada a través de fórmulas como la "concesión de servicios públicos", los "convenios" o "arrendamientos". El caso de las instituciones religiosas se enmarca en el ámbito del derecho privado, por el cual una determinada congregación encomienda la gestión a una empresa privada.

Sin embargo, la fórmula más habitual de prestación de un servicio público es la utilización

⁴ Se clasifican en: organizaciones privadas con fin de lucro (sociedades anónimas, sociedades limitadas y UTE), organizaciones privadas sin fin de lucro (fundaciones, asociaciones y cooperativas [se considera que carecen de fines lucrativos aquellas cooperativas que reciben financiación pública]), organismos públicos (de las comunidades autónomas y corporaciones locales, así como otros organismos públicos), instituciones religiosas, y una categoría residual que agrupa a los trabajadores autónomos y otros tipos de organizaciones jurídicas.

del instrumento de concertación, por el que la Administración Pública “contrata un número de plazas residenciales” a una/varias empresa/s del sector privado –lucrativo o no lucrativo–, las cuales disponen del establecimiento y ofrecen la gestión del servicio.

El uso de los instrumentos de colaboración público-privada supone *de facto* la “privatización” de los servicios públicos, toda vez que la Administración se desliga de la gestión de estos. La organización, gestión y financiación de los trabajadores corresponde a la empresa concesionaria, conveniada, arrendataria o concertada de dichos servicios.

La privatización de los servicios sociales es una tendencia creciente en los países europeos que se ha extendido de forma significativa a partir de la Gran Recesión con el objetivo de adelgazar el presupuesto de las administraciones públicas, tal como señala el informe de Pelling (2021, p. 6), que analiza nueve países europeos.

Según se aprecia en el gráfico 2, en 2019 las organizaciones privadas con fin lucrativo

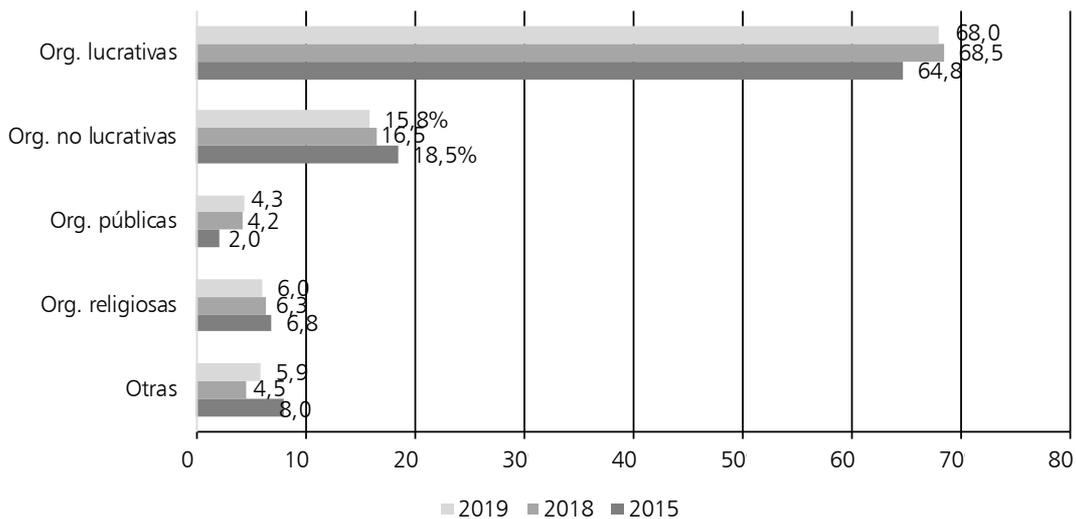
son las que gestionan un mayor número de empleos, con más de dos terceras partes del total, el 68 por ciento de los empleos equivalentes. Muestran un crecimiento continuado y significativo respecto a 2015 (3,2 puntos porcentuales).

El crecimiento del sector residencial para mayores está liderado por las entidades privadas; en 2021, a pesar de la pandemia, la previsión del sector privado es de un aumento del 10,6 por ciento en número de centros y de 7,8 por ciento en nuevas plazas (38.557). El sector geriátrico sigue siendo una oportunidad de negocio para inversores, empresas patrimonialistas, inversores foráneos y para los principales grupos gestores de residencias (Alimarket, 2021, p. 25).

En contraste, las organizaciones privadas no lucrativas (Tercer Sector), que ocupan la segunda posición del *ranking*, con la gestión del 15,8 por ciento del total de empleos equivalentes, muestran una tendencia decreciente desde 2015, perdiendo tres puntos porcentuales entre ese año y 2019.

GRÁFICO 2

NÚMERO DE EMPLEOS EQUIVALENTES GESTIONADOS POR LAS ORGANIZACIONES PROVEEDORAS DE SERVICIOS RESIDENCIALES PARA MAYORES (PORCENTAJE)



Fuente: Elaboración propia a partir de las MCVL.

El peso de los organismos públicos es residual, con la gestión del 4,3 por ciento del total de empleos equivalentes, aunque se observa una ligera tendencia creciente con relación al año 2015. El reducido porcentaje de empleos gestionados directamente por los organismos públicos contrasta con el hecho de que una cuarta parte de los centros son de titularidad pública, lo cual indica que sus propios centros son gestionados por el sector privado.

Llama la atención que las instituciones religiosas, con el 6 por ciento de los empleos gestionados directamente, ostentan la titularidad de casi el 40 por ciento de las residencias del Tercer Sector, lo cual indica que contratan externamente la gestión de la mayoría de sus centros. El resto de las organizaciones apenas representan conjuntamente el 6 por ciento.

Entre las razones por las que el sector privado lucrativo ha crecido tan intensamente figura el desarrollo de la Ley de Dependencia, ya que el legislador consideró más oportuno comprar las plazas para las personas beneficiarias de la ley en el sector privado (art. 6) que optar por una política de inversiones y gestión pública. Según Rodríguez Cabrero (2020, pp. 1-2) “si la gestión de las prestaciones económicas es de responsabilidad pública, no sucede lo mismo con la gestión de los servicios. Históricamente, en los países de régimen continental y mediterráneo ha tenido un peso dominante el sector no lucrativo en la provisión de servicios de dependencia. Con la importancia creciente de la demanda social de cuidados, una mayor regulación pública de los CLD [cuidados de larga duración] y la consolidación de la filosofía de externalizar la provisión de servicios, se ha producido un proceso de desplazamiento selectivo del sector no lucrativo por el sector mercantil, que ha encontrado en el sector de la dependencia un espacio de rentabilidad”.

4. LA *RATIO* PERSONAL/USUARIO EN LA ETAPA PRE-COVID

La *ratio* personal/usuario es el indicador básico para medir la atención asistencial a la persona usuaria. Mide el número de trabajadores –en empleo equivalente– por cada usuario; teniendo en cuenta que la relación es menor

que uno, la *ratio* se expresa, por regla general, en número de trabajadores por cada 100 usuarios. En definitiva, mide el tiempo de atención asistencial diaria dedicado –o que se debería dedicar– a la persona residente. El tiempo de atención del conjunto de los trabajadores se distribuye en turnos para asegurar la atención continuada durante todo el día.

La atención asistencial varía en función del grado de dependencia de las personas: a mayor grado, mayor número de horas de atención personal. La Ley de Dependencia define la valoración de los grados de dependencia, aplicándose los criterios a nivel estatal. Por ello, si la valoración de los grados de dependencia se aplica por igual en todos los territorios, parecería lógico que también se adoptaran en todos ellos los mismos criterios de la *ratio* personal/usuario. Sin embargo, la realidad no es así. A pesar de que, poco tiempo después de la aprobación de la Ley de Dependencia, las comunidades autónomas consensuaron unas *ratios* estándar según el grado de dependencia, en la actualidad prevalece la dispersión de normativas autonómicas sobre la *ratio* que deben cumplir los centros residenciales. El acuerdo alcanzado en el seno del CT en 2008 sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)⁵ establecía unas *ratios* de 0,47 para las personas con un grado 3 de dependencia, y de 0,45 para las personas con un grado 2 de dependencia, debiendo incluir un mínimo de personal cuidador/gerocultor de 0,27 y 0,28 en cada una de las *ratios*. Como *ratio* medio global –incluyendo personas con y sin grado de dependencia– estableció una *ratio* de 0,41.

Las *ratios* estimadas para los servicios del SAAD no incluyen personal sanitario al considerar que los centros residenciales para mayores no son centros hospitalarios ni sociosanitarios, aunque es habitual disponer de personal de enfermería a partir de un determinado número de plazas.

Como se observa en el cuadro 2, solo tres comunidades autónomas establecen *ratios* para el grado 3 igual o superior al 0,47 (Andalucía, Asturias y Baleares); otras indican dos *ratios*, una para las personas dependientes sin diferen-

⁵ Véase nota 1.

CUADRO 2

NORMATIVA AUTONÓMICA SOBRE LAS *RATIOS* DE PLANTILLA PARA LA ATENCIÓN A PERSONAS DEPENDIENTES

	<i>Ratio at. directa</i>				<i>Ratio at. indirecta</i>	<i>Ratio medio</i>
	Grado 3	Grado 2	Grado 1	No dependientes		
SAAD	0,47	0,45				0,41
Andalucía		0,50		>=0,39	0,1	
Aragón				>=0,35		
Asturias	0,47	0,45	0,32	0,20		
Baleares		0,52		0,28		
Canarias		0,35-0,45		0,25-0,4		
Cantabria	Técnicos: 0,21 titulados universitarios 23 horas semana					
Castilla y León	No especifica una ratio global					
Castlla-La Mancha						
Cataluña	0,39	0,32				
Valencia		Solo ratio en atención nocturna				
Extremadura		Ninguna referencia				
Galicia		0,35 en dep. y 0,20 no dep.				
Madrid		0,35 para dep. y 0,25 para no dep.				
Murcia		0,25 para dep. y 0,10 para no dep.				
Navarra		0,35 mínimo y 0,40 centro psicogerriátrico				
País Vasco	0,36	0,36		0,235		
La Rioja		No especifica una ratio global				
Ceuta-Melilla						

Fuente: Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia (SEGG). Revisado 17 de junio 2020.

ciar por grados, y otra para personas sin dependencia; otras mencionan *ratios* por titulaciones o niveles de formación, y otras no especifican las *ratios*.

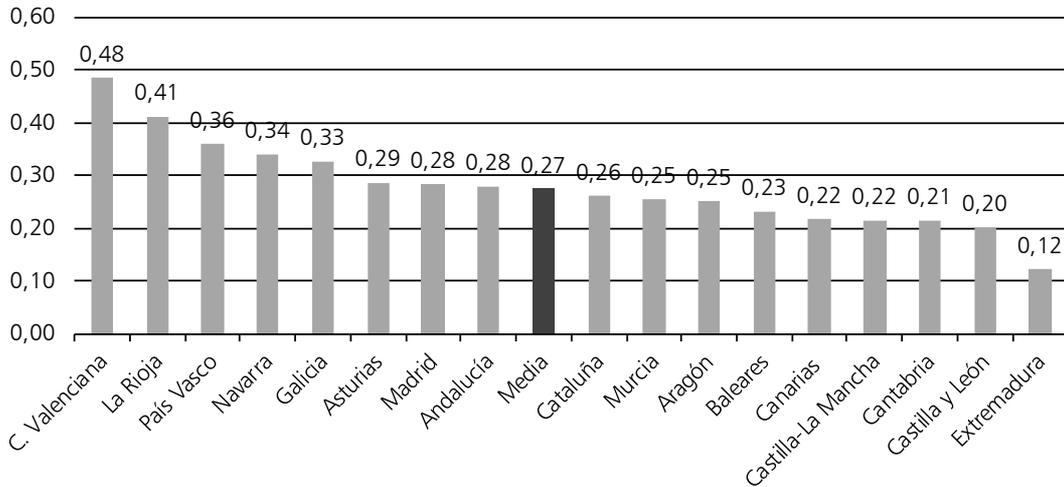
Con los datos de empleo equivalente obtenidos de las *MCVL*, y a falta de conocer el "mix de grados de dependencia" de los usuarios atendidos en los centros residenciales, se estima a continuación la *ratio* personal/usuario en 2019, por comunidades autónomas. Para la aproximación al promedio de usuarios se utiliza la información del número de plazas (IMSERSO, datos a 31/12/2019) estimando un grado de

ocupación del 90 por ciento, con independencia de si son plazas públicas o privadas, y asumiendo la hipótesis de ausencia de discriminación en la dedicación del personal a usuarios con plaza pública o privada.

Teniendo en cuenta que el 70 por ciento de las plazas de los centros residenciales son de financiación pública, se esperaría obtener *ratios* cercanas como mínimo a la *ratio* media de 0,41 establecida en el ya citado acuerdo de 2008 suscrito por el CT. En cambio, los resultados muestran que la media de la *ratio* personal/usuario del conjunto de centros residenciales para personas

GRÁFICO 3

RATIO PERSONAL/USUARIO POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS (2019)



Fuente: Elaboración propia a partir de las MCVL.

mayores es de 0,27, es decir, 27 trabajadores por cada 100 residentes. Solo la Comunidad Valenciana y La Rioja alcanzan o superan la *ratio* media establecida en dicho acuerdo.

Se observa que los valores de la *ratio* personal/usuario distan mucho de los 0,32 y 0,54 (32 y 54 trabajadores por cada 100 residentes, respectivamente) que, según el mencionado estudio de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG, 2020), exigen las respectivas normativas de las comunidades autónomas. Tal como se puede apreciar en el gráfico 3, no hay ninguna comunidad autónoma que alcance la *ratio* de 0,54 y, en cambio, 12 de ellas están por debajo de 0,32, siendo la *ratio* más baja de 0,12.

Como se señala en un estudio del Servicio de Información e Investigación Social de la Fundación Eguía Careaga, "las comparaciones de las *ratios* de personal son difíciles de realizar, pero, en general, las *ratios* en nuestro país son más bajas que las de países de nuestro entorno. Francia registra 62 trabajadores por cada 100 personas residentes, Suecia, 95 y Alemania entre 36 y 42 según las diferentes normativas territoriales" (IIS, 2020, p. 82).

Los datos recogidos en el gráfico 3 aportan evidencia empírica a las voces que han llamado la atención sobre la insuficiencia de las dotaciones de plantilla de los centros residenciales para personas antes de que estallara la pandemia.

5. LAS CONDICIONES LABORALES PRE-COVID DEL PERSONAL DE LOS CENTROS RESIDENCIALES PARA MAYORES

La mayoría de los informes elaborados durante la pandemia para analizar las disfunciones en las residencias para personas mayores ponen de manifiesto que uno de los problemas importantes son las condiciones laborales de los trabajadores, las cuales se manifiestan tanto en la precariedad de los contratos como en la de los salarios. A continuación se describe la situación observada en 2019 y se compara con la de los años 2015 y 2018.

5.1. Empleados en contratos indefinidos y temporales

En la normativa laboral se encuentran activas más de 40 modalidades de contratos de trabajo que se agrupan en dos grandes grupos: contratos indefinidos y contratos de duración determinada (temporales), que se van ramificando según diferentes criterios.

En el conjunto de centros residenciales para personas mayores, en 2019, la proporción de jornadas realizadas por trabajadores (empleo equivalente) con contratos indefinidos es del 72,3 por ciento, mostrando una disminución de un punto porcentual respecto al año 2018. La cifra del 72 por ciento dista considerablemente del 80 por ciento exigido en el VII Convenio Colectivo Estatal de Servicios de Atención a las Personas Dependientes⁶. En consecuencia, la proporción de trabajadores (empleos equiva-

lentes) con contratos temporales ha aumentado respecto al año anterior y representan más de una cuarta parte del total (27,6 por ciento).

La evolución de los contratos muestra cómo el porcentaje de empleos equivalentes con contratos indefinidos va disminuyendo a lo largo del tiempo, casi tres puntos porcentuales desde 2015 (gráfico 3). En cuanto a la distribución por género, en 2019, el porcentaje de empleos equivalentes según contrato indefinido o temporal se distribuye en proporción similar: un 13 por ciento en los hombres, y un 87 por ciento en las mujeres, en ambos casos.

Hay una fuerte correlación entre contrato indefinido y jornada completa, especialmente en las mujeres: el 79 por ciento en los hombres y el 82 por ciento en las mujeres. En cambio, en los contratos temporales la proporción con jornada completa baja hasta aproximadamente el 70 por ciento, tanto en los hombres como en las mujeres.

CUADRO 3

PORCENTAJE DE TRABAJADORES (EMPLEOS EQUIVALENTES) CON CONTRATOS INDEFINIDOS Y TEMPORALES

	2015	2018	2019
	Empleo equivalente	Empleo equivalente	Empleo equivalente
Contratos indefinidos	75,2	73,2	72,36
Con contratos temporales	24,8	26,8	27,64

Fuente: Elaboración propia a partir de las MCVL.

5.2. La calidad de los contratos temporales

Los contratos temporales se agrupan mayoritariamente en tres tipos: "obra o servicio", "eventual" e "interinidad". En 2019,

⁶ VII Convenio colectivo marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal. Resolución de 11 de septiembre de 2018 de la Dirección general de personas mayores y del servicio de ayuda a domicilio (2018) (BOE 21-09-2018).

los contratos eventuales (44,6 por ciento) y los contratos de interinidad (40 por ciento) eran mayoritarios. En el apartado de otros contratos temporales también se incluyen los contratos de formación, prácticas, inserción, persona con discapacidad y relevo, entre otros, los cuales, en 2019 apenas superan el 5 por ciento del total.

En el periodo 2015-2019, los contratos de "obra o servicio" han ido disminuyendo al mismo tiempo que aumentaban los contratos "eventuales", casi en igual porcentaje, lo cual demuestra el cambio de figura contractual, pero no la disminución de los contratos tem-

CUADRO 4

EVOLUCIÓN DE LOS TIPOS DE CONTRATOS TEMPORALES (PORCENTAJE)

	2015	2018	2019
Obra o servicio	16,7	13,7	10,2
Eventual	40,4	41,1	44,6
Interinidad	37,4	39,6	40,0
Otros contr. temporales	5,4	5,7	5,2

Fuente: Elaboración propia a partir de las MCVL.

porales. Mientras, los contratos de “interinidad”⁷ han registrado un aumento significativo de casi tres puntos porcentuales (gráfico 3).

Una característica distintiva de los contratos temporales respecto a los indefinidos es que estos no gozan de los mismos beneficios que los del personal fijo de plantilla. Además de que la retribución salarial suele ser la mínima establecida por el Convenio, los contratados temporales no tienen derecho a pluses de antigüedad, ni horas de formación, con la particularidad que los contratos de interinidad no dan derecho a indemnización cuando finalizan. Por otra parte, el requerimiento de titulación en este tipo de contratos es laxo, permitiendo a las empresas disponer de trabajadores que realicen funciones propias de los gerocultores sin necesidad de tener la cualificación exigida.

El indicador “media de días contratados al año” de los contratos de obra o servicio y de los eventuales, con valores alrededor de tres meses o incluso de cuatro en el caso de los de “obra o servicio”, induce a pensar que la función de estos no es “puntual”, sino que los suscriben trabajadores que complementan la plantilla fija, realizando las funciones propias de esta. Los días expresados es la suma de días al año, pudiendo haber tenido más de un contrato a lo largo de ese periodo. Este dato viene reforzado por otro indicador “número de contratos por trabajador”, con una media de 2,45.

⁷ Dichos contratos de interinidad se observan mayoritariamente en las empresas privadas.

5.3. Tasa de temporalidad de los contratos en los centros residenciales

La tasa de temporalidad se mide como la proporción de contratos temporales sobre el total de contratos en un año. Ofrece así información sobre la duración de los contratos temporales; por ejemplo, una persona puede tener un contrato temporal de seis meses o seis contratos de un mes cada uno. El segundo caso produce una mayor inestabilidad laboral al tratarse de contratos de menor duración.

España destaca por la elevada tasa de temporalidad laboral, que duplica la tasa media del conjunto de la Unión Europea (UE). Pero la tasa de temporalidad en los establecimientos residenciales para mayores, que es del 68 por ciento, triplica casi a la general, y es cinco veces superior a la media de la UE. Respecto al año 2018, mientras que la tasa de temporalidad en España mostró un ligero retroceso, la de los empleados en residencias de mayores aumentó.

Este indicador muestra la enorme cantidad de contratos temporales que se realizan debido a que, generalmente, son de muy corta duración. No se observan diferencias significativas entre la temporalidad de los hombres y la de las mujeres.

CUADRO 5

TASA DE TEMPORALIDAD DE LOS CONTRATOS EN LOS CENTROS RESIDENCIALES (2018 Y 2019)
(PORCENTAJE)

	UE-28	España	Residencias mayores
2018	14,1	26,9	67,0
2019	13,6	26,3	68,3

Fuente: Eurostat (lfsa_etpgan) y elaboración propia con datos MCVL. Incluye edades 18-64 años.

5.4. Los salarios de los trabajadores en las residencias para personas mayores en la etapa pre-COVID

Seguidamente se estima el salario identificándolo con la base de cotización declarada a la Seguridad Social, que incluye todo tipo de percepciones (salario base, antigüedad, horas extraordinarias o pluses reglamentarios); no se recogen, en cambio, otras percepciones que no se hayan declarado a la Seguridad Social, en particular, las partes que exceden la cotización máxima, por desconocerlas. Dada la limitación de las bases de cotización, puede suceder que los salarios reflejados en la categoría alta sean inferiores a los realmente percibidos.

El salario medio anual estimado de los trabajadores en servicios residenciales para personas mayores, de 18.136 euros, era en 2019 un 20 por ciento inferior a la media del sector servicios en España (22.723 euros), y si se compara con el salario medio anual del conjunto de la economía en España, la diferencia alcanza el 26 por ciento, poniendo de relieve la precariedad salarial de los trabajadores de este sector. Esta puede ser una de las causas de la dificultad de atraer trabajadores hacia este sector; aquellos con credenciales sociosanitarias prefieren trabajar en hospitales o centros sanitarios, donde las condiciones laborales son mejores.

Al enfocar la atención en los tipos de contratos, se observa que los salarios de los contratos temporales son inferiores a los de los contratos indefinidos (9,95 euros por hora versus 10,31 euros). Una característica de los contra-

tos temporales en este sector de actividad es la práctica ausencia de una brecha de género.

5.5. Los salarios según las categorías profesionales de los empleados

La clasificación de los salarios por categorías profesionales permite discernir mejor las remuneraciones salariales según las funciones atribuidas a los trabajadores. Así, se obtiene el salario por grupos de categorías profesionales, los cuales están formados por once grupos de cotización⁸. En este estudio se han agrupado las categorías profesionales de la Seguridad Social en tres niveles: alta, media y baja. La categoría alta incluye los grupos de cotización 1 y 2; la categoría media incluye los grupos 3, 4 y 5; y la categoría baja, del grupo 6 al 11.

El cuadro 6 muestra los salarios medios brutos y netos de los trabajadores, agrupados por categorías profesionales. El interés de mostrar una aproximación del salario neto⁹, pese

⁸ Grupo 1: ingenieros y licenciados. Grupo 2: ingenieros técnicos, peritos y ayudantes titulados. Grupo 3: jefes administrativos y de taller. Grupo 4: ayudantes no titulados. Grupo 5: oficiales administrativos. Grupo 6: subalternos. Grupo 7: auxiliares administrativos. Grupo 8: oficiales de primera y segunda. Grupo 9: oficiales de tercera y especialistas. Grupo 10: peones. Grupo 11: trabajadores menores de 18 años, sea cual sea su categoría profesional.

⁹ El salario neto se obtiene aplicando al salario bruto una retención como media del 20 por ciento, teniendo en cuenta que esta varía en función de las circunstancias familiares y del importe de la remuneración anual estimada. Se toman como hipótesis los siguientes valores: un 4,7 por ciento de retención por la cotización a la Seguridad Social a cargo del trabajador, y un 15 por ciento como valor medio de retención salarial a cuenta del IRPF.

CUADRO 6

ESTIMACIÓN REMUNERACIONES SALARIALES POR CATEGORÍAS PROFESIONALES

	Salario bruto mensual				Brecha de género (%)	Salario neto mensual		
	Total empleos (%)	Media (euros mes)	Hombres (euros mes)	Mujeres (euros mes)		Media (euros mes)	Hombres (euros mes)	Mujeres (euros mes)
Categoría alta	16,3	1.713	1.791	1.694	-5,4	1.370	1.433	1.355
Categoría media	7,8	1.354	1.469	1.334	-9,2	1.083	1.176	1.067
Categoría baja	75,8	1.202	1.216	1.200	-1,3	961	973	960
Salario medio mensual 2019		1.295	1.374	1.284	-6,6	1.036	1.099	1.027

Salario anual = salario mes X 14 pagas.

Fuente: Eurostat (lfsa_etpgan) y elaboración propia con datos MCVL. Incluye edades 18-64 años.

a su variabilidad por circunstancias familiares, reside en que esta cuantía es la que recibe “en mano” el trabajador como remuneración. De acuerdo con los resultados estimados, el salario neto de los profesionales encuadrados en las categorías más bajas no supera los 1.000 euros mes. La brecha de género del conjunto de las remuneraciones salariales es del 6,6 por ciento concentrada principalmente en los grupos de categoría media y alta”, ya que en la baja apenas se produce.

Los datos no respaldan el argumento según el cual los salarios en las residencias para personas mayores son bajos porque la mayoría de los trabajadores son mujeres. Antes bien, los resultados muestran que los salarios son bajos porque el personal que ocupa la “primera línea de atención¹⁰ –tres cuartas partes del total– está encuadrado en bajas categorías profesionales de la Seguridad Social, con salarios que rozan el salario mínimo interprofesional (SMI).

Las remuneraciones salariales muestran una importante dispersión territorial, y sus diferencias no siempre se pueden imputar al diferente coste de vida en las comunidades autónomas. La obtención de los salarios medios territoriales es un indicador de cuán alejado puede estar el coste medio de una plaza del “precio del concierto” establecido en cada comunidad autónoma. A título indicativo,

¹⁰ Este concepto se refiere a los trabajadores con cualificaciones de gerocultor, cuidador, auxiliar de geriatría y gerontología y, en general, todo aquel que está atendiendo directamente a las personas usuarias.

las tres comunidades autónomas con los salarios brutos mensuales más altos son: País Vasco, 1.700 euros, Asturias, 1.609 euros y Navarra, 1.461 euros. Y, las tres con los salarios más bajos son: Canarias, 1.156 euros, Extremadura, 1.192 euros, y Murcia, 1.195 euros.

6. NECESIDADES DE PERSONAL EN LA ETAPA COVID-19 Y POS-COVID-19

Cuando, el 11 de marzo de 2020, la COVID-19 fue declarada por la Organización Mundial de la Salud como una situación de pandemia, los centros residenciales para la atención a personas en situación de dependencia aún no habían alcanzado el nivel de trabajadores con las titulaciones requeridas según lo establecido en el acuerdo del CT adoptado en 2008. El cumplimiento de los niveles de cualificaciones profesionales que debían haberse alcanzado a finales de 2015 se han ido posponiendo en virtud de sucesivos acuerdos en el seno del CT; su cumplimiento quedó aplazado hasta 2022 en virtud del acuerdo del CT de 2017¹¹.

¹¹ Resolución de 11 de diciembre de 2017, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, que modifica parcialmente el Acuerdo de 27 de noviembre de 2008, sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (BOE, 30-12-2017).

El estallido de la COVID puso de manifiesto la insuficiencia de personal en los centros residenciales. Muchos profesionales tuvieron que solicitar una baja laboral por estar infectados o por haber estado en contacto con alguna persona infectada. La situación de las bajas laborales no fue igual en todos los centros. Mientras que en algunas residencias no había apenas infectados, en otras se alcanzaron tasas de infección superiores al 75 por ciento del personal. En ocasiones, para suplir las bajas, que en muchas ocasiones se extendieron durante más de 15 días (Del Pino *et al.*, 2020, p. 67), los mecanismos empleados durante la primera ola de la pandemia tanto por las administraciones públicas como por el sector privado han sido múltiples. El Gobierno aprobó una serie de normas para flexibilizar los requisitos de acreditación profesional y facilitar la contratación de nuevos trabajadores, aunque no dispusieran de la cualificación profesional correspondiente. Así, un nuevo acuerdo del CT, suscrito menos de 15 días después de la declaración de la pandemia, estableció un régimen excepcional de contratación de personal en las distintas categorías profesionales¹².

Otras medidas organizativas se adoptaron para proteger a los trabajadores, tales como la asignación de trabajadores a grupos concretos de residentes, la reducción de las rotaciones de personal y el establecimiento de pautas para los profesionales que hubieran tenido contacto con personas infectadas. Paralelamente se reforzaron los controles administrativos, con el fin de asegurar el cumplimiento de las *ratios* de personal en los centros. Asimismo, se impulsaron políticas de desdoblamiento de los centros, desplazando residentes a otros centros residenciales para garantizar las distancias mínimas exigidas por la ley o para prevenir los contagios. Ello también exigía disponer de personal cuidador adicional en los establecimientos receptores.

Los centros desarrollaron múltiples estrategias para contratar personal que pudiera suplir las bajas. En algunas comunidades autónomas, los servicios de salud proporcionaron personal

¹² Resolución de 23 de marzo de 2020, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, que modifica parcialmente el Acuerdo de 27 de noviembre de 2008, sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (BOE, 25-03-2020).

de enfermería y trabajadores del servicio de limpieza. En otras, se crearon plataformas para identificar a extrabajadores sanitarios o profesionales del cuidado, ofreciéndoles la reincorporación a los servicios. Y en otras, se recurrió a las bolsas de empleo de las propias empresas, e incluso a páginas de internet para reclutar a personal (Hernández Moreno y Pereira-Puga, 2021, pp. 19-20). Todavía carecemos de datos oficiales sobre el impacto económico “extraordinario” que ha supuesto tanto la contratación de trabajadores durante dicho periodo como los gastos colaterales de formación, equipos de protección o uniformes, entre otros.

6.1. Estimación de las necesidades de personal en la etapa pos-COVID-19

Con el fin de estimar las necesidades de personal en la etapa pos-COVID, se han confeccionado dos escenarios: en el primero se ajustan los niveles de las *ratios* de personal actuales al nivel mínimo de 0,32 por usuario; en el segundo se ajustan los niveles de las *ratios* actuales al nivel estándar de 0,41, el valor indicado en el ya mencionado acuerdo del CT de noviembre de 2008.

Tal como muestra el gráfico 3, ajustar la *ratio* de personal a 0,41 implica que quince comunidades autónomas deberían solicitar ajustes en las plantillas de sus centros. Solo dos alcanzaron o superaron en 2019 dicha *ratio*: la Comunidad Valenciana y La Rioja. Las tres comunidades autónomas con menores necesidades de incrementar personal son el País Vasco (0,05), Navarra (0,07) y Galicia (0,08), y las tres con mayores necesidades de incrementar el personal, Extremadura (0,29), Castilla y León (0,21) y Cantabria (0,20).

Si se ajustan las plantillas de personal a la *ratio* mínima de 0,32, las comunidades autónomas que no la alcanzan son 12. Solo lo superan la Comunidad Valenciana, La Rioja, el País Vasco, Navarra y Galicia. Las comunidades que tendrían que aumentar en mayor medida su personal para la atención de mayores en residencias, en términos absolutos, serían Madrid y Cataluña, con aumentos de, aproximadamente,

13.000 y 15.000 empleos; les seguirían Extremadura, Castilla y León y Cantabria, cuyas *ratios*, en 2019, se situaban en 0,20, 0,12 y 0,11, respectivamente.

De acuerdo con las estimaciones realizadas, ajustar las *ratios* de personal en todas las comunidades autónomas entre un mínimo de 0,32 y un estándar de 0,41, significaría aumentar el número de empleos entre 21.000 y 50.000 aproximadamente.

nal se hiciera con la referencia a la *ratio* mínima de 0,32 y, entre el 23 por ciento y el 28 por ciento si el ajuste de las *ratios* de personal se hiciera con la referencia de la *ratio* estándar de 0,41. Los intervalos de costes estimados responden a supuestos de diferentes estructuras de costes, considerando que los costes de personal pueden representar entre el 50 por ciento y el 60 por ciento (Granell, Tortosa y Fuenmayor, 2018, pp. 37-38). No obstante, las diferencias en los incrementos en los costes entre las diferentes comunidades autónomas son muy elevadas: mientras que algunas tendrían que doblar el coste actual, en otras el impacto sería menor (cuadro 7).

Cabe señalar que los impactos en los costes de personal serían mayores si, además, se incrementara el salario medio de los trabajadores o mejorara la estabilidad de los contratos. Asimismo, el impacto final en el coste de cada plaza dependería de la estructura de costes de cada empresa u organización prestadora de los servicios; es decir, del porcentaje que representa el coste de personal sobre el coste total del centro.

6.2. Impacto económico de ajustar las *ratios* de personal a las necesidades de empleo pos-COVID

El impacto económico de ajustar las *ratios* de personal a los niveles estándar y, como mínimo, al nivel de la *ratio* mínima de 0,32, supondría un esfuerzo financiero importante que podría oscilar entre el 20 por ciento y el 47 por ciento en los costes de personal, en promedio del conjunto de las comunidades autónomas. Esta estimación del coste de contratación del nuevo personal se ha realizado con los salarios medios actuales de los profesionales clasificados en las categorías bajas de la Seguridad Social.

El impacto medio en el coste de las empresas de las respectivas comunidades autónomas oscilaría entre el 10 por ciento y el 12 por ciento, si el ajuste de las *ratios* de perso-

7. LOS PRECIOS PÚBLICOS Y LA COFINANCIACIÓN DE LAS PLAZAS RESIDENCIALES PÚBLICAS

Los diversos informes realizados en la etapa de la pandemia han subrayado la infrafinanciación de las plazas públicas de las residencias, que se arrastra desde el inicio de la aplicación de Ley de Dependencia, y que se agravó con los

CUADRO 7

NECESIDADES DE PERSONAL POS-COVID: IMPACTOS EN EL COSTE DE PERSONAL Y EN EL COSTE TOTAL

	Nº CC.AA. déficit <i>ratio</i> de personal	Incremento <i>ratio</i> personal	Incr. empleos	Impacto en coste salarial. Media (entre mín. y máximo) (%)	Impacto en coste total empresas (%)
De <i>ratio</i> 0,27 a 0,32	12	0,03	21.000	20 (12-150)	10-12
De <i>ratio</i> 0,27 a 0,41	15	0,15	50.000	47 (19-230)	23-28

Fuente: Elaboración propia con datos MCVL. Datos estimados por CC.AA. Presentación del conjunto CC.AA.

recortes presupuestarios de 2012. Es cierto que, a partir de 2014, a medida que la economía iba superando los problemas de la Gran Recesión, los precios de los conciertos aumentaron. No obstante, según los responsables de los centros residenciales este aumento no fue lo suficientemente elevado como para compensar los incrementos en los costes. En consecuencia, las *ratios* de personal se han mantenido por debajo de los niveles esperados, así como también los niveles de cualificaciones profesionales.

Según datos del IMSERSO, el precio mensual de una plaza concertada asciende, de media, a 1.724 euros, observándose una gran disparidad entre las comunidades autónomas (entre 1.300 y 2.300 euros). Entre las comunidades con mayores precios públicos, superiores a 2.000 euros, se encuentran Madrid, el País Vasco y Baleares. Si las organizaciones privadas se quejan de los bajos precios de los conciertos, las comunidades autónomas se quejan de la insuficiente financiación que reciben del Estado. Pero quienes sufren las consecuencias son las personas usuarias de los servicios, que aportan un copago del orden del 40 por ciento del coste de la plaza¹³. El modelo actual de la Ley de Dependencia distribuye los costes del servicio entre tres pagadores¹⁴. Aproximadamente, la distribución de los costes en los servicios residenciales del SAAD, a nivel agregado, muestra que: la Administración General del Estado (AGE) aporta un 10 por ciento del nivel mínimo, las comunidades autónomas, un 50 por ciento, y un 40 por ciento, los usuarios. Una mayor contribución financiera de la AGE facilitaría incrementos en los precios concertados sin aumentar los copagos de las personas usuarias o incluso pudiéndolos rebajar.

Pese a las quejas de infrafinanciación del coste de las plazas de las residencias, casi tres cuartas partes están ocupadas por personas beneficiarias de la Ley de Dependencia, de las cuales un 43 por ciento tienen asignada una plaza residencial como “prestación en servicio”, y el 30 por ciento restante con la prestación

¹³ El copago es una cantidad variable en función de la capacidad económica de la persona usuaria.

¹⁴ La Administración General del Estado cofinancia con el *nivel mínimo* que es un tanto per cápita en función del grado de dependencia del usuario/a sin tener en cuenta el coste del servicio, las personas usuarias participan con el copago y la CA con el “coste residual” de los conciertos, convenios u otras formas de colaboración para la provisión de plazas residenciales resarciéndose una parte del coste total con el *nivel mínimo* y el copago.

vinculada al servicio. Esta buena disposición a acoger a personas beneficiarias de plazas financiadas por la Administración sugiere que la concertación con el sector público es, al fin y al cabo, rentable para las empresas, toda vez que, aunque el precio de una plaza concertada sea inferior al de una plaza privada, les permite asegurar durante todo el ejercicio económico un grado de ocupación elevado, y por tanto, como mínimo, la cobertura de costes fijos.

Como constata Gómez Ordoki (2019, p. 122), “el mapa autonómico de precios y *ratios* se caracteriza por la dispersión, sobre todo, por las evidentes diferencias cuantitativas en los valores asignados a ambas variables (precio y *ratio*). Si, además, los precios no mantienen una relación directa con el coste de personal —a su vez, vinculados a las *ratios* de atención—, la idea de homogeneizar servicios esenciales que den respuesta a derechos subjetivos de la ciudadanía empieza a ser necesaria por urgente y justa”.

8. CONCLUSIONES

Ha tenido que llegar la COVID-19 para evidenciar lo que era un secreto a voces: que muchos centros residenciales de mayores no cumplían las *ratios* de personal requeridos ni cubrían adecuadamente las bajas de personal y que una parte significativa de los trabajadores en primera línea sufren condiciones de inestabilidad en el empleo y precariedad salarial. La tasa de temporalidad no solo no se ha reducido en los últimos años, sino que casi triplica la media del conjunto de la economía española.

A la vista de las insuficiencias en la organización y gestión en los centros, afloradas a raíz de la COVID, es necesario que las administraciones públicas establezcan instrumentos que permitan un mejor conocimiento del funcionamiento de los centros, desde una visión multidimensional, e instrumentar los mecanismos adecuados de control y supervisión para prevenir situaciones catastróficas como las vividas durante la pandemia, asegurando la calidad asistencial a las personas residentes. La implementación de controles por organismos externos independientes mediante la obligatoriedad de presentar auditorias de cuentas anuales, incluyendo informes salariales con el detalle de

la equivalencia de los contratos (empleos equivalentes), y la certificación de las *ratios* de personal alcanzadas ayudarían a las administraciones públicas a verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos para el buen funcionamiento de los centros.

Deberían armonizarse en el conjunto de las comunidades autónomas las *ratios* de personal relacionándolas con los grados de dependencia, ya que las necesidades de atención personal con grado 3 o grado 2 son las mismas, con independencia de si la persona vive en una comunidad autónoma o en otra.

Relacionar las necesidades de empleos (empleo equivalente) con las *ratios* de personal y los precios de los conciertos debería ir acompañado de una mayor financiación pública. Este artículo ha ofrecido una estimación del impacto en los costes que supondría ampliar las dotaciones de plantillas de los centros. Convendría reflexionar sobre la reforma del modelo de financiación de la Ley de la Dependencia y sobre la necesidad de que el Estado aumente su participación en la cofinanciación de los servicios y, en lugar de la financiación per cápita actual, tome otros criterios más relacionados con las necesidades de los usuarios como es la *ratio* de personal equivalente por usuario y la calidad de la atención asistencial.

Dignificar las condiciones laborales de los trabajadores de los servicios residenciales se ha convertido en una cuestión urgente. Reducir la temporalidad y la inestabilidad de los contratos es una responsabilidad de las autoridades que, aunque contemplada en los convenios, no se ha plasmado en la realidad. Aumentar las cuantías de las remuneraciones salariales del personal que trabaja en la primera línea de atención a los usuarios reconociéndoles la carga de trabajo que realizan es una asignatura pendiente. El empleo de personal con baja cualificación profesional, bajos salarios y contratos "de corta duración" no garantiza de un servicio de calidad a los usuarios, ya que las empresas y organizaciones prestadoras de los servicios no pueden "fidelizar" a sus trabajadores. Estos aprovechan cualquier oportunidad para moverse a otros lugares de trabajo mejor remunerados. En cuanto a los autónomos que realizan actividades directamente relacionadas con la atención a las personas, de su incorporación a la plantilla se obtendrían ventajas no solo para ellos, sino

probablemente también para el personal atendido en los centros.

Las nuevas formas de concertación social que introduce la reformada Ley de Contratos del Sector Público mediante la acreditación de plazas residenciales que cumplan con los requisitos técnicos y de calidad establecidos por la Administración, puede promover la competencia entre diferentes modelos asistenciales y ampliar la oferta asistencial. La pandemia ha puesto dramáticamente de relieve la necesidad de una mayor participación del sector público en la supervisión y control de los servicios asistenciales, y la conveniencia de una mayor implicación en su gestión, bien directamente, bien creando las correspondientes estructuras empresariales que el propio ordenamiento jurídico dispone.

La experiencia de la pandemia debe servir para mejorar la atención residencial que se ha venido prestando hasta 2020 y garantizar que las personas que la reciben disfrutan de la máxima calidad asistencial posible.

BIBLIOGRAFÍA

ALIMARKET (2021). *Informe 2021 de Proyectos Geriátricos en España*. Recuperado de: <https://www.alimarket.es/sanidad/informe/328203/informe-2021-de-proyectos-geriatricos-en-espana>

COMAS-HERRERA, A. et al. (2020). Mortality associated with COVID -19 outbreaks in care homes: early international evidence. *International Long Term Care Policy Network*. Recuperado de: <https://ltccovid.org/2020/04/12/mortality-associated-with-covid-19-outbreaks-in-care-homes-early-international-evidence/>

DEL PINO, E. et al. (2020). *Gestión institucional y organizativa de las residencias de personas mayores y COVID-19: dificultades y aprendizajes*. Madrid: Instituto de Políticas y Bienes Públicos (IPP-CSIC).

GÓMEZ ORDOKI, A. (2019). Contraste teórico de ratios en residencias de mayores desde la asociación entre el índice Barthel y el Baremo de Valoración de la Dependencia. *Zerbitzuan*, 69, pp. 121-124.

GRANELL PÉREZ, R., TORTOSA CHULIÁ, M. A. y FUENMAYOR FERNÁNDEZ, A. (2018). *Estimación de los costes. Residencias Lares. Comunidad Valenciana 2017*. Informes Envejecimiento en red, 19.

GTM (2020). *Informe del GTM sobre el impacto de la COVID-19 en las personas mayores con especial énfasis en las que viven en las residencias*. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación. Recuperado de: https://www.ciencia.gob.es/stfls/MICINN/Ministerio/FICHEROS/Informe_residencias_GDT_MinisterioCyl.pdf

HERNÁNDEZ-MORENO, J. y PEREIRA-PUGA, M. (2021). En primera línea contra el coronavirus: el trabajo de cuidados de larga duración a personas mayores. *Documento de Trabajo 208/2021*, Fundación Alternativas.

IMSERSO (2019). *Servicios sociales para personas mayores en España*. Diciembre 2019. Recuperado de: https://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/estadisticas/ssppmm_esp/2019/index.htm

IMSERSO (2021). *Informe semanal residencias a 21. 02.2021*. Recuperado de: https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Informe_Semanal_Residencias_20210302.PDF

MONTSERRAT CODORNIU, J. (2020). La calidad del empleo en las residencias para mayores: incidencia en la gestión de la covid-19. *Zerbitzuan*, 73, pp. 45-60.

PELLING, L. (2021). On the corona frontline. The experiences of care workers in nine European countries. *Friedrich Ebert Stiftung – Politics for Europe*. Recuperado de: <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/stockholm/17490.pdf>

RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2020). El modelo europeo de cuidados de larga duración (CLD): sistemas mixtos de responsabilidad familiar, asistencialización y socialización del riesgo de dependencia. Hacia un modelo integral de cuidados centrado en la persona. *Diálogo abierto CENIE*. Recuperado de: <https://cenie.eu/es/el-modelo-europeo-de-cuidados-de-larga-duracion-cld-sistemas-mixtos-de-responsabilidad-familiar>

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA (SEGG) (2020). Normativa de residencias.

Recuperado de: https://www.segg.es/media/descargas/Cuadro_resumen_SEGG_Normativa_Residencias_Rev.17junio2020.pdf

SIIS (2020). Algunas pistas para la mejora del sistema de atención a la dependencia. *Zerbitzuan*, 72, pp. 77-90.

UGT (2021). *Golpe a los servicios públicos: La mitad de los muertos por Covid, en las residencias*. Recuperado de <https://www.ugt.es/residencias>