LA SITUACIÓN DE LOS CENTROS RESIDENCIALES PARA PERSONAS MAYORES EN GIPUZKOA

Julio 2016

Centro de Documentación y Estudios SIIS Dokumentazio eta Ikerketa Zentroa

ÍNDICE

1. PRESENTACIÓN: INTRODUCCIÓN, OBJETIVOS Y METODOLOGÍA 8

1.1. Presentación y objetivos 8
1.2. Estructura y metodología 9

2. DATOS BÁSICOS SOBRE LA ATENCIÓN RESIDENCIAL A LAS PERSONAS MAYORES EN GIPUZKOA: SITUACIÓN ACTUAL, EVOLUCIÓN Y COMPARACIÓN CON OTROS ÁMBITOS TERRITORIALES 11

2.1. Introducción y principales resultados 11
2.2. La red de atención residencial a las personas mayores en Gipuzkoa: número de centros y plazas, titularidad y gestión de los servicios residenciales 16
2.3. La cobertura de la atención residencial a las personas mayores en Gipuzkoa 17
2.3.1. Evolución de la cobertura total de plazas 19
2.3.2. Comparación con otras comunidades autónomas y con otros países de la OCDE 21
2.4. La red actual de plazas forales en residencias para personas mayores en Gipuzkoa 25
2.4.1. Comparación con el resto de territorios de la CAPV 27
2.4.2. La evolución de las plazas forales entre 2008-2015 28
2.4.3. La implantación territorial de la red de plazas forales 29
2.4.4. La adecuación de la cobertura a los objetivos del Mapa de Servicios Sociales de la CAPV 31
2.5. Las personas usuarias de los centros residenciales y la demanda actual y futura de servicios residenciales para personas mayores 33
2.5.1. Características básicas de las personas usuarias de los centros residenciales 33
2.5.2. Demanda actual y futura de plazas en servicios residenciales para personas mayores 35
2.6. Personal ocupado, condiciones laborales y ratios de atención 36
2.6.1. El personal ocupado en los centros residenciales 36
2.6.2. Las ratios de atención 39
2.6.3. La remuneración del personal ocupado en los servicios residenciales para personas mayores 41
2.7. Análisis económico de los centros residenciales para personas mayores en Gipuzkoa: coste plaza, gasto y financiación 44
2.7.1. El coste plaza en los centros residenciales guipuzcoanos 45
2.7.2. La relación entre gasto corriente y tarifa de concertación 48
2.7.3. El gasto de la atención residencial a las personas mayores 50
2.7.4. La financiación de la atención residencial a las personas mayores: la participación de las diversas administraciones en la financiación del servicio y la aportación de las personas usuarias 55

3. LA PERSPECTIVA DE LOS AGENTES INVOLUCRADOS 63

3.1. Presentación y metodología 63
3.2. Elementos básicos del modelo de atención residencial a las personas mayores en Gipuzkoa 66
3.2.1. Cambios en el perfil de las personas atendidas y en sus necesidades 66
3.2.2. La estructura competencial de los Servicios Sociales y el proceso de asunción de las residencias municipales por parte de la DFG 69
3.2.3. Demanda de atención y continuo de servicios: percepción social, recursos de atención primaria y prestaciones económicas de atención a la dependencia 70
3.2.4. Adecuación del mapa de centros y de la actual dotación de plazas a las necesidades de la población 74
3.2.5. Procedimiento de acceso a los centros residenciales 76
3.2.6. Calidad de la atención: ratios de personal, perfiles profesionales y elementos ambientales y estructurales 78
3.2.7. La atención a las necesidades de salud y la coordinación sociosanitaria 86
3.2.8. El modelo de colaboración público privada para la gestión de los servicios residenciales de responsabilidad pública 88
3.2.9. Condiciones de trabajo del personal ocupado en los centros residenciales 95
3.2.10. Financiación de la atención residencial y participación económica de las personas usuarias 101
3.3. Resumen de las opiniones recogidas 106

4. CONCLUSIONES: FORTALEZAS Y DEBILIDADES DEL MODELO GUIPUZCOANO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL A LAS PERSONAS MAYORES 111

4.1. Las fortalezas del modelo de atención residencial a las personas mayores en Gipuzkoa 111
4.2. Puntos críticos y debilidades 113

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Número de plazas en centros que ofrecen a tención residencial a personas mayores, por titularidad de los centros y gestión de las plazas. Gipuzkoa. 2013 16
Tabla 2. Número de plazas y cobertura de los centros que ofrecen a tención residencial a personas mayores, por Territorio Histórico y titularidad de las plazas. 2013 18
Tabla 3. Número de plazas en centros que ofrecen a tención residencial a personas mayores, por titularidad de los centros y gestión de las plazas. Gipuzkoa. 2013 19
Tabla 4. Evolución del número de plazas y de la cobertura de los servicios residenciales para personas mayores, por Territorio Histórico. 1994-2014 21
Tabla 5. Número de plazas, distribución y cobertura de las plazas residenciales para personas mayores en Gipuzkoa y en el conjunto del Estado. 2013/2015 22
Tabla 6. Número de plazas autorizadas y forales en residencias para personas mayores, por tipo de centro. Gipuzkoa. 2015 26
Tabla 7. Número de plazas forales en servicios residenciales para personas mayores en función de su titularidad, por Territorio Histórico. 2015 27
Tabla 8. Evolución del número de plazas autorizadas y forales para personas mayores, por tipo de plaza. Gipuzkoa. 2008-20115 28
Tabla 9. Evolución del número de plazas forales para personas mayores, por subcomarca. Gipuzkoa. 2008-2015 30
Tabla 10. Objetivos de cobertura del Mapa de Servicios Sociales y cobertura actual de los centros residenciales para personas mayores (2.4.1.). Gipuzkoa 31
Tabla 11. Objetivos de cobertura del Mapa de Servicios Sociales para los centros residenciales para personas mayores (2.4.1), por Territorio Histórico. 2012-2017 32
Tabla 12. Evolución de la edad media y de la distribución en función del sexo de las personas usuarias de centros residenciales forales. Gipuzkoa 2005-2015 34
Tabla 13. Evolución del índice de rotación de las plazas forales en centros residenciales para personas mayores, por tipo de plaza. Gipuzkoa. 2008-20115 34
Tabla 14. Indicadores relacionados con la lista de espera en centros residenciales de competencia foral para personas mayores. 2015 36
Tabla 15. Indicadores sobre el personal ocupado en servicios residenciales para personas mayores. Gipuzkoa 2013 37
Tabla 16. Personal propio de los servicios residenciales para personas mayores por ocupación y sexo. Gipuzkoa 2014 38
Tabla 17. Ratios de personal ocupado a DPE en servicios residenciales para personas mayores, por tipo de servicio y titularidad de los centros. Gipuzkoa 2013 39
Tabla 18. Evolución de la retribución media anual (en euros corrientes) del personal asalariado de los servicios sociales y de la de asalariados de otros sectores de actividad. Gipuzkoa/CAPV 2008-2014 41
Tabla 19. Gasto corriente/plaza de los servicios residenciales para personas mayores, por tipo de población destinataria de los centros. Gipuzkoa 2013 45
Tabla 20. Coste/plaza (en euros por día) de una muestra de centros residenciales para personas mayores en Gipuzkoa (2014) 48
Tabla 21. Resultados económicos de los centros residenciales de 15 y más plazas para personas mayores. Gipuzkoa 2014 49
Tabla 22. Tarifas de concertación establecidas en el Estado, por comunidades autónomas. 2015 50
Tabla 23. Gasto corriente en servicios residenciales para personas mayores, por tipo de centro. Gipuzkoa 2013 51

Tabla 24. Indicadores económicos relacionados con el gasto corriente en servicios residenciales para personas mayores, por Territorio Histórico. 2013 51
Tabla 25. Gasto corriente total en los principales servicios y prestaciones económicas dirigidas a las personas mayores. Gipuzkoa 2013 55
Tabla 26. Gasto corriente en servicios residenciales para personas mayores, por entidad financiadora y tipo de centro. Gipuzkoa 2013 56
Tabla 27. Gasto corriente en servicios residenciales para personas mayores, por entidad financiadora y Territorio Histórico. 2013 56
Tabla 28. Gasto público corriente en servicios residenciales para personas mayores, por entidad financiadora. Gipuzkoa 2013 57
Tabla 29. Gasto público corriente en servicios residenciales para personas mayores, por entidad financiadora y Territorio Histórico. 2013 57
Tabla 30. Indicadores económicos de los servicios residenciales para personas mayores, por titularidad de los centros. Gipuzkoa 2014 60
Tabla 31. Indicadores económicos de los servicios residenciales para personas mayores, por titularidad de los centros y Territorio Histórico 2013 61

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Número de plazas y cobertura de los centros que ofrecen a tención residencial a personas mayores. Gipuzkoa 2013 ..... .18
Gráfico 2. Evolución de la cobertura de los centros que ofrecen a tención residencial a personas mayores, por Territorio Histórico. 2000-2014 20
Gráfico 3. Cobertura de los centros que ofrecen a tención residencial a personas mayores, por titularidad de los centros y comunidad autónoma. 2014-2015 23
Gráfico 4. Cobertura conjunta de servicios y prestaciones de financiación pública dirigidos a personas mayores, por comunidad autónoma. 2013 24
Gráfico 5. Cobertura de plazas residenciales para personas mayores en los países de la OCDE. Número de plazas en relación a la población de 65 y más años (2014 o año más cercano) 25
Gráfico 6. Distribución y cobertura de las plazas forales en servicios residenciales para personas mayores en función de su titularidad, por Territorio Histórico. 2015 28
Gráfico 7. Evolución de las plazas y la cobertura foral para personas mayores. Gipuzkoa 2008-2015 29
Gráfico 8. Cobertura de las plazas forales en residencias para personas mayores por subcomarcas. Gipuzkoa. 2015 29
Gráfico 9. Objetivos de cobertura del Mapa de Servicios Sociales y situación actual de los centros residenciales para personas mayores (2.4.1.), por Territorio Histórico 33
Gráfico 10. Evolución de la distribución por grupos de edad de las personas usuarias de servicios residenciales para personas mayores. Gipuzkoa 1994-2013 34
Gráfico 11. Evolución de la lista y del tiempo medio de espera (en días) para acceder a plazas residenciales forales para personas mayores. Gipuzkoa 2013-2015 35
Gráfico 12. Evolución del personal ocupado en diversos sectores. Gipuzkoa 2002-2013 38
Gráfico 13. Ratios de personal ocupado a DPE por plaza de los centros residenciales para personas mayores, por titularidad de los centros y Territorio Histórico. 2013 40
Gráfico 14. Evolución de la retribución media anual del personal asalariado de los servicios sociales y de la de asalariados de otros sectores de actividad. Gipuzkoa/CAPV 2008-2014 42
Gráfico 15. Retribución media anual (en euros) del personal asalariado de los servicios residenciales para personas mayores, por titularidad de los centros y Territorio Histórico. 2014 42
Gráfico 16. Evolución de la retribución media anual del personal asalariado de los servicios residenciales para personas mayores, por titularidad de los centros. Gipuzkoa 2002-2014 43
Gráfico 17. Incremento interanual medio en la retribución media anual (en euros constantes) del personal asalariado de los servicios residenciales para personas mayores, por titularidad de los centros y Territorio Histórico. Periodo 2002-2014 44
Gráfico 18. Incremento interanual medio en la retribución media anual (en euros constantes) del personal asalariado de los servicios residenciales para personas mayores, por titularidad de los centros y Territorio Histórico. Periodo 2008-2014 44
Gráfico 19. Gasto corriente/plaza (euros/día) de los servicios residenciales para personas mayores, por tipo de población destinataria de los centros y Territorio Histórico. 2013 46
Gráfico 20. Evolución del gasto corriente/plaza en servicios residenciales para personas mayores. Gipuzkoa 2002-2014 46

Gráfico 21. Evolución del gasto corriente/plaza/día (en euros constantes) de los servicios residenciales para personas mayores, por Territorio Histórico. 2002-2014 47
Gráfico 22. Incremento porcentual del gasto corriente/plaza (en euros constantes) en servicios residenciales para personas mayores, por Territorio Histórico y periodo. 2002-2014 47
Gráfico 23. Evolución del precio de concertación y del gasto corriente/plaza en servicios residenciales para personas mayores. Gipuzkoa 2002-2014. (euros/día) 49
Gráfico 24. Gasto corriente en centros residenciales para personas mayores, por Territorio Histórico. 2013 52
Gráfico 25. Evolución del gasto corriente total en servicios sociales y en centros residenciales para personas mayores. Gipuzkoa 2002-2013..... 53
Gráfico 26. Evolución del gasto corriente total (en millones de euros) en centros residenciales para personas mayores, por Territorio Histórico. 2002-2013..... 53
Gráfico 27. Evolución del gasto corriente total (en euros por persona mayor) en centros residenciales para personas mayores, por Territorio Histórico. 2002-2013..... 54
Gráfico 28. Incremento porcentual de diversos parámetros de gasto en centros residenciales para personas mayores, por Territorio Histórico. 2002-2013..... 54
Gráfico 29. Evolución del gasto público corriente en servicios residenciales para personas mayores, por entidad financiadora. Gipuzkoa 2002-2013. (en millones de euros)..... 58
Gráfico 30. Evolución de la proporción del gasto público total en servicios sociales de la Diputación Foral destinada a servicios residenciales para personas mayores. Gipuzkoa 2002-2013..... 59
Gráfico 31. Evolución de la proporción del gasto público total en servicios sociales de las Diputaciones Forales destinada a servicios residenciales para personas mayores. 2002-2013 59
Gráfico 32. Cuota media por persona usuaria y porcentaje de copago de los servicios residenciales para personas mayores, por Territorio Histórico. 2014 61
Gráfico 33. Evolución del gasto corriente y de la cuota media por persona usuaria en los servicios residenciales para personas mayores. Gipuzkoa. 2002-2014 62

1. PRESENTACIÓN: INTRODUCCIÓN, OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

1.1. Presentación y objetivos

En la actualidad, el Territorio Histórico de Gipuzkoa cuenta con un total de 5.389 plazas en centros residenciales para personas mayores, de las que 4.489 son plazas de responsabilidad pública foral, es decir, de titularidad foral o concertadas con la administración foral. Los datos más recientes sobre el gasto público en Servicios Sociales, relativos a 2014, indican que la sociedad guipuzcoana destina a los centros residenciales para personas mayores un total de 179 millones de euros al año, de los que 104 corresponden a la aportación económica que realizan las administraciones públicas y, particularmente, la administración foral.

La importancia que los centros residenciales para las personas mayores tienen en el conjunto del mapa de servicios sociales para las personas mayores y/o en situación de dependencia hacen necesaria una reflexión continua sobre el funcionamiento de esos centros, sobre las fórmulas existentes para la prestación de los servicios de atención residencial y sobre la calidad de la atención prestada. La necesidad de reflexionar sobre el modelo de atención residencial, y de alcanzar consensos sobre los elementos básicos del sistema, es mayor si cabe si se tienen en cuenta algunos de los cambios que se han venido produciendo en los últimos años en este ámbito. Entre ellos, cabe citar los siguientes:

- Aprobación del Mapa y Decreto 85/2015 de Cartera de Servicios Sociales de la CAPV, en el proceso de desarrollo normativo de la Ley 12/2008 de Servicios Sociales;

- Elaboración del Mapa de Servicios Sociales 2015 – 2017 del Territorio Histórico de Gipuzkoa;

- Constitución del Organismo Autónomo Kabia, en el seno de la DFG, y traspaso de la gestión de las residencias de Elgoibar, Zumaia, Billabona y Azkoitia.

En ese contexto, el Departamento de Políticas Sociales de la Diputación Foral ha puesto en marcha durante los últimos meses un proceso interno y externo de reflexión y puesta en común sobre los aspectos básicos de la red de centros residenciales para personas mayores en Gipuzkoa. El objetivo de este proceso es el de contar con una visión compartida respecto a una gestión eficiente y de calidad en la atención residencial a las personas mayores dependientes, de modo que las decisiones a tomar en los próximos años cuenten con el mayor respaldo posible de los agentes implicados.

Este informe forma parte de ese proceso de reflexión y con él se pretende reflejar de la forma más objetiva posible la situación de los centros residenciales para personas mayores en Gipuzkoa, tanto en lo que se refiere a los aspectos directamente relacionados con la gestión del servicio, como en aquellos aspectos relacionadas con la calidad de la atención que se presta a las personas usuarias. Más concretamente, el informe pretende por una parte recoger los datos disponibles sobre los principales elementos relacionados con el servicio, analizando su evolución y comparándolos con los correspondientes a otros ámbitos territoriales y, por otra, recoger la visión que los agentes implicados en la prestación del servicio tienen respecto a sus fortalezas y debilidades. Desde ese punto de vista, los objetivos básicos del informe son tres:

- Describir a partir de los datos cuantitativos disponibles la situación de los centros residenciales del Territorio, comparando la situación guipuzcoana con la de los otros Territorio de la CAPV, y analizando su evolución.

- Conocerla opinión de todos los agentes que intervienen en este ámbito en relación a las cuestiones esenciales del modelo y recoger sus propuestas de mejora;

- Plantear, a partir de los datos disponibles y de las opiniones recogidas, una reflexión sobre las fortalezas y debilidades del modelo, que facilite la toma de decisiones y contribuya a orientar durante los próximos años el modelo de centros residenciales para personas mayores en Gipuzkoa.

1.2. Estructura y metodología

Para la realización de este informe se ha recurrido a dos metodologías complementarias, en función de las cuales se articula también este informe:

- La primera parte recoge la información cuantitativa disponible sobre la situación de los centros residenciales en Gipuzkoa. Para la elaboración de este apartado se ha descartado la posibilidad de realizar una recogida de datos específica –mediante un cuestionario a las entidades prestadoras de servicios o mediante un análisis de los datos que obran en poder del Departamento de Políticas Sociales–y se ha optado por utilizar los datos que ofrecen las fuentes estadísticas habitualmente utilizadas en nuestro entorno en relación a los servicios sociales. Las fuentes utilizadas han sido, básicamente, la Estadística de Servicios Sociales que elabora el Órgano Estadístico de Servicios Sociales del Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco[1], así como la información recogida en el Observatorio Social de Gipuzkoa (Behagi.eus) y la documentación que pública el propio Departamento de Políticas Sociales de la DFG en sus memorias y catálogos de servicios. También se utilizan otras fuentes externas (OCDE, CSIC, etc.), fundamentalmente para comparar la situación en Gipuzkoa con la que existe en otros Comunidades Autónomas u otros países de nuestro entorno.

  A partir de esas premisas, el primer apartado recoge la información disponible sobre el número de centros y plazas disponibles, las coberturas de atención y su evolución; la demanda de servicios y las características de las personas atendidas; el despliegue territorial de los centros y la adecuación necesaria para dar cumplimiento al Mapa de Servicios Sociales de la CAPV; el personal ocupado y sus condiciones laborales, en relación especialmente

[1] Como se señala en el siguiente apartado, la ventaja de utilizar esta fuente consiste en que permite comparar, sobre la misma base metodológica, los datos de Gipuzkoa con la de los otros dos territorios de la CAPV, así como analizar la evolución de los principales indicadores relacionados con los centros residenciales desde mediados de los años 90 hasta la actualidad.

a su remuneración; los costes unitarios del servicio y su relación con las tarifas de concertación; y, finalmente, el gasto que realizan los centros residenciales guipuzcoanos y su estructura de financiación.

- La segunda parte recoge la visión de los agentes implicados, desde una perspectiva cualitativa, a partir de la información recogida por medio de un cuestionario escrito y tres grupos de discusión. Como se señala en el apartado correspondiente, para la recogida de la información que se ofrece en ese apartado se ha contado con la participación de casi 30 personas, consideradas como expertas o informantes clave, que trabajan en centros residenciales públicos y privados así como en otras entidades (entidades del tercer sector, administración, centrales sindicales y asociaciones empresariales). El capítulo recoge la visión de esas personas, no siempre coincidente, en relación al perfil de las personas usuarias, la evolución en la demanda de atención, los servicios complementarios a las residencias, la calidad de la atención que se presta en las residencias de Gipuzkoa, las relaciones entre la administración pública y las entidades privadas que colaboran en la prestación del servicio, las condiciones laborales del personal ocupado o las cuestiones relacionadas con la financiación del servicio, incluyendo los aspectos referidos a las tarifas de concertación y la participación económica de las personas usuarias en la financiación de esos centros.

- La tercer parte recoge las conclusiones del informe y plantea, desde la óptica del SIIS Centro de Documentación y Estudios, responsable de su redacción, las principales fortalezas y debilidades del modelo.

2. DATOS BÁSICOS SOBRE LA ATENCIÓN RESIDENCIAL A LAS PERSONAS MAYORES EN GIPUZKOA: SITUACIÓN ACTUAL, EVOLUCIÓN Y COMPARACIÓN CON OTROS ÁMBITOS TERRITORIALES

2.1. Introducción y principales resultados

Como se ha señalado en el capítulo anterior, se recogen en éste los principales datos disponibles sobre la situación de los centros residenciales para las personas mayores en Gipuzkoa, al objeto de contextualizar los argumentos y reflexiones que se han planteado en los debates celebrados. El análisis se centra tanto en el número y las características de los centros y las plazas residenciales existentes como en las características de las personas atendidas, la implantación territorial de los centros o la adecuación de la actual dotación al Mapa de Servicios Sociales. También se analizan las cuestiones relacionadas con el personal –número de personas ocupadas, evolución, remuneración… – y las cuestiones relativas al funcionamiento económico de los centros (coste medio de las plazas, gasto total, fuentes de financiación…). La información que se recoge en este capítulo se refiere al conjunto de los centros residenciales para personas mayores de Gipuzkoa, aunque también se analiza, de forma más específica, la situación de la red de centros residenciales de responsabilidad foral.

La estructura de este capítulo es la siguiente:

- en primer lugar, se analiza la situación del conjunto de los servicios residenciales para personas mayores existentes en el Territorio Histórico de Gipuzkoa. En este caso, se tienen en cuenta tanto los centros residenciales propiamente dichos como las viviendas y apartamentos tutelados; se tienen además en cuenta el conjunto de las plazas residenciales existentes, independientemente de su titularidad, si bien en el análisis se diferencia entre las plazas de diverso tipo en función de su titularidad (públicas, concertadas y 'privadas puras'). En este apartado, se añaden también algunos datos de comparación con los otros dos Territorios Históricos de la CAPV, con el conjunto del Estado y con los países de la OCDE.
- Una vez analizada la red de atención residencial y las coberturas de atención que se ofrecen, se analiza en segundo lugar la red de plazas residenciales forales, es decir las plazas de responsabilidad pública que gestiona la Diputación Foral de Gipuzkoa, bien sea directamente, bien en concertación con otras entidades. Además del número de plazas y su evolución, y la cobertura resultante, en este epígrafe también se analiza la implantación territorial de los centros residenciales de responsabilidad foral y la adecuación de la actual oferta de plazas a los objetivos establecidos en el Mapa de Servicios Sociales.

- Analizada la dotación y la estructura de plazas, el siguiente punto analiza algunas de las características básicas de las personas usuarias, así como la información disponible sobre la demanda actual y futura de servicios residenciales.
- El siguiente punto describe la información disponible sobre el personal que trabaja en los centros residenciales para personas mayores de Gipuzkoa, tanto desde el punto de vista del número y las características de las personas ocupadas como desde el punto de vista de las ratios de atención. En este apartado también se recoge la información disponible sobre la remuneración que perciben las personas que trabajan en el sector y sobre su evolución a lo largo de los últimos años.
- El análisis se completa con la información disponible sobre el coste medio de las plazas residenciales, el gasto público y privado que requiere el sostenimiento de esta red, la estructura de financiación de los servicios y la participación económica de las personas usuarias en la financiación de las plazas.

En lo que se refiere a las fuentes de datos utilizadas para este análisis, se ha recurrido básicamente a las siguientes:

- Estadística de Servicios Sociales, Entidades y Centros (ESSEC) del Órgano Estadístico Específico del Gobierno Vasco. La mayor parte de los datos se han obtenido de la Estadística de Servicios Sociales, Entidades y Centros que elabora el Órgano Estadístico Específico del Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco. Se trata, como se sabe, de la estadística más completa y fiable sobre Servicios Sociales en la CAPV y la única que permite comparar, mediante indicadores comunes, la situación de los servicios sociales en los tres territorios históricos, así como analizar su evolución desde los años 90. La mayor parte de los datos que se han utilizado de la ESSEC corresponden a 2013 –último año respecto al que se dispone de datos desagregados– si bien, cuando ha sido posible, se han utilizado también datos referentes a 2014 (el avance de datos de la ESSEC para 2014 se ha publicado a finales de junio de 2016[2]).
- Se han utilizado además datos internos del Departamento de Políticas Sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa, y de las otras dos Diputaciones, a la hora de analizar las características de la red foral de atención, con información en este caso relativa a 2015.
- Se han utilizado finalmente algunas fuentes externas –como el informe *Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia*, que elabora el portal *Envejecimiento en red*, del CSIC, o las estadísticas internacionales que al respecto publica la OCDE– para comparar los datos guipuzcoanos con el del resto de las CC.AA del Estado y con otros países de nuestro entorno.

Los principales resultados que se derivan del análisis realizado son los siguientes:

- Aunque el número exacto varía en función del año de referencia y del tipo de plaza considerada, **Gipuzkoa cuenta en la actualidad con cerca de seis mil plazas residenciales para personas mayores**, de las que en torno al 90% son plazas en centros residenciales y en torno al 10% plazas en viviendas comunitarias o apartamentos tutelados.
- **Apenas un 12% de esas plazas son plazas privadas puras**, es decir, plazas que no cuentan con ningún tipo de financiación pública. **El 50% de las plazas son de titularidad pública (aunque mayoritariamente de gestión indirecta) y el 37% son plazas privadas –gestionadas por entidades con o sin fin de lucro– pero concertadas** con las administraciones públicas.

[2] A la hora de interpretar los datos es por tanto necesario tener en cuenta que si bien en algunos casos los datos se refieren a 2014, en la mayor parte de los casos se ofrece información relativa a 2013.

- Desde el punto de vista de la cobertura, **la cobertura total equivale al 4,1% de la población mayor de 65 años**, mientras que **la cobertura de responsabilidad pública alcanza el 3,6%** de la población mayor de esa edad.

- Si se tiene en cuenta el conjunto de las plazas residenciales, **la cobertura guipuzcoana es inferior a la que se registra tanto en los otros dos Territorios Históricos de la CAPV como en buena parte de las CC.AA españolas**. También es inferior a la que se registra en la mayor parte de los países de la OCDE. Sin embargo, dado el mayor peso de las plazas públicas y concertadas, **la cobertura de responsabilidad pública que se registra en Gipuzkoa está por encima de la que se registra tanto en Álava y en Bizkaia como en cualquiera de las CC.AA españolas**. Gipuzkoa está por tanto a la cabeza, tanto de la CAPV como del Estado español, en lo que se refiere a las plazas residenciales provistas, directa o indirectamente, por las administraciones públicas. La cobertura de plazas privadas puras es, por el contrario, muy inferior.

- Desde el punto de vista evolutivo, tras años de crecimiento sostenido, la creación de nuevas plazas residenciales se ralentiza y prácticamente se estanca a partir de 2009, mientras crece el número de personas mayores en el Territorio. Como consecuencia de ello, **las tasas de cobertura se han ido reduciendo de forma ligera pero paulatina**. En ese sentido, la cobertura que se registra en Gipuzkoa para 2014 es prácticamente la misma que existía en 2005, cuando existían casi mil plazas residenciales menos en el Territorio. Es preciso señalar que la reducción de la cobertura no se debe a una reducción del número de plazas públicas, sino a la progresiva reducción en el número de plazas privadas.

- Si se analizan exclusivamente las plazas residenciales de responsabilidad foral, **a 31 de diciembre de 2015, la Diputación Foral de Gipuzkoa cuenta con una red de plazas residenciales para personas mayores dependientes que asciende a 4.489 plazas**. Estas plazas representan en torno al 74% de todas las plazas en servicios sociales residenciales para personas mayores. El 25% restante serían plazas privadas o municipales no concertadas con la administración y plazas en viviendas o apartamentos tutelados. La mitad de la red foral de atención corresponde a plazas concertadas en centros privados, el 30% a plazas concertadas en centros municipales y el 20% a plazas ubicadas centros a propios forales, generalmente de gestión indirecta. Es también importante señalar que el 97% de las plazas municipales, y el 80% de las plazas privadas, están concertadas con la administración foral.

- **La cobertura de las plazas de responsabilidad foral es en Gipuzkoa superior a la que se registra en Álava o en Bizkaia**, aún considerando el elevado recurso en Álava a la Prestación Económica Vinculada al Servicio (en ese territorio, las plazas financiadas mediante el recurso a la PEVS suponen el 43% de toda la oferta residencial de responsabilidad pública).

- Desde el punto de vista evolutivo, y como ocurría con el conjunto de las plazas residenciales, **el crecimiento del número de plazas de responsabilidad foral ha sido lento en los últimos años, reduciéndose progresivamente la cobertura** de plazas residenciales de responsabilidad foral. En efecto, a pesar de que el número de plazas forales se ha incrementado en un 6,7% entre 2008 y 2015, si la cobertura de estas plazas se calcula considerando la población de 65 y más años, se observa una tendencia decreciente de la misma, ya que en este periodo, la población mayor ha aumentado en mayor medida (17%).

- En lo que se refiere a la implantación territorial de las plazas de responsabilidad foral, **de las trece subcomarcas en las que se divide el territorio, únicamente tres (Deba Kosta, Buruntzaldea y Oarsoaldea) cuentan con coberturas inferiores al 2,5%**, es decir, en ellas hay menos de 2,5 plazas forales por cada 100 personas de 65 y más años. Por el contrario, seis de las trece subcomarcas en que se organiza el territorio guipuzcoano cuentan con coberturas que superan el 3%.

- Tras reducirse de forma notable, **ha vuelto a crecer la lista de espera para acceder a centros residenciales de responsabilidad foral**. En efecto, si se analiza la evolución de la lista de espera en los últimos cinco años se observa hasta el 2013 una progresiva reducción del número de personas en listas de espera para acceder a centros residenciales para personas mayores. Esta tendencia se ve interrumpida en 2014 debido, en buena medida, al incremento del número de solicitudes de acceso. Los datos disponibles a 31 de diciembre de 2015 señalan que la lista de espera para acceder a un centro residencial para personas mayores era de 743 personas –frente a 535 en 2013– y que el tiempo medio de espera entre la solicitud del servicio y el acceso al mismo es de 139 días.

- El sector de **la atención residencial a las personas mayores ocupa en Gipuzkoa a unas cuatro mil personas,** que representan casi la mitad de las personas ocupadas en el ámbito de los servicios sociales guipuzcoanos –considerados de forma estricta– y casi el 2% de la población ocupada en el sector servicios. De estas 4.000 personas, el 62% es personal propio de los centros y el 38% personal subcontratado. Entre el personal propio, el 89% son mujeres y el 62% personal sanitario.

- Desde el punto de vista de las ratios de atención, **los centros residenciales guipuzcoanos emplean a 0,627 personas por plaza, frente a 0,668 en Álava y 0,542 en Bizkaia**. Las ratios son ligeramente más altas en los centros de titularidad privada que en los de titularidad pública, si bien –a diferencia de lo que ocurre en Bizkaia y Álava– las diferencias son muy reducidas.

- **La retribución media anual** correspondiente al personal propio de los servicios residenciales para personas mayores alcanzó en 2014 los 33.729 euros anuales en Gipuzkoa, **casi un 5% por debajo de la retribución media en la CAPV, aunque ligeramente por encima de la retribución media en el sector servicios.** La retribución media en los servicios residenciales de Gipuzkoa ha experimentado desde 2008 hasta 2014 un incremento del 10%, superior al observado en el conjunto de la economía, que es del 6%. De hecho, en términos de euros constantes, lo que se observa es una disminución real de los salarios tanto en el caso de la economía vasca en su conjunto (-3,2%), como en el del sector servicios (-3,1%), pero no así en el sector residencial guipuzcoano, que logra mantener su retribución anual en niveles similares a los de 2008.

- Si bien en los tres territorios de la CAPV la retribución del personal ocupado en el sector público es más elevada (por ejemplo, la retribución media del sector privado en Bizkaia apenas alcanza el 50% del sector público), **Gipuzkoa destaca por una menor diferencia entre la remuneración del personal correspondiente a los centros públicos y a los centros de titularidad privada.** Por otra parte, y desde un punto de vista evolutivo, los datos disponibles para Gipuzkoa muestran que **a lo largo de la última década la retribución media en ambas redes ha tendido a converger**, de tal manera que si en 2002 la retribución media en centros de titularidad privada apenas alcanzaba el 48% de la correspondiente a los centros de titularidad privada, en 2014 la proporción es del 73%. **La razón de esta convergencia radica en que la retribución media en el sector privado ha aumentado más que la registrada en los centros de titularidad pública.** También ha de destacarse que Gipuzkoa es el territorio de la CAPV en el que la retribución media del personal propio de los centros residenciales –tanto públicos como, especialmente, privados– ha crecido en mayor medida.

- De acuerdo a la Estadística de Servicios Sociales, **el gasto corriente medio diario por cada plaza de atención residencial asciende en Gipuzkoa a 80,7 euros**. Los datos internos del Departamento de Políticas Sociales de la Diputación, a partir de una muestra de centros de responsabilidad foral, elevan ese coste hasta los 95,54 euros. Se trata de una cantidad inferior la correspondiente a Álava y superior a la de Bizkaia. En términos de euros constantes, **el coste plaza medio ha pasado entre 2002 y 2014 de 57,3 a 80,7 euros, lo que supone un incremento del 40%** (y de casi el 100% en términos de euros corrientes). El incremento del coste plaza registrado en Gipuzkoa es mucho más alto que el experimentado en Biz-

kaia y en Álava y se ha dado de forma similar tanto en los centros públicos como en los privados.

- Si se analiza **la evolución del coste plaza medio de los centros concertados y la de la tarifa de concertación para las plazas de personas dependientes (grados II y III), se observa que ambas han evolucionado a lo largo de los años en el mismo sentido**: entre 2004 y 2013 ambos indicadores han crecido en un 66%, en euros corrientes. Los datos agregados –meramente orientativos– que ofrece la Estadística de Servicios Sociales sobre los resultados económicos de los centros residenciales concertados ponen de manifiesto que, **en el caso de los centros municipales, se produjo un déficit inferior al millón de euros (el 1,3% de los gastos, o 464 euros por plaza, de media). En el caso de los centros privados, se registra un ligero superávit (0,5% del gasto total o 161 euros por plaza, de media**). Cabe también destacar que, si se compara con otros Territorios o Comunidades Autónomas, **las tarifas de concertación establecidas en Gipuzkoa son con diferencias las más elevadas** (superando en un 76%, por ejemplo, la correspondiente a la Comunidad de Madrid.

- **En 2014, la sociedad guipuzcoana destinó 175 millones de euros al sostenimiento de los servicios residenciales para personas mayores**, un 2,8% más que en 2013. En torno al 60% de ese gasto fue realizado por las administraciones públicas y el 40% por agentes privados (fundamentalmente, las personas usuarias). Esta cantidad supone casi el 40% de todo el gasto destinado en Gipuzkoa a los servicios y centros que conforman la Cartera de Servicios Sociales. El gasto público corriente destinado a estos servicios asciende en 2013 a 138 euros por habitante, frente a 105 euros en Bizkaia y 176 en Álava (que, pese a tener una cobertura residencial de responsabilidad pública algo menor, realiza un gasto público sensiblemente mayor).

- **El gasto destinado a los servicios residenciales para personas mayores** –medio en términos de euros por persona mayor– **se ha multiplicado por dos entre 2002 y 2013**, acercándose al gasto medio alavés, que era al principio del periodo mucho mayor que el guipuzcoano y el vizcaíno. Esta convergencia interterritorial se debe, por una parte, al mayor crecimiento experimentado en Gipuzkoa en cuanto al número de plazas y, por otra, al mayor incremento del coste plaza y de la retribución del personal.

- **La Diputación Foral financia el 46,5% del gasto destinado al** sostenimiento **de los centros residenciales para personas mayores,** asumiendo el 71% del gasto público realizado. Si bien la aportación de las tres DDFF es similar cuando se analiza en relación al gasto total, la aportación de la Diputación Foral guipuzcoana (45% del gasto) es similar a la de Álava y superior a la de Bizkaia. La administración central, a través del SAAD, aporta en torno al 12% del gasto público. Los datos de evolución de la financiación del gasto público a lo largo de la última década ponen de manifiesto que la Diputación Foral ha hecho un gran esfuerzo económico en este periodo: el 63% del incremento del gasto público destinado a los servicios residenciales (que ha sido del 150%, pasando de 53 a 133 millones) ha sido financiado por la DFG, asumiendo los ayuntamientos únicamente el 2% de ese incremento.

- **La cuota media que abonan las personas usuarias de los centros residenciales ronda los mil euros mensuales**, si bien es necesario tener en cuenta que en este promedio se tienen en cuenta el conjunto de las plazas residenciales. Esta cuota media es similar a la de Bizkaia y Álava, y **cubre el 42% del coste real de las plazas**, frente al 38% en Álava –donde el coste plaza es mucho más elevado y la cuota algo más reducida– y el 52% en Bizkaia –donde la cuota es similar, pero el coste plaza más bajo–. Las personas usuarias de los centros residenciales públicos abonan, por término medio, el 37% del coste de la plaza (frente al 21% en Álava), mientras que las personas usuarias de centros residenciales privados –concertados o no– abonan el 43% del coste, frente a, por ejemplo, el 59% en Bizkaia. Desde el punto de vista evolutivo, el ritmo de crecimiento del gasto corriente por persona usuaria (3,3% interanual durante los últimos doce años) ha sido algo mayor que el de la cuota media por per-

sona usuaria (2,8%), lo que ha supuesto una reducción del porcentaje de copago de dos puntos porcentuales, del 44% al 42%.

2.2. La red de atención residencial a las personas mayores en Gipuzkoa: número de centros y plazas, titularidad y gestión de los servicios residenciales

Como ya se ha indicado, en este epígrafe se recogen los datos sobre el número de centros y plazas residenciales que existen actualmente en Gipuzkoa, independientemente de su titularidad y del tipo de servicio prestado (vivienda, apartamento, centro residencial, etc.). Según los datos que proporciona la última edición de la Estadística de Servicios Sociales, en el Territorio Histórico de Gipuzkoa existen en 2013 un total de 127 centros que ofrecen atención residencial a personas mayores. En total, estos centros disponen de 5.904 plazas, la mayoría de ellas ubicadas, en centros residenciales de 15 o más plazas (91%) y el resto en apartamentos tutelados o viviendas comunitarias (9%). Esta información debe en cualquier caso ser matizada:

- Los datos que para 2015 proporciona la DFG, a partir del *Anexo 2015. Cartera de Servicios*, ponen de manifiesto que a 31 de diciembre de este año hay en nuestro territorio en torno a un total de 6.042 plazas residenciales de atención a las personas mayores. De todas ellas, 5.389 (el 89,2%) corresponden a residencias para personas mayores, y 116 y 465 plazas, a viviendas comunitarias y apartamentos tutelados, respectivamente. A pesar de que estos datos son más actuales, se ha optado por utilizar en este epígrafe los que para el año 2013 proporciona la Estadística de Servicios Sociales y Acción Social. Esta elección obedece a que la estadística realizada por el Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco ofrece información más detallada (sobre la titularidad y características de los centros y las plazas) que la que proporciona el anexo de datos de la DFG.
- El avance de la Estadística de Servicios Sociales y Acción Social para 2014, publicado a finales de junio, indica que el número total de centros es de 125 y el número de plazas de 5.956, lo que supone 52 plazas más que en 2013. Dado que sólo se dispone de un primer avance de datos para 2014, la mayor parte de los datos de esta operación estadística que se utilizan en este informe se referirán, salvo que se indique lo contrario, a 2013.

A partir de la información disponible, las principales características, en cuanto a titularidad y gestión, de la red de atención residencial a las personas mayores en Gipuzkoa son las siguientes:

Tabla 1. Número de plazas en centros que ofrecen a tención residencial a personas mayores, por titularidad de los centros y gestión de las plazas. Gipuzkoa. 2013

Titularidad		Número de plazas	Distribución vertical (% Total)	Distribución vertical (% Subtotal)
Pública	Públicas no convenidas con otra admón. pública	1.263	21,4	42,6
	Públicas convenidas con otra admón. pública	1.703	28,8	57,4
	Total	2.966	50,2	100,0
Privada	Privadas no concertadas	726	12,3	24,7
	Privadas concertadas	2.212	37,5	75,3
	Total	2.938	49,8	100,0
Total		5.904	100,0	--

Fuente: Órgano Estadístico Específico del Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Estadística de Servicios Sociales y Acción Social 2013.

Los principales elementos que cabe destacar respecto a la actual oferta residencial, y su estructura desde el punto de vista de su gestión y titularidad, son los siguientes:

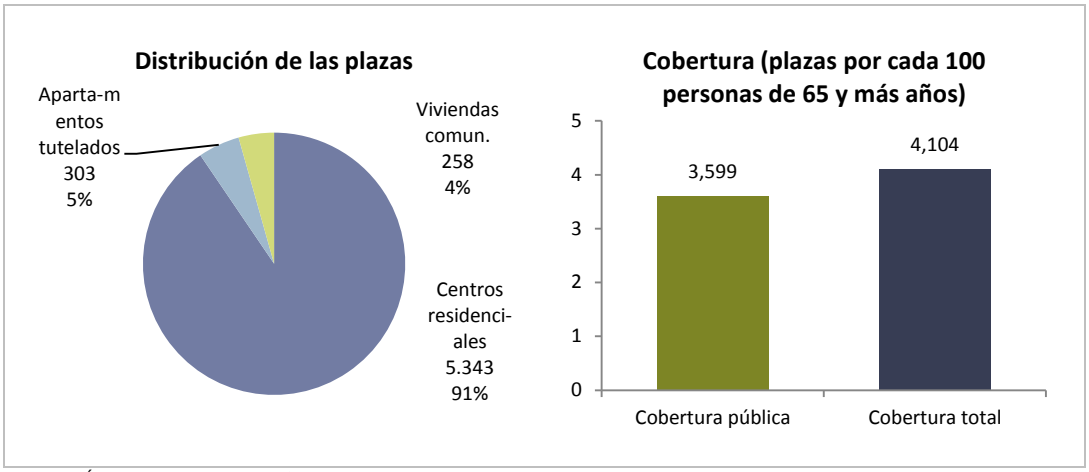
- **La mayor parte de los centros de atención residencial a las personas mayores son de titularidad pública**. De acuerdo con la información de la Estadística de Servicios Sociales, de los 127 centros que ofrecen atención residencial a personas mayores, la mayoría son de titularidad pública (87 centros, el 68,5%), mientras que un 31,5% son de titularidad privada. Existen grandes diferencias en la titularidad en lo que atañe a los diferentes tipos de servicios residenciales. Los centros residenciales de 15 o más plazas son mayoritariamente de titularidad privada (60%) –el 28% propiedad de entidades no lucrativas y el 32% restante por empresas privadas–, mientras que el resto de soluciones residenciales más ligeras son prácticamente en todos los casos de titularidad pública (97%).
- **La mitad de las plazas de los centros de atención residencial están ubicadas en centros de titularidad privada**. A pesar de que la mayoría de los centros de atención residencial son de titularidad pública, las plazas que ofrecen estos centros se encuentran distribuidas de manera equilibrada entre los centros de titularidad pública y los de titularidad privada. Debido al mayor tamaño medio de los centros de titularidad privada, de las 5.904 plazas existentes en Gipuzkoa, el 50,2% se ubican en centros de titularidad pública, mientras que el 49,8% restante lo hacen en centros de titularidad privada.
- **Las dos terceras partes de las plazas disponibles en centros de titularidad privada están concertadas.** De las 5.904 plazas disponibles en Gipuzkoa, 2.212 son plazas concertadas, la mayoría por la Diputación Foral de Gipuzkoa con entidades privadas con o sin ánimo de lucro. Estas plazas representan casi el 38% de todas las plazas existentes o, lo que es lo mismo, un 75% de las plazas ubicadas en centros privados. Sólo 726 de las 2.938 plazas en centros de titularidad privada son plazas privadas no concertadas. Éstas representan apenas un 12% de la oferta residencial total en Gipuzkoa.
- **El 88% de todas las plazas disponibles son de responsabilidad pública.** Al margen de la titularidad de los centros, si la atención se centra exclusivamente en las plazas que cuentan con financiación pública, los datos para Gipuzkoa ponen de relieve que de las 5.904 plazas disponibles, 5.178 son plazas que se encuentran, o bien concertadas (2.212 plazas) o bien ubicadas en centros de titularidad pública (2.966 plazas). Es decir, de todas las plazas existentes en nuestro territorio el 87,8% son plazas de responsabilidad pública, mientras que tan solo un 12,3% (726 plazas), pueden considerarse plazas enteramente privadas.
- **Al menos en los centros de titularidad foral, la gestión predominante es la gestión indirecta.** A partir de la información disponible para 2015 en el documento Cartera de Servicios 2015 del Departamento de Políticas Sociales, se desprende que de los 10 centros de titularidad pública con que cuenta el Ente foral, sólo en uno de ellos la gestión es directa, de tal modo que de las 837 plazas forales que ofrecen en conjunto los centros forales, sólo un 17% corresponde a plazas gestionadas directamente por la Diputación Foral de Gipuzkoa. Cabe pensar por otra parte que entre el resto de centros públicos no forales la gestión directa se encuentra más extendida, si bien las fuentes utilizadas no proporcionan información al respecto.

2.3. La cobertura de la atención residencial a las personas mayores en Gipuzkoa

Tal y como se ha mencionado, en 2013 existen en Gipuzkoa un total de 127 centros que ofrecen atención residencial a personas mayores. En total, estos centros disponen de 5.904 plazas, la mayoría de ellas, en centros residenciales (91%) y el resto en apartamentos tutelados (5%) y viviendas comunitarias (4%). Asimismo, se ha señalado también que aproximadamente la mitad de las plazas son de titularidad pública y que el 88% están co-financiadas por las administraciones públicas. En términos generales, y sin tener en cuenta criterios como el tipo de servicio residencial (residencias,

apartamentos tutelados o viviendas comunitarias), la titularidad de los centros o su financiación, la cobertura conjunta de la atención residencial en Gipuzkoa asciende a 4,104 plazas por cada cien habitantes mayores de 65 años[3]. Si del total de plazas residenciales disponibles (5.904 plazas) se detraen aquellas enteramente privadas, es decir, no financiadas por ninguna administración pública (726 plazas), la cobertura resultante sería de 3,599 por cada 1.000 habitantes mayores de 65 años.

Gráfico 1.Número de plazas y cobertura de los centros que ofrecen a tención residencial a personas mayores. Gipuzkoa 2013



Fuente: Órgano Estadístico Específico del Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Estadística de Servicios Sociales y Acción Social 2013.

Desde el punto de vista comparativo, si las coberturas guipuzcoanas se comparan con las de los otros dos territorios de la CAPV, y a tenor de la información que permite extraer la Estadística de Servicios Sociales, se observa que en 2013 Gipuzkoa es en términos relativos el Territorio Histórico con una menor oferta residencial dirigida a personas mayores. También lo es, como se señala más adelante, en 2014. Sin embargo, es el territorio con una mayor cobertura pública de estos servicios. Como se explica más adelante, ello se debe a que, mientras que en Gipuzkoa la mayor parte de la oferta de plazas es de responsabilidad pública –plazas de titularidad pública o concertada–, en Bizkaia y en Álava el porcentaje que representan las plazas privadas no concertadas es relativamente elevado.

Tabla 2. Número de plazas y cobertura de los centros que ofrecen a tención residencial a personas mayores, por Territorio Histórico y titularidad de las plazas. 2013

	Total		Públicas (titularidad pública y concertadas)	
	Plazas	Cobertura	Plazas	Cobertura
Álava	2.851	4,784	1.987	3,334
Bizkaia	11.104	4,631	6.764	2,821
Gipuzkoa	5.904	4,104	5.178	3,599
CAPV	19.859	4,480	13.929	3,142

Nota: las coberturas están calculadas sobre la población de 65 y más años de cada territorio y se expresan en porcentajes.
Fuentes: Órgano Estadístico Específico del Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Estadística de Servicios Sociales y Acción Social 2013; INE. Revisión del padrón municipal.

[3] La cobertura resultante para 2014, a partir del avance de datos de la ESSEC, indica una cobertura ligeramente inferior –del 4,06%– en la medida en que el crecimiento en el número de plazas ha sido proporcionalmente inferior al crecimiento de la población mayor de 65 años.

En efecto, tal y como puede observarse en la Tabla 2, tanto Álava (4,78 plazas por cada 100 personas de 65 y más años) como Bizkaia (4,63), disponen en 2013 de una cobertura total mayor que la que resulta para Gipuzkoa (4,10). No obstante, si solo se tienen en cuenta las plazas de responsabilidad pública –es decir, las de titularidad pública y las concertadas con centros privados con y sin fin de lucro– se observa que la cobertura guipuzcoana (3,59) supera ampliamente la de Bizkaia (2,82) y, en menor medida, la alavesa (3,33).

Tabla 3. Número de plazas en centros que ofrecen a tención residencial a personas mayores, por titularidad de los centros y gestión de las plazas. Gipuzkoa. 2013

		Álava		Bizkaia		Gipuzkoa	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Pública	Públicas no convenidas con otra admón. pública	1.207	42,3	1.896	17,1	1.263	21,4
	Públicas convenidas con otra admón. pública	129	4,5	1.278	11,5	1.703	28,8
	Total	1.336	46,9	3.174	28,6	2.966	50,2
Privada	Privadas no concertadas	864	30,3	4.340	39,1	726	12,3
	Privadas concertadas	651	22,8	3.590	32,3	2.212	37,5
	Total	1.515	53,1	7.930	71,4	2.938	49,8
Total		2.851	100,0	11.104	100,0	5.904	100,0

Fuente: Órgano Estadístico Específico del Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Estadística de Servicios Sociales y Acción Social 2013.

En términos generales, Gipuzkoa y Álava presentan una distribución similar y prácticamente equilibrada entre las plazas públicas y las privadas. Sin embargo, en Gipuzkoa el peso relativo de las plazas enteramente privadas (12,3%) es significativamente menor que en Álava (30,3%), lo que hace que el peso de las plazas de responsabilidad pública sea mayor y, por tanto, también la cobertura de atención garantizada desde las administraciones públicas. En Bizkaia, por su parte las plazas privadas representan casi el 72% de todas las plazas y las no concertadas el 39%.

Además de la mayor cobertura pública de plazas, otra de las características esenciales de la red de atención residencial guipuzcoana lo constituye el mayor uso o recurso a los convenios con otras administraciones públicas –fundamentalmente, Ayuntamientos– para la provisión de plazas. En Gipuzkoa, 1.703 plazas se proveen utilizando esta fórmula, en Bizkaia son 1.278 plazas, mientras que en Álava apenas son 129. Esta situación se deriva del importante número de plazas residenciales de titularidad municipal, que se irá reduciendo a medida que avance el proceso de asunción de este tipo de centros por parte del Organismo Autónomo Kabia.

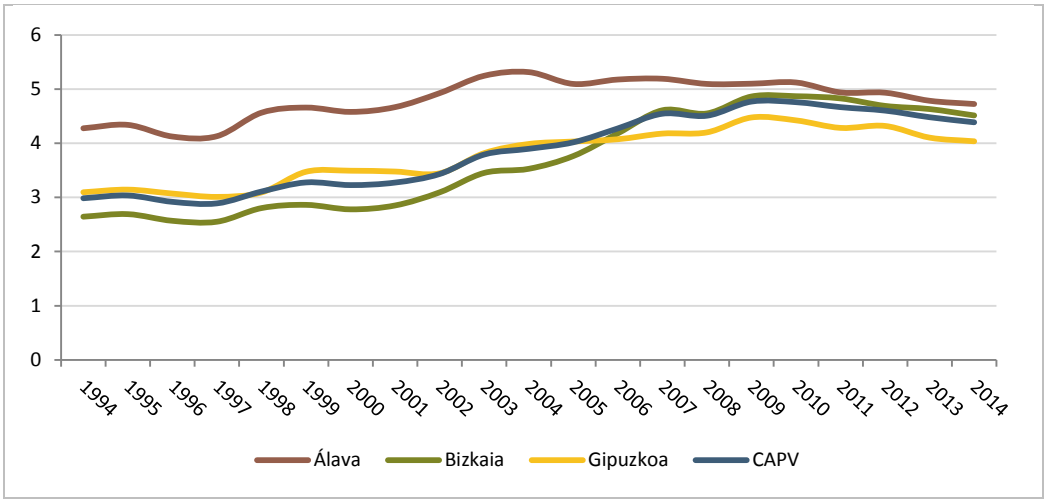
2.3.1. Evolución de la cobertura total de plazas

Además de la situación en cuanto al número de plazas y las coberturas de atención en el momento actual, es también conveniente analizar los datos de evolución registrados para la oferta residencial en Gipuzkoa, comparándola con los otros dos territorios. En este caso, los datos hacen referencia al conjunto de las plazas residenciales disponibles, sin diferenciar entre las de titularidad pública o privada.

Como se observa en el siguiente gráfico, se observa en Gipuzkoa –como en los otros dos territorios históricos– una doble tendencia: tras años de crecimiento sostenido, la creación de nuevas plazas residenciales se ralentiza y prácticamente se estanca a partir de 2009, mientras que las tasas de cobertura se van reduciendo de forma progresiva. En ese sentido, la cobertura que la Estadística de

Servicios Sociales y Acción Social registra en Gipuzkoa para 2014 es prácticamente la misma que existía en 2005, cuando existían casi mil plazas residenciales menos en el Territorio.

Gráfico 2. Evolución de la cobertura de los centros que ofrecen a tención residencial a personas mayores, por Territorio Histórico. 2000-2014



Nota: las coberturas están calculadas sobre la población de 65 y más años de cada territorio y se expresan en porcentajes.
Fuentes: Órgano Estadístico Específico del Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Estadística de Servicios Sociales y Acción Social 2013; INE. Revisión del padrón municipal.

El gráfico anterior pone claramente de manifiesto la existencia de dos periodos muy diferentes en lo que se refiere a la evolución de la cobertura residencial en Gipuzkoa. El crecimiento observado durante el periodo 2002-2009 fue progresivo –el ritmo de crecimiento en estos siete años supuso, de media, la creación de 245 plazas nuevas al año– y se debió casi en exclusiva al sector privado: de las 1.207 plazas creadas en este periodo sólo un 9% correspondió a centros de titularidad pública. En los últimos años, se observa la tendencia opuesta. Entre 2013 y 2010, el sector privado oferta 443 plazas menos, mientras el público incrementa su oferta residencial en 407 plazas. Como consecuencia de ello, la cobertura pública se ha mantenido estable (con una ligera tendencia al alza) desde 2007, mientras que la cobertura de plazas privadas ha descendido ligeramente.

La situación es similar en los otros dos territorios y, de hecho, la cobertura residencial total viene reduciéndose en los tres desde finales de la pasada década. Así, a nivel del conjunto de la CAPV, el número de plazas se ha estabilizado en torno a las 20.000 en los últimos seis años, mientras que la cobertura total ha caído del 4,77 de 2009 al 4,39 de 2014. Parece en todo caso claro que la reducción de la cobertura no es debida tanto a una disminución de las plazas disponibles –entre 2008 y 2014 el número total de plazas en la CAPV se incrementa en un 9%–, como a un mayor aumento de la población de 65 y más años, que se incrementa en casi un 15%.

Tabla 4. Evolución del número de plazas y de la cobertura de los servicios residenciales para personas mayores, por Territorio Histórico. 1994-2014

	Álava		Bizkaia		Gipuzkoa		CAPV	
	Nº plazas	Cobertura	Nº plazas	Cobertura	Nº plazas	Cobertura	Nº plazas	Cobertura
1994	1.553	4,28	4.502	2,64	3.084	3,09	9.139	2,98
1995	1.649	4,34	4.751	2,69	3.244	3,14	9.644	3,03
1996	1.630	4,12	4.681	2,57	3.255	3,07	9.566	2,92
1997	1.692	4,13	4.812	2,55	3.286	3,01	9.790	2,89
1998	1.879	4,56	5.330	2,80	3.444	3,09	10.653	3,11
1999	1.994	4,66	5.636	2,86	3.958	3,47	11.588	3,28
2000	2.013	4,58	5.603	2,78	4.052	3,49	11.668	3,23
2001	2.114	4,67	5.888	2,85	4.123	3,48	12.125	3,27
2002	2.304	4,93	6.526	3,09	4.176	3,45	13.006	3,43
2003	2.498	5,25	7.368	3,45	4.684	3,82	14.550	3,79
2004	2.559	5,31	7.559	3,53	4.920	3,99	15.038	3,90
2005	2.485	5,10	8.076	3,76	4.998	4,03	15.559	4,02
2006	2.582	5,18	9.093	4,18	5.134	4,07	16.809	4,27
2007	2.639	5,19	10.088	4,61	5.324	4,18	18.051	4,55
2008	2.641	5,10	10.052	4,55	5.415	4,20	18.108	4,51
2009	2.718	5,10	10.924	4,86	5.891	4,48	19.533	4,77
2010	2.816	5,12	11.117	4,87	5.940	4,42	19.873	4,76
2011	2.793	4,94	11.217	4,83	5.905	4,28	19.915	4,67
2012	2.865	4,93	11.075	4,69	6.085	4,32	20.025	4,60
2013	2.851	4,78	11.104	4,63	5.904	4,10	19.859	4,48
2014	2.900	4,72	11.065	4,51	5.956	4,04	19.921	4,39

Fuente: Órgano Estadístico Específico del Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Estadística de Servicios Sociales y Acción Social.

2.3.2. *Comparación con otras comunidades autónomas y con otros países de la OCDE*

No es sencillo comparar la situación guipuzcoana en relación a la dotación de plazas residenciales para personas mayores con la que existe en otras áreas del Estado español, debido a la ausencia de una estadística homologable y fiable, a nivel estatal, sobre la atención a las personas mayores. Por ello, y aún a riesgo de acrecentar la confusión en relación a esta cuestión, se ofrecen a continuación datos obtenidos de dos fuentes distintas, que ofrecen en cualquier caso resultados relativamente similares.

Por una parte, el informe del Observatorio Sectorial sobre residencias para la tercera edad *Informa D&B* señala que el número de plazas en residencias para la tercera edad se sitúo en España en 373.100 a finales de 2015, lo que supone una cobertura de 4,35 plazas por cada 100 habitantes mayores de 65 años. Se trata de una cobertura ligeramente superior a la guipuzcoana (que es como hemos dicho del 4,0% en 2014). Los datos de este informe indican también, sin embargo, que el territorio guipuzcoano está muy por encima de la media estatal en lo que se refiere tanto al porcentaje de plazas públicas como –lo que resulta más relevante– en relación al porcentaje de plazas de responsabilidad pública (públicas más privadas concertadas).

Así, como se observa en la Tabla 5, a partir de una cobertura global similar, el peso relativo de las plazas públicas duplica en Gipuzkoa el correspondiente al Estado (50% frente a 25%), con una cobertura del 2%, frente al 1% en el Estado. La cobertura y el peso de las plazas privadas concertadas es también mucho mayor en Gipuzkoa (37% de las plazas, frente al 25% a nivel estatal). Como consecuencia de todo ello, si en España sólo el 49% de las plazas residenciales pueden considerarse de responsabilidad pública, con una cobertura del 2,1% de la población mayor de 65 años, en el caso guipuzcoano el porcentaje es del 87% y la cobertura del 3,6%[4].

[4] Es cierto, como se señala posteriormente, que el recurso a la Prestación Vinculada al Servicio (PVS) del SAAD podría alterar estos datos, ya que puede considerarse que las plazas financiadas de este modo también formarían parte del sistema público de servicios sociales y/o de atención a la dependencia. En ese caso (y en el supuesto de que todas las PVS estuvieran

Tabla 5. Número de plazas, distribución y cobertura de las plazas residenciales para personas mayores en Gipuzkoa y en el conjunto del Estado. 2013/2015

		España (2015)			Gipuzkoa (2013)		
		Nº	%	Cobertura	Nº	%	Cobertura
Pública	Total	91.063	24,4	1,06	2.966	50,2	2,06
Privada	Privadas no concertadas	187.806	50,3	2,19	726	12,3	0,50
	Privadas concer-tadas	94.228	25,3	1,09	2.212	37,5	1,53
	Total	282.034	75,6	3,28	2.938	49,8	2,04
Total responsabilidad pública		185.294	49,7	2,16	5.178	87,7	3,60
Total		373.100	100,0	4,35	5.904	100	4,10

Fuentes: Órgano Estadístico Específico del Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Estadística de Servicios Sociales y Acción Social 2013; DBK Informa (2016) *Residencias para la Tercera Edad*. Madrid: Informa D&B.

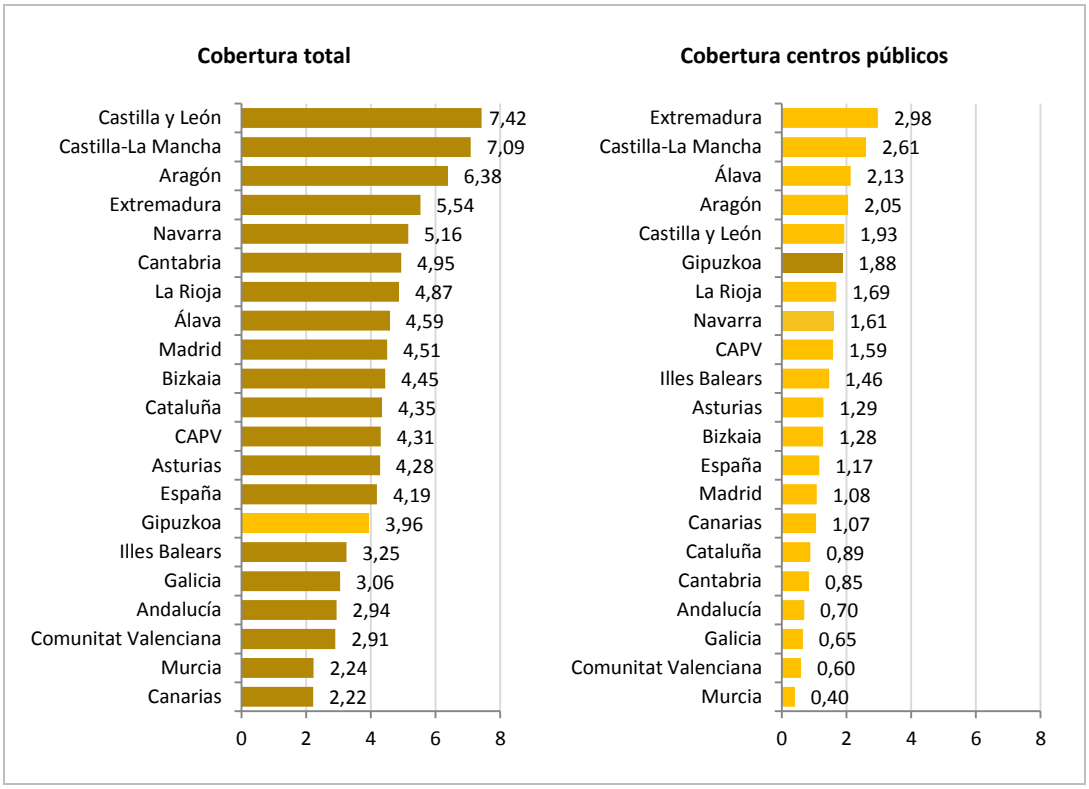
La segunda fuente de datos, con información a nivel autonómico para 2015, es el informe *Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia*, que elabora el portal *Envejecimiento en red*, del CSIC. Al analizar los datos que ofrece este informe es necesario tener en cuenta que, al menos en el caso de Gipuzkoa, los datos que ofrece este informe y los que proporciona la Estadística de Servicios Sociales y Acción Social no son comparables[5]. Por ello se ha optado por recoger los datos que arroja la Estadística de Servicios Sociales de 2014 para la CAPV y sus tres Territorios Históricos y los datos del Informe del CSIC para el resto de comunidades autónomas.

Calculada de esta forma, la cobertura total guipuzcoana (3,96) es ligeramente inferior a la que resulta tanto para la CAPV (4,31), como para el conjunto del Estado (4,19). Asimismo su valor representa la mitad del que presentan las coberturas más altas de todo el Estado, correspondientes a Castilla y León (7,42) y Castilla-La Mancha (7,09), respectivamente. La posición relativa de Gipuzkoa mejora sin embargo en lo que atañe a la cobertura de plazas en centros de titularidad pública. En este caso, la cobertura guipuzcoana (1,88) supera no solo a la del conjunto del Estado (1,17), sino también a la de la CAPV (1,59) y se sitúa en la sexta posición con una cobertura más elevada. Sin embargo, estos datos, sólo reflejan parcialmente la oferta residencial pública dirigida a las personas mayores, ya que no tienen en cuenta las plazas que pese a estar en centros privados son financiadas públicamente mediante la fórmula de la concertación o de la prestación económica vinculada al servicio.

orientadas a la financiación de plazas residenciales privadas no concertadas), el porcentaje de plazas de responsabilidad pública sería del 71% en el Estado, frente al 87% en Gipuzkoa, y la cobertura de responsabilidad pública del 3,13%, frente al 3,60% en Gipuzkoa, donde la PEVS es prácticamente residual.

[5] Ambas operaciones parten de un censo diferente de centros. Si se comparan los datos de 2013 de ambos estudios, se observa que mientras la Estadística de Servicios Sociales contabiliza un total de 127 centros y 5.904 plazas residenciales para personas mayores en Gipuzkoa, el informe previo publicado por Envejecimiento en Red consigna, para este mismo año, un total de 76 centros y 5.309 plazas.

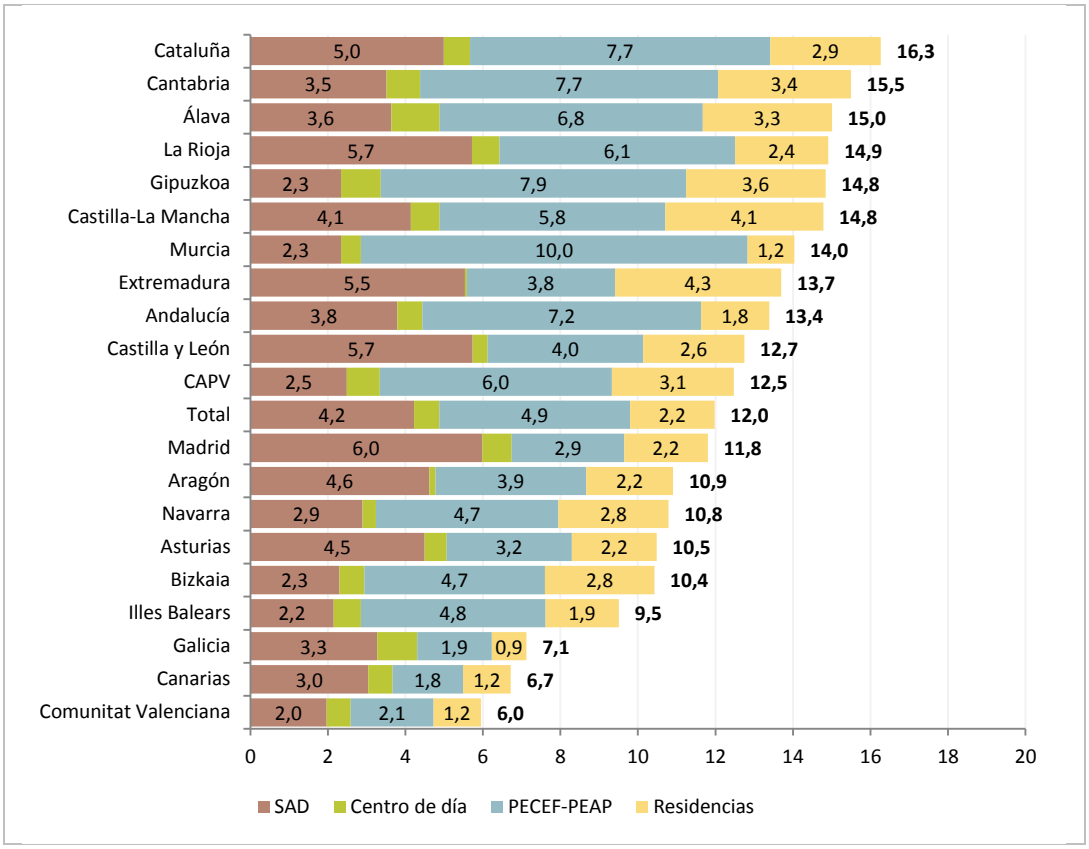
Gráfico 3. Cobertura de los centros que ofrecen a tención residencial a personas mayores, por titularidad de los centros y comunidad autónoma. 2014-2015



Nota: las coberturas están calculadas sobre la población de 65 y más años de cada comunidad autónoma o territorio y se expresan en porcentajes. No aparecen de forma diferenciada las coberturas de Ceuta y Melilla, si bien sus datos sí están incluidos en el total. Todos los datos corresponden a junio de 2015, excepto los de la CAPV y sus Territorios Históricos que corresponden a 2014.
Fuentes: INE. Revisión del padrón municipal; Los datos de la CAPV y sus Territorios Históricos han sido extraídos de la Estadística de Servicios Sociales y Acción Social 2014 del Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Los datos del resto de comunidades autónomas proceden, en cambio, de Envejecimiento en Red (2015).“Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de junio de 2015”. Madrid, Informes en Red, nº 13. [Fecha de publicación: 30/09/2015].

Otra manera de evaluar la situación de Gipuzkoa dentro del marco autonómico consiste en analizar la oferta residencial dentro de la cobertura conjunta de los principales servicios y prestaciones de atención a las personas mayores. En este caso, y según los datos que para 2013 proporciona el *Informe 2014 Las personas mayores en España* del IMSERSO, la cobertura pública conjunta de Gipuzkoa es de 14,8 y su cobertura residencial de 3,6 plazas por cada 100 personas de 65 y más años. Desde una perspectiva comparada, Gipuzkoa se sitúa a la cabeza entre los territorios que proporcionan una mayor cobertura pública, por detrás de Cataluña, Cantabria, Álava y La Rioja. Esta posición se debe, en buena medida, a una elevada cobertura de las prestaciones económicas de dependencia (solo Murcia se sitúa por encima), así como a una notable oferta pública residencial, tan sólo superada por Extremadura (4,3) y Castilla-La Mancha (4,1). Es importante también señalar que si en el conjunto de España las plazas residenciales constituyen el 18% de la oferta total de prestaciones y servicios para las personas mayores, en Gipuzkoa representan el 24% del total.

Gráfico 4. Cobertura conjunta de servicios y prestaciones de financiación pública* dirigidos a personas mayores, por comunidad autónoma. 2013



Nota: las coberturas incluidas en este gráfico hacen referencia exclusivamente a centros y servicios con financiación pública, están calculadas sobre la población de 65 y más años de cada comunidad autónoma o territorio, a fecha de 1 de enero de 2013, y se expresan en porcentajes. Las coberturas de Ceuta y Melilla no aparecen en el gráfico pero sus datos están incluidos en la cobertura media estatal.

SAD: la cobertura está calculada sobre el número de personas mayores atendidas a 31 de diciembre de 2013. Los datos de la CAPV han sido extraídos del Informe 2014 Las personas mayores en España. Por su parte, los datos de Álava y Gipuzkoa han sido extraídos de la base de datos de sus respectivos observatorios sociales (Arabakobehatokia, Behagi).

Centros de día (CD): la cobertura está calculada sobre el número de plazas de financiación pública correspondientes a los centros de día asistenciales para personas mayores. La cobertura de la CAPV ha sido extraída del Informe 2014 Las personas mayores en España. Los datos de Álava y Gipuzkoa se han obtenido a partir de la información proporcionada en sus respectivos observatorios sociales.

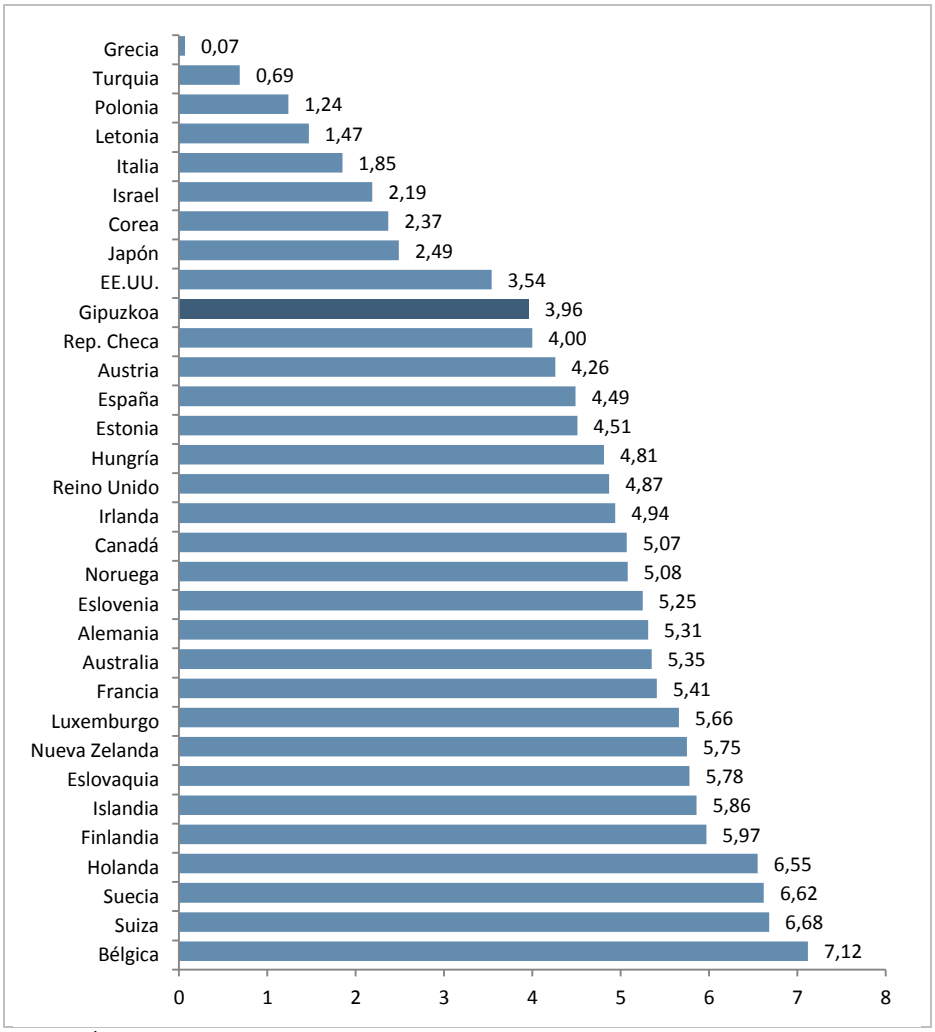
Residencias: la cobertura se ha calculado tomando como referencia el número de plazas de financiación pública de los servicios de atención residencial para personas mayores. Se incluyen en estos servicios tanto los centros residenciales como otras modalidades de alojamiento (viviendas etc.). Todos los datos, con la excepción de los relativos a la CAPV y sus territorios, han sido extraídos del Informe 2014 Las personas mayores en España. Para el ámbito de la CAPV, se han utilizado los datos provenientes de la Estadística de Servicios Sociales y Acción Social del Gobierno Vasco.

PECEF-PEAP: los datos sobre las prestaciones económicas de dependencia han sido extraídos del Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. En este caso, dada la no disponibilidad de datos desagregados por edad, la cobertura ha sido calculada a partir del número de personas beneficiarias de estas prestaciones a 31 de diciembre de 2013. Es decir, se han tenido en cuenta a todas las personas beneficiarias de estas prestaciones y no únicamente a las personas 65 y más años.

Fuentes: INE. Revisión del padrón municipal. Datos a 1 de enero de 2013; Fernández, J.N. (coord..) et al. (2015) *Las personas mayores en España. Informe 2014. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas.* Colección Documentos. Serie Documentos Estadísticos. IMSERSO: Madrid.

Finalmente, si la cobertura total guipuzcoana se compara con la que se registra a nivel internacional –sin tener en este caso en cuenta la titularidad de los centros o las plazas– se observa que la dotación de plazas es inferior a la que se registra en la mayor parte de los países de la OCDE. Si bien las cobertura guipuzcoanas están por encima de las que se registran en países como Japón, Estados Unidos o Austria, está muy por debajo de las coberturas que se registran en el norte y el centro de Europa, superiores en general al 5% de la población de 65 y más años.

Gráfico 5. Cobertura de plazas residenciales para personas mayores en los países de la OCDE. Número de plazas en relación a la población de 65 y más años (2014 o año más cercano)



Fuentes: Órgano Estadístico Específico del Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Estadística de Servicios Sociales y Acción Social 2014; OECD Health Statistics 2016. Long-term Care Resources and Utilisation.

2.4. La red actual de plazas forales en residencias para personas mayores en Gipuzkoa

Como se ha señalado en la introducción, una vez analizada la información sobre el conjunto de las plazas residenciales que existen en Gipuzkoa –es decir, tanto las de responsabilidad pública como las privadas, y tanto las ubicadas en centros residenciales como las ubicadas en viviendas o apartamentos–, se analizan ahora los datos disponibles en relación a las plazas disponibles en centros residenciales de responsabilidad foral para personas mayores dependientes, es decir, la dotación conjunta que suponen las plazas que son titularidad de la DFG y las que están directamente concertadas por esta institución, independientemente de que su gestión corresponda a otra entidad pública (ayuntamientos), a una entidad sin fin de lucro o a una entidad mercantil, con fin de lucro.

A 31 de diciembre de 2015, la Diputación Foral de Gipuzkoa cuenta con una red de plazas residenciales para personas mayores dependientes que asciende a 4.489 plazas. Estas plazas representan el 83,3% de todas las plazas autorizadas en residencias (5.389 plazas) y en torno a un 74% de todas las

plazas en servicios sociales residenciales para personas mayores[6]. Es importante señalar por otra parte que el 97% de las plazas municipales, y el 80% de las plazas privadas, están concertadas con la administración foral.

Tabla 6. Número de plazas autorizadas y forales en residencias para personas mayores, por tipo de centro. Gipuzkoa. 2015

	Centros	Plazas			
		Nº plazas autorizadas	Nº de plazas forales (propias y concertadas)		
		Nº	Nº	% de concertación	Distribución (%)
Centros concertados/convenidos	52	4.318	3.652	84,6	81,4%
- Centros municipales	*16*	*1.336*	*1.297*	97,1	*28,9%*
- Centros privados	*36*	*2.982*	*2.355*	79,0	*52,5%*
Centros propios forales	10	966	837	86,6	18,6%
Centros no concertados	2	105	0	0,0	0,0%
Total	64	5.389	4.489	83,3	100,0%

Fuente: Cartera de Servicios. Anexo 2015. Departamento de Políticas Sociales. Diputación Foral de Gipuzkoa.

Las principales características de la red de atención residencial foral a las personas mayores dependientes son, en cuanto a la financiación, la titularidad y la gestión de las plazas, las siguientes:

- **Cuatro de cada diez centros de la red foral de atención residencial a personas mayores son de titularidad pública.** La red foral de plazas actual está conformada por un total de 62 centros, de los cuales 36 son de titularidad privada[7] y son 26 públicos (el 42%). Entre las residencias de titularidad pública, 10 son centros propios forales y 16 son residencias municipales con las que la DFG concierta un total de 1.297 plazas. En total los centros públicos ofrecen el 47,5% de las plazas forales existentes.
- **Algo más de 8 de cada 10 plazas forales son concertadas.** Los centros concertados, 52 en total, disponen de 4.318 plazas autorizadas. De todas ellas, estos centros conciertan con la Diputación Foral de Gipuzkoa casi el 85% (3.652 plazas). Estas plazas representan el 81% de la red de plazas forales. Aunque la mayoría de estas plazas (2.355), el 64%, se encuentran en residencias privadas, el 36% están ubicadas en centros residenciales de titularidad municipal.
- **Entre los centros propios forales, la gestión indirecta es la predominante.** De los diez centros propios de los que dispone la DFG, sólo uno de ellos –el de la Residencia Egogain, de Eibar– es de gestión directa. De los nueve restantes, seis son de gestión indirecta y tres se encuentran en régimen de concesión administrativa. En general, de las 837 plazas forales[8] con las que cuentan estos centros, sólo 142 (el 17%) corresponden a plazas ubicadas en centros de gestión directa.
- **La fórmula de gestión mayoritaria entre los centros municipales es la gestión directa.** Al menos hasta la constitución de Kabia, de las 16 residencias municipales con las que la DFG concertaba plazas, 11 contaban con la fórmula de gestión directa (81% de las plazas), mientras que cinco de ellas eran gestionadas de manera indirecta (19% de las plazas).

[6] Este porcentaje ha sido calculado considerando las 5.389 plazas autorizadas en residencias y las 653 plazas municipales en apartamentos tutelados y viviendas comunitarias existentes en Gipuzkoa.
[7] Existen plazas autorizadas de residencias en 64 centros, sin embargo, dos de ellos, que en total disponen de 105 plazas, no conciertan actualmente ninguna plaza con la DFG.
[8] Pese a que los centros propios de la DFG cuentan con un total de 966 plazas, sólo 837 son plazas forales.

2.4.1. Comparación con el resto de territorios de la CAPV

Si los datos de Gipuzkoa se comparan con los de otros territorios de la CAPV, se observan importantes diferencias no sólo en cuanto al alcance de las plazas de responsabilidad foral, sino también en cuanto a su titularidad.

Si la atención se centra estrictamente en las plazas propias y en las convenidas o concertadas, la información disponible pone de manifiesto que la cobertura que resulta en 2015 para Gipuzkoa (2,97%) resulta significativamente superior tanto a la de Bizkaia (2,03%), como, sobre todo, a la de Álava (1,60%). La cobertura guipuzcoana sigue siendo también la más elevada cuando se consideran las plazas asignadas por la Prestación Económica Vinculada al Servicio (PEVS), pese a la cobertura especialmente reducida de esta prestación en nuestro territorio. En este caso, no obstante, las diferencias interterritoriales en la cobertura son mucho menores, sobre todo, entre Gipuzkoa (3,05%) y Álava (2,81%), debido a que en este territorio las plazas asignadas a través de la PEVS representan una cobertura del 1,21%, frente a coberturas mucho más bajas en Bizkaia (0,10%) y Gipuzkoa (0,08%), respectivamente.

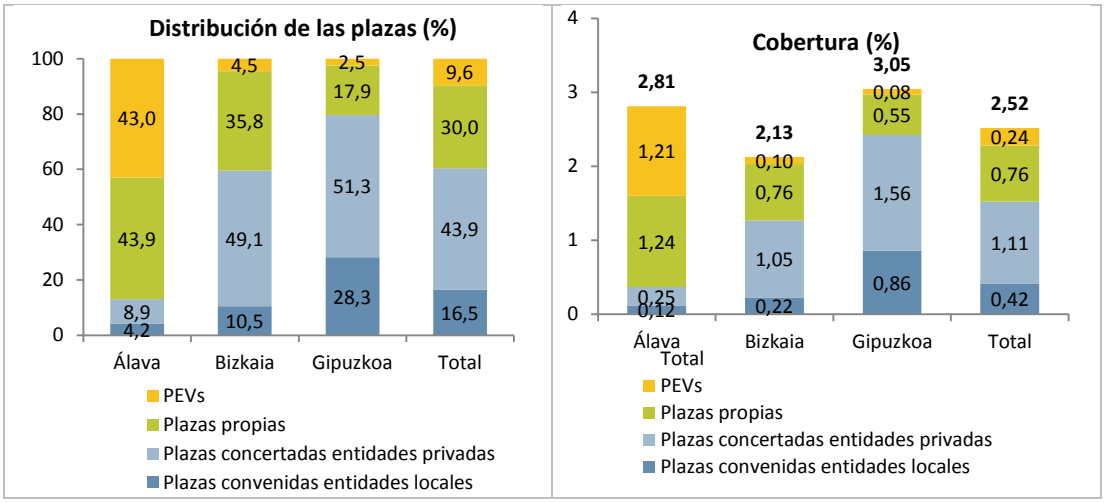
Tabla 7. Número de plazas forales en servicios residenciales para personas mayores en función de su titularidad, por Territorio Histórico. 2015

	Álava	Bizkaia	Gipuzkoa	Total
Plazas convenidas/concertadas	233	3.159	3.650	7.042
- Con entidades municipales	*75*	*556*	*1.297*	1.928
- Con entidades privadas	158	2.603	*2.353*	5.114
Plazas propias	780	1.897	823	3.500
Total plazas	1.013	5.056	4.473	10.542
PEVS	764	241	114	1.119
Total plazas + PEVS	1.777	5.297	4.587	11.661
Total cobertura (plazas)	1,604%	2,032%	2,970%	2,279%
Total cobertura (plazas + PEVS)	2,814%	2,129%	3,046%	2,521%

Nota: los datos de esta tabla recogen las plazas de responsabilidad foral (es decir, financiadas por las Diputaciones Forales) en cada uno de los Territorios Históricos de la CAPV. No se incluyen en ningún Territorio Histórico las plazas temporales.
Fuentes: Álava: Diputación Foral de Álava; Bizkaia: Memoria 2015. Departamento de Acción Social. Diputación Foral de Bizkaia; Gipuzkoa: Cartera de Servicios. Anexo 2015. Departamento de Políticas Sociales. Diputación Foral de Gipuzkoa.

Tal y como se ha señalado, las diferencias son también ostensibles entre los tres Territorios Históricos cuando se analiza la provisión de los servicios residenciales forales. Como se observa en el siguiente gráfico, el modelo alavés difiere sustancialmente del de los otros dos territorios. Frente a Bizkaia y Gipuzkoa, Álava cuenta no sólo con un mayor peso relativo de la PEVS (representan el 43% de las plazas residenciales en servicios integrados en el Sistema Vasco de Servicios Sociales), sino también, con una proporción de plazas propias, de titularidad pública, mayor (43,9%). Del conjunto de plazas forales provistas en este territorio, sólo un 13,1% son plazas concertadas o convenidas. La provisión de estas plazas resulta algo más parecida entre Bizkaia y Gipuzkoa, caracterizados ambos territorios por el papel preeminente que ocupa el recurso a la concertación con entidades privadas (estas plazas representan en torno a un 50% de todas las plazas forales, incluidas las asignadas a través de la PEVS) y por una cobertura de la PEVS relativamente baja. Entre Bizkaia y Gipuzkoa, las principales diferencias radican en un mayor peso relativo de las plazas propias en el caso de la Diputación Foral de Bizkaia (el 36%, frete a un 18% de Gipuzkoa) y por una mayor proporción de plazas convenidas con entidades locales en Gipuzkoa (el 28,2%, frente al 10,5% de Bizkaia).

Gráfico 6. Distribución y cobertura de las plazas forales en servicios residenciales para personas mayores en función de su titularidad, por Territorio Histórico. 2015



Nota: los datos de esta tabla recogen las plazas de responsabilidad foral (es decir, financiadas por las Diputaciones Forales) en cada uno de los Territorios Históricos de la CAPV.
Fuentes: Álava: Diputación Foral de Álava; Bizkaia: Memoria 2015. Departamento de Acción Social. Diputación Foral de Bizkaia; Gipuzkoa: Cartera de Servicios. Anexo 2015. Departamento de Políticas Sociales. Diputación Foral de Gipuzkoa.

2.4.2. *La evolución de las plazas forales entre 2008-2015*

Durante los últimos años, la red de plazas forales en residencias para personas mayores en Gipuzkoa ha experimentado un ligero crecimiento. Entre 2008 y 2015 el número de plazas residenciales autorizadas por la DFG se ha incrementado en un 6,9%, pasando de 5.041 plazas a 5.389. La misma evolución han experimentado las plazas con financiación foral, que en estos ocho años se han visto incrementadas en 302 plazas, pasando de 4.187 a 4.489 (lo que supone un incremento del 7,2%).

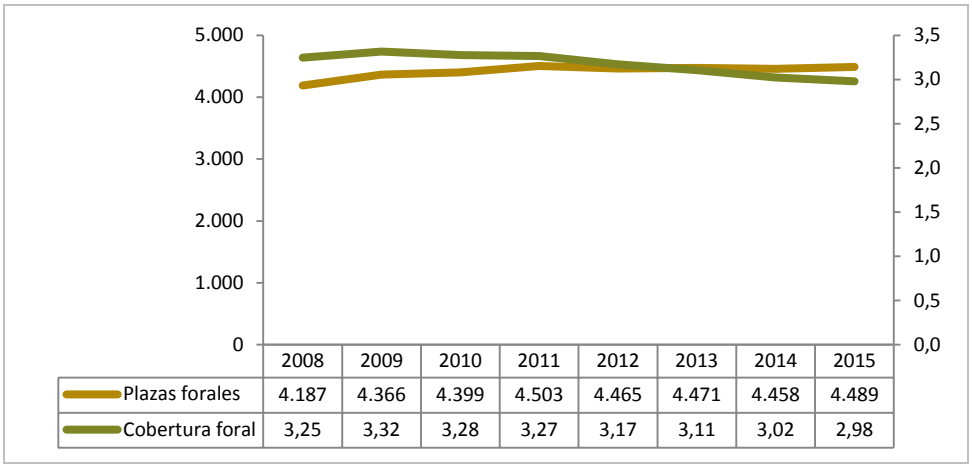
Tabla 8. Evolución del número de plazas autorizadas y forales para personas mayores, por tipo de plaza. Gipuzkoa. 2008-20115

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2008-15
Plazas autorizadas									
Permanentes	4.736	4.839	4.850	4.716	4.761	4.719	4.771	4.738	0,0%
Psicogeriátricas	226	290	319	430	507	522	522	540	138,9%
Sociosanitarias	65	90	95	95	95	95	95	95	46,2%
Temporales	14	14	14	16	16	16	16	16	14,3%
Total	5.041	5.233	5.278	5.257	5.379	5.352	5.404	5.389	6,9%
Plazas forales									
Permanentes	3.887	3.972	3.971	3.870	3.832	3.838	3.825	3.838	-1,3%
Psicogeriátricas	221	290	319	522	522	522	522	540	144,3%
Sociosanitarias	65	90	95	95	95	95	95	95	46,2%
Temporales	14	14	14	16	16	16	16	16	14,3%
Total	4.187	4.366	4.399	4.503	4.465	4.471	4.458	4.489	7,2%

Fuente: Behagi. Departamento de Políticas Sociales. Diputación Foral de Gipuzkoa.

A pesar de que el número de plazas forales se ha incrementado en un 6,7% entre 2008 y 2015, si la cobertura de estas plazas se calcula considerando la población de 65 y más años, se observa una tendencia decreciente de la misma, ya que en este periodo, la población mayor ha aumentado en mayor medida (17%).

Gráfico 7. Evolución de las plazas y la cobertura foral para personas mayores. Gipuzkoa 2008-2015



	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Plazas forales	4.187	4.366	4.399	4.503	4.465	4.471	4.458	4.489
Cobertura foral	3,25	3,32	3,28	3,27	3,17	3,11	3,02	2,98

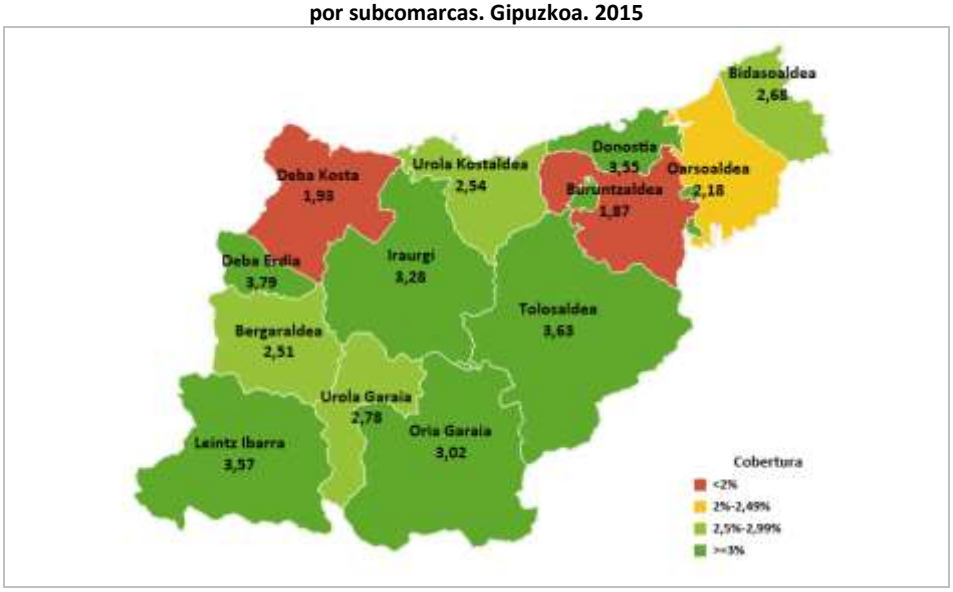
Fuente: Behagi. Departamento de Políticas Sociales. Diputación Foral de Gipuzkoa.

Si se atiende, por otra parte, a la modalidad de las plazas forales, se observa que aquellas que han experimentado un crecimiento mayor son las plazas psicogeriátricas –han pasado de 221 en 2008 a 540 en 2015)– y las sociosanitarias, de 85 a 95 plazas, es decir, aquellas dirigidas a personas mayores que presentan necesidades especiales, ya sea porque se encuentran afectadas por procesos demenciales y presentan algún trastorno del comportamiento (psicogeriátricas), ya sea porque requieren de una atención sanitaria y social simultánea (sociosanitarias).

2.4.3. *La implantación territorial de la red de plazas forales*

Otra de las características importantes de la red de residencias de Gipuzkoa es su sólida implantación territorial.

Gráfico 8. Cobertura de las plazas forales en residencias para personas mayores por subcomarcas. Gipuzkoa. 2015



Fuente: Behagi. Departamento de Políticas Sociales. Diputación Foral de Gipuzkoa.

Como se observa en el gráfico anterior, de las trece subcomarcas en las que se divide el territorio, únicamente tres (Deba Kosta, Buruntzaldea y Oarsoaldea) cuentan con coberturas inferiores al 2,5%, es decir, en ellas hay menos de 2,5 plazas forales por cada 100 personas de 65 y más años. Por el contrario, seis de las trece subcomarcas en que se organiza el territorio guipuzcoano cuentan con coberturas que superan el 3%.

Tabla 9. Evolución del número de plazas forales para personas mayores, por subcomarca. Gipuzkoa. 2008-2015

	2008			2015			2008-15	
	Nº plazas	Cobertura	Ranking**	Nº plazas	Cobertura	Ranking**	Nº plazas (Dif.)	Cobertura (%)*
Bergaraldea	104	3,01	7ª	99	2,51	10ª	-5	-17%
Bidasoaldea	304	2,34	11ª	426	2,68	8ª	+122	15%
Buruntzaldea	256	2,36	10ª	257	1,87	13ª	+1	-21%
Deba Erdia	308	4,28	1ª	286	3,79	1ª	-22	-11%
Deba Kosta	95	2,19	12ª	96	1,93	12ª	+1	-12%
Donostia	1.515	4,09	3ª	1.492	3,55	4ª	-23	-13%
Iraurgi	188	3,61	4ª	197	3,28	5ª	+9	-9%
Leintz Ibarra	274	3,28	5ª	350	3,57	3ª	+76	9%
Oarsoaldea	306	2,42	9ª	332	2,18	11ª	+26	-10%
Oria Garaia	239	3,13	6ª	258	3,02	6ª	+19	-4%
Tolosaldea	321	4,14	2ª	332	3,63	2ª	+11	-12%
Urola Garaia	144	2,73	8ª	166	2,78	7ª	+22	2%
Urola Kostaldea	133	2,16	13ª	198	2,54	9ª	+65	18%
Gipuzkoa	4.187	3,25	--	4.489	2,98	--	+302	-8%

*Expresa la variación porcentual de la cobertura de cada subcomarca entre 2008 y 2015.

**Ranking: expresa la posición de cada subcomarca en base a su cobertura, siendo 1ª la subcomarca con una cobertura mayor y 13ª la subcomarca con una cobertura menor.

Fuente: Behagi. Departamento de Políticas Sociales. Diputación Foral de Gipuzkoa.

Los datos de evolución de la cobertura a lo largo de los últimos ocho años en las diferentes subcomarcas de Gipuzkoa ponen de manifiesto lo siguiente:

- **Han disminuido las diferencias entre las subcomarcas.** Se ha producido durante el periodo analizado una convergencia de las coberturas subcomarcales. La desviación típica de las coberturas, que en 2008 era de 0,74, se ha reducido a 0,63 en 2015.
- **Importante reducción de las coberturas en aquellas subcomarcas que superaban el 4% en 2008.** Todas aquellas subcomarcas que en 2008 superaban una cobertura del 4% han reducido su cobertura en torno a un 12%. Se trata de las subcomarcas de Donostia (del 4,09 a un 3,55) y Deba Erdia (de un 4,28 al 3,79), que en este periodo han perdido algo más de 20 plazas cada una, y de Tolosaldea (del 4,14 a un 3,63), territorio en el que la reducción de la cobertura se ha producido por un incremento de plazas menor al aumento de la población de 65 y más años.
- **Sólo ha habido una ampliación de plazas forales en 3 de las 5 subcomarcas con coberturas inferiores al 2,5% en 2008.** De las cinco subcomarcas con una cobertura más baja en 2008, sólo tres de ellas (Bidasoaldea, Oarsoaldea y Urola Kostaldea) han visto aumentado su número de plazas forales, si bien en el caso de Oarsoaldea este incremento no ha sido lo suficientemente alto como para que la cobertura en estos ocho años haya aumentado. Por otro lado, Buruntzaldea y Deba Kosta han mantenido prácticamente estable su número de plazas, por lo que actualmente son las subcomarcas con una cobertura más baja.
- **En el resto de subcomarcas, cuyas coberturas estaban en 2008 próximas al 3%, los cambios han sido mínimos, con la excepción de Bergaraldea.** En términos generales las cinco subcomarcas restantes –es decir, aquellas con los valores más próximos al 3%–, son las que han re-

gistrado menos cambios en su cobertura. La única excepción es Bergaraldea que, con una diferencia de -5 plazas con respecto a 2008, ha pasado de una cobertura del 3,01% al 2,51% en 2015.

A modo de conclusión puede señalarse que durante el periodo 2008-2015 las diferencias de coberturas entre subcomarcas han tendido a reducirse. Con todo, esta reducción se ha debido en buena medida a la disminución que han registrado aquellas subcomarcas que en 2008 mantenían coberturas por encima del 4% (Donostia, Tolosaldea y Deba Erdia) y no tanto a un aumento de las subcomarcas que registraban una cobertura más baja: de las cinco subcomarcas con una cobertura más reducida en 2008, todas ellas por debajo del 2,5%, tres de ellas tienen en 2015 una cobertura todavía menor. Se trata de Oarsoaldea (2,18), Deba Kosta (1,93) y Buruntzaldea (1,97). En términos absolutos, destaca el importante esfuerzo realizado en las subcomarcas de Bidasoaldea y Urola Kostaldea, donde el número de plazas forales ha aumentado en 65 y 122 plazas, respectivamente.

2.4.4. *La adecuación de la cobertura a los objetivos del Mapa de Servicios Sociales de la CAPV*

Según se desprende del Mapa de Servicios Sociales de la CAPV los centros residenciales para personas mayores (2.4.1) son servicios de competencia foral y proximidad alta lo que implica que deben ubicarse en ámbitos poblacionales de entre 15.000 y 50.000 habitantes, coincidiendo con las Áreas de Servicios Sociales. De acuerdo con este documento, se establece que para el año 2017 Gipuzkoa cuente con una cobertura del 3,006%. En términos de plazas, esta cobertura supone –bajo el supuesto de mantenimiento de la población estimada por el INE en el horizonte de 2017[9]– que para el próximo año Gipuzkoa debería contar con 4.622 plazas forales.

Tabla 10. Objetivos de cobertura del Mapa de Servicios Sociales y cobertura actual de los centros residenciales para personas mayores (2.4.1.). Gipuzkoa

	Mapa Servicios Sociales CAPV[1, 2]		Mapa Servicios Sociales Gipuzkoa[1]		Plazas forales Situación real[1]		PEVS
	Plazas	Cobertura	Plazas	Cobertura	Plazas[3]	Cobertura	Titulares[3]
1/01/2012	4.400 [87]	3,123%	--	--	4.487	3,185%	149
1/01/2013	--	--	--	--	4.449	3,092%	138
1/01/2014	--	--	--	--	4.455	3,019%	108
1/01/2015	--	--	4.470 (-152)[4]	--	4.442	2,950%	162
1/01/2016	--	--	--	--	4.489	2,924%	114
1/01/2017	4.622	3,006%	4.622	3,006%	--	--	

Notas: 1. No se incluyen en ningún caso las plazas temporales, debido a que el Mapa de Servicios Sociales de la CAPV considera que este tipo de plazas han incluirse dentro del servicio de respiro para personas mayores (2.5.). 2. Entre corchetes se incluyen las plazas asignadas por la PEVS. Este número es una desagregación del dato principal.3. Los datos sobre el número de plazas/titulares corresponden al 31-12 de cada año. Por ejemplo, para describir la situación a 1 de enero de 2012, se han utilizado los datos correspondientes al 31 de diciembre de 2011, y así sucesivamente. En todos los casos, los datos de población utilizados para calcular las coberturas se refieren a la población residente a 1 de enero de cada año. 4.El Mapa de Servicios Sociales de Gipuzkoa 2015-2017 estima que para alcanzar una cobertura de 4.622 plazas en 2017, la DFG tendría que aumentar su número de plazas en 152.

Fuentes: Plan Estratégico de Servicios Sociales de la CAPV 2016-2019; Mapa de Servicios Sociales de Gipuzkoa 2015-2017; Behagi. Departamento de Políticas Sociales. Diputación Foral de Gipuzkoa; INE. Estadística del Padrón Continuo.

[9] En el Mapa de Servicios sociales de la CAPV, el cálculo del número de plazas en centros de plazas residenciales para personas mayores fue calculado a partir de la Proyección de la población de España a Corto Plazo (2012-2022), realizada por el INE en 2012. Según esta operación, se preveía que en Gipuzkoa habría en 2017 un total de 153.737 personas de 65 y más años. Actualmente, en 2016, el número de personas de 65 y más años es, según los datos del Padrón Continuo de 152.983. A la vista de los datos de evolución observados, es muy posible que en 2017 el número de personas de 65 años sea algo mayor que el previsto (en los últimos cinco años, el incremento interanual medio ha sido de un 2,1% y, por tanto, superior al 0,5% que resultaría para 2017 en base a las estimaciones hechas), por lo que el número de plazas estimado sea, seguramente, inferior al que resulte de aplicar la cobertura propuesta a la población de 65 y más años en 2017.

En el momento en que fue elaborado el Mapa de Servicios Sociales de la CAPV, se estimaba que en 2012 Gipuzkoa contaba con 4.313[10] plazas en servicios integrados en el Sistema Vasco de Servicios Sociales y 87 plazas asignadas por la PEVS, con lo que el déficit, dentro del periodo 2012-2017, se situaba en 222 plazas. El Mapa también consideraba que las plazas asignadas por la PEVS "deberían tender a convertirse en plazas en servicios integrados en el SVSS (plazas ordinarias) antes del 25/12/2016".

Es preciso señalar también que, en lo que respecta a los centros residenciales para personas mayores (2.4.1), el Mapa determinó que, en Gipuzkoa, la cobertura se situaba por encima de la cobertura media de la CAPV, por lo que se optó porque se adoptara el objetivo propuesto por la administración directamente responsable de su provisión. En este caso, la Diputación Foral de Gipuzkoa estableció como objetivo reducir ligeramente la cobertura de un 3,12% en 2012 a casi un 3,01% en 2017, año en el que la cobertura de Gipuzkoa seguiría siendo, superior a la de Álava y Bizkaia. Tal y como puede observarse en la siguiente tabla, esta minoración de la cobertura no suponía una reducción de plazas. Las previsiones demográficas de aumento de la población mayor implicaban que pese a esta disminución, las plazas deberían incrementarse en un 5%[11].

Los datos de evolución a lo largo de los últimos años muestran, sin embargo, que entre 2012 y 2016 la evolución de las plazas forales (excluidas las temporales) se ha mantenido relativamente estable, de tal forma que entre 2012 y 2016 la diferencia de plazas forales es de 14 plazas menos. A partir de estas cifras se deduce que para llegar en 2017 a las plazas que convenía el Mapa de Servicios Sociales de la CAPV, la Diputación Foral debería aumentar su oferta en 149 plazas.

Tabla 11. Objetivos de cobertura del Mapa de Servicios Sociales para los centros residenciales para personas mayores (2.4.1), por Territorio Histórico. 2012-2017

	Álava	Bizkaia	Gipuzkoa	CAPV
01/01/2012				
Plazas	1.463 (483)	5.640 (587)	4.400 (87)	11.503
Cobertura (% personas 65 y más años)	2,519%	2,388%	3,123%	2,644%
01/01/2017				
Plazas	1.676	6.169	4.622	12.468
Cobertura (% personas 65 y más años)	2,611%	2,430%	3,006%	2,642%
Variación 2012-2017				
Plazas	213	529	222	965
% de variación	14,59%	9,38%	5,05%	8,39%

Notal: entre paréntesis se incluyen las plazas asignadas por la PEVS. Este número está incluido en el dato principal

Fuente: Mapa de Servicios Sociales de la CAPV.

El importante esfuerzo que suponían los objetivos marcados por el Mapa de Servicios Sociales se plasma también en las dificultades que presentan Álava y Bizkaia para alcanzar las coberturas propuestas. Tal y como puede observarse en el siguiente gráfico, la diferencia entre las plazas actuales, sin contar las PEVSs, y las plazas propuestas para 2017, es de 663 en Álava y de 1.113 plazas en Bizkaia. Si, de otro modo, se consideraran las PEVSs, el escenario para Álava mejoraría sustancialmente, ya que superaría la cobertura propuesta. Gipuzkoa, por su parte, se quedaría a 35 plazas del objetivo, mientras que Bizkaia aún tendría que aumentar su oferta en 872 plazas.

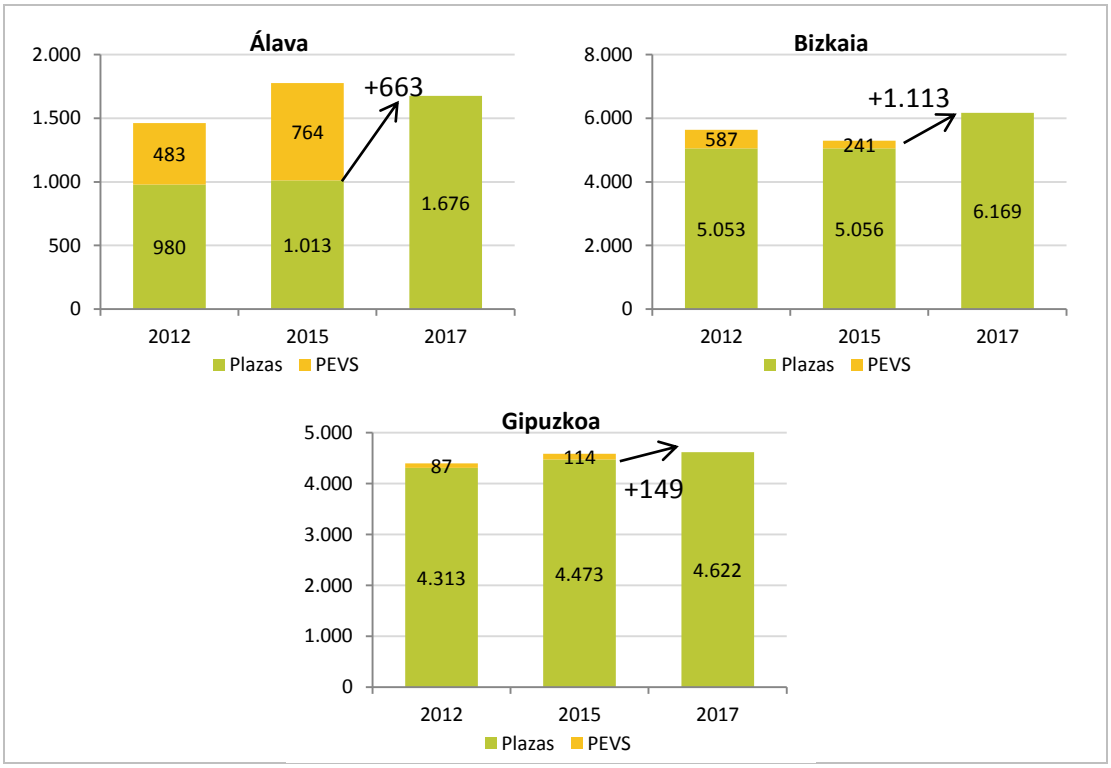
Sin contar las PEVSs, los datos de evolución de las plazas provistas por cada Diputación Foral sugieren que apenas se han registrado cambios entre 2012 y 2015. Tal y como se puede observar, Álava solo tiene 33 plazas más y Bizkaia tres. Sí se observan, en cambio, tendencias opuestas en lo tocan-

[10] De acuerdo con los datos de la DFG, es muy posible que esta cifra fuera subestimada, ya que a 31 de diciembre de 2012, el número de plazas forales, sin contar las plazas temporales, ascendía a 4.449 y que, un año antes, era de 4.487.

[11] Es más, si tal y como se establecía en el Mapa, las PEVS deberían tender a convertirse en plazas ordinarias antes de 2017, el incremento debería ser de un 7%.

te a las PEVSs. El recurso a la PEVS, que en Gipuzkoa se ha mantenido relativamente constante (87 en 2012 y 114 en 2015), en Álava ha registrado un importante incremento (483 titulares en 2012 y 764 en 2015), mientras que en Bizkaia los titulares de las mismas se han reducido a más de la mitad (587 PEVSs en 2012 y 241 en 2015).

Gráfico 9. Objetivos de cobertura del Mapa de Servicios Sociales y situación actual de los centros residenciales para personas mayores (2.4.1.), por Territorio Histórico



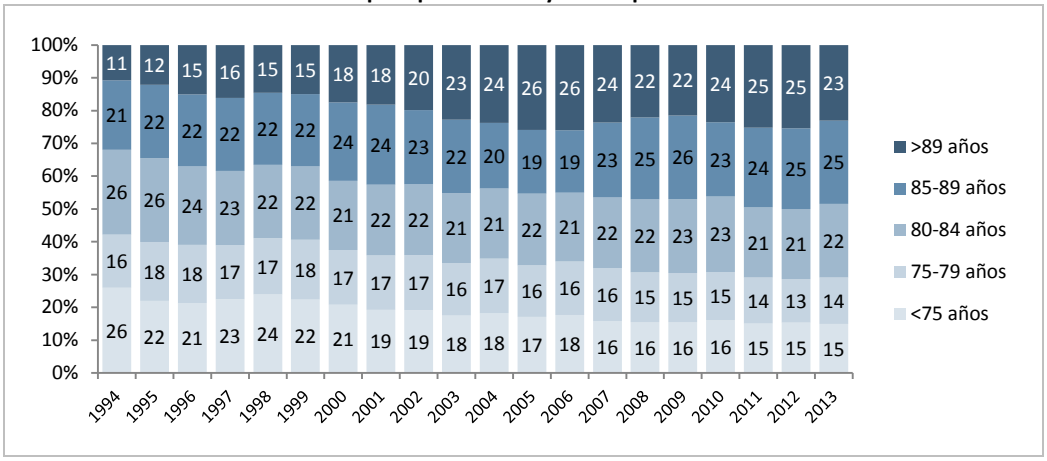
Fuente: elaboración propia.

2.5. Las personas usuarias de los centros residenciales y la demanda actual y futura de servicios residenciales para personas mayores

2.5.1. *Características básicas de las personas usuarias de los centros residenciales*

Como se señala en la parte cualitativa del informe, el perfil de las personas usuarias de los centros residenciales se ha ido modificando claramente con los años, de forma que los residentes –que siguen siendo mayoritariamente mujeres– acceden más tarde a las residencias, son más mayores, y presentan unas necesidades asistenciales, sobre todo de salud, más importantes. Los datos disponibles confirman desde luego el envejecimiento de la población usuaria de los centros residenciales: como se observa en el siguiente gráfico, las personas mayores de 80 años han pasado de representar el 58% de las personas usuarias en 1994 a casi un 70% en 2013.

Gráfico 10. Evolución de la distribución por grupos de edad de las personas usuarias de servicios residenciales para personas mayores. Gipuzkoa 1994-2013



Fuente: O.E.E.. Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Estadística de Servicios Sociales y Acción Social.

Como se señala en el capítulo siguiente, parece haberse producido, especialmente en los últimos años, un cierto retraso en la edad de ingreso, que si hasta 2013 se mantenía en torno a los 82 años, en 2015 se incrementa hasta los 84.

Tabla 12. Evolución de la edad media y de la distribución en función del sexo de las personas usuarias de centros residenciales forales. Gipuzkoa 2005-2015

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Edad media											
Altas	82	82	83	82	81	82	82	82	81	83	84
Bajas	84	84	84	85	84	84	84	84	84	85	85
Sexo*											
Hombres	29,4	30,2	30,1	30,9	30,6	31,0	31,0	30,8	30,6	30,4	29,9
Mujeres	70,6	69,8	69,9	69,1	69,4	69,0	69,0	69,2	69,4	69,6	70,1

Fuente: Cartera de Servicios. Datos Básicos. Oferta. Diputación Foral de Gipuzkoa.

Desde una perspectiva evolutiva, los datos sobre el índice de rotación sugieren que la permanencia por persona usuaria en los centros podría haberse reducido. En este sentido, los datos de evolución muestran que la rotación de las plazas se ha incrementado ligeramente en los últimos ocho años, en torno a un 8%, y que ha pasado de 1,22 a 1,32 personas usuarias por plaza. El aumento de la rotación ha sido especialmente elevado en las plazas psicogeriátricas (el 23%) y, mucho menor, en las permanentes (8%), que constituyen actualmente el 86% de la oferta foral. Por otra parte, se observa también una disminución de 12% del índice de rotación en las plazas sociosanitarias, lo que sugiere que, en esta modalidad específica, a diferencia del resto de plazas el tiempo de permanencia en ellas habría aumentado.

Tabla 13. Evolución del índice de rotación de las plazas forales en centros residenciales para personas mayores, por tipo de plaza. Gipuzkoa. 2008-20115

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Permanentes	1,18	1,21	1,16	1,26	1,30	1,24	1,26	1,28
Psicogeriátricas	1,12	1,20	1,18	0,89	1,23	1,34	1,34	1,38
Sociosanitarias	3,29	3,56	3,22	3,69	3,34	3,51	2,97	2,88
Total	1,22	1,26	1,21	1,27	1,33	1,30	1,30	1,32

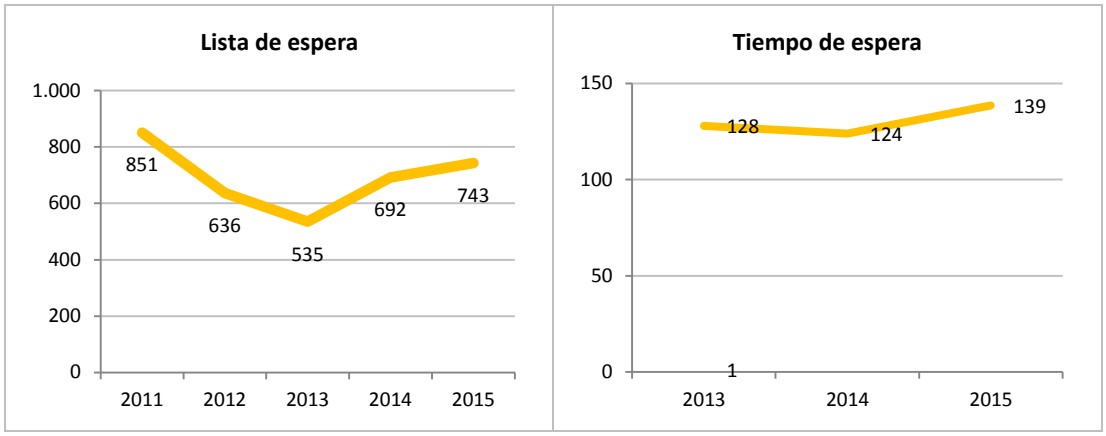
*Expresa el número de personas usuarias a lo largo del año por plaza. En el cómputo no se han incluido las plazas temporales.
Fuente: Behagi. Departamento de Políticas Sociales. Diputación Foral de Gipuzkoa.

El género de las personas usuarias se ha mantenido por el contrario estable (ver Tabla 12), constituyendo las mujeres, a lo largo de todos los años respecto a los que se dispone de datos, en torno al 70% del conjunto de las personas usuarias.

2.5.2. *Demanda actual y futura de plazas en servicios residenciales para personas mayores*

Tal y como se apunta en el Mapa de Servicios Sociales de Gipuzkoa 2015-2017, los datos relacionados con las listas de espera ofrecen información fiable sobre la demanda actual expresada no cubierta por la red pública de servicios sociales.

Gráfico 11. Evolución de la lista y del tiempo medio de espera (en días) para acceder a plazas residenciales forales para personas mayores. Gipuzkoa 2013-2015



Nota el tiempo medio de espera expresa el número medio de días naturales que transcurren entre la solicitud del servicio y el acceso al mismo en el caso de las personas que han accedido a lo largo de cada año a ese recurso.
Fuente: Behagi. Departamento de Políticas Sociales. Diputación Foral de Gipuzkoa.

En lo tocante a los centros residenciales para personas mayores de competencia foral, si se analiza la evolución de la lista de espera en los últimos cinco años se observa hasta el 2013 una progresiva reducción del número de personas en listas de espera para acceder a centros residenciales para personas mayores. Esta tendencia se ve interrumpida, sin embargo, en 2014 debido, en buena medida, al incremento del número de solicitudes de acceso. Actualmente, los datos disponibles a 31 de diciembre de 2015 señalan que la lista de espera para acceder a un centro residencial para personas mayores era de 743 personas y que el tiempo medio de espera entre la solicitud del servicio y el acceso al mismo es de 139 días.

¿Hasta qué punto ha de equiparse esta cifra al número de plazas necesarias para satisfacer adecuadamente la demanda existente? Según se señala en el Mapa de Servicios Sociales de Gipuzkoa 2015-2017, "el objetivo no debe ser la eliminación completa de las listas de espera de los centros, ya que para que su gestión sea eficiente es conveniente disponer de una *lista de espera técnica*, que no deberá ser nunca superior al 10% de la oferta de plazas para garantizar, al mismo tiempo, el aprovechamiento de las plazas que quedan libres en los centros (atendiendo a la ocupación y rotación) y el acceso a una plaza en un tiempo razonable".

A partir de estas consideraciones, los datos sobre la lista de espera existente en 2015 sugerirían que Gipuzkoa presenta ciertas necesidades de plazas en cuanto al acceso a los centros residenciales para personas mayores. Dejando al margen las cifras que pueden equipararse a lo que la DFG

considera una *lista de espera técnica* (el 10% de todas las plazas forales es 447), el número de plazas teóricamente necesarias para cubrir razonablemente la demanda actual ascendería a 298 plazas.

Tabla 14. Indicadores relacionados con la lista de espera en centros residenciales de competencia foral para personas mayores. 2015

	Tasa de ocupación	Índice de rotación	Tiempo de espera (días)	Plazas forales a 31 de dic.	Lista de espera		
					Total	*Técnica*	*No técnica*
Buruntzaldea	99,2	1,3	201,1	257	100	26	74
Oarsoaldea	99,4	1,3	181,6	332	107	33	74
Bidasoaldea	99,8	1,2	183,7	426	72	43	29
Leintz Ibarra	98,9	1,3	200,6	350	62	35	27
Donostia	98	1,4	108,9	1.476	173	148	25
Urola Garaia	99,4	1,4	124,6	166	35	17	18
Tolosaldea	98,8	1,3	151,7	332	48	33	15
Urola Kostaldea	99,5	1,3	123,4	198	32	20	12
Deba Kosta	99	1,3	80,7	96	19	10	9
Deba Erdia	94,4	1,2	84,5	286	35	29	6
Iraurgi	100	1,3	138,8	197	23	20	3
Oria Garaia	98,8	1,3	124,8	258	29	26	3
Bergaraldea	100	1,3	63,2	99	8	10	0
Gipuzkoa	98,6	1,3	138,5	4.473	743	447	298

Nota: no se incluyen en esta tabla las plazas temporales. El tiempo medio de espera expresa el número medio de días naturales que transcurren entre la solicitud del servicio y el acceso al mismo en el caso de las personas que han accedido a lo largo de cada año a ese recurso.
Fuente: Behagi. Departamento de Políticas Sociales. Diputación Foral de Gipuzkoa.

Desde el punto de vista territorial, el análisis de la lista de espera pone de manifiesto los siguientes déficits reales en 2015. En lo tocante a los centros residenciales para personas mayores, la lista de espera resultante una vez excluida la lista de espera técnica ascendería a 74 plazas en Buruntzaldea y Oarsoaldea, a 29 en Bidasoaldea, 27 en Leintz Ibarra y 25 en Donostia. Considerando que justo el 50% de la lista de espera "no técnica" puede atribuirse a dos únicas subcomarcas, todo parece apuntar a que Buruntzaldea y Oarsoaldea son los dos territorios que presentan claramente un déficit mayor de plazas.

2.6. Personal ocupado, condiciones laborales y ratios de atención

Analizados los datos disponibles en relación al número de centros y de plazas residenciales, así como las características de las personas atendidas, la satisfacción de la demanda, la implantación territorial y la adecuación a las previsiones del Mapa de Servicios Sociales, este apartado analiza los datos disponibles en relación al personal que presta sus servicios en los centros residenciales guipuzcoanos. También se ofrece información en relación a sus condiciones laborales (o, para ser más exactos, en relación a su remuneración) y en relación a las ratios de atención que se derivan de las dotaciones de personal registradas.

2.6.1. El personal ocupado en los centros residenciales

De acuerdo con las cifras que proporciona la Estadística de Servicios Sociales y Acción Social en 2013 el personal medio anual ocupado en los servicios residenciales para personas mayores en Gipuzkoa alcanzaba la cifra de 4.032 trabajadores y trabajadoras, de los cuales 2.488 formaban parte del personal propio de los centros y 1.544 (el 38%) eran trabajadores y trabajadoras subcon-

tratados de atención directa[12]. El importante volumen de personas ocupadas en este sector puede visualizarse a través del hecho de que éstas representan algo más de la mitad (el 51%) de todas las personas ocupadas en el núcleo central de los servicios sociales en Gipuzkoa[13] (7.908 trabajadores/as) y el 1,94% de la población ocupada en el sector servicios[14].

Tal y como cabría esperar –debido no sólo a su mayor dotación de plazas sino, también, a la mayor intensidad de la atención prestada–, de todas las personas ocupadas en los servicios residenciales para personas mayores (4.032), la gran mayoría (el 94%) corresponde a los centros residenciales, correspondiendo el 6% restante a las viviendas y los apartamentos. La información disponible muestra también que, debido fundamentalmente a la existencia de jornadas de trabajo a tiempo parcial, el número de personas ocupadas en este sector a dedicación plena equivalente (DPE) alcanza la cifra de 3.466, reduciendo, por tanto, en un 14% la cifra de ocupación actual.

Tabla 15. Indicadores sobre el personal ocupado en servicios residenciales para personas mayores. Gipuzkoa 2013

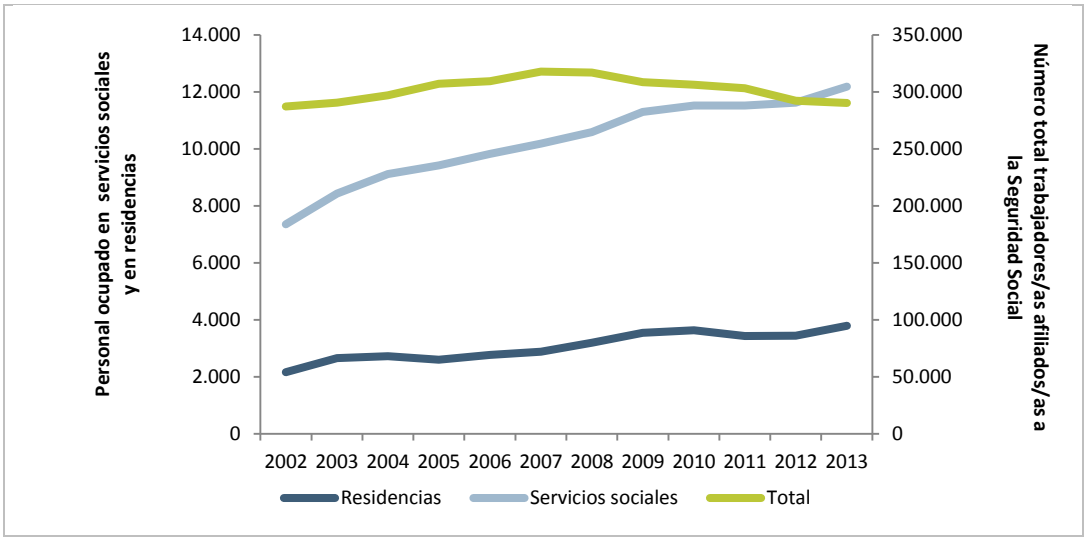
	Centros residenciales	Apartamentos tutelados y viviendas comunitarias	Total
Personal medio anual			
- Propio	2.377	111	2.488
- Subcontratado de atención directa	1.413	131	1.544
- Total	3.790	242	4.032
Personal medio anual a DPE*			
- Propio	2.095	39	2.134
- Subcontratado de atención directa	1.254	78	1.332
- Total	3.349	117	3.466

*Se trata del personal ocupado a dedicación plena equivalente. Para realizar esta estimación se ha considera que una jornada de trabajo anual equivale a 1.592 horas.
Fuente: O.E.E.. Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Estadística de Servicios Sociales y Acción Social.

Desde el punto de vista evolutivo, el siguiente gráfico pone de manifiesto la capacidad de generación de empleo que ha demostrado a lo largo de los últimos años el sector de los servicios sociales y, dentro de él, los centros residenciales para las personas mayores. Así, si entre 2008 y 2013 el número de ocupados descendió en Gipuzkoa en un 8%, en el ámbito de los servicios sociales creció en un 15% y en lo que se refiere a los centros residenciales en un 31%, pasando de poco más de 2.800 personas ocupadas a cerca de 3.800.

[12] Se trata de personas puestas a disposición de los centros de servicios sociales por empresas subcontratadas que prestan servicios de atención directa a las personas usuarias.
[13] Por núcleo central de los servicios sociales se entienden aquellos servicios y prestaciones más directamente vinculados a los recogidos en el Decreto 185/2915 de Cartera de Servicios Sociales.
[14] Los datos provienen de la Encuesta Población en relación con la actividad (PRA) de Eustat correspondiente al cuarto trimestre de 2013, que cifra la población ocupada en el sector servicios en 207,5 mil personas.

Gráfico 12. Evolución del personal ocupado en diversos sectores. Gipuzkoa 2002-2013



Fuentes: (1) O.E.E.. Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Estadística de Servicios Sociales y Acción Social. Los datos sobre residencias de 15 y más plazas, así como los del conjunto de los servicios sociales hacen referencia al personal medio anual ocupado en estos sectores e incluyen tanto el personal propio, como el subcontratado de atención directa.; (2) MEYSS. Afiliación de Trabajadores a la Seguridad Social. Datos a 31 de diciembre de cada año.

Cabe señalar, más brevemente, dos aspectos adicionales sobre el personal propio ocupado en los centros residenciales guipuzcoanos[15]. Por una parte, la elevadísima tasa de feminización del personal, que representa el 89% de todo el personal (aunque sólo el 76% del personal de dirección y administración), y, por otra, el elevado peso del personal sanitario que representa el 62% del personal propio, mientras que el personal de servicio representa el 23% y el técnico y educativo apenas algo menos del 7%.

Tabla 16. Personal propio de los servicios residenciales para personas mayores por ocupación y sexo. Gipuzkoa 2014**

	Personal propio total		Personal propio mujeres	
	Número	Distribución (%)	Número	Distribución (%)
Dirección-Administración	182	6,8	140	76,9
Personal de servicio	625	23,2	540	86,4
Personal sanitario	1.682	62,5	1.544	91,8
Personal técnico	92	3,4	84	91,3
Personal educativo	89	3,3	83	93,3
Otro personal	23	0,9	16	69,6
Total personal	2.693	100,0	2.407	89,4

*Los datos hacen referencia al 15 de diciembre de 2014 e incluyen tanto al personal propio de las residencias de 15 y más plazas, como al personal propio de los apartamentos tutelados y las viviendas comunitarias. Estos datos no incluyen, sin embargo, al personal subcontratado de atención directa, que en 2013 representaban el 38,4% de todo el personal ocupado en servicios residenciales para personas mayores en Gipuzkoa.

** Personal de dirección-administración : directores, técnicos, administrativos, y auxiliares; personal de servicio : mantenimiento, hostelería - cocina, limpieza, y otros servicios; personal sanitario : médicos, A.T.S., fisioterapeutas, auxiliares de clínica, terapeutas ocupacionales; personal técnico : logopedas, psicomotricistas, psicólogos, pedagogos, asistentes sociales y técnicos prevención de drogodependencias; personal educativo : educadores, puericultores, monitores, encargados y jefes de centros especiales de empleo, animadores socio-culturales.

Fuente: O.E.E.. Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Estadística de Servicios Sociales y Acción Social.

[15] Estos datos recogen únicamente la cualificación del personal propio de los servicios residenciales para mayores. No incluyen, sin embargo, la del personal subcontratado de atención directa, que representan algo más de la tercera parte de todo el personal ocupado en este sector, ya que la Estadística de Servicios Sociales y Acción Social no consigna esta información.

2.6.2. *Las ratios de atención*

Cuando el número de personas ocupadas a dedicación plena equivalente (DPE) al que se ha hecho previamente referencia se considera en relación al número de plazas disponible o al número de personas usuarias que proporciona la Estadística de Servicios Sociales y Acción Social, pueden obtenerse algunas ratios que, si bien no deben considerarse ratios de atención directa, ofrecen información de gran utilidad a la hora de analizar la dotación de personal de los servicios residenciales para personas mayores[16].

Tabla 17. Ratios de personal ocupado a DPE en servicios residenciales para personas mayores, por tipo de servicio y titularidad de los centros. Gipuzkoa 2013

	Pública	Privada	Total
Centros residenciales			
- Nº de plazas	2.429	2.914	5.343
- Nº de personas usuarias a 15 diciembre	2.347	2.679	5.026
- Nº de personas ocupadas a DPE*	1.485	1.864	3.349
- Ratio personas ocupadas a DPE* por plaza	0,611	0,640	0,627
- Ratio personas ocupadas a DPE* por usuario/a	0,633	0,696	0,666
Apartamentos tutelados y viviendas comunitarias			
- Nº de plazas	537	24	561
- Nº de personas usuarias a 15 diciembre	423	19	442
- Nº de personas ocupadas a DPE*	106	11	117
- Ratio personas ocupadas a DPE* por plaza	0,198	0,468	0,209
- Ratio personas ocupadas a DPE* por usuario/a	0,251	0,591	0,265
Total			
- Nº de plazas	2.966	2.938	5.904
- Nº de personas usuarias a 15 diciembre	2.770	2.698	5.468
- Nº de personas ocupadas a DPE*	1.591	1.875	3.466
- Ratio personas ocupadas a DPE* por plaza	0,536	0,638	0,587
- Ratio personas ocupadas a DPE* por usuario/a	0,574	0,695	0,634

*Se trata del personal ocupado a dedicación plena equivalente. Para realizar esta estimación se ha considera que una jornada de trabajo anual equivale a 1.592 horas.
Fuente: O.E.E.. Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Estadística de Servicios Sociales y Acción Social.

Los datos disponibles sobre las ratios de personal en servicios residenciales para personas mayores ponen de manifiesto que los centros residenciales de Gipuzkoa cuentan con una ratio de personal de 0,627 personas ocupadas a DPE por plaza, mientras que, en el resto de servicios residenciales de atención primaria ésta es, lógicamente, significativamente menor (0,209). La información disponible también sugiere que, a diferencia de lo que se observará más adelante en el caso de Álava y Bizkaia, en Gipuzkoa las ratios de personal de los centros de titularidad privada son superiores a los de titularidad pública, tanto en el caso de los centros residenciales[17], como en el del resto de modalidades residenciales. Concretamente, en el caso de los centros residenciales, la ratio de personal de los centros privados asciende a 0,696, esto es un 4,6% superior a la ratio que resulta en los centros de titularidad pública. Las diferencias que se observan en las ratios de atención de los apartamentos y viviendas comunitarias resultan mucho más abultadas, si bien estos datos no debieran

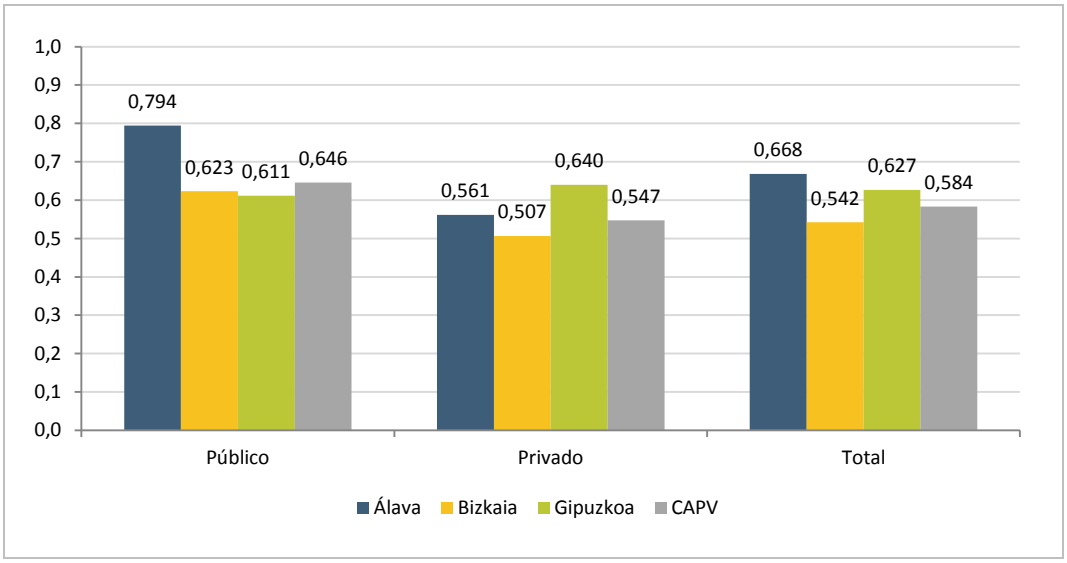
[16] Las ratios de personal que se ofrecen en este epígrafe están calculadas a partir del número total de personas ocupadas a DPE en los servicios residenciales para personas mayores. No pueden considerarse ratios de atención, en la medida en que en su cálculo se incluyen todas las funciones profesionales y no exclusivamente aquellas que entrañan una atención directa a las personas usuarias.

[17] Si bien las diferencias entre las ratios correspondientes a centros residenciales de titularidad pública y privada no son muy grandes, resulta muy llamativo el hecho de que la ratio en centros privados supere la de los centros de titularidad pública. Cabe apuntar como posible explicación el peso que dentro de los centros de titularidad pública tienen aquellos de gestión indirecta. Con todo, estos resultados deben ser interpretados de manera muy orientativa ya que han sido calculados a partir de datos agregados.

considerarse representativos debido a la reducida oferta de estos servicios en centros de titularidad privada.

¿Hasta qué punto las ratios observadas en Gipuzkoa resultan equiparables a las de los otros territorios históricos? Si la atención se centra exclusivamente en las residencias de más de 14 plazas –la mayor parte de las cuales, prestan atención a personas mayores con dependencia y, por tanto, con importantes de necesidades de atención–, se observan algunos datos de interés.

Gráfico 13. Ratios de personal ocupado a DPE por plaza de los centros residenciales para personas mayores, por titularidad de los centros y Territorio Histórico. 2013



Fuente: O.E.E.. Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Estadística de Servicios Sociales y Acción Social.

Uno de los datos más llamativos es la elevada ratio de personal alavesa en los centros de titularidad pública. En estos centros, la ratio asciende a 0,794 personas ocupadas a DPE por plaza lo que, en términos relativos, supone una ratio un 19% superior a la ratio en centros públicos de la CAPV y un 41% más elevada que la de los centros privados ubicados en el mismo territorio. A diferencia de lo anteriormente señalado para el caso de Gipuzkoa, en Bizkaia, al igual que en Álava, la ratio de personal de los centros de titularidad pública (0,623) es superior a la de los de titularidad privada (0,507). Sin embargo, en este caso, las diferencias entre ambas son algo menores: la ratio de personal de los centros públicos supera en un 23% a la de los centros privados.

Desde un punto de vista comparado, también es preciso señalar que Gipuzkoa no solo destaca por tener una ratio en centros privados ligeramente superior a la que se observa en los centros de titularidad pública, sino, también por tener las menores diferencias entre las dos redes de atención y por tener una mayor ratio, que la que se observa en los otros dos territorios, en los centros de titularidad privada.

2.6.3. *La remuneración del personal ocupado en los servicios residenciales para personas mayores*

Según la Estadística de Servicios Sociales y Acción Social, en Gipuzkoa, la retribución media anual[18] correspondiente al personal propio de los servicios residenciales para personas mayores alcanzó en 2014 los 33.729 euros anuales. Se trata de una cuantía un 4,8% inferior a la registrada en el conjunto de la economía vasca, que ese mismo año refería, según la Encuesta Anual de Coste Laboral del INE, una retribución media anual[19] de 35.426 euros. Si se compara la retribución media del personal asalariado en los servicios residenciales para personas mayores de Gipuzkoa con la de otros sectores económicos, los resultados sugieren que ésta se sitúa al mismo nivel que el sector servicios en su conjunto, pero resulta casi un 20% menor que la retribución media correspondiente al sector de la industria en el conjunto de la CAPV.

Tabla 18. Evolución de la retribución media anual (en euros corrientes) del personal asalariado de los servicios sociales y de la de asalariados de otros sectores de actividad. Gipuzkoa/CAPV 2008-2014

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	08-14 (%)
Total	33.414	34.332	34.896	34.985	35.071	35.609	35.426	6,0%
Industria	38.005	37.996	39.010	39.554	39.814	41.266	41.953	10,4%
Construcción	34.431	34.510	34.759	35.460	34.746	34.817	36.335	5,5%
Servicios	31.427	32.940	33.415	33.372	33.506	33.838	33.344	6,1%
Residencias mayores	30.659	30.076	32.261	33.876	34.107	33.909	33.729	10,0%

Nota: todos los datos de esta tabla, excepto los de servicios residenciales para personas mayores que son de Gipuzkoa, corresponden a la CAPV.
Fuentes: O.E.E.. Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Estadística de Servicios Sociales y Acción Social; INE. Encuesta Anual de Coste Laboral.

Obviamente, los datos considerados deben ser interpretados con las debidas cautelas. En primer lugar, porque se trata de cantidades medias y, por tanto, pueden esconder una amplia diversidad de situaciones pero, también, porque los datos que se comparan proceden de metodologías diferentes[20]. Con todo, la información disponible permite señalar, aunque sea de un modo muy tentativo, algunas tendencias significativas. En este sentido, considerando la evolución reciente que han tenido los salarios en la CAPV (ver Tabla 18), la retribución media en los servicios residenciales de

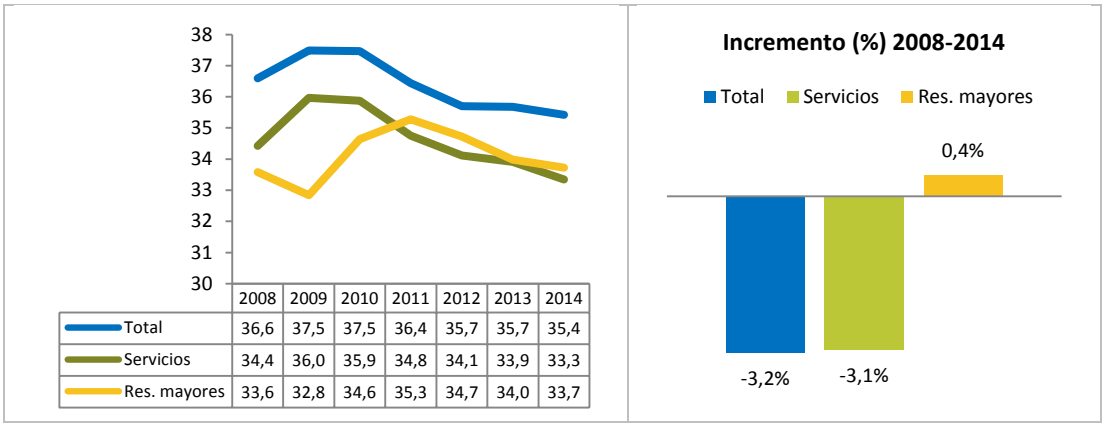
[18] En este concepto se considera la remuneración del personal asalariado según la clasificación SEC1995 - C4.02. Se incluye, por tanto, toda remuneración pagar por el personal empleador como contrapartida al trabajo realizado durante el periodo contable. En este caso, la remuneración salarial comprende tanto los sueldos y salarios (D.11), como las cotizaciones sociales a cargo del personal empleador (D.12). Asimismo, para el cálculo de la retribución media se han considerado las personas trabajadoras a EDP (empleo a dedicación plena) y, de forma específica, el personal propio a 15 de diciembre en equivalencia a jornada laboral de 35 horas/semanales. En todo caso, estos datos deben ser considerados a efectos meramente ilustrativos. La principal razón es que el cálculo de la retribución media se realiza en base exclusivamente al personal propio de los centros, es decir, a partir del número de personas que es contratada directamente por los centros. No se tienen en cuenta, por tanto, a aquellas personas puestas a disposición de los servicios residenciales por empresas subcontratadas que prestan servicios de atención directa a las personas usuarias y que suponen en 2013, por poner un ejemplo, el 66% de las personas ocupadas en los servicios residenciales de titularidad pública y un 16% de los de titularidad privada.

[19] Este dato ha sido extraído de la Encuesta Anual de Coste Laboral del INE. Dado que la operación estadística en cuestión diferencia con detalle cada uno de los parámetros que componen el coste laboral, han sido extraídos los mismos componentes que los considerados en la Estadística de Servicios Sociales y Acción Social del Gobierno Vasco. De este modo, al hablar de retribución media se han incluido todas las remuneraciones realizadas a los trabajadores por la prestación profesional de sus servicios laborales por cuenta ajena; incluye por tanto el salario base, complementos salariales, pagos por horas extraordinarias, pagos extraordinarios y pagos atrasados. Asimismo, también se han incluido todas las cotizaciones sociales a cargo del personal empleador.

[20] En el caso de la Estadística de Servicios Sociales y Acción Social, los datos obtenidos son censales y la información relativa a las retribuciones de las personas trabajadoras se recoge de forma agregada en el marco de los datos económicos de gasto corriente correspondiente a los centros de servicios sociales. Por otra parte, la Encuesta Anual de Coste Laboral es muestral (si bien el error de muestreo para la CAPV se sitúa por debajo de 1,4%) y en este caso, sí se trata de una operación específica pues su objetivo fundamental es conocer los niveles anuales de coste laboral medio por persona trabajadora, detallando sus principales componentes.

Gipuzkoa ha experimentado desde 2008 hasta 2014 un incremento superior (del 10%) al observado en el conjunto de la economía (que es del 6%). De hecho, si a la hora de analizar estos datos se detrae de ellos el incremento atribuido a las subidas del IPC anuales (ver Gráfico 14), lo que se observa es una disminución real de los salarios tanto en el caso de la economía vasca en su conjunto (-3,2%), como en el del sector servicios (-3,1%), pero no así en el sector residencial guipuzcoano, que (pese al decremento de 2009) logra mantener su retribución anual en niveles similares a los de 2008. De hecho, en ese periodo la remuneración en el sector pasa del 91% de la remuneración media en el conjunto de la economía al 95%.

Gráfico 14. Evolución de la retribución media anual del personal asalariado de los servicios sociales y de la de asalariados de otros sectores de actividad. Gipuzkoa/CAPV 2008-2014
(en miles de euros constantes)

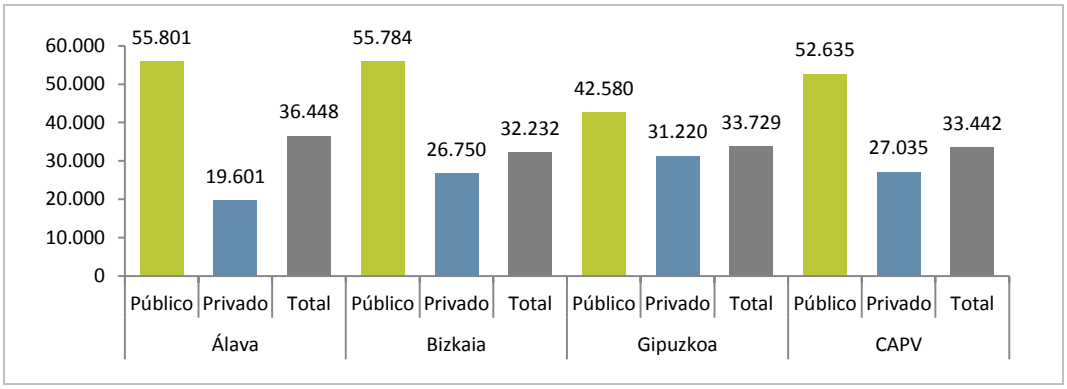


	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Total	36,6	37,5	37,5	36,4	35,7	35,7	35,4
Servicios	34,4	36,0	35,9	34,8	34,1	33,9	33,3
Res. mayores	33,6	32,8	34,6	35,3	34,7	34,0	33,7

Fuentes: O.E.E.. Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Estadística de Servicios Sociales y Acción Social; INE. Encuesta Anual de Coste Laboral; INE. Índice de Precios de Consumo (IPC).

Los datos procedentes de la Estadística de Servicios Sociales y Acción Social permiten también comparar los niveles retributivos del personal asalariado del sector de las residencias para mayores en Gipuzkoa de cada una de las dos redes, pública y privada, en las que pueden dividirse estos centros en base a su titularidad. Uno de los rasgos más llamativos que se observa en torno a esta cuestión, no sólo en Gipuzkoa sino también –y de forma más acusada– en Álava y Bizkaia, es la importante brecha salarial existente entre el personal propio de los centros públicos y el de los centros de titularidad privada (ver Gráfico 15).

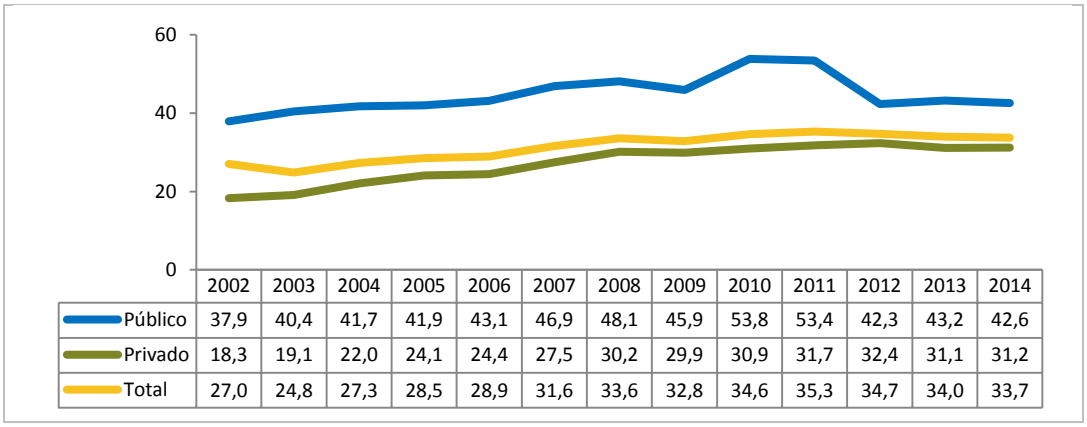
Gráfico 15. Retribución media anual (en euros) del personal asalariado de los servicios residenciales para personas mayores, por titularidad de los centros y Territorio Histórico. 2014



Fuentes O.E.E.. Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Estadística de Servicios Sociales y Acción Social.

Si se comparan los datos de Gipuzkoa con los de los otros dos territorios históricos, se observan también algunos hechos destacables. Tanto en Bizkaia, como, sobre todo, en Álava las diferencias entre la retribución media en los centros residenciales de titularidad pública y los de titularidad privada son mucho más elevadas que en Gipuzkoa, y aunque en ambos territorios éstas han disminuido (tal y como se verá más adelante), siguen siendo muy elevadas. En este sentido, es reseñable que tanto Álava como Bizkaia presentan retribuciones más altas que las observadas para Gipuzkoa en cuanto a los centros de titularidad pública pero significativamente menores en los centros de titularidad privada. A partir de esta información podría pensarse que en Gipuzkoa es menor que en los otros dos territorios el impacto que la titularidad de los centros tiene con respecto a la desigual retribución de los trabajadores.

Gráfico 16. Evolución de la retribución media anual del personal asalariado de los servicios residenciales para personas mayores, por titularidad de los centros. Gipuzkoa 2002-2014
(en miles de euros constantes)



	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Público	37,9	40,4	41,7	41,9	43,1	46,9	48,1	45,9	53,8	53,4	42,3	43,2	42,6
Privado	18,3	19,1	22,0	24,1	24,4	27,5	30,2	29,9	30,9	31,7	32,4	31,1	31,2
Total	27,0	24,8	27,3	28,5	28,9	31,6	33,6	32,8	34,6	35,3	34,7	34,0	33,7

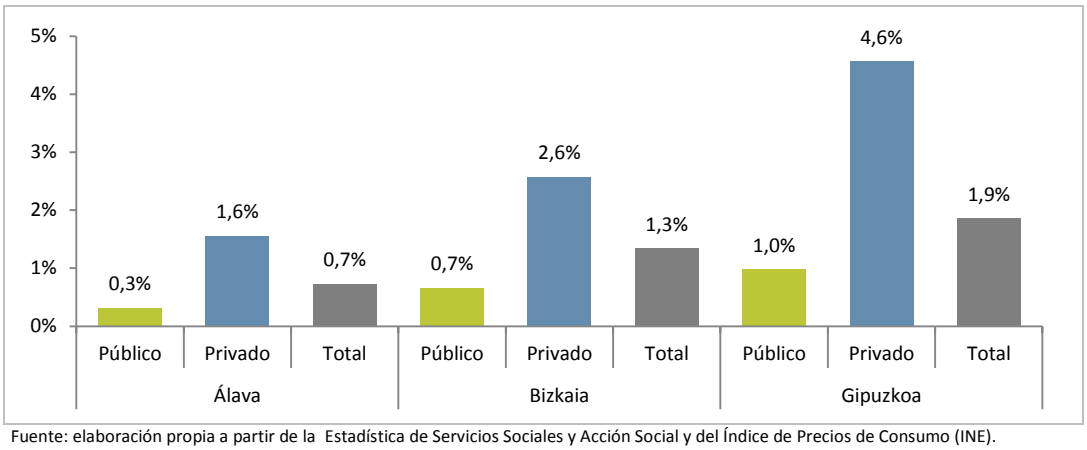
Fuentes: O.E.E.. Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Estadística de Servicios Sociales y Acción Social; INE. Índice de Precios de Consumo (IPC).

Por otra parte, y desde un punto de vista evolutivo, los datos disponibles para Gipuzkoa muestran que a lo largo de la última década la retribución media en ambas redes ha tendido a converger, de tal manera que si en 2002 la retribución media en centros de titularidad privada apenas alcanzaba el 48% de la correspondiente a los centros de titularidad privada, en 2014 la proporción es del 73%.

La razón de esta convergencia radica en que la retribución media en el sector privado ha aumentado más que la registrada en los centros de titularidad pública. Tal y como puede observarse en el Gráfico 17, donde los resultados se presentan en términos de euros constantes, para el periodo comprendido entre 2002 y 2014, el incremento interanual medio de la retribución correspondiente a los centros de titularidad privada se ha situado en un 4,6%, mientras que el de los centros de titularidad pública apenas habría sido de un 1% (debido sin duda a las medidas de contención del déficit público adoptadas por las administraciones públicas a lo largo de los últimos años).

Asimismo, si estas cifras se comparan con las obtenidas para los otros dos territorios, se observa que Gipuzkoa es el territorio en el que la retribución media del personal propio de los centros residenciales ha crecido en mayor medida. Esta consideración puede extenderse tanto a los centros de titularidad privada como a los de titularidad pública.

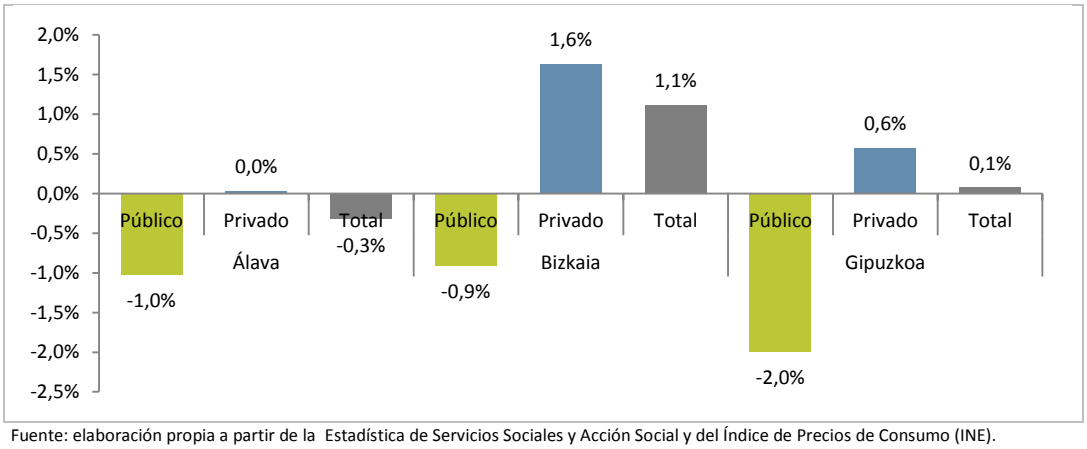
Gráfico 17. Incremento interanual medio en la retribución media anual (en euros constantes) del personal asalariado de los servicios residenciales para personas mayores, por titularidad de los centros y Territorio Histórico. Periodo 2002-2014



Fuente: elaboración propia a partir de la Estadística de Servicios Sociales y Acción Social y del Índice de Precios de Consumo (INE).

Se observan, por otra parte, algunas tendencias comunes a los tres territorios respecto a los últimos años del periodo analizado, ya que en todos ellos se producen descensos notables en la retribución media correspondiente a los centros de titularidad pública. A lo largo de estos últimos seis años, esta retribución ha descendido a un ritmo interanual del -2% en Gipuzkoa y en torno a un -1% en Álava y Bizkaia. En los centros de titularidad privada, por el contrario, y salvo en Álava donde se ha mantenido, la retribución media de las personas ocupadas en este sector logra aumentar por encima del IPC.

Gráfico 18. Incremento interanual medio en la retribución media anual (en euros constantes) del personal asalariado de los servicios residenciales para personas mayores, por titularidad de los centros y Territorio Histórico. Periodo 2008-2014



Fuente: elaboración propia a partir de la Estadística de Servicios Sociales y Acción Social y del Índice de Precios de Consumo (INE).

2.7. Análisis económico de los centros residenciales para personas mayores en Gipuzkoa: coste plaza, gasto y financiación

Una vez analizada la información relativa al personal ocupado y a las personas usuarias de los centros residenciales de Gipuzkoa, se analizan a continuación diversos parámetros económicos de los

centros residenciales para personas mayores. Para ello, se analizan en primer lugar los datos disponibles al coste medio de las plazas residenciales; se analiza posteriormente el conjunto del gasto realizado para el sostenimiento de estos centros y, finalmente, la estructura de financiación de ese gasto, con particular atención a la participación económica de las personas usuarias en la financiación de ese gasto.

2.7.1. El coste plaza en los centros residenciales guipuzcoanos

Las fuentes de datos para analizar el coste plaza de los centros residenciales guipuzcoanos que se han considerado para la elaboración de este epígrafe son dos. Por una parte, como en el resto de los apartados, se ha recurrido a la información que ofrece la Estadística de Servicios Sociales y Acción Social, de forma que se pueda establecer sobre las mismas bases metodológicas la evolución del coste plaza de los centros residenciales guipuzcoanos, además de comparar esos costes con los que se registran en los otros territorios de la CAPV. Sin embargo, dadas las limitaciones específicas de esa fuente de información, también se han utilizado datos internos de carácter administrativo, facilitados por la propia Diputación Foral, sobre el coste plaza de una serie de centros residenciales guipuzcoanos.

Antes de analizar los datos que recoge la Estadística de Servicios Sociales, debe tenerse en cuenta en primer lugar que el indicador económico gasto corriente/plaza se refiere al conjunto de los servicios residenciales para personas mayores, entre los que se incluyen tanto las residencias como los apartamentos tutelados y las viviendas comunitarias. Esta operación estadística sí diferencia en cambio los distintos parámetros de gasto en función de la población atendida por esos centros, distinguiendo entre las plazas para personas autónomas, para personas dependientes y las plazas mixtas. Tal y como puede observarse en la siguiente tabla, los datos correspondientes a 2013 ponen de manifiesto que el gasto corriente por plaza se situaba en 79,2 euros por día[21]. Los resultados muestran además que el gasto corriente/plaza de los servicios residenciales para personas autónomas (27,3 euros/día) representa la tercera parte de esta cuantía y que en los centros exclusivamente para dependientes –para los que esta estadística ha considerado 671 plazas de las 5.904 existentes– el gasto corriente/plaza es de 92,4 euros diarios.

Tabla 19. Gasto corriente/plaza de los servicios residenciales para personas mayores, por tipo de población destinataria de los centros. Gipuzkoa 2013

	Nº plazas	Gasto corriente/plaza (€/año)	Gasto corriente/plaza (€/día)
Autónomas	519	9.953	27,3
Dependientes	671	33.727	92,4
Mixtas	4.714	30.289	83,0
Total	5.904	28.918	79,2

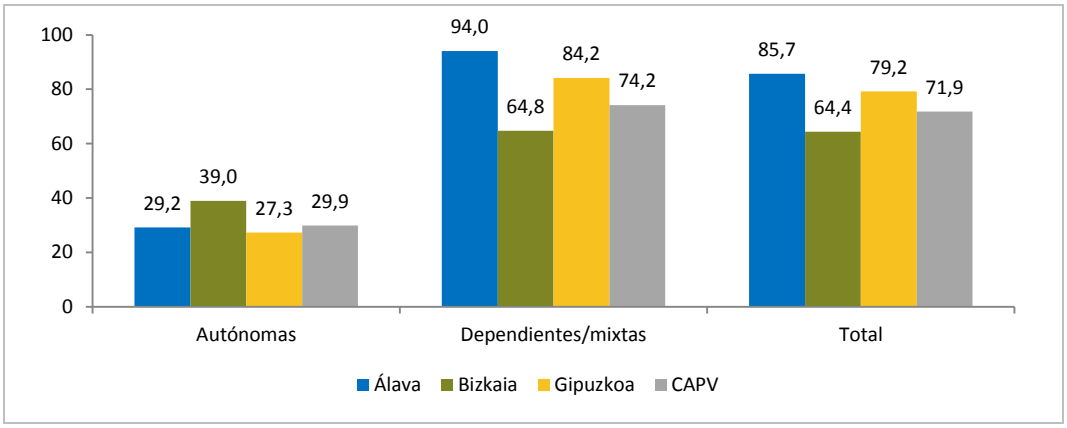
Fuente: Órgano Estadístico Específico del Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Estadística de Servicios Sociales y Acción Social.

Si se compara el gasto corriente/plaza entre los tres territorios y la atención se centra, de manera conjunta, en los centros para personas dependientes o de carácter mixto (en los que residen personas autónomas y dependientes), se observan importantes diferencias interterritoriales. Concretamente, los datos muestran que el gasto corriente/plaza de Gipuzkoa (84,2 euros/día) se encuentra por encima de la media de la CAPV (74,2 euros/día) y que su cuantía se sitúa a un nivel interme-

[21] Los datos más actuales de la Estadística de Servicios Sociales señalan que en 2014 el gasto corriente por plaza total fue algo superior, de 80,71 euros/día (29.459 euros/año). Sin embargo, aún no se ofrecen para este año datos desglosados por población destinataria.

dio entre la de Álava (casi 10 euros por encima) y la de Bizkaia (diez euros prácticamente por debajo).

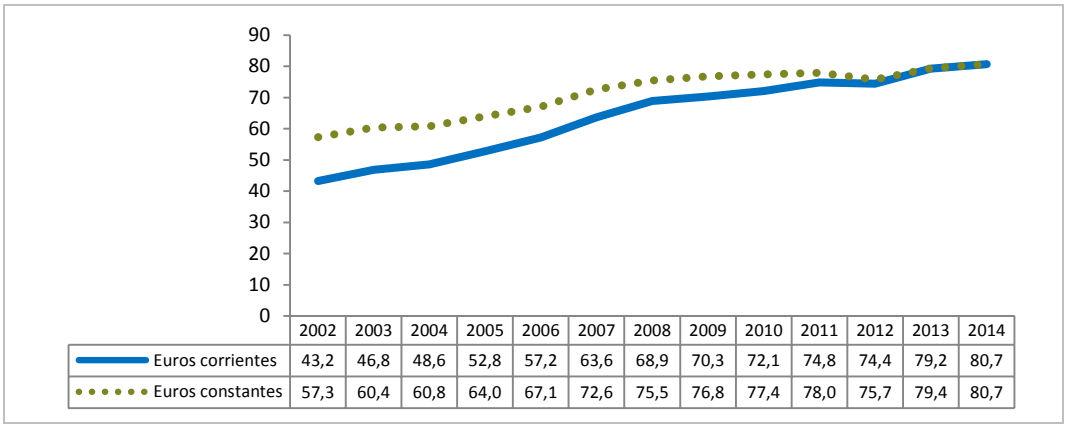
Gráfico 19. Gasto corriente/plaza (euros/día) de los servicios residenciales para personas mayores, por tipo de población destinataria de los centros y Territorio Histórico. 2013



Fuente: Órgano Estadístico Específico del Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Estadística de Servicios Sociales y Acción Social.

¿Cómo ha evolucionado el gasto corriente/plaza en Gipuzkoa a lo largo de los últimos años? Como se observa en el siguiente gráfico, en el que se recoge, desde 2002 y en euros constantes, el coste plaza por día de los servicios residenciales[22] para personas mayores, el gasto corriente por plaza ha crecido en un 40%, pasando de 57,3 euros diarios a los señalados 80,7. La mayor parte del incremento, en cualquier caso, se registra entre 2002 y 2009, estancándose el crecimiento del coste plaza desde 2008 en torno a los 77 euros diarios. Desde 2008, en términos de euros constantes, el crecimiento interanual medio del coste plaza ha sido del 1,1%. Cabe pensar que este estancamiento del coste plaza se debe, básicamente, al estancamiento en la retribución del personal de los centros públicos al que se ha hecho previamente referencia.

Gráfico 20. Evolución del gasto corriente/plaza en servicios residenciales para personas mayores. Gipuzkoa 2002-2014



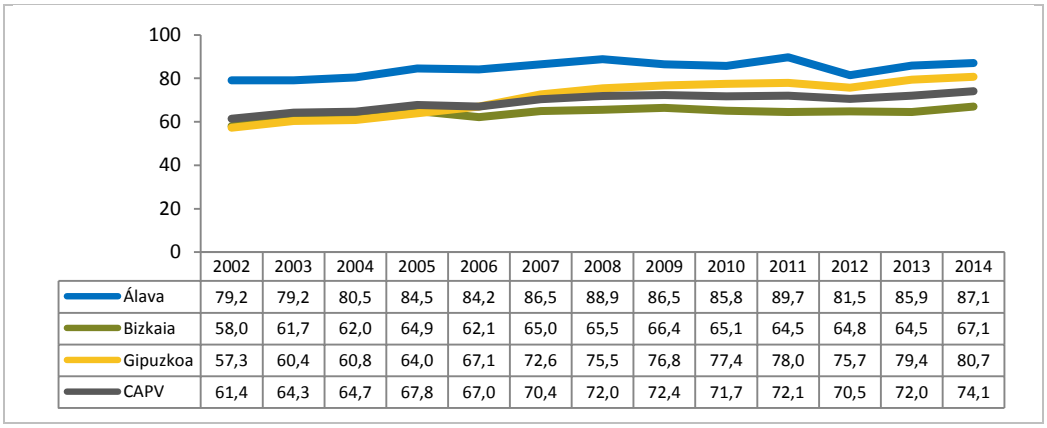
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Euros corrientes	43,2	46,8	48,6	52,8	57,2	63,6	68,9	70,3	72,1	74,8	74,4	79,2	80,7
Euros constantes	57,3	60,4	60,8	64,0	67,1	72,6	75,5	76,8	77,4	78,0	75,7	79,4	80,7

Fuentes: O.E.E.. Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Gobierno Vasco. Informe sobre el Gasto Público Corriente en Servicios Sociales; INE. Índice de Precios de Consumo.

[22] Dado que para el año 2014 no se dispone de datos desagregados en función de la población destinataria de los centros residenciales, los datos de evolución que se ofrecen a continuación hacen referencia al gasto corriente/plaza del conjunto de servicios residenciales para personas mayores.

Cuando, desde una perspectiva comparada, se analiza la evolución del coste plaza de los servicios residenciales para los tres territorios de la CAPV se observa claramente que, una vez descontado el efecto del IPC, el coste plaza de los centros guipuzcoanos es el que más ha crecido de los tres territorios.

Gráfico 21. Evolución del gasto corriente/plaza/día (en euros constantes) de los servicios residenciales para personas mayores, por Territorio Histórico. 2002-2014

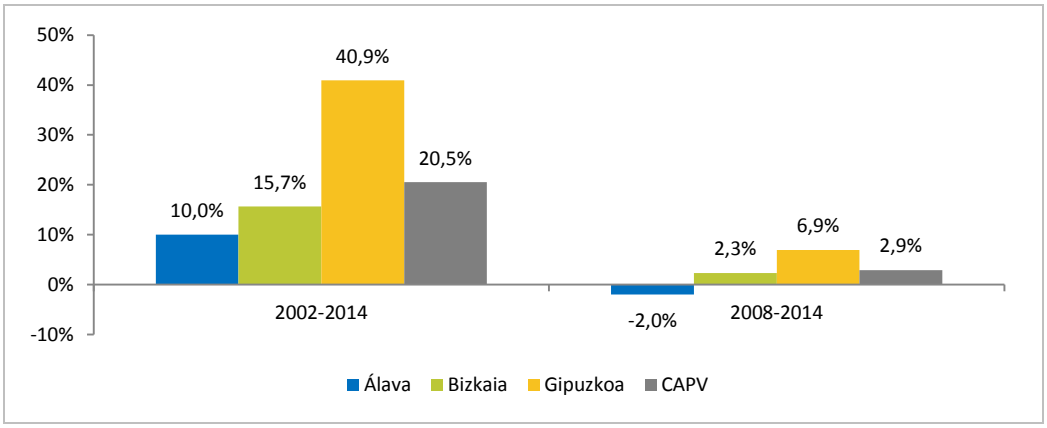


	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Álava	79,2	79,2	80,5	84,5	84,2	86,5	88,9	86,5	85,8	89,7	81,5	85,9	87,1
Bizkaia	58,0	61,7	62,0	64,9	62,1	65,0	65,5	66,4	65,1	64,5	64,8	64,5	67,1
Gipuzkoa	57,3	60,4	60,8	64,0	67,1	72,6	75,5	76,8	77,4	78,0	75,7	79,4	80,7
CAPV	61,4	64,3	64,7	67,8	67,0	70,4	72,0	72,4	71,7	72,1	70,5	72,0	74,1

Fuentes: O.E.E.. Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Gobierno Vasco. Informe sobre el Gasto Público Corriente en Servicios Sociales; INE. Índice de Precios de Consumo.

Si se toma como referencia el periodo 2002 a 2014 y se analiza la evolución en euros constantes, el gasto corriente/plaza en Gipuzkoa habría pasado de 57,3 euros/día a 80,7 lo que habría supuesto un incremento del 40,9% o, lo que es lo mismo, un crecimiento interanual constante del 2,9%. Frente a esta evolución, tanto Bizkaia como, sobre todo, Álava habrían registrado incrementos notablemente menores, de entorno al 16% y 10%, respectivamente para todo el período. El mayor ritmo de crecimiento guipuzcoano frente a los otros dos territorios se observa incluso en los últimos años del periodo considerado, una vez iniciada la crisis económica. Tal y como puede observarse, entre 2008 y 2014, el coste plaza aumenta en Gipuzkoa en un 6,9%, cuando en Bizkaia el incremento es del 2,3% y en Álava lo que se produce es una disminución de este coste medio en un 2%.

Gráfico 22. Incremento porcentual del gasto corriente/plaza (en euros constantes) en servicios residenciales para personas mayores, por Territorio Histórico y periodo. 2002-2014



Fuente: O.E.E.. Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Gobierno Vasco. Informe sobre el Gasto Público Corriente en Servicios Sociales.

No puede decirse, por otra parte, que el incremento del coste plaza haya sido a lo largo de los últimos años más elevado en los centros de titularidad pública que en los centros de titularidad privada.

La utilización de los datos de una muestra específica de los centros residenciales guipuzcoanos permite una visión algo más ajustada de la realidad del coste plaza de estos centros, y de las diferencias existentes en función de la titularidad de los mismos. Así, como se observa en la tabla siguiente, frente a los 80 euros diarios que recoge la Estadística de Servicios Sociales y Acción Social, el coste plaza medio de las residencias analizadas ascendería a 95 euros/día, oscilando el coste entre los 77 euros día de las residencias con ánimo de lucro y los 104 de las residencias municipales[23].

Tabla 20. Coste/plaza (en euros por día) de una muestra de centros residenciales para personas mayores en Gipuzkoa (2014)

	Plazas consideradas	Coste medio
Municipales	879	104,06 €
Sin ánimo de lucro	484	93,44 €
Con ánimo de lucro	365	77,82 €
Total	1.728	95,54 €

Fuente: elaboración propia a partir de datos del Departamento de Políticas Sociales. Diputación Foral de Gipuzkoa.

2.7.2. *La relación entre gasto corriente y tarifa de concertación*

Los datos estadísticos disponibles no permiten analizar en detalle la relación entre el coste plaza de los centros residenciales y su relación con la tarifa de concertación, debido a que sólo se dispone de datos agregados para el conjunto de los centros y a que no siempre es fácil discriminar entre los diversos tipos de centros (públicos, concertados, etc.) o entre las distintas modalidades de plazas (dependiente, asistida, psicogeriátrica, etc.). En todo caso, es posible disponer de algunos datos sobre la evolución del coste plaza que recogen las estadísticas oficiales y la evolución de la tarifa de concertación, así como también acerca del déficit o superávit que, siempre según esas estadísticas, registran los centros con plazas concertadas. El análisis sobre esta cuestión se completa con una comparación de las tarifas de concertación existentes en Gipuzkoa y las que se establecen en el resto de los Territorios Históricos de la CAPV y las CC.AA españolas.

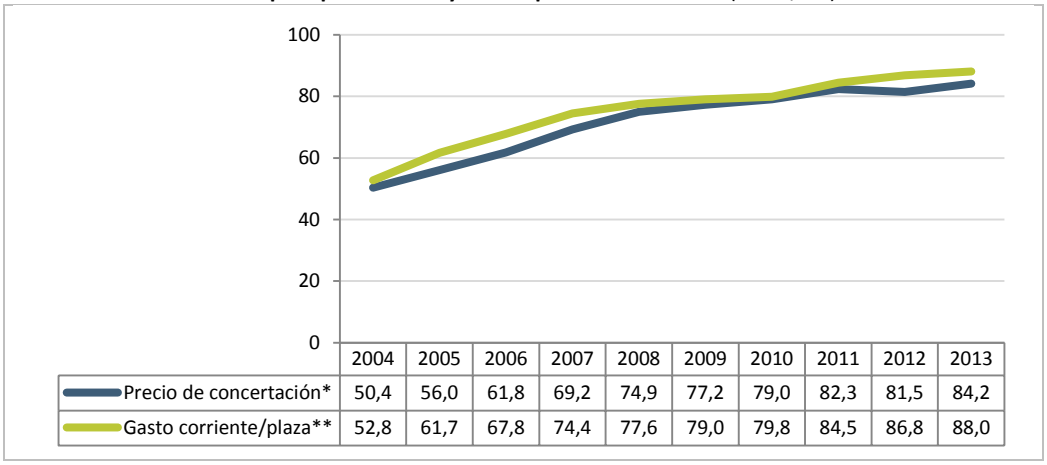
Para empezar, ¿han evolucionado en el mismo sentido el coste plaza de los centros residenciales y la tarifa de concertación que se abona a los centros, públicos o privados, que conciertan plazas con la administración? El siguiente gráfico ofrece una respuesta, parcial, a esta pregunta y relaciona, por una parte, la evolución de la tarifa que la DFG abona por cada plaza para personas con grado II o III de dependencia y el coste plaza correspondiente, de acuerdo con la Estadística de Servicios Sociales, a las plazas para personas dependientes en los centros residenciales guipuzcoanos.

Los datos del siguiente gráfico ponen de manifiesto que el coste plaza, medido de esta manera, y la tarifa fijada a los centros han evolucionado de forma similar, cubriendo la tarifa, dependiendo de los años, entre el 90% y el 100% del coste plaza. En ese sentido, tanto el coste plaza de este tipo de centros como la tarifa de corcertación han crecido entre 2004 y 2013 en torno a un 67%. Cabe añadir que entre 2013 y 2015 la tarifa creció en un 3% adicional hasta los 90,5 euros diarios (en el caso anali-

[23] En todo caso, a la hora de interpretar estos datos, hay que tener en cuenta, por una parte, que no se han considerado todas las plazas de responsabilidad pública sino las correspondientes a 22 centros, que agrupan en total 1.728 plazas. Asimismo, a la hora de explicar las diferencias en el coste plaza, es necesario tener en cuenta que pueden deberse tanto a una estructura de gastos distinta –una remuneración más baja a las personas empleadas, por ejemplo– como a unas necesidades asistenciales distintas, dependiendo del tipo y el grado de dependencia de las personas usuarias de cada residencia.

zado, que corresponde a las plazas para personas dependientes aplicable a entidades exentas de IVA).

Gráfico 23. Evolución del precio de concertación* y del gasto corriente/plaza en servicios residenciales para personas mayores. Gipuzkoa 2002-2014.** (euros/día)



	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Precio de concertación*	50,4	56,0	61,8	69,2	74,9	77,2	79,0	82,3	81,5	84,2
Gasto corriente/plaza**	52,8	61,7	67,8	74,4	77,6	79,0	79,8	84,5	86,8	88,0

* Precio de concertación (en euros por día) que la DFG abona a entidades exentas de IVA para la atención residencial de personas dependientes (Grados II y III). **Gasto corriente/plaza (en euros por día) promedio de los centros residenciales de personas mayores dirigidos a personas dependientes y mixtos. Fuente. Estadística de Servicios Sociales y Acción Social.

La estadística de Servicios Sociales recoge información en relación a los resultados económicos de los diversos tipos de centros residenciales que conciertan plazas, diferenciando los de titularidad pública (municipales) y los de titularidad privada. Los datos ponen de manifiesto que los centros concertados de titularidad pública registrarían un déficit, en términos agregados, equivalente al 1,6%, mientras que en el caso de las entidades privadas el resultado sería positivo (un supéravit equivalente al 0,3% de los gastos). En términos de plazas, los centros concertados municipales tendrían un déficit cercano a los 539 euros por plaza, al año, mientras que en el caso de las plazas privadas se registraría un beneficio de unos 79,6 euros/plaza. Si bien, como se ha dicho, se trata de datos meramente orientativos, permiten dimensionar en cierto modo las diferencias que existen en cada red entre los gastos y los ingresos en un ejercicio concreto[24].

Tabla 21. Resultados económicos de los centros residenciales de 15 y más plazas para personas mayores. Gipuzkoa 2014

	Centros públicos con plazas concertadas	Centros privados con plazas concertadas
Total plazas	1.637	2.998
Total gastos	56.365.867	88.466.856
Total financiación	55.483.848	90.232.541
- Financiación pública	34.444.829	47.749.620
- Cuotas usuarios	20.847.834	40.730.542
- Autofinanciación	0	1.526.959
- Otros ingresos	191.185	225.420
Resultado €	-882.019	238.726
Resultado %	-1,6	0,3
Resultado por plaza	-538,80	79,63

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Servicios Sociales y Acción Social Los resultados en euros recogen para los centros públicos la diferencia entre los ingresos y los gastos; en los privados a ese resultado se resta la cantidad correspondiente a autofinanciación. Los resultados en porcentajes (%) recogen el porcentaje, positivo o negativo, que supone el resultado respecto a los gastos. El resultado por plaza recoge el déficit o superávit medio por plaza para cada una de las redes.

[24] Los datos de la Estadística de Servicios Sociales para el período 2012-2014 sugerirían también una evolución positiva de estos parámetros. De esto modo, el déficit de 2014 correspondiente a los centros públicos con plazas convenidas fue menor que los registrados en 2012 y 2013 (1,2 y 1,7 millones de euros, respectivamente). Por lo que respecta a los centros privados con plazas concertadas, estos pasan, en los dos años previos, de una situación de déficit (tal y como ha sido definida en este análisis) a otra de superávit en 2014.

Por último, ¿son comparables las tarifas de concertación que abona la Diputación Foral de Gipuzkoa con las que se abonan en otras Comunidades Autónomas del Estado o en los otros dos territorios históricos de la CAPV? Los datos de la siguiente tabla –extraídos del V Mapa Lares elaborado en octubre de 2015 por Lares– ponen de manifiesto que Gipuzkoa es, con diferencia, el territorio del Estado que abona tarifas de concertación más elevadas. En efecto, las tarifas guipuzcoanas son superiores a las de Álava o Navarra y se alejan significativamente de las que se abonan en comunidades con el mismo nivel de renta que Gipuzkoa, como Cataluña o Madrid.

Tabla 22. Tarifas de concertación establecidas en el Estado, por comunidades autónomas. 2015 (en uros/día)

	Grado I	Grado II	Grado III	Psicogeriátricas
Andalucía	51,7[1]			64,3[2]
Aragón	48,8			75,8[3]
Asturias	48,8			
Baleares	Entre 64 y 68[4]			
Canarias	Entre 41 y 56[5]			
Cantabria		46,7		46,74
Castilla y León	30,72[6]	43,0[7]	30,72[8]	43,00[9]
Castilla La Mancha	40,77	48,55	40,77	48,55
Cataluña	56,16			
Álava	Entre 50 y 56,6[10]			
Bizkaia	81[11]			
Gipuzkoa[12]	70,23	88,03		94,99
Extremadura	40,00			
Galicia	46,55[13]			
Madrid	50,14			
Murcia	50,3			
Navarra	Entre 56,6 y 70[14]			
La Rioja		27,0		27,0
Com. Valenciana	51			

(1) Personas mayores dependientes. (2) Personas mayores con trastornos graves o continuados de conducta. (3) Personas con alteraciones de conducta (4) En función del grado de dependencia. (5) En función de la institución financiadora. (6) Válidos. (7) Dependientes. (8) Válidos. (9) Dependientes. (10) En función del grado de dependencia (11) Asistida. (12) Entidades no exentas de IVA. (13) Por término medio, en función de diversos tipos de perfiles. (14) En función del grado de dependencia.

Fuente: elaboración propia a partir del V Mapa Lares.

2.7.3. El gasto de la atención residencial a las personas mayores

En 2013, según se desprende de los últimos datos disponibles de la Estadística de Servicios Sociales y Acción Social, el gasto corriente de la atención residencial a las personas mayores en nuestro territorio ascendió a 170,5 millones de euros[25]. De todo el gasto corriente realizado, casi 164,8 millones de euros, el 97% del gasto total, se dirigió a las residencias para personas mayores y, en torno a 5,7 millones, a sufragar otras modalidades residenciales más ligeras (viviendas y apartamentos). Asimismo, debe señalarse también que, de todo el gasto realizado, el 58% fue gasto público, esto es, financiado por las diferentes administraciones públicas con competencias sobre el sector y que un 42% fue gasto privado.

[25] Los datos que avanza la Estadística de Servicios Sociales y Acción Social señalan que para 2014, el gasto corriente total en servicios residenciales para personas mayores en Gipuzkoa ascendió a 175,2 millones de euros, lo que supone un incremento del 2,8% respecto al gasto realizado en 2013. Dado que todavía no es posible acceder a información desagregada sobre el gasto de 2014, el análisis de este epígrafe se centrará fundamentalmente en los datos de 2013.

Tabla 23. Gasto corriente en servicios residenciales para personas mayores, por tipo de centro. Gipuzkoa 2013

	Centros residenciales		Apartamentos tute-lados		Viviendas comunita-rias		Total	
	€	% hor.	€	% hor.	€	% hor.	€	% hor.
Gasto público	95.639.959	97,0	1.361.039	1,4	1.611.171	1,6	98.612.169	100,0
Gasto privado	69.116.465	96,1	1.124.856	1,6	1.663.888	2,3	71.905.209	100,0
Total	164.756.424	96,6	2.485.895	1,5	3.275.059	1,9	170.517.378	100,0

Fuente: O.E.E.. Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Estadística de Servicios Sociales y Acción Social.

Comparar estas cifras con otros parámetros de gasto contribuye, sin duda, a dimensionar adecuadamente este volumen de recursos. De acuerdo con la Estadística de Servicios Sociales y Acción Social, el gasto corriente total que destina el territorio histórico guipuzcoano a la atención residencial a personas mayores (170,5 millones de euros), representaba casi el 70% de todo el gasto dirigido a la atención residencial en servicios sociales (2.44,3 millones) y un 40% (427,6 millones) del gasto derivado del núcleo central de los servicios sociales[26].

Tabla 24. Indicadores económicos relacionados con el gasto corriente en servicios residenciales para personas mayores, por Territorio Histórico. 2013

	Álava	Bizkaia	Gipuzkoa	CAPV
Gasto corriente (en euros)	89.253.510	260.997.968	170.517.378	520.768.856
Gasto corriente por habitante (en euros)	277,7	225,7	238,9	237,6
Gasto corriente por persona mayor (en euros)	1.497,7	1.088,5	1.185,2	1.174,9
% sobre el gasto corriente en atención residencial	71,6	72,1	68,9	71,0
% sobre el gasto corriente en núcleo servicios sociales	41,2	41,8	39,9	41,0
Gasto público corriente (en euros)	56.870.553	122.470.891	98.612.169	277.953.613
Gasto público corriente por habitante (en euros)	176,9	105,9	138,1	126,8
Gasto público corriente por persona mayor (en euros)	954,3	510,8	685,4	627,1

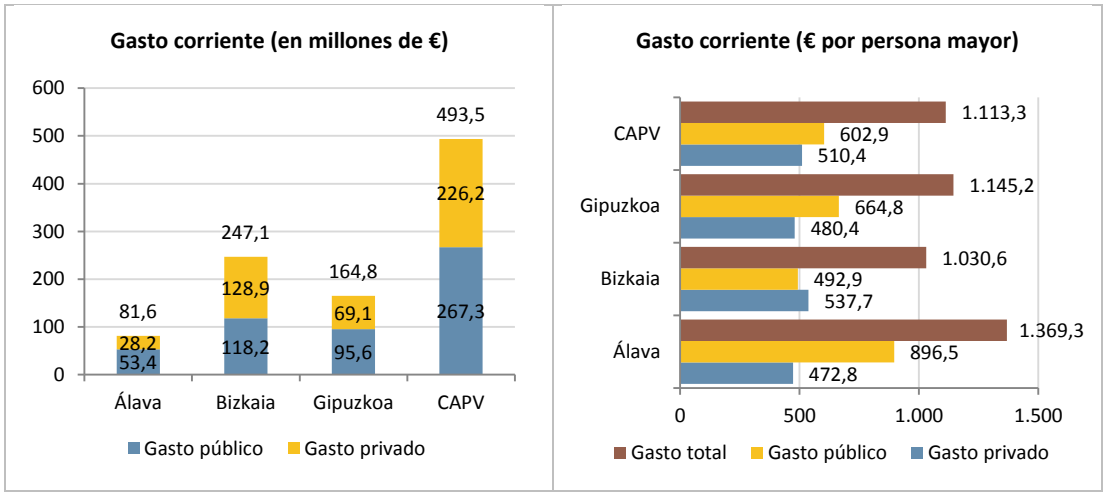
Fuente: O.E.E.. Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Estadística de Servicios Sociales y Acción Social.

Desde un punto de vista comparado, el gasto corriente medio de Gipuzkoa se sitúa entre el gasto alavés y vizcaíno. En este sentido, puede apuntarse que en 2013, el gasto corriente por persona mayor en atención residencial ascendió en Gipuzkoa a 1.185,2 euros. Este gasto fue un 21% menor que el realizado en Álava (1.497,7) pero un 9% superior al gasto vizcaíno en servicios residenciales para personas mayores (1.088,5)[27].

[26] Tal y como se ha mencionado anteriormente, por núcleo central de los servicios sociales se entienden aquellos servicios y prestaciones recogidos en el Decreto 185/2915 de Cartera.

[27] A pesar de que entre 2013 y 2014 el incremento total del gasto corriente es de un 2,8% en Gipuzkoa y dado el aumento que registra cada año la cohorte de edad de 65 y más años, el gasto medio por persona mayor (1.188) en 2014 es muy similar al registrado en 2013 (1.185).

Gráfico 24. Gasto corriente en centros residenciales para personas mayores, por Territorio Histórico. 2013



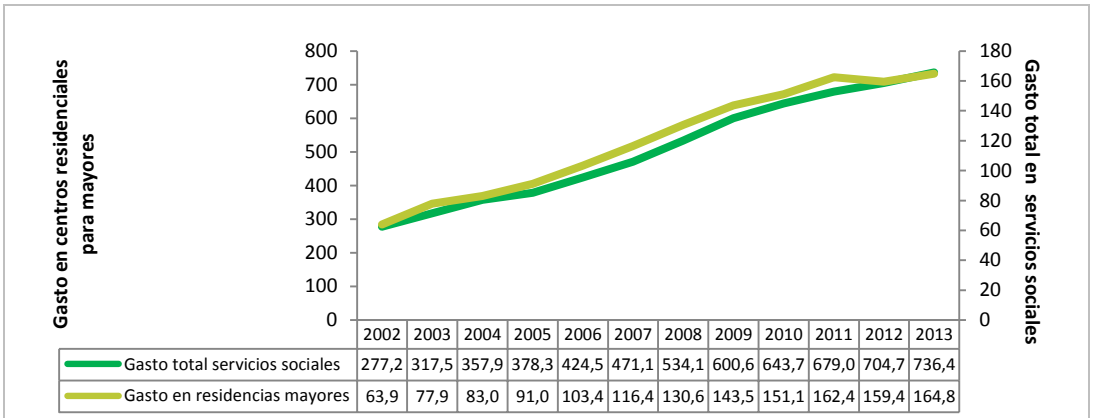
Fuente: O.E.E.. Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Estadística de Servicios Sociales y Acción Social.

Si la atención se centra exclusivamente en los centros residenciales de más de 14 plazas (ver Gráfico 24), la relación entre el gasto que realizan los diferentes Territorios Históricos es muy similar. Tal y como puede observarse en el siguiente gráfico, en términos relativos, el gasto corriente realizado por Gipuzkoa en centros residenciales para personas mayores (1.145,2 euros por persona mayor) se sitúa entre el gasto corriente alavés (1.369,3 euros por persona mayor) y el vizcaíno (1.030,6 euros). Concretamente es un 16% inferior al primero y un 11% superior al segundo. Las diferencias más acusadas se producen, no obstante, en la financiación de ese gasto. Si bien esta cuestión se aborda en detalle más adelante, los datos mostrados permiten avanzar que pese a la menor cobertura residencial de Álava frente a Gipuzkoa, este territorio presenta un gasto público por persona mayor sustancialmente mayor que el gasto de Gipuzkoa. Concretamente, en 2013, el gasto público alavés en residencias para personas mayores fue de 896,5 euros por persona mayor, nada menos que un 35% superior al gasto medio guipuzcoano.

¿Cómo ha evolucionado el gasto corriente en centros residenciales para personas mayores? Los datos de evolución muestran que, al margen de la financiación de estos centros, el gasto corriente realizado en Gipuzkoa para sufragarlos ha crecido de manera importante. Si se observan las cifras que proporciona la Estadística de servicios Sociales y Acción Social (ver Gráfico 25), el gasto corriente en centros residenciales de 15 y más plazas para personas mayores habría pasado, en los últimos doce años, de 63,9 a 164,8 millones de euros. En otras palabras, el gasto corriente se habría multiplicado por 2,6, lo que habría supuesto un crecimiento del 158% o, expresado en euros constantes, un incremento del 96%.

¿En qué medida este crecimiento ha sido importante cuando se analiza el conjunto del gasto corriente en servicios sociales? Los datos disponibles ponen de manifiesto que pese al importante crecimiento registrado por el sector de la atención residencial a las personas mayores, el ritmo de crecimiento del mismo ha sido similar al observado en el mismo periodo para el conjunto de los servicios sociales, que al igual que la residencias, en estos doce años habría visto multiplicar su gasto por 2,7. Se observa, por último, en lo tocante a la evolución del gasto en residencias para mayores un ritmo de crecimiento mucho mayor al inicio del periodo observado. Entre 2002 y 2009 el incremento interanual medio del gasto corriente es de un 12%, mientras que éste se reduce a un 4% el correspondiente al periodo 2010-2013, donde el gasto corriente tiende a estabilizarse.

Gráfico 25. Evolución del gasto corriente total en servicios sociales y en centros residenciales para personas mayores. Gipuzkoa 2002-2013
(en millones de euros)

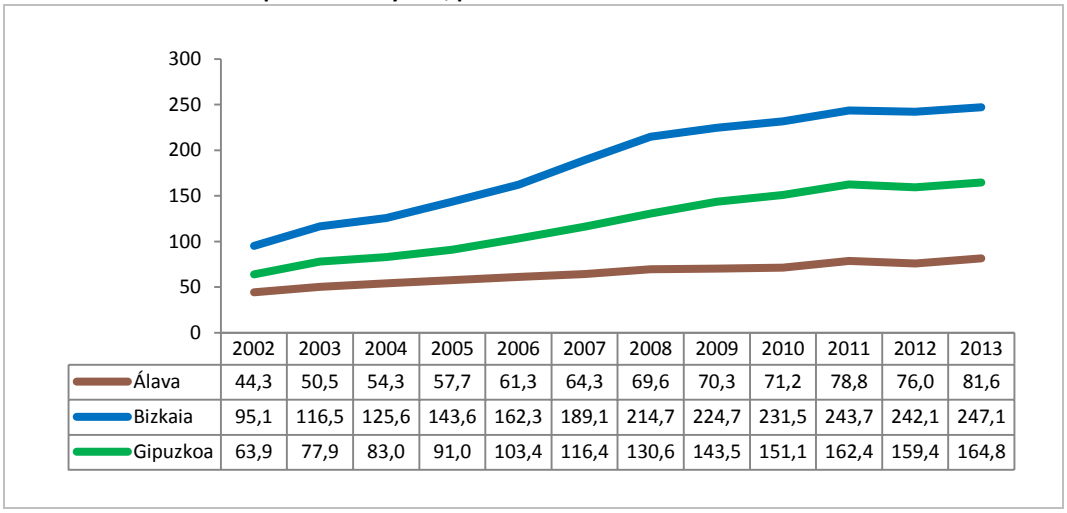


	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Gasto total servicios sociales	277,2	317,5	357,9	378,3	424,5	471,1	534,1	600,6	643,7	679,0	704,7	736,4
Gasto en residencias mayores	63,9	77,9	83,0	91,0	103,4	116,4	130,6	143,5	151,1	162,4	159,4	164,8

Fuentes: O.E.E.. Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Estadística de Servicios Sociales y Acción Social.

Los datos comparativos con el resto de territorios históricos ponen de manifiesto que, durante el periodo observado, el ritmo de crecimiento de Gipuzkoa ha sido similar al correspondiente a Bizkaia: entre 2002 y 2013, el crecimiento interanual medio guipuzcoano ha sido del 9% y el vizcaíno del 9,1%. Mucho menor ha sido el ritmo de crecimiento del gasto residencial en Álava, situado en este periodo en torno a un 5,7% interanual.

Gráfico 26. Evolución del gasto corriente total (en millones de euros) en centros residenciales para personas mayores, por Territorio Histórico. 2002-2013



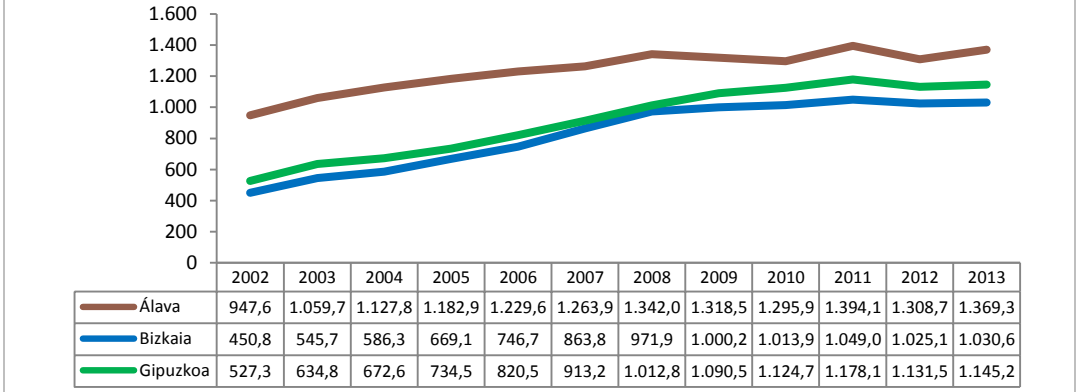
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Álava	44,3	50,5	54,3	57,7	61,3	64,3	69,6	70,3	71,2	78,8	76,0	81,6
Bizkaia	95,1	116,5	125,6	143,6	162,3	189,1	214,7	224,7	231,5	243,7	242,1	247,1
Gipuzkoa	63,9	77,9	83,0	91,0	103,4	116,4	130,6	143,5	151,1	162,4	159,4	164,8

Fuentes: O.E.E.. Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Estadística de Servicios Sociales y Acción Social.

Una de las consecuencias de la diferente intensidad interterritorial del crecimiento del gasto en residencias para personas mayores ha sido la tendencia hacia la reducción de las diferencias en el gasto medio por habitante. Debido a que Álava ha partido históricamente de un gasto medio por habitante comparativamente superior al de Bizkaia y Gipuzkoa, la menor aceleración de su gasto ha propiciado que las diferencias interterritoriales en 2013 sean menores que las observadas al inicio del periodo. Mientras en 2002 el gasto medio por persona mayor de Álava es un 80% superior al de

Gipuzkoa y un 110% más elevado que el de Bizkaia, en 2013 estas proporciones se reducen hasta el 20% y 33%, respectivamente.

Gráfico 27. Evolución del gasto corriente total (en euros por persona mayor) en centros residenciales para personas mayores, por Territorio Histórico. 2002-2013

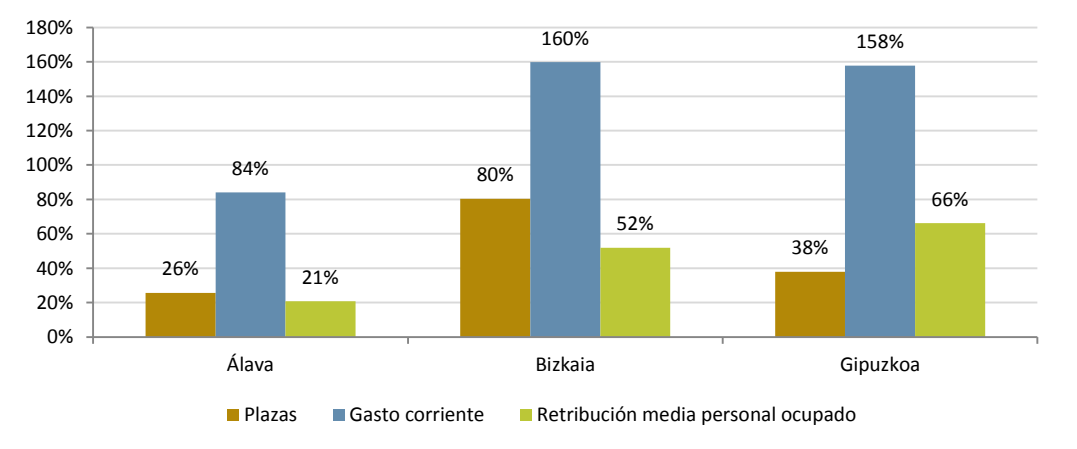


	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Álava	947,6	1.059,7	1.127,8	1.182,9	1.229,6	1.263,9	1.342,0	1.318,5	1.295,9	1.394,1	1.308,7	1.369,3
Bizkaia	450,8	545,7	586,3	669,1	746,7	863,8	971,9	1.000,2	1.013,9	1.049,0	1.025,1	1.030,6
Gipuzkoa	527,3	634,8	672,6	734,5	820,5	913,2	1.012,8	1.090,5	1.124,7	1.178,1	1.131,5	1.145,2

Fuentes: O.E.E.. Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Estadística de Servicios Sociales y Acción Social.

¿Por qué ha tendido a converger en gasto medio por persona mayor en centros residenciales? Cabe apuntar dos razones entre las más importantes. En primer lugar, es preciso aludir a la evolución del número de plazas: entre 2002 y 2013 las plazas en servicios residenciales en Álava se han incrementado solo en un 26%, frente a crecimientos del 80% y 38% de Bizkaia y Gipuzkoa, respectivamente. Asimismo, también ha podido tener un efecto importante la evolución de la retribución media del personal propio de estos centros, lo que se traduce como hemos visto en un incremento superior del coste plaza. Según se desprende de la Estadística de Servicios Sociales y Acción Social, la retribución media en Álava ha crecido en este periodo un 21%, mientras que los crecimientos de Gipuzkoa y Bizkaia se han situado en el 66% y 52% respectivamente.

Gráfico 28. Incremento porcentual de diversos parámetros de gasto en centros residenciales para personas mayores, por Territorio Histórico. 2002-2013



Fuentes: O.E.E.. Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Estadística de Servicios Sociales y Acción Social.

Se analizan a continuación los cambios en la composición del gasto en servicios sociales destinado a la atención a personas mayores que se han producido en los últimos años, fundamentalmente con la entrada en vigor y aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Tal y como puede observarse en la siguiente Tabla (ver Tabla 25), si se recopila el gasto corriente total derivado de los principales servicios y prestaciones dirigidas a la atención de las personas mayores, se aprecia que pese al importante crecimiento del gasto destinado a la atención residencial a personas mayores, la aparición delas prestaciones económicas de dependencia ha supuesto una reducción gradual del peso específico del gasto residencial sobre el gasto dirigido a la atención de las personas mayores.

Tabla 25. Gasto corriente total en los principales servicios y prestaciones económicas dirigidas a las personas mayores. Gipuzkoa 2013

	2003		2008		2013	
	€	%	€	%	€	%
Residencias	77.900.559	75,7	130.556.000	74,6	164.756.424	62,1
Viviendas comunitarias/apartamentos tutelados	2.118.564	2,1	5.267.000	3,0	5.760.954	2,2
Centros de día asistenciales	7.035.085	6,8	17.070	0,0	23.781.524	9,0
SAD	15.822.636	15,4	24.339.887	13,9	24.807.609	9,4
Prestaciones económicas dependencia	0	0,0	14.932.000	8,5	46.060.269	17,4
Total	102.876.844	100,0	175.111.957	100	265.166.780	100,0

Nota: en el caso del SAD, así como en el de las prestaciones económicas de dependencia se ha incluido el gasto corriente total y no el dirigido exclusivamente a personas mayores.

Fuente: O.E.E.. Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Estadística de Servicios Sociales y Acción Social.

2.7.4. *La financiación de la atención residencial a las personas mayores: la participación de las diversas administraciones en la financiación del servicio y la aportación de las personas usuarias*

Tal y como se ha señalado en uno de los epígrafes previos, el gasto corriente en servicios residenciales para personas mayores ascendió en Gipuzkoa, en el año 2013, a 170,5 millones de euros. De todo el gasto corriente realizado[28], el 57,8% fue financiado por las diferentes administraciones públicas, mientras que el 42,2% restante, casi 72 millones de euros, correspondió a las familias.

Entre las diferentes administraciones que participaron en la financiación del gasto, destaca la Diputación Foral de Gipuzkoa, con una aportación del 45%, seguida muy de lejos por la Administración Central, cuya financiación a través del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) supuso el 7,1% del gasto realizado, y por los ayuntamientos (5,7%), que contribuyeron con casi 9,8 millones de euros a la financiación de los servicios residenciales para personas mayores. Por otra parte, y aunque la Estadística de Servicios Sociales y Acción Social imputa al Gobierno Vasco únicamente 35.000 euros, es preciso considerar también como financiación pública la aportación del Gobierno Vasco para la asistencia sanitaria y socio-sanitaria en residencias de personas mayores. Esta contribución económica, que se realiza a través de una transferencia desde el Gobierno Vasco a la Diputación Foral habría ascendido en 2013 a casi 7,1 millones de euros[29].

[28] Toda la información que se muestra en este epígrafe se refiere a la financiación del gasto corriente que se realiza en los servicios residenciales para personas mayores, independientemente de la titularidad de los centros o de las plazas.

[29] En ese caso, la financiación foral mencionada pasaría del 45% a un 41%, representando así la financiación autonómica un 4% de gasto corriente total en servicios residenciales para personas mayores. Para determinar esta cantidad se ha utilizado el Estudio del Gasto Público en Servicios Sociales de 2013, que realiza el Departamento de Empleo y Políticas Sociales.

Tabla 26. Gasto corriente en servicios residenciales para personas mayores, por entidad financiadora y tipo de centro. Gipuzkoa 2013

	Centros residenciales		Apartamentos tutelados		Viviendas comunitarias		Total	
	€	%	€	%	€	%	€	%
Financiación pública	95.639.959	58,0	1.361.039	54,8	1.611.171	49,2	98.612.169	57,8
- Administración Central	12.083.906	7,3	0	0,0	0	0,0	12.083.906	7,1
- Gobierno Vasco	35.248	0,0	0	0,0	0	0,0	35.248	0,0
- Diputación Foral	76.628.453	46,5	0	0,0	106.388	3,2	76.734.841	45,0
- Ayuntamientos	6.892.352	4,2	1.361.039	54,8	1.504.783	45,9	9.758.174	5,7
Financiación privada	69.116.465	42,0	1.124.856	45,2	1.663.888	50,8	71.905.209	42,2
Total	164.756.424	100,0	2.485.895	100,0	3.275.059	100,0	170.517.378	100,0

Fuente: O.E.E.. Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Estadística de Servicios Sociales y Acción Social.

Los datos de la tabla anterior ponen también de manifiesto que la mayor parte de la financiación pública se dirige a sufragar los centros residenciales (97%), frente a los apartamentos tutelados y las viviendas comunitarias (el 3% de la financiación pública total); y que las entidades locales son las administraciones que financian prácticamente en exclusiva estos últimos. Asimismo, y aunque la financiación privada de los servicios residenciales para personas mayores será abordada con mayor detalle en otro epígrafe, de la información obtenida puede extraerse que en torno a un 96% del gasto privado, esto es 69,1 millones de euros, se deriva de la aportación de las personas usuarias de los centros residenciales.

¿En qué medida difiere la estructura de financiación de los servicios residenciales para personas mayores en Gipuzkoa, de la de los otros dos territorios? Si se atiende únicamente a la distribución de los datos absolutos, se observa, por una parte, que en Gipuzkoa, la financiación privada (42%) se sitúa en una posición intermedia entre Álava (36%) y Bizkaia (53%), y que en Álava los ayuntamientos contribuyen en mayor medida que en el resto de territorios a financiar el gasto público en servicios residenciales para personas mayores.

Tabla 27. Gasto corriente en servicios residenciales para personas mayores, por entidad financiadora y Territorio Histórico. 2013

	Álava		Bizkaia		Gipuzkoa		CAPV	
	€	%	€	%	€	%	€	%
Financiación pública	56.870.553	63,7	122.470.891	46,9	98.612.169	57,8	277.953.613	53,4
- Administración Central	4.470.203	5,0	17.577.053	6,7	12.083.906	7,1	34.131.162	6,6
- Gobierno Vasco	78.226	0,1	84.924	0,0	35.248	0,0	198.398	0,0
- Diputación Foral	42.124.465	47,2	91.481.950	35,1	76.734.841	45,0	210.341.256	40,4
- Ayuntamientos	10.197.659	11,4	13.326.964	5,1	9.758.174	5,7	33.282.797	6,4
Financiación privada	32.382.957	36,3	138.527.077	53,1	71.905.209	42,2	242.815.243	46,6
Total	89.253.510	100,0	260.997.968	100,0	170.517.378	100,0	520.768.856	100,0

Fuente: O.E.E.. Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Estadística de Servicios Sociales y Acción Social.

Dejando de momento de lado el gasto privado, se analiza a continuación el gasto que realizan las administraciones públicas para el sostenimiento de los centros residenciales. Los datos que sobre la financiación del gasto público proporciona el *Estudio sobre el Gasto Público Corriente en Servicios Sociales* del Gobierno Vasco ponen de manifiesto que de todo el gasto realizado por las administraciones públicas en 2013 para financiar los servicios residenciales para personas mayores, el 71% correspondió a la Diputación foral de Gipuzkoa; casi el 13% a la administración central, en el marco del SAAD; el 8,6% a los ayuntamientos; y, por último, un 7,5% a la administración autonómica, en el marco de la financiación de la atención sanitaria en residencias.

Tabla 28. Gasto público corriente en servicios residenciales para personas mayores, por entidad financiadora. Gipuzkoa 2013

	Gasto público (€)	% Gasto sobre total gasto público en ss.ss.*	Distribución vertical (%)	Gasto público (€ por habitante)
Administración Central	12.076.209	40,7	12,7	16,9
Gobierno Vasco	7.099.842	4,9	7,5	9,9
Diputación Foral	67.879.017	24,9	71,3	95,1
Ayuntamientos	8.174.799	16,0	8,6	11,5
Total	95.229.867	19,1	100,0	133,4

*Como gasto público en servicios sociales se consideran todos los conceptos que viene agrupando tradicionalmente el Estudio del Gasto Público en Servicios Sociales, en el que se incluyen no solo las prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales, sino, también, desde una perspectiva más amplia, otros servicios y prestaciones como son la RGI-PCV, las AES, los C.E.E.s, los hogares de personas jubiladas, las ayudas económicas por hijos/as o las dirigidas a la conciliación.

Fuentes: O.E.E.. Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Gobierno Vasco. Informe sobre el Gasto Público Corriente en Servicios Sociales; INE. Estadística del Padrón Continuo.

En su conjunto, el gasto público destinado a servicios residenciales para personas mayores en Gipuzkoa representa en torno a un 19% del gasto total en servicios sociales de acuerdo con la definición amplia que de este concepto hace el Estudio del Gasto Público en Servicios Sociales. No obstante, si solo se consideran las prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales, este gasto representaría en 2013 el 30%[30].

¿En qué medida difiere la estructura de financiación pública correspondiente a Gipuzkoa con la de los otros dos territorios?

Tabla 29. Gasto público corriente en servicios residenciales para personas mayores, por entidad financiadora y Territorio Histórico. 2013

	Gasto público (€)	% Gasto sobre total gasto público en ss.ss.*	Distribución vertical (%)	Gasto público (€ por habitante)
Álava				
Administración Central	4.454.697	47,0	7,8	13,9
Gobierno Vasco	1.297.059	1,4	2,3	4,0
Diputación Foral	41.036.011	30,1	72,0	127,7
Ayuntamientos	10.201.051	22,7	17,9	31,7
Total	56.988.818	19,9	100,0	177,3
Bizkaia				
Administración Central	17.542.954	42,3	12,3	15,2
Gobierno Vasco	3.801.059	1,1	2,7	3,3
Diputación Foral	107.942.115	30,0	75,7	93,3
Ayuntamientos	13.254.756	14,3	9,3	11,5
Total	142.540.884	17,0	100,0	123,3
Gipuzkoa				
Administración Central	12.076.209	40,7	12,7	16,9
Gobierno Vasco	7.099.842	4,9	7,5	9,9
Diputación Foral	67.879.017	24,9	71,3	95,1
Ayuntamientos	8.174.799	16,0	8,6	11,5
Total	95.229.867	19,1	100,0	133,4

*Como gasto público en servicios sociales se consideran todos los conceptos que viene agrupando tradicionalmente el Estudio del Gasto Público en Servicios Sociales, en el que se incluyen no solo las prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales, sino, también, desde una perspectiva más amplia, otros servicios y prestaciones como son la RGI-PCV, las AES, los C.E.E.s, los hogares de personas jubiladas, las ayudas económicas por hijos/as o las dirigidas a la conciliación.

Fuentes: O.E.E.. Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Gobierno Vasco. Informe sobre el Gasto Público Corriente en Servicios Sociales; INE. Estadística del Padrón Continuo.

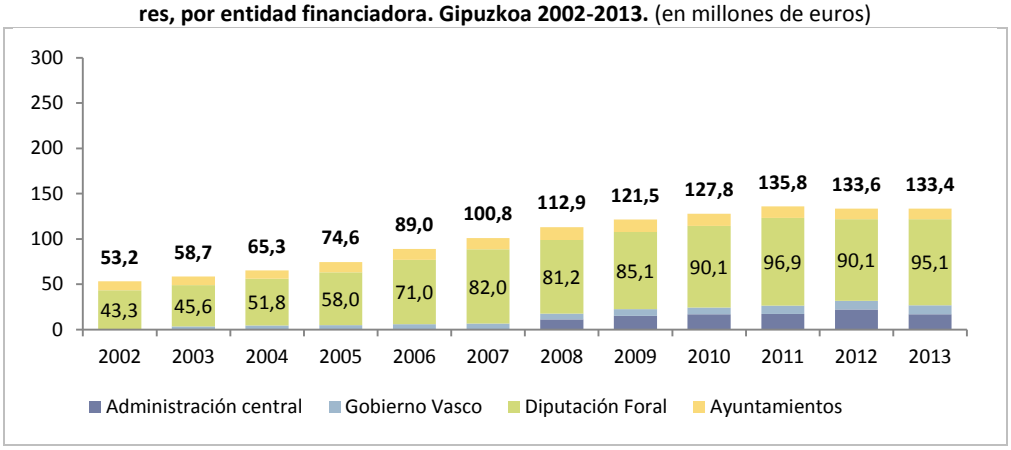
[30] Esta información ha sido extraída de la Estadística de Servicios Sociales y Acción Social que cuantifica en 98,6 millones en gasto público en servicios residenciales para personas mayores en Gipuzkoa y en 326,1 el gasto público total en los centros y servicios sociales que, *grosso modo*, pueden equipararse a los servicios y prestaciones recogidos en el Decreto 185/2915 de Cartera.

A partir de los datos recopilados en la Tabla 29 para el año 2013 pueden destacarse los siguientes aspectos:

- La proporción del gasto público en servicios residenciales para personas mayores que se financia a través de las Diputaciones Forales es muy similar en los tres territorios. Si bien la aportación, en términos de euros por habitante, de cada entidad foral a la financiación de estos servicios difiere sustancialmente (127,7 euros per cápita en Álava, frente a 95,1 en Gipuzkoa y 93,3 en Bizkaia), en los tres territorios el peso relativo de la financiación foral sobre el total del gasto público es muy parecido (el 72% en Álava, el 76% en Bizkaia y el 71% en Gipuzkoa).
- A diferencia de Bizkaia y Gipuzkoa, donde la aportación de los ayuntamientos a los servicios residenciales se sitúa por debajo del 10% sobre el gasto total, en Álava la financiación municipal es casi del 18%. Estas diferencias se deben a una mayor cobertura en este territorio de los servicios de alojamiento de atención primaria para personas mayores.
- Las diferencias entre los tres territorios no son muy acusadas en lo tocante a la aportación que realiza el Estado a través del SAAD –la aportación mayor corresponde a Gipuzkoa con 16,9 euros por habitante, frente a los 15,2 y 13,9 euros de Bizkaia y Álava, respectivamente–, en cambio, son más notables en el caso de la aportación autonómica. En Gipuzkoa, la aportación del Gobierno Vasco para sufragar parte de la atención sanitaria en residencias para personas mayores asciende a 9,9 euros por habitante, mientras que en Álava (4) y Bizkaia (3,3) esta cuantía relativa es mucho menor.

Los datos de evolución de la financiación del gasto público a lo largo de la última década ponen de manifiesto que la Diputación Foral ha hecho un gran esfuerzo económico en este periodo. Entre 2004 y 2013, el gasto público en servicios residenciales para personas mayores ha aumentado en algo más de un 100%. La diferencia del gasto público realizado en 2013 y el de 2004 es de 48,6 millones de euros, de los cuales un 63% son aportados la Diputación Foral. En cambio, apenas se observan cambios en la financiación municipal, que se ha mantenido a lo largo de todo el periodo relativamente constante.

Gráfico 29. Evolución del gasto público corriente en servicios residenciales para personas mayores, por entidad financiadora. Gipuzkoa 2002-2013. (en millones de euros)

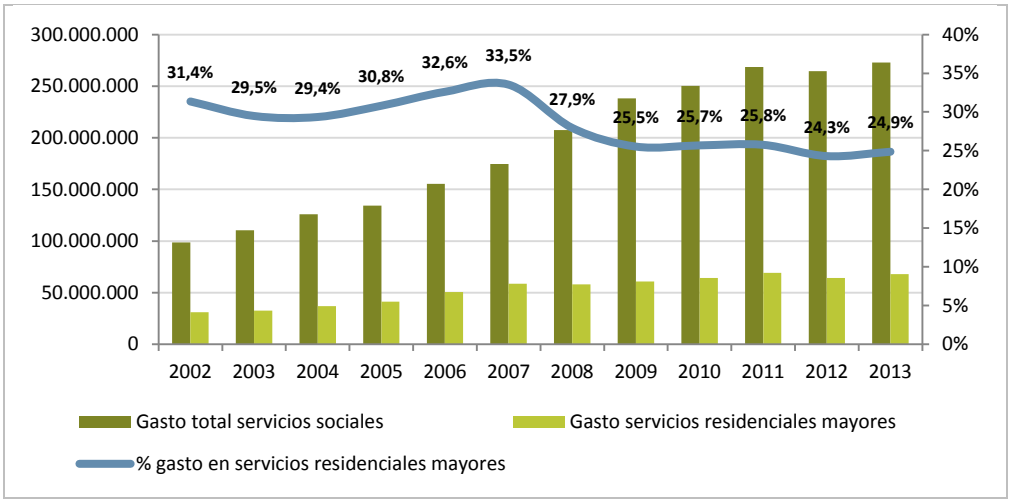


Fuente: O.E.E.. Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Gobierno Vasco. Informe sobre el Gasto Público Corriente en Servicios Sociales.

En relación al esfuerzo que la DFG realiza para la financiación de las residencias cabe señalar último que si bien el gasto se ha incrementado de forma notable, el peso relativo que ese gasto supone en

relación al conjunto del gasto que la DFG realiza en el ámbito de los Servicios Sociales se ha reducido, debido al papel que desde 2008 juegan las prestaciones económicas de atención a la dependencia. En efecto, como se observa en el gráfico siguiente, el peso relativo que supone el gasto residencial en relación al conjunto del gasto en servicios sociales ha pasado del 33% en 2007 al 25% en 2013.

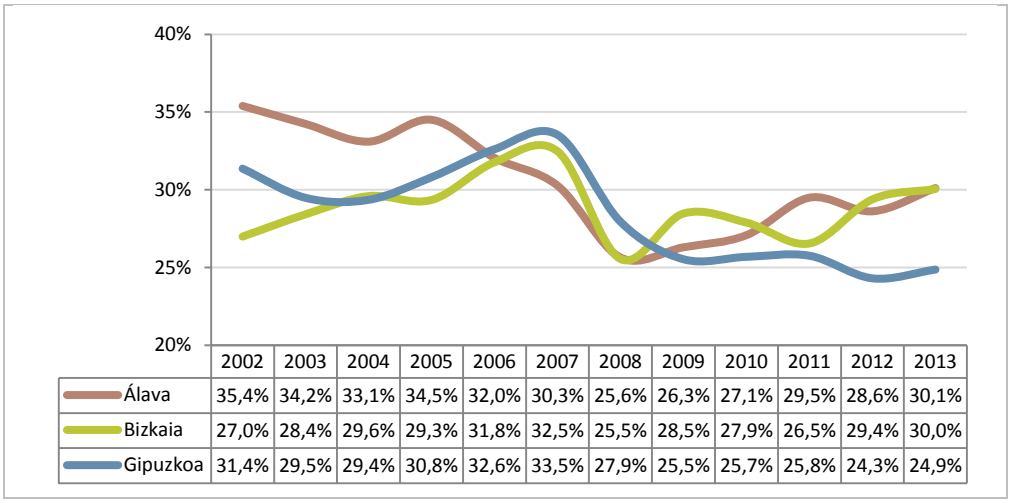
Gráfico 30. Evolución de la proporción del gasto público total en servicios sociales de la Diputación Foral destinada a servicios residenciales para personas mayores. Gipuzkoa 2002-2013



Fuente: O.E.E.. Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Gobierno Vasco. Informe sobre el Gasto Público Corriente en Servicios Sociales.

Si se compara con la situación en los otros dos Territorios Históricos, se observan que el comportamiento guipuzcoano es relativamente distinto al de los otros dos territorios ya que, si en los tres territorios el porcentaje del gasto se reduce a partir de 2007, en Bizkaia y Álava el peso relativo del gasto residencial se recupera a partir de 2008, a diferencia de lo que ocurre en Gipuzkoa.

Gráfico 31. Evolución de la proporción del gasto público total en servicios sociales de las Diputaciones Forales destinada a servicios residenciales para personas mayores. 2002-2013



	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Álava	35,4%	34,2%	33,1%	34,5%	32,0%	30,3%	25,6%	26,3%	27,1%	29,5%	28,6%	30,1%
Bizkaia	27,0%	28,4%	29,6%	29,3%	31,8%	32,5%	25,5%	28,5%	27,9%	26,5%	29,4%	30,0%
Gipuzkoa	31,4%	29,5%	29,4%	30,8%	32,6%	33,5%	27,9%	25,5%	25,7%	25,8%	24,3%	24,9%

Fuente: O.E.E.. Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Gobierno Vasco. Informe sobre el Gasto Público Corriente en Servicios Sociales.

Finalmente, una vez analizado el gasto público destinado a estos servicios, se analiza la información disponible en relación a la participación económica de las personas usuarias. Las fuentes estadísticas disponibles sugieren que el copago existente actualmente en los servicios residenciales para personas mayores en Gipuzkoa se sitúa, de media, en un 42% para el año 2014. Esto significa que a través de los ingresos y cuotas que abonan las personas usuarias, éstas estarían haciéndose cargo de en torno a un 42% del gasto corriente que implica la ocupación de una plaza residencial.

Obviamente, este dato requiere ser matizado, en primer lugar, porque se trata de una media y, como tal, está sujeta a cierta simplificación. Asimismo, ha de tenerse en cuenta que los datos disponibles no se refieren exclusivamente al copago de las plazas de responsabilidad foral, ni, tampoco, a las de responsabilidad pública, sino al total de las plazas existentes en nuestro territorio[31]. Por otra parte, también es preciso considerar que los datos hacen referencia al conjunto de servicios residenciales para personas mayores y que en ellos se incluyen, por tanto, no solo las residencias de 15 y más plazas, sino, también, el resto de modalidades residenciales, como son los apartamentos tutelados y las viviendas comunitarias, que representan el 9% de la oferta total de plazas residenciales.

A partir de todo lo anterior, se extrae que en Gipuzkoa el gasto corriente anual de una plaza en este tipo de centros asciende a 29.459 euros y que, a través de las cuotas, las personas usuarias abonan una media de 12.385 euros por plaza. Así calculado, el copago supondría, por tanto, un 42% del coste plaza. Si se analizan estos datos en función de la titularidad de los centros, se observa que el porcentaje de copago oscila entre el 36% de los centros de titularidad pública y el 47% de los de titularidad privada. Estas diferencias se explican en base fundamentalmente a dos motivos. Por un lado, el copago es mayor en los centros de titularidad privada porque casi el 25% de las plazas de las que dispone esta red son enteramente privadas y, por tanto, también su financiación. Por otra parte, el menor copago observado en los centros de titularidad pública puede deberse también a que de las 2.829 plazas existentes, en torno a un 18% corresponden a viviendas comunitarias y apartamentos tutelados, en las que, debido a la menor intensidad de los recursos, el copago, muy posiblemente, sea menor.

Tabla 30. Indicadores económicos de los servicios residenciales para personas mayores, por titularidad de los centros. Gipuzkoa 2014

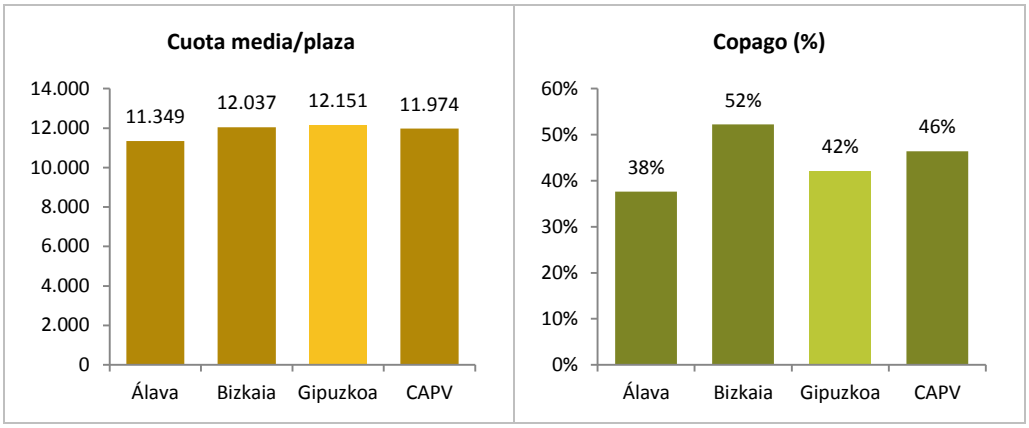
	Público	Privado	Total
Gasto corriente/plaza	29.782	29.168	29.459
Cuota media/plaza	10.770	13.834	12.385
Copago (%)	36,2%	47,4%	42,0%
Plazas	2.829	3.127	5.956

Fuente: O.E.E.. Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Estadística de Servicios Sociales y Acción Social.

Desde un punto de vista comparado, los datos que proporciona la Estadística de Servicios Sociales sugieren, por una parte, que la cuota media por plaza abonada por las personas usuarias en Gipuzkoa es prácticamente igual a la abonada en Bizkaia y ligeramente superior a la correspondiente a Álava. Por otra parte, y dado es desigual coste/plaza existente en cada Territorio Histórico, el nivel de copago guipuzcoano (42%) se sitúa en una posición intermedia entre el copago alavés (el 38%) y el vizcaíno (52%). En otras palabras, puede afirmarse que, si bien en términos absolutos las personas usuarias contribuyen con cantidades parecidas a sufragar el gasto corriente de una plaza residencial en los tres territorios históricos, debido al diferente coste que en cada territorio tienen las plazas residenciales –31.798 euros en Álava, 24.478 en Bizkaia y 29.459 en Gipuzkoa– su aportación económica en términos relativos es dispar.

[31] Debe precisarse, en todo caso, que, al menos en el caso de Gipuzkoa la proporción de plazas enteramente privadas apenas se sitúa en el 12,3% de la oferta residencial existente en 2013.

Gráfico 32. Cuota media por persona usuaria y porcentaje de copago de los servicios residenciales para personas mayores, por Territorio Histórico. 2014



Fuente: O.E.E.. Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Estadística de Servicios Sociales y Acción Social.

¿En qué medida son comparables los datos que se acaban de ofrecer? Nuevamente, es necesario hacer alguna consideración metodológica al respecto ya que no toda la variación observada en los niveles de copago debe achacarse al desigual coste/plaza existente en los territorios de la CAPV. En lo que a las plazas ubicadas en centros de titularidad privada se refiere, las diferencias en el nivel de copago observadas (el 46% en Gipuzkoa, frente al 71% en Álava y al 60% en Bizkaia) se deben a que en Gipuzkoa las plazas consideradas son mayoritariamente concertadas (el 75%, frente al 43% y 45%, respectivamente, de Álava y Bizkaia). Obviamente, este hecho conlleva que el nivel de copago en Gipuzkoa sea comparativamente menor ya que también lo es el número de plazas que se financian con un copago del 100%[32].

Tabla 31. Indicadores económicos de los servicios residenciales para personas mayores, por titularidad de los centros y Territorio Histórico. 2013

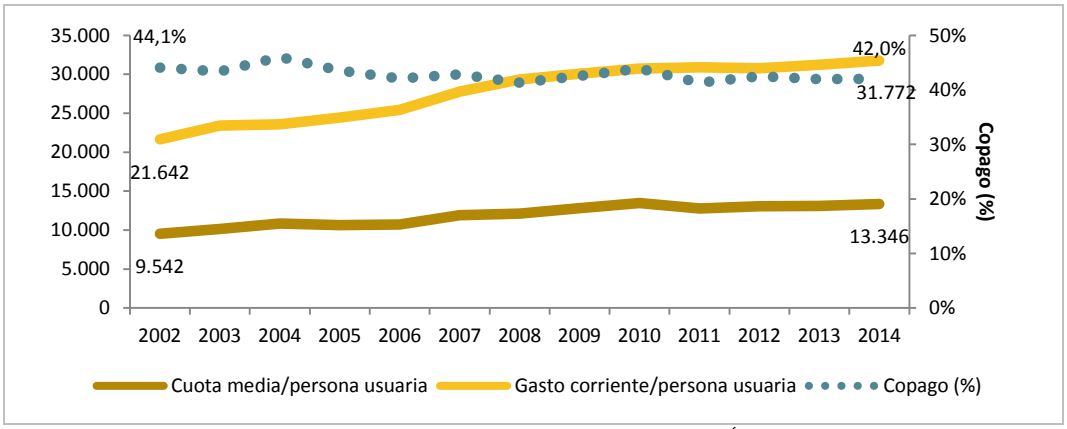
	Público	Privado	Total
Álava			
Gasto corriente/plaza	46.336	18.005	31.281
Cuota media/plaza	9.818	12.714	11.349
Copago (%)	21,2%	70,6%	36,3%
Plazas	1.336	1.515	2.851
Plazas públicas (incluye concertadas)	1.336	651 (43%)	1.987 (70%)
Bizkaia			
Gasto corriente/plaza	31.854	20.155	23.499
Cuota media/plaza	12.019	12.045	12.037
Copago (%)	37,7%	59,8%	51,2%
Plazas	3.174	7.930	11.104
Plazas públicas (incluye concertadas)	3.174	3.590 (45%)	6.764 (61%)
Gipuzkoa			
Gasto corriente/plaza	28.923	28.912	28.918
Cuota media/plaza	10.894	13.426	12.151
Copago (%)	37,7%	46,4%	42,0%
Plazas	2.966	2.938	5.904
Plazas públicas (incluye concertadas)	2.966	2.212 (75%)	5.178 (88%)

Fuente: O.E.E.. Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Estadística de Servicios Sociales y Acción Social.

[32] Los datos utilizados en este párrafo corresponde a 2013 ya que el avance de 2014 no proporcionan todavía datos desagregados sobre plazas financiadas públicamente.

Finalmente, ¿en qué sentido han variado las cuotas y el nivel de copago de las personas usuarias de servicios residenciales en Gipuzkoa? Los datos, medidos en términos de euros constantes (ver Gráfico 33), sugieren que en los últimos doce años el ritmo de crecimiento del gasto corriente por persona usuaria (3,3% interanual) ha sido algo mayor que el de la cuota media por persona usuaria (2,8%), lo que ha supuesto una reducción del porcentaje de copago de dos puntos porcentuales, del 44% al 42%.

Gráfico 33. Evolución del gasto corriente y de la cuota media por persona usuaria en los servicios residenciales para personas mayores. Gipuzkoa. 2002-2014
(en euros constantes)



Fuente: elaboración propia a partir de la Estadística de Servicios Sociales y Acción Social y del Índice de Precios de Consumo (INE).

3. LA PERSPECTIVA DE LOS AGENTES INVOLUCRADOS

3.1. Presentación y metodología

Como se ha señalado en el apartado introductorio, este capítulo del informe tiene como objetivo recoger la visión que los distintos agentes involucrados en la prestación del servicio tienen respecto a la situación de los centros residenciales para personas mayores en Gipuzkoa. Se ha pretendido en ese sentido tanto recoger la opinión de los distintos agentes sobre las fortalezas y debilidades del modelo de atención como plantear las propuestas de mejora que se consideran más necesarias. Para ello, a mediados de mayo de 2016 se puso en marcha un proceso que tenía por objetivo recoger la opinión de los diferentes agentes en relación a las siguientes cuestiones:

- Adecuación del Mapa de centros y plazas a las necesidades de la sociedad guipuzcoana (listas de espera, tasas de cobertura, despliegue territorial, etc.).
- Continuo de atención entre los centros de atención primaria contemplados en el Decreto de Cartera y los centros residenciales de atención secundaria.
- Proceso de asunción de los centros residenciales de titularidad municipal que prestan servicios residenciales de atención secundaria (modelo de gestión y funciones de Kabia…).
- Modelo de gestión de los centros residenciales de titularidad foral;
- Colaboración público privada en la prestación de los servicios residenciales de responsabilidad pública (normativa reguladora, modelos de concertación, aplicación de cláusulas sociales, financiación de los servicios y sistemas de tarificación, etc.)
- Participación económica de las personas usuarias;
- Participación económica de otras administraciones en la financiación de los centros residenciales para personas mayores;
- Condiciones laborales del personal contratado en los centros de titularidad pública y privada e impacto de la negociación colectiva en las condiciones laborales en el sector y en la sostenibilidad económica del sistema;
- Funciones y potencialidades de la Prestación Vinculada al Servicio;
- Sistemas de inspección, evaluación y control.
- Adecuación del modelo de atención y desarrollo de nuevos paradigmas, como la atención centrada en la persona (ACP);

En primera instancia, se solicitó la participación en este proceso a una treintena de personas responsables de empresas privadas y entidades sin fin de lucro prestadoras de servicios residenciales, responsables de centros residenciales públicos, representantes sindicales y de las asociaciones patronales, asociaciones representativas de las personas mayores del Territorio y representantes de la Diputación Foral de Gipuzkoa. Esta fase de recogida cualitativa de la información se articuló en dos fases sucesivas:

- La primera fase consistió en la cumplimentación de un cuestionario en el que se solicitaba a los distintos agentes su opinión en relación a las cuestiones señaladas. Más concretamente, en el cuestionario se planteaban aspectos relacionados con las fortalezas o puntos fuertes del sistema de atención residencial establecido en Gipuzkoa y con sus debilidades o puntos críticos, y se solicitaba una valoración personal de los aspectos señalados anteriormente además de propuestas concretas de mejora.

- Posteriormente, se realizaron tres grupos de discusión para debatir en común en relación a los problemas detectados y a las propuestas de mejora planteadas. Se realizaron en concreto tres grupos de discusión, a los que se invitó a participar a directores/as y personal de centros de titularidad pública y representantes de la Diputación Foral (30 de mayo), directores/as y personal de centros de titularidad privada y representantes de asociaciones patronales (2 de junio), y responsables de entidades del tercer sector y de las centrales sindicales con representación en el sector (3 de junio).

El listado de las personas que finalmente participaron en el proceso –bien cumplimentando el cuestionario, bien acudiendo a los grupos de discusión, bien de las dos formas– es el siguiente:

- Abigail Muñumer (Federación de Sanidad y sectores sociosanitarios de CCOO de Euskadi)
- Alex Gómez-Ordoki (ex–director residencia San José de la Montaña, Donostia)
- Antton Amunarriz (Cruz Roja)
- Arantxa Lekuona (Organismo Autónomo Kabia, DFG)
- Begoña Gutiérrez (Residencia Egogain, Eibar)
- Belen Gutiérrez Díaz (Residencia Aita Etxe, Donostia)
- Borja Gómez (Residencia San Ignacio, Donostia)
- Elena Basagoitia (DFG – Directora de Organismos Públicos)
- Elizabet Iruin (Residencia San José, Ordizia)
- Ernesto Sainz (Residencia Uzturre, Tolosa)
- Fernando Carril (Sanitas residencial Miramon, Donostia)
- Gregorio Iruretagoiena (Residencia Mizpirualde, Bergara)
- Iñaki Villagrán (Residencia Sagrado Corazón, Errenteria)
- Iñigo Garduño (Federación de Sanidad y sectores sociosanitarios de CCOO de Euskadi)
- Javier Quintas (Fundación Matia)
- Jose Leon Etxart (Residencia Mª Magdalena, Hernani)
- Juan Ramon Apezetxea (Garen Asociación de Empresarios)
- Laura Rodríguez (Caser Betharran, Hondarribia)
- Luis Azkue (Grupo Biharko)
- Mayte Sancho (Fundación Matia)
- Marisa Ortigosa (AFAGI)
- Maria José Los Arcos (Fundación Matia)
- Mikel Agirrezabal (Fundación Zorroaga)
- Nerea Zamacola (Adegi)
- Pablo García (Fundación Zorroaga)
- Raquel San Sebastian (Residencia Sanmarkosene, Errenteria)

Es importante señalar que la participación de estas personas en el proceso de reflexión se planteó desde un inicio a título individual, como personas expertas en la materia, y no como representantes de la institución en la que cada una de ellas trabaja, por lo que las opiniones expresadas durante el proceso no necesariamente coinciden con las de la entidad a la que cada una de ellas pertenece.

Este capítulo recoge, de la forma más ordenada posible, los argumentos expuestos tanto en los cuestionarios como en los grupos de discusión. Para interpretar adecuadamente el texto, es preciso tener en cuenta los siguientes aspectos:

- El texto resume y ordena los argumentos expresados en la quincena de cuestionarios recibidos y en los tres debates realizados, que fueron grabados. Al redactar el texto se ha intentado recoger con la mayor fidelidad posible todas las opiniones aportadas, en la forma en la que fueron expresadas, si bien lógicamente ha sido necesario ordenar, resumir, priorizar (y, en cierto modo, interpretar) las aportaciones de los participantes. En todo caso, se han intentado recoger todas las ideas expuestas durante el proceso, bien literalmente (en cursiva y entre comillas, en el idioma en el que fueron transmitidas), bien recogiendo el sentido general de los argumentos planteados.

- El objetivo de las discusiones no era el de alcanzar acuerdos o consensos, sino el de recoger la opinión de todos los agentes en relación a las cuestiones planteadas, teniendo en cuenta la disparidad de las perspectivas implicadas. Si bien se ha intentado, a la hora de recoger las distintas aportaciones, destacar aquellas que parecían tener más consenso, también se recogen ideas u opiniones que difícilmente pueden ser consideradas mayoritariamente compartidas.

- A la hora de interpretar las opiniones expresadas, conviene recordar que –si bien se invitó a un abanico más amplio de personas y entidades– la mayor parte de las personas que finalmente participaron en los debate trabajan como directores/as de centros residenciales públicos o privados, con y sin fin de lucro, con lo que su visión puede estar relativamente sesgada por su experiencia cotidiana en el puesto concreto que ocupan.

- El texto resumen elaborado sigue el mismo orden en el que se plantearon durante los grupos de debate las distintas cuestiones (evolución en el perfil y las necesidades de las personas usuarias, aspectos competenciales, calidad de la atención, colaboración público privada, condiciones laborales, financiación, etc.). Hay que tener en cuenta en cualquier caso que todos los temas están estrechamente relacionados entre sí, por lo que en algunos casos es posible que algunos temas se repitan o se mencionen más de una vez, desde perspectivas diferentes, en cualquier caso.

Tras esta introducción, el punto siguiente recoge los principales argumentos expuestos para cada uno de los temas analizados. El último punto de este capítulo resume las principales conclusiones y recoge algunas de las propuestas de concretas de mejora realizadas por las personas que respondieron al cuestionario.

3.2. Elementos básicos del modelo de atención residencial a las personas mayores en Gipuzkoa

3.2.1. Cambios en el perfil de las personas atendidas y en sus necesidades

Mayores niveles de dependencia y mayores necesidades sociosanitarias

A la hora de analizar la situación de los centros residenciales para personas mayores en Gipuzkoa, y la adecuación de los servicios que prestan a las necesidades de la sociedad guipuzcoana, el primer elemento al que debe hacerse referencia es el cambio que se ha dado en las características y los perfiles de las personas atendidas en esos centros. Si bien en el apartado anterior ya se ha señalado en qué medida han evolucionado las características de las personas usuarias en cuanto a su edad, durante los debates mantenidos para la realización de este informe se han puesto de manifiesto otros elementos de interés, más difíciles de recoger mediante los datos cuantitativos disponibles.

El cambio básico que se ha producido a lo largo de estos años se refiere, de acuerdo a lo señalado por la práctica totalidad de las personas consultadas, a la emergencia de un perfil de persona usuaria de mayor edad, con un mayor grado de dependencia y con necesidades sociosanitarias, especialmente de carácter psiquiátrico o psicogeriátrico, más intensas. Este cambio se deriva de diversos factores, entre los que cabe citar los siguientes:

- mayor esperanza de vida y mejora en las condiciones de salud de las personas mayores, que acceden más tarde que en el pasado a los centros residenciales debido entre otras razones a la posibilidad de mantenerse de forma autónoma durante más tiempo en su domicilio y al incentivo que la prestación económica de cuidados en el entorno familiar supone en ese sentido. Como se señala más adelante, lo anterior viene también acompañado de una cierta tendencia a posponer el ingreso en un centro residencial hasta que las necesidades asistenciales resultan imposibles de satisfacer en el entorno domiciliario;

- derivación de la población autónoma o con niveles leves de dependencia –que en otras épocas accedía a los centros residenciales por problemas normalmente más vinculados a la exclusión o la desprotección que a la dependencia propiamente dicha– hacia otro tipo de recursos, especialementre tras la aprobación de la Ley de Dependencia en 2006.

- también se señala como un factor explicativo de la creciente carga asistencial de las personas atendidas el sistema de asignación de las plazas residenciales de responsabilidad pública, en la medida en que se prioriza el acceso de las personas con mayor necesidad de atención y en la medida en que el acceso de las personas con menor carga asistencial se pospone (en ocasiones hasta que las necesidades asistenciales se convierten en muy altas).

Todo ello tiene como consecuencia un incremento en la edad media de las personas que acceden a los centros residenciales, un incremento de la carga asistencial –especialmente en lo que se refiere a los aspectos más directamente vinculados a los cuidados de salud–, y una reducción de la duración de la estancia media, en la medida en que muchas de estas personas acceden al servicio cuando su esperanza de vida es muy corta (según los datos aportados, un 50% de las personas residentes permanecen menos de seis meses en el centro residencial debido a que fallecen en ese plazo de tiempo)[33], lo que implica por otra parte una tasa de rotación mucho mayor. Este cambio en el perfil de las personas usuarias implica un cambio en la definición del propio servicio residencial, que tiene una carga sociosanitaria cada vez mayor –aún en el caso de los centros residenciales que no se

[33] Los datos recogidos previamente indican en cualquier caso que la estancia media de las personas que fallecen en centros residenciales supera los tres años.

consideran estrictamente sociosanitarios–, en detrimento de la atención psicosocial, socioeducativa o sociocultural que también corresponde prestar a este tipo de centros.

Este cambio en el perfil de las personas atendidas trae consigo, de acuerdo a lo señalado por algunas de las personas que han participado en los debates, la necesidad de reflexionar sobre el modelo de atención que se presta en las residencias y sobre el carácter eminentemente social, o eminentemente sanitario, de esa atención. Se critica en ese sentido por parte de algunas personas la asunción de algunos valores que se consideran como excesivamente medicalizados –como el alargamiento de la vida a cualquier precio– mientras se desatienden otros, como la intervención socioeducativa, la implicación en la comunidad o el trabajo con las familias.

> *"Cada vez más acceden a los centros residenciales personas con mayor nivel de dependencia y mayor fragilidad. Esto tiene como consecuencia el riesgo de convertir los centros residenciales en centros hospitalarios, donde prima la atención sanitaria y donde pierde relevancia la atención psicosocial".*
>
> *"Garrantzi handia ematen diogu bizitza kalitatearen kontzeptuari, baina gero batez ere osasun beharretan zentratzen gara; osasuna bizitza kalitatearen alor bat da, baina ez bakarra, eta gure zentroetan ez dira behar bezala lantzen beste gauza batzuk (harreman pertsonalak, etab)".*
>
> *"El sistema de salud tiende a considerarnos como un recurso sanitario, prque ven en las residencias un recurso útil para hacer frente al reto que representa la cronicidad. Pero nosotros deberíamos reivindicar nuestro carácter de servicio social, recabando la colaboración que necesitemos del sistema de salud, pero sin perder nuestro carácter social".*
>
> *"Osasun zerbitzuen eskaera igo egiten da eta osasun gastua igo egiten da. Beraz, baliabideak, hau da, diru publikoa eta pertsonak (langileak) ez dira ondo kudeatzen. Zerbitzuen kalitatea, ongizatea arriskuan jartzen dira. Arretaren kalitatea kolokan jartzen da".*
>
> *"Dado que la rotación de las personas residentes es cada vez mayor, y la esperanza de vida en el centro menor, deberíamos reforzar todo lo relacionado con los cuidados paliativos y la gestión del final de la vida en nuestros centros".*
>
> *"Tenemos que aclararnos si estamos para atender necesidades sociales o necesidades sanitarias. ¿Un centro residencial tiene que tener tanta carga de cuidados sanitarios? No tenemos un consenso en relación a ese tema, y en general consideramos lo sanitario como una carga que hemos estado abocados a asumir".*

Cambios en las expectativas y en el nivel de exigencia de las personas residentes y sus familias

A la hora de señalar los cambios en el perfil de las personas atendidas en los centros residenciales, se destaca también un cierto cambio en las expectativas y pautas de comportamiento de las personas usuarias, más acostumbradas ahora que en el pasado al ejercicio de sus derechos y a la manifestación de sus preferencias. Si bien algunas de las personas consultadas señalan que "*sigue siendo un colectivo que pide poco*", parece haber cierto consenso a la hora de señalar que las personas que actualmente acceden a los centros residenciales lo hacen con un mayor nivel de formación y que son más conscientes de sus derechos, más exigentes respecto al servicio recibido y, por decirlo de alguna manera, más capaces de verse a sí mismas como consumidoras de un servicio público –por el que pagan una tarifa y/o unos impuestos– y no como meras beneficiarias de una ayuda social[34]. Todo ello, como se señala más adelante, pone de manifiesto la necesidad de avanzar en la

[34] En esta mayor exigencia influye también, según señalan algunas de las personas consultadas, las estrategias comerciales que las propias residencias utilizan para competir entre ellas en cuanto a la captación de clientes, al menos en lo que se

línea de la individualización y la autodeterminación de las personas usuarias, no sólo porque se considere un enfoque técnica o filosóficamente adecuado, sino por la propia demanda de las personas usuarias.

> *"La población es ahora más heterogénea y tiene más información. No podemos seguir ofreciendo café para todos. Si realmente queremos ofrecerles un servicio residencial, hay que pensar en qué quieren, de lo contrario seguirán viéndonos como hospitales".*

> *"El mercado hoy te pide una individualización mucho mayor, hay un cambio grande de mentalidad en relación a ese aspecto".*

Algunas de las personas consultadas, sin embargo, no han observado cambios en el nivel de exigencia de los actuales residentes ("*antes y ahora, lo que la gente busca es una buena atención*") y señalan en cualquier caso que los cambios que se vienen realizando en la red de centros residenciales para la individualización de la atención o para la implantación de un modelo de atención centrado en la persona no derivan tanto de una demanda explícita de las personas usuarias, o de un nivel de exigencia mayor por parte de sus familias, como de la apuesta realizada por las propias instituciones gestoras de los recursos ("*El gran cambio se está gestionando desde dentro, más que desde la exigencia de las personas residentes o de sus familiares*").

En todo caso, junto a ese cambio incipiente en el perfil de las personas atendidas, se ha dado también un cambio –más claro todavía– en las características y expectativas de sus familiares, y en el grado de exigencia que manifiestan en relación a los servicios que sus allegados/as reciben. En ese sentido, algunas de las personas consultadas insisten en la necesidad de reconocer y reforzar el trabajo que se realiza con las familias, en la medida en que constituyen un agente esencial en lo que se refiere a la calidad de vida de las personas residentes.

> *"Los familiares son cada vez más conscientes de sus derechos, más exigentes; el 'frente familias' supone para nosotros una dedicación cada vez mayor. Muchas veces es más complicado atender a la familia que a la propia persona residente".*

> *"Familiek lan handia ematen dute, askotan egoiliarrak baino gehiago, eta askotan gure betebeharretatik kanpo dauden gauzak eskatzen digute, beste arrazoien artean diru asko ordaintzen dutelako, zentru publikoetan ere, eta horren truke zerbitzu zabal bat espero dutelako".*

> *"Sabemos tratar a las personas residentes, pero nos falta aprender a tratar a las familias. No somos especialistas en eso".*

> *"Para cuando vienen, ya se han leído todos los documentos y tienen muy claras sus demandas. Muchos tienen además una experiencia larga como cuidadores y conocen las preferencias de sus familiares. También influye quizá en ese mayor nivel de exigencia un cierto sentimiento de culpa".*

> *"Es necesario que cambiemos el chip en relación al trabajo con las familias; mucha colaboración y mucha apertura de puertas, y sobre todo enfocar esta cuestión no como un problema, como un campo de batalla, sino desde la colaboración".*

refiere a las plazas privadas o a las financiadas vía PVS, en las que la opción individual tiene un mayor papel. En la medida en que estas estrategias se basan en el ofrecimiento de una serie de servicios y calidades adicionales, parece lógico que las personas residentes, y sus familias, reclamen el cumplimiento de esos compromisos.

Mayor prevalencia de los trastornos psiquiátricos y psicogeriátricos, e incremento de los casos multiproblemáticos

Otro de los cambios esenciales que se ha ido manifestando a lo largo de los años es la mayor prevalencia de las enfermedades neurodegenerativas y los trastornos mentales, lo que, como señala más adelante, requiere tanto un impulso a la creación de nuevas plazas residenciales en unidades psicogeriátricas como una cualificación específica para la atención de este tipo de necesidades sociosanitarias por parte de los profesionales no especializados que trabajan en el conjunto de la red. Se señala en ese sentido que no se trata sólo de una mayor prevalencia de los perfiles psicogeriátricos clásicos, de carácter evolutivo, asociados a la demencia, sino también de una mayor presencia de trastornos y patologías psiquiátricas. El peso de estas personas en el conjunto de la población residente no es muy grande, pero la carga asistencial que requieren sí es considerable.

> *"Se trata de personas en general más jóvenes que vienen de centros pisquiátricos de media o larga estancia, o que vivían en su domicilio y se han descompensado al hacerse mayores. Si bien no son muchos, nos generan dificultades importantes porque nuestros centros no están adaptados al trabajo con estas personas".*

En ese mismo sentido, se pone también de manifiesta la existencia de perfiles multiproblemáticos que, en general, acumulan más de un problema o complicación asociada –exclusión, desprotección, salud mental, adicciones…– y que no siempre encuentran en los servicios residenciales ordinarios la respuesta más adecuada a sus necesidades, suponiendo por otra parte la atención de estas personas una dificultad añadida tanto desde el punto de vista de la convivencia con otras personas usuarias como desde el punto de vista de la atención que requieren de los y las profesionales. Se trata de personas que en ocasiones no han cumplido los 65 años y para quienes, en cualquier caso, la dependencia asociada a la edad no supone su principal problema. Si bien no es sencillo establecer el porcentaje que estos perfiles representan en relación al conjunto de las personas atendidas, algunas de las personas entrevistadas calculan que puede estar entre el 4% y el 5% de todas las personas usuarias del servicio. Se señala a ese respecto que, si bien no suponen un porcentaje importante de las personas residentes, suponen una parte importante de la carga asistencial, debido a que no están bien ubicados en los centros residenciales convencionales, y a que estos no pueden en generar prestarles el tipo de cuidado que precisan.

Junto a este perfil multiproblemático, algunas de las personas consultadas señalan también que se está incrementando el número de personas con enfermedades infectocontagiosas, lo que implica una carga adicional de trabajo para el personal, tanto de atención directa como de atención indirecta ("*El protocolo de limpieza de una habitación de una persona con SARS requiere cuatro veces más tiempo que una limpieza normal*").

3.2.2. La estructura competencial de los Servicios Sociales y el proceso de asunción de las residencias municipales por parte de la DFG

Más allá de la cuestión de la coordinación sociosanitaria, que se analiza en otro apartado, y frente a lo que ocurre cuando se analiza la situación de otros ámbitos de los Servicios Sociales, la cuestión de la arquitectura institucional de los Servicios Sociales vascos y de su articulación competencial apenas ha sido señalada en los cuestionarios y grupos de discusión realizados. Puede pensarse por tanto que la actual distribución competencial de los servicios sociales no afecta de forma negativa al funcionamiento de los centros residenciales, si bien, como se señala más adelante, sí se plantean algunas dificultades específicas en relación a la capacidad de acción de los servicios sociales de atención primaria.

En relación a esta cuestión se han planteado también, aunque no de forma generalizada, ciertas consideraciones respecto a la gestión de las residencias municipales y en relación a los problemas que ha traído consigo la existencia de una red de residencias de titularidad municipal excesivamente condicionada por la capacidad de gestión de cada Ayuntamiento:

> *"En las residencias municipales no ha habido un verdadero ejercicio de gestión: los responsables políticos no han sostenido el pulso de reivindicaciones sociales y las han aceptado con facilidad. De ahí la diversidad de condiciones laborales y los déficits económicos generados.* [La consecuencia de ello es la existencia de] *condiciones laborales insoportables, que han llevado a una situación económica deficitaria crónica".*

Frente a esta situación, algunas de las personas que han participado en el proceso de debate disienten de la interpretación que se ha realizado respecto al reparto competencial que establece la Ley de Servicios Sociales y critican el proceso de asunción de las residencias municipales por parte del organismo autónomo Kabia.

> *"Finalmente se ha interpretado que la Ley 12/2008 deja en manos forales las residencias, lo que en ningún sitio se dice (se habla de competencia, que no es lo mismo) y que hace en Gipuzkoa que se cree Kabia, para aglutinarlas, pero no se hace lo mismo en Bizkaia, ni en ningún sitio de la ley se habla de diferencia entre centros públicos o privados. Simplemente "quema en las manos de responsables municipales esos déficit" y lo quieren pasar a otro ente".*

En relación a las cuestiones competenciales se pone también de manifiesto por parte de algunas personas la dificultad de realizar o consolidar determinados avances en Gipuzkoa cuando la competencia normativa corresponde a la administración autonómica, que se ve obligada a no plantear avances que puedan perjudicar a Territorios con modelos menos desarrollados que el guipuzcoano.

3.2.3. Demanda de atención y continuo de servicios: percepción social, recursos de atención primaria y prestaciones económicas de atención a la dependencia

Persistencia del estigma asociado a los centros residenciales y postergación excesiva, en algunos casos, del acceso al servicio residencial

Aunque el análisis realizado en este informe se centra en la atención residencial, en algunos de los debates y cuestionarios se han planteado reflexiones en relación al conjunto de los servicios sociales y sociosanitarios destinados a las personas mayores, en la medida en que tanto el número como la situación de las personas que pueden demandar servicios de atención residencial están determinados por la capacidad de atención del conjunto de la red y, muy especialmente, por la capacidad de atención de la red de atención primaria. Como se verá más adelante, también las características de las prestaciones económicas de atención a la dependencia tienen un impacto directo en la demanda de servicios residenciales, tanto en lo que se refiere a su volumen como a sus características.

En todo caso, una de las cuestiones básicas en relación a la demanda de servicios residenciales se relaciona más bien con las preferencias de las personas potencialmente demandantes (y de sus familias) y con la percepción social, o cultural, que existe en relación a estos servicios. En ese sentido, antes se ha señalado que una de las razones que explica el incremento en las necesidades asistenciales de las personas usuarias se relaciona con el hecho de que, en general, las familias retrasan en la mayor medida posible el ingreso en un centro residencial, recurriendo a esa opción sólo en los casos en los que el ingreso se considera inevitable o impostergable. Desde ese punto de vista, y utilizando la expresión utilizada por una de las personas participantes en los grupos de discusión, los centros residenciales han ido convirtiéndose en "cementerios de elefantes", a los que acceden

mayoritariamente las personas con necesidades asistenciales muy pesadas y una muy corta esperanza de vida. Esta cuestión puede analizarse desde dos puntos de vista:

- Por una parte, cabe considerar como un hecho positivo la posibilidad de que las personas mayores puedan envejecer en su domicilio durante el mayor tiempo posible, y que el acceso a los centros residenciales se plantee únicamente para las personas cuyas necesidades no pueden ser satisfechas en el entorno comunitario.

- Se plantean también sin embargo los riesgos que se derivan de un excesivo retraso en la residencialización. Se plantea más concretamente el riesgo de que algunas de estas personas no estén siendo adecuadamente atendidas en el domicilio y surge la duda respecto a si estas personas no estarían mejor atendidas, y no disfrutarían de una mayor calidad de vida (tanto ellas como quienes les cuidan), si ingresaran en un centro residencial, aun cuando no lo demanden de forma expresa ("*Estoy segura de que algunas personas que viven en su casa estarían muchísimo mejor en una residencia*"; "*Hay personas mal atendidas y desatendidas, solas, que han claudicado, sin apenas apoyo externo, que apenas salen a la calle*"; "*¿Cuántas veces hemos oido: por qué no habré venido antes?*")[35]. El hecho de que estas personas prefieran seguir residiendo en su domicilio puede deberse a muchas causas, desde los reparos de tipo psicológico o cultural frente a la institucionalización a los condicionantes económicos del ingreso (relacionados con la participación económica en la financiación del servicio y/o con la pérdida del derecho a la Prestación Económica de Cuidados en el Entorno Familiar). También podría estar relacionados con la percepción del entorno residencial como un marco inflexible, masificado o poco individualizado.

Frente a esta situación, no parece lógico modificar el paradigma en el que se basan en Gipuzkoa las políticas de atención a las personas mayores, que parten de la idea de potenciar el envejecimiento en el domicilio, buscando de forma generalizada un acceso más temprano o precoz a los centros residenciales[36]. Sí se plantea sin embargo la necesidad de tener en cuenta este problema –el hecho de que algunas personas posponen en exceso el ingreso en una residencia, en detrimento de su calidad de vida– mediante tres estrategias complementarias:

- La primera consiste, lógicamente, en el refuerzo de los servicios preventivos, de atención primaria y/o de apoyo domiciliario, de forma que se garantice el seguimiento de estas personas y la prestación de los servicios que precisan ("*La cuestión no es que se acuda antes a la residencia, sino que se dé en el domicilio el apoyo necesario*", se argumenta en ese sentido). Sin embargo, como se señala más adelante, la valoración sobre la capacidad de red de atención primaria es en general negativa, destacándose el escaso desarrollo (e incluso el deterioro) de los servicios que tienen una mayor capacidad preventiva ("*No hay recursos suficientes y asequibles para personas mayores en situación de fragilidad. Se producen situa-*

[35] Hay que señalar en todo caso a este respecto que la inmensa mayoría de las personas dependientes atendidas en sus domicilios reciben una atención considerada satisfactoria. En ese sentido, el plan piloto para el seguimiento de las personas perceptoras de la PECEF impulsado por la DFG puso de manifiesto que "salvo casos puntuales, la calidad de la atención es adecuada. Apenas se han identificado indicadores de trato inadecuado y, en general, el estilo relacional y la comunicación con la persona dependiente son apropiados. Asimismo, en su conjunto las personas cuidadoras reúnen las condiciones mentales, físicas y psicológicas para hacer frente con calidad al cuidado, aunque se hayan detectado casos en los que dichas condiciones se ponen en cuestión". El estudio también señala que si bien la práctica totalidad de las personas en situación de dependencia se sienten satisfechas con la atención que reciben, tanto por parte de la cuidadora principal como por parte de los servicios sanitarios, así como con las relaciones que mantienen con su entorno más próximo, "es de destacar que casi una cuarta parte de las personas entrevistadas refieren no recibir visitas y es significativo el número de quienes no han salido a la calle en el último mes" (Leturia et al, 2014).

[36] Aun sin abogar por un cambio drástico de modelo, algunas personas sí plantean en todo caso la necesidad de revisar la idea de que todas las personas están en cualquier caso mejor en su domicilio, y de reconocer que hay casos en los que la opción residencial es más aconsejable para todas las partes implicadas. Ello lleva también, de acuerdo a lo señalado por algunas de las personas que han participado en el debate, a reconocer el derecho a 'no cuidar' que asiste a las personas a las que se atribuye, en la práctica, la obligación de cuidar a sus familiares con dependencia ("*No hay que denigrar el cuidado informal, pero tiene que ser elegido, tiene que haber alternativas*").

ciones de dependencia sobrevenida por falta de prevención"; "la ayuda a domicilio va en descenso claro, como consecuencia de que el precio del servicio ha quedado fuera del rango de mercado. Nadie quiere ese servicio pagando más que si lo contrata por su cuenta").

- La segunda se refiere a la necesidad de modificar el imaginario social que existe en relación a las residencias y que todavía retrae la demanda de este tipo de servicios ("*Todavía no nos hemos quitado el estigma de lo que supone el ingreso en una residencia*"; "*¿Por qué se tarda tanto en dar el paso a una residencia, cuando en algunos casos se estaría mucho mejor? Es evidente que ahí hay una cuestión cultural*"). Junto a esa cambio en la percepción social relativa a las residencias, se destaca también la necesidad de realizar un trabajo de información y sensibilización, o de gestió de casos, mediante el que se favorezca la capacidad de elección de las personas y, si se considera que la residencia puede ser el recurso más adecuado, se sensibilice a las personas dependientes y a quienes les cuidan respecto a la adecuación de ese tipo de recursos, respetando lógicamente la preferencia y la capacidad de elección de las personas afectadas.

  Es importante señalar en todo caso que algunas de las personas que han participado en este debate coinciden en la idea de que mantener a las personas en el domicilio a ultranza, cueste lo que cueste, no tiene sentido alguno y que la calidad de vida de algunas personas mayores, incluso en los aspectos relativos a la socialización, mejoran de forma perceptible cuando acceden a un centro residencial ("*En algunos casos el domicilio puede ser más limitante y más aislador que la residencia; eso es evidente*"; "*Por muchos recursos que pongas en una casa, en algunos casos la persona no va a estar suficientemente atendida en un domicilio*"; "*No comparto el empeño obsesivo en pensar que el domicilio es la mejor opción. Mantener al anciano en su casa a toda costa es un empeño autista*").

- La tercera estrategia se refiere a la necesidad de modificar los aspectos organizativos de los centros residenciales –tanto en lo que se refiere a sus normas de funcionamiento como al régimen de copago y al modelo de atención en su conjunto– para incrementar el atractivo que el servicio puede tener para quienes podrían acceder a este tipo de centros ("*Habría que analizar por qué la gente pospone todo lo posible ir a la residencia; si es porque desconoce el servicio o si es porque lo que conoce no le gusta*"; "*El punto débil está en la estandarización, en la poca personalización; si las personas no tuvieran la sensación de que les van a meter en una fábrica, quizás acudirían antes*"). Algunas de las cuestiones relativas a este mejor adaptación de los centros residenciales a las necesidades, deseos y expectativas de la población potencialmente usuaria de estos servicios se analizan en los siguientes capítulos del informe.

En todo caso, a la hora de analizar la demanda actual de plazas residenciales es también importante señalar que, para la mayor parte de las personas consultadas (y como ponen de manifiesto los datos previamente señalados) se está produciendo en los últimos meses un incremento de la demanda de atención, tras reducirse claramente como consecuencia de la crisis y la introducción de las prestaciones de la Ley de Dependencia.

Impacto de las prestaciones económicas por dependencia en la reducción de la demanda y debilidad de los servicios complementarios de apoyo en el domicilio

Señalado este aspecto, en varios de los grupos de discusión realizados se ha planteado la cuestión de los recursos y prestaciones alternativos a las residencias, especialmente en lo que se refiere a la atención primaria, y sobre su impacto sobre la demanda de atención residencial. En relación a esa cuestión se plantean varios elementos diferentes:

- Por una parte, surge del debate en relación al impacto que la Prestación Económica de Cuidados en el Entorno Familiar (PECEF) haya podido tener a la hora de retraer la demanda de servicios residenciales. En relación a esta cuestión, la mayor parte de las personas que opinan sobre este tema señalan que efectivamente, en combinación con el impacto de la crisis económica sobre las economías familiares, la posibilidad de percibir esta prestación ha podido desincentivar o al menor retrasar el uso de los centros residenciales.

  También se señala en todo caso que, cuando las necesidades llegan a un cierto nivel de gravedad, y cuando el mantenimiento en el domicilio se hace verdaderamente complicado, la percepción de la PCEF (o de la PEAP) difícilmente disuade de solicitar el ingreso en un centro residencial. Con todo, independientemente del impacto que la PECEF pudo tener en cuanto a la demanda de servicios residenciales, se plantea en los grupos de debate realizados la necesidad de redefinir esta prestación, reorientando el público destinatario de la misma e incrementando los procedimientos de seguimiento y control, a partir de una evaluación real de necesidades, una prescripción técnica respecto a su idoneidad y un plan de atención individualizado. Se plantea también en relación a esta prestación que si bien en primera instancia puede resultar aparentemente más económica para las arcas públicas, hay que tener en cuenta también el resto de los servicios sociales y sanitarios que sus beneficiarios consumen, y que normalmente no se tienen en cuenta al calcular el coste público de esta prestación.

- Por otra parte, se pone de manifiesto la debilidad de los recursos de atención primaria y el escaso desarrollo de recursos tales como las viviendas comunitarias, los apartamentos tutelados o el servicio de asistencia domiciliaria, competencia de los ayuntamientos de acuerdo a la Ley de Servicios Sociales. Se reclama en ese sentido el desarrollo de una red de apartamentos tutelados y/o viviendas comunitarias que, aunque sean competencia municipal y se engloben en el marco de la atención primaria, se vinculen de alguna forma a los centros residenciales de atención secundaria, al objeto de aprovechar las sinergias que entre ambos tipos de recursos se puedan generar[37].

- Al analizar las carencias del continuo de recursos que rodea el servicio residencial, se pone también de manifiesto la incapacidad de los Servicios Sociales de Base municipales para realizar el trabajo de seguimiento y orientación que la normativa les atribuye, así como la dificultad que desde los servicios sociales de atención primaria existe para movilizar los recursos comunitarios que existen a escala local, integrando en ellos a los centros residenciales. Algunas personas hacen en ese sentido alusión al "desbordamiento" de los Servicios Sociales de Base como consecuencia de sus insuficientes ratios de personal, y a la dificultad de establecer desde los centros residenciales un trabajo de coordinación con ellos, por ejemplo en lo que se refiere al trabajo con las familias de las personas residentes. Para algunas de las personas consultadas la mayor carencia se refiere en cualquier caso a la dificultad de integrar los servicios residenciales de atención secundaria en el marco de los servicios comunitarios de cada localidad. Se argumenta en relación a esta cuestión que una mayor integración permitiría un mayor desarrollo de los programas intergeneracionales y abriría las posibilidades para el trabajo socioeducativo desde y con los centros residenciales.

- Más allá de los recursos correspondientes a los servicios sociales de atención primaria, se pone también de manifiesto la necesidad de impulsar recursos intermedios y de media de

[37] Al analizar esta cuestión se hace también referencia a otras cuestiones de menor interés en el marco de este informe, como las dificultades que supone el desarrollo a escala comarcal de recursos que son de competencia municipal –como las viviendas comunitarias y los apartamentos tutelados–, las dificultades para la coordinación y/o la mancomunación de los servicios sociales municipales, la escasa rotación que se da en este tipo de recursos o la inadaptación de algunos de ellos a las necesidades o expectativas de sus potenciales usuarios.

estancia, de carácter social y sociosanitario, que para muchas personas pueden ser una opción preferible a los centros residenciales convencionales.

3.2.4. Adecuación del mapa de centros y de la actual dotación de plazas a las necesidades de la población

Dotación de plazas y despliegue territorial razonable, aunque la oferta debería ampliarse en ciertas zonas y/o para ciertas necesidades

El análisis cualitativo realizado en las páginas precedentes ya ha puesto de manifiesto en qué medida la dotación de plazas residenciales actualmente disponible puede o no considerarse suficiente, en qué medida existen listas de espera para acceder a los centros residenciales y en qué medida resulta adecuado el despliegue territorial de la red de centros. Planteadas estas cuestiones en los debates realizados, la mayor parte de las personas consultadas consideran como una fortaleza del modelo la actual dotación de plazas y sus despliegue territorial, si bien se alerta sobre la insuficiencia en la cobertura existente en ciertas comarcas, la necesidad de realizar algunos ajustes en el mapa y en la necesidad de incrementar el actual número de plazas para mantener, al menos, las actuales tasas de cobertura. En ese sentido, todas las personas que intervienen en el debate son conscientes de que el aumento previsto del número de personas mayores en los próximos años va a exigir un gran esfuerzo económico aunque sólo sea para mantener las tasas de cobertura actuales[38].

En lo que se refiere a la suficiencia en la dotación de plazas y a la evolución de las listas de espera, se destaca por parte de algunas personas que el acceso a un centro residencial es rápido cuando se detecta una situación que requiere una atención urgente. Se detecta en todo caso un incremento en las listas de espera –como ponían de manifiesto los datos cuantitativos–, que se relaciona por una parte con una cierta recuperación en la demanda de plazas y por otra –como también ponían de manifiesto los datos expuestos– con el estancamiento de las tasas de cobertura registrado en los últimos años, debido a que el ritmo de creación de nuevas plazas es inferior al ritmo crecimiento de la población mayor. En todo caso, si bien muchas de las personas consultadas no consideran necesario un incremento sustancial y generalizado del número de plazas, para otras las necesidades son en este aspecto perentorias, especialmente si se tiene en cuenta el repunte en la demanda de plazas y el consiguiente crecimiento de las listas de espera:

> *"Me parece clarísimo que hacen falta más plazas; la gente alarga sus estancias en los centros sociosanitarios porque no tiene otra alternativa disponible".*

> *"Durante algunos años la demanda de plazas se redujo, por la crisis y las prestaciones por dependencia, pero en los últimos tiempos estamos viendo claramente que esto vuelve a cambiar. Parece que la situación económica poco a poco mejora, y las listas de espera crecen".*

También se cuestiona en cualquier caso por parte de algunas personas el papel que las listas de espera pueden tener como indicador de la demanda real:

[38] En todo caso, sería conveniente relativizar el impacto del cambio demográfico, a corto y medio plazo, sobre el número de plazas necesarias para mantener las coberturas actuales: en la actualidad, hay en Gipuzkoa 8,4 plazas de responsabilidad foral por cada 100 personas de más de 80 años. Mantener esa cobertura en 2025 –teniendo en cuenta la evolución prevista de la población mayor de 80 años, que es la que realmente demanda plazas residenciales– implicaría pasar de las actuales 4.489 plazas a 4.790, un incremento mucho menor del registrado hasta hora. El incremento sustancial del número de plazas no vendría por tanto motivado por los cambios demográficos como, en todo caso, por la necesidad de incrementar las actuales tasas de cobertura, en el caso de que se consideren insuficientes. Ya se ha visto en ese sentido que en general las coberturas en los países de nuestro entorno son más elevadas que las registradas en Gipuzkoa.

> *"La demanda real de plazas depende de cómo se articula el sistema. Estoy seguro de que un sistema más adaptado a las personas usuarias –en cuanto a la individualización del servicio y en cuanto a la adaptación de los espacios, o en cuanto a la participación económica de las personas usuarias– tendría un impacto directo en el incremento de la demanda, en el crecimiento de las listas de espera y la necesidad de crear nuevas plazas. Las listas de espera responden al modelo de servicio actual".*

> *"La demanda de plazas depende de muchos factores. Es muy difícil hacer previsiones".*

> *"Hacen falta muchos más centros y plazas. La administración se pone una venda y no ve a la gente que está desatendida en sus casas, sujeta con alfileres".*

> *"El centro residencial nunca va a dejar de ser un recurso subsidiario y paliativo; nunca va a ser una opción entre varias, sino el resultado de una decisión inevitable, in extremis; es la opción que se toma cuando no hay más opción. Por eso, la demanda de plazas va a estar siempre ligada a cómo se presenten en el resto de las alternativas".*

En relación a esta cuestión, se plantea también la necesidad de disponer de herramientas sensibles a la evolución esperada en los niveles de dependencia de las personas atendidas, al objeto de evitar una eventual descompensación en la distribución territorial de plazas. Se propone en ese sentido la implantación consensuada de herramientas que, de manera sencilla y con garantía suficiente, permitan distribuir territorialmente las necesidades y faciliten la identificación de *case-mix* locales, comarcales o territoriales.

En lo que se refiere al mapa territorial de centros y plazas, la mayor parte de las personas consultadas recuerda que existen todavía ciertos desequilibrios territoriales y se insiste en la necesidad de lograr el máximo equilibrio territorial en el despliegue de plazas residenciales, a partir de la idea de que las personas quieren ser atendidas en residencias de su municipio o de su comarca. Para estas personas, de hecho, ese elevado grado de cercanía constituye una de las principales fortalezas del modelo.

> *"Egoitzen kokapen geografikoa da nire ustez sarearen sendotasun garrantzitsuenetako bat. Kokapenak, egoiliarrei eta senideei, aukera ematen die jaio diren edota bizi diren inguruan jarraitzeko, desplazamenduak saihestuz, bisitentzat mesedegarriak izanez…".*

> *"Gipuzkoan zaharren egoitza sarea oso zabala da eta pertsonen bizilekutik gertu aurkitzen dira, ez bada bere herrian bertan".*

Algunas personas ponen sin embargo algunos reparos a la distribución de esta red territorial, y critican el hecho de que algunas personas tienen que ser ingresadas en centros ubicados en municipios distintos, incluso lejanos, del municipio en el que residen:

> *"Itxaron zerrendak daude, sistemak eskaera guztiei erantzun positiboa eman ezin duelako. Pertsona asko ingresatzen dira bere herrian ez den zahar egoitzan. Senideak, kasu askotan edadetuak, beste herrietara joan behar dira bisitak egitera; ondorioz, egoiliarrak bisita gutxiago jasotzen dituzte".*

Desde un punto de vista distinto, algunas personas plantean que, en un territorio pequeño como el guipuzcoano, un cierto grado de dispersión puede ser positivo, y que sería conveniente que las personas optaran por uno u otro centro no sólo en función de su ubicación, sino también en función de sus características y de la calidad del servicio ofrecido.

> *"Creo que Gipuzkoa es un territorio pequeño y no debería primar tanto la cercanía al domicilio, sino el recurso más adecuado para esa persona".*

Si bien, por tanto, no parece haber problemas importantes –aunque sea necesario realizar ajustes– en lo que se refiere a la distribución territorial de los centros y acometer un proceso de adecuación de las tasas de cobertura–, sí parece clara por el contrario la demanda de crear plazas específicas, especialmente en unidades psicogeriátricas, como consecuencia de la mayor prevalencia de este tipo de problemas que se ha señalado previamente. Esta cuestión se analiza en cualquier caso con mayor detalle en el epígrafe referido a la calidad de la atención.

3.2.5. Procedimiento de acceso a los centros residenciales

Acceso rápido al servicio, especialmente en el caso de situaciones de necesidad

A la hora de analizar la adecuación del mapa de recursos y la dotación de plazas se ha hecho referencia al incremento en las listas de espera y, tangencialmente, al procedimiento de acceso a los centros residenciales de la red pública y concertada. Se ha señalado en ese sentido que el acceso a los centros residenciales es razonablemente rápido, al menos cuando se detecta una situación urgente, y no se plantean problemas importantes en relación al proceso de solicitud y asignación de las plazas. De hecho, para algunas de las personas consultadas, el procedimiento de acceso constituye una de las fortalezas del modelo:

> *"Una de las fortalezas del modelo es la buena coordinación en la gestión integrada desde la solicitud hasta la concesión de plaza residencial por parte de los diferentes niveles (administración y proveedor de servicios). Desde atención primaria y especializada hasta el proveedor del servicio".*

Cuando se profundiza en la cuestión del procedimiento de acceso a los centros residenciales, se ponen sin embargo de manifiesto determinados problemas o insuficiencias, relacionadas tanto con la posibilidad de elección que se deriva de este sistema como con otras carencias en cuanto a la asignación de las plazas disponibles y la validez de las valoraciones realizadas.

Dificultades para acceder al centro elegido y problemas respecto a la validez de las valoraciones realizadas

Así, una parte importante de las personas que han participado en los debates señalan que si bien el proceso de acceso funciona bien y las listas de espera son en general razonables (especialmente cuando se detectan situaciones que requieren una intervención urgente), muchas personas usuarias se encuentran con problemas para conseguir una plaza en el centro de su elección, debiendo ingresar en otro hasta el momento en el que se produce una vacante en el primero ("*No veo especial problema en las listas de espera; lo que sí hay es un problema en relación a la elección del centro*"). Las dificultades en cuanto a la capacidad de elección de las personas y en cuanto al acceso al centro elegido se derivan tanto de los sistemas de concertación establecidos como de los procedimientos existentes para la asignación de plazas:

> *"En plaza pública el residente tiene la posibilidad de elegir el centro, pero si el centro elegido es concertado en un número determinado de plazas, si éstas están completas no puede acceder a dicho centro aunque exista disponibilidad".*

"El sistema de asignación de plazas es rígido, porque se prima la agilidad, no se está teniendo en cuenta aspectos como el arraigo o la satisfacción en el centro. El residente sufre dos desarraigos, en primero del domicilio y el segundo del centro que había elegido".

"Se prima la rápida aceptación de la plaza pública frente a la privada aunque el residente no esté de acuerdo, tenga medios y el coste no será para él menor. El residente queda a expensas de un criterio ajeno a su preferencia. Es un agravio para las residencias que no están concertadas en su totalidad".

"Ingresoak atzeratzen dira, zaharren egoitzan dauden plazak betetzeko eta kandidatuen perfila ezberdinak direlako. Kaltegarria da pertsonen ingresoak luzatzen direlako eta egoitzek kalte ekonomiko daukatelako. Horrek gainera egoera konfliktiboak sortzen dira senideekin".

Por otra parte, algunas de las personas consultadas ponen de manifiesto como una de las debilidades del sistema el desigual régimen de acceso a los centros de titularidad municipal, derivado de la existencia de normativas municipales distintas (si bien es cierto, matizan, que a medida que pasa el tiempo el acceso se hace más homogéneo y que la asunción de la gestión por parte del Organismo Autónomo Kabia debería de terminar de homogeneizar los criterios de acceso).

También se señala, desde una perspectiva más general, el excesivo tiempo que supone el proceso de ingreso en un centro residencial, desde que se inicia el contacto con los Servicios Sociales de Base hasta que se produce el ingreso. Se señala en ese sentido que, normalmente, la decisión de recurrir a un centro residencial se toma cuando la situación es ya insostenible, con lo que cualquier retraso en el proceso tiene un impacto muy serio en las condiciones de vida de la familia. Otro problema relacionado con en el procedimiento de acceso a los centros residenciales es el tiempo de espera de las personas con valoraciones de dependencia más bajas. De acuerdo a algunas de las personas consultadas, frente a lo que ocurre con las personas que presentan una necesidad mayor, el tiempo de espera de los solicitantes con BVDs más bajos se alarga, aun cuando estas personas puedan presentar necesidades psicosociales importantes, que el BVD no recoge.

"Nos encontramos con situaciones en las que el BVD es bajo porque el usuario mantiene relativa autonomía en las AVDs pero que debido a su deterioro cognitivo (por ejemplo, personas en primeras fases de demencia) precisa de supervisión o vigilancia las 24 horas del día (riesgos en el domicilio, desorientación…). Considero necesario reflexionar sobre este tema y valorarlo en la confección de las listas de espera, también la fecha en la que se ha realizado la solicitud".

Desde un punto de vista más ligado a la atención individual, se señala por último que en algunos casos las personas usuarias acceden a los centros residenciales con valoraciones poco recientes, que han quedado obsoletas y que no son útiles para planificar correctamente el proceso de acogida en el centro, debido a que no reflejan la situación real de la persona en el momento actual. Se plantea también en ese sentido la escasa información que en ocasiones se traslada desde los Servicios Sociales de Base en relación a las características y necesidades de la persona usuaria, y que podría resultar útil para una mejor planificación de la atención.

"Zaharren egoitzan ingresatzeko balorazio bat dago eta zerbitzua emateko garaian badakigu bere egoera. Balorazio sistema alderdi indartsua da eta aldi berean bere alderdi kritikoa badauka. Balorazioa egiten denetik ingresoa egiten denera desfase badago eta askotan pertsonaren egoera aldatu egin da".

"La valoración de dependencia es poco útil para ingresos en residencias y a veces poco coincidentes con la realidad, lo que supone una dificultad para una buena acogida".

"La valoración de la dependencia aportada por los profesionales de los centros no es tenida en cuenta. El diagnóstico podría ser más acertado o concreto y el recurso más adaptado a la persona".

3.2.6. Calidad de la atención: ratios de personal, perfiles profesionales y elementos ambientales y estructurales

Valoración globalmente positiva de la atención prestada en los centros residenciales, aunque se destaca la necesidad de avanzar en la individualización de la atención y en la adaptación del servicio a determinados perfiles

Para buena parte de las personas consultadas, una de las principales fortalezas del modelo de atención residencial establecido en Gipuzkoa radica en la calidad de la atención que se presta a las personas usuarias, si bien se reconoce también que pueden y deben aplicarse mejoras en lo que se refiere a la individualización de la atención, a los perfiles y dotaciones del personal de atención directa y a la adecuación de los espacios físicos de los centros residenciales. En todo caso, puede decirse que existe un consenso generalizado en destacar que el nivel de la atención que se presta en el conjunto de los centros residenciales es alto:

"El principal activo de la red residencial en Gipuzkoa es su altísimo nivel, en términos medios, de rigor y profesionalidad respecto a los estándares que en este sentido se aplican en otras comunidades autónomas y/o territorios del Estado español'.

"Una de las fortalezas del modelo es la calidad de atención que se presta en los centros residenciales, con amplia experiencia profesional en el sector, en los que se atiende a personas con diferentes perfiles y necesidades independientemente de cuál sea su situación económica".

"Sistemaren sendotasunen artean aipatu behar da, batez ere zentru publikoetan, zentruek hartu duten etengabeko hobekuntzarantz bidea, ISO, EFQM, APPCC eta antzeko sistemak erabiliz zentruetako kudeaketan".

"A lo largo de los años hemos consensuado un modelo asistencial común, basado en la idea de ofrecer una respuesta integral y multidisciplinar a las personas mayores en residencia".

Al analizar la calidad y la adecuación de la atención prestada en los centros residenciales, uno de los debates que surge es el relativo a la necesidad de introducir el paradigma de la atención centrada en la persona, y se plantea la discusión sobre en qué medida el conjunto de los centros han sido capaces de implementar una atención suficientemente individualizada. Si bien la idea de la individualización de la atención se acepta de forma generalizada, se plantean dos posturas relativamente contrapuestas en relación a este debate:

- Algunas personas consideran que se ha avanzado claramente en ese sentido ("*Entre las fortalezas del modelo hay que señalar la implementación de nuevos modelos de atención (atención centrada en la persona, centros libres de sujeciones..) que pretenden ofrecer una atención más personalizada y de mayor calidad. Todo ello redunda en la satisfacción de los residentes y de sus familiares*"). De hecho, algunas de las personas consultadas señalan que –si bien con otro nombre, o sin considerarlo como un modelo específico– la atención centrada en la persona ha presidido la actividad de los centros residenciales desde sus inicios ("*Después de décadas y de siglos ahora han descubierto que hacemos atención centrada en la persona. ¿Y qué es lo que llevamos años haciendo?*").

- Otras personas piensan sin embargo que no se ha avanzado todavía suficientemente en este aspecto, y que la consolidación de una atención más integral, más individualizada, y más orientada a la autodeterminación y la capacidad de elección de la persona sigue siendo un reto pendiente del modelo residencial guipuzcoano, en su conjunto ("*el modelo residencial que predomina actualmente en la mayoría de los centros responde a una atención adaptada al funcionamiento de la institución, y no a las necesidades de las personas usuarias. Ello tiene como consecuencia dificultades importantes para modificar ciertas variables (ratios, horarios….), como por ejemplo el mantenimiento de una misma plantilla para atender las necesidades de un colectivo determinado. En resumen, la atención no responde a las necesidades reales de las personas usuarias, más bien las necesidades se tienen que adaptar al funcionamiento del centro. Todo lo que se sale de lo establecido, genera problemas*"; "*Veo complicado extender un modelo de atención basado en la persona, todavía hay centros con esquemas directamente heredados de la beneficencia*").

En todo caso, dejando al margen ese debate, existe un consenso amplio al señalar el impacto positivo que tuvieron, en cuanto a la mejora de la calidad de la atención, los esfuerzos de ordenación y clarificación del modelo de atención a las personas mayores realizados a mediados de la pasada década, si bien se destaca también, por parte de algunas personas, la necesidad de actualizar algunos de los elementos del modelo definido hace ya casi diez años[39].

- "*Sendotasunen artean azpimarkatu behar da zerbitzuen katalogo bat, adostua, izatea, egoitza guztientzako erreferentzia eta markoa dena, zerbitzu asistentzial komuna eta duina (arretako estandarra) bermatzeko oinarrizko tresna da; Gipuzkoa osora zabalduta dagoena*".

- "*Nahiz eta berrikusteko beharra egon, katalogoaren existentzia sistemaren sendotasun gararrantzitsuenetako bat da, pertsonaren arreta bermatzen duelako*".

- "*Zerbitzuen katalogoa zaharkituta dago. Zuzeneko arreta definituta dago baina zerbitzu batzuk falta dira eta exijitzen diren ratioak ez dira zuzenak. Eta zer esanik ez zuzeneko arreta ez den zerbitzuari buru. Kasu honetan eredua ez dago definituta*".

Desacuerdo en relación a la adecuación de las actuales ratios de atención y acuerdo en relación a la necesidad de reforzar determinadas figuras profesionales

Uno de los elementos básicos del Catálogo de servicios residenciales para personas mayores aprobado en 2007, aunque no el único, radica en la exigencia de unos perfiles profesionales determinados y de unas ratios de atención directa superiores a los establecidos por la normativa autonómica entonces –y todavía– en vigor[40]. A la hora de valorar la adecuación de las ratios establecidas en ese documento, las opiniones de las personas consultadas son claramente divergentes, y sólo en algunos aspectos –la necesidad de reforzar determinadas figuras, por ejemplo– puede hablarse de un cierto consenso. Por lo demás, las opiniones se dividen entre quienes consideran que las ratios establecidas en el Catálogo garantizan un servicio de calidad suficiente y son muy superiores a las que se exigen en otros territorios o CCAA, y quienes consideran que deberían incrementarse o, al menos, rediseñarse en función de un nuevo modelo de atención, de carácter más individualizado.

[39] En 2004 se puso en marcha una ponencia en Juntas Generales para la definición de un modelo integral de atención a las personas mayores en el Territorio. Fruto de aquel proceso se elaboraron diversos documentos, como el *Documento estratégico sobre la atención a las personas mayores dependientes de Gipuzkoa*, el *Modelo de atención a las personas mayores en Gipuzkoa* y, algo más tarde, el *Catálogo de servicios residenciales para personas mayores* establecido por parte de la Diputación Foral de Gipuzkoa en 2007.

[40] DECRETO 41/1998, de 10 de marzo, sobre los servicios sociales residenciales para la tercera edad.

Las personas que se muestran partidarias revisar y, en su caso, incrementar las ratios exigidas consideran que la normativa actual no responde a los requerimientos del actual *mix* de usuarios de las residencias y que no se incorporan además todas las figuras profesionales necesarias para prestar una atención individualizada e integral. Se señala también que el catálogo parte de una concepción muy medicalizada de la atención residencial. Frente a estas insuficiencias, se propone por parte de algunas personas una flexibilización de los roles y perfiles profesionales, así como el incremento de las ratios de las auxiliares de geriatría, para poder reforzar la atención personal desde una perspectiva más individualizada y más orientada a la estimulación de las personas residentes[41].

> *"Las ratios de atención determinadas tanto en el Decreto 41/1998 como en el Catálogo de servicios residenciales para personas mayores no son sensibles a la composición real de las necesidades de los residentes. En ninguno de los dos casos hay un estudio empírico contextualizado en el modelo real de atención (cultural y socialmente identificado) y, por tanto, las ratios se determinan desde otros enfoques".*
>
> *"Las ratios mínimas con claramente insuficientes; en la práctica, la mayor parte de los centros cuentan con dotaciones de personal más elevadas, especialmente en lo que se refiere a fisioterapia, psicólogo, terapia ocupacional, etc. Me parece que está claro que hace falta más auxiliares de atención directa".*
>
> *"Existe un desfase entre las necesidades asistenciales y los ratios de personal previstos en el modelo, especialmente de atención directa aunque también en indirecta".*
>
> *"Llevamos tiempo diciendo que el catálogo se tiene que revisar, es imposible seguir como estamos. Estamos machacando físicamente a las mujeres que trabajan en los centros residenciales, con las implicaciones que eso tiene para las arcas públicas en términos de bajas, incapacidades, absentismo, etc.".*
>
> *"Orokorrean, zentruak egokituta daude, ondo daude, baina ratioak, segun zein zerbitzutan, eskasak dira".*
>
> *"Si queremos huir del modelo cementerio de elefantes tenemos que aumentar necesariamente las ratios, si queremos más servicios, necesitamos más ratios: y calcularlas no en términos de medias anuales, sino en función del número y las características de las personas residentes presentes en cada momento".*
>
> *"Aspalditik ari gara esaten, nekatuta gaude esaten zerbitzuen katalogoa zaharkituta dagoela eta ez dela nahikoa. Berrikusi egin behar da. Zerbitzua ez da behar den bezala ematen eta egoiliarrak nabaritzen dute. Ez da kalitatezko zerbitzua ematen. Zerbitzu minimoak ematen dira. Egoiliarrak askotan osasun sarera joan behar dira".*
>
> *"Katalogoa eguneratu egin behar da, ratioak justu daude".*

Como se señala más adelante, al analizar las cuestiones relativas a la financiación, algunas de las personas consultadas señalan por otra parte que el hecho de que se hayan tenido que aplicar ratios más elevadas para garantizar la calidad de la atención, sin que esos incrementos se hayan recogido

[41] Cabe señalar a ese respecto que las experiencias piloto realizados en nuestro entorno para la introducción de un modelo centrado en la persona en el ámbito residencial implicaban, entre otras mejoras y adaptaciones conexas, un incremento de la ratio de auxiliar de geriatría del 17% en el caso de las plazas para gran dependiente y del 22% en el caso de las plazas psicogeriátricas, en relación al Catálogo actual. Por otra parte, algunas investigaciones realizadas para adecuar las ratios de atención a la carga asistencial que requieren las personas actualmente residencializadas apuntan a la necesidad de incrementar en torno a un 10% la ratio de gerocultor/a.

en las tarifas de concertación, ha perjudicado la viabilidad económica y/o la calidad asistencial de algunos centros residenciales:

> *"En muchos centros se han tenido que incrementar los ratios asumiendo el coste añadido por parte del ayuntamiento o de la propia entidad. En otros centros la atención se cubre de manera muy ajustada, lo que repercute en el servicio y en el clima laboral".*

> *"Egun tarifa sistema oso lotua dago langileen lan baldintzekin; dependentzia handia dago. Udal egoitzen kasuan, langile publikoen baldintza ekonomikoak altuagoak izatea, eta ratiotik gora egoteak, tarifen sistemarekin apurtzen da, defizit bat sortuz. Egun udalen esku dagoenez, defizit hori udalek estaltzen dute. Aldundiak egoitza horiek bere gain hartzerakoan, aldiz, defizit horri aldundiaren aurrekontuekin aurre egin beharko zaio".*

> *"Hay que incrementar las ratios, pero también las tarifas".*

Para otras personas, sin embargo, plantear un incremento de las ratios de atención –que ya están por encima de las exigidas en otros ámbitos territoriales y que se consideran en ciertos aspectos demasiado altas–, carece de sentido y no supondría un incremento en la mejora de la atención, aunque sí un coste añadido para las entidades gestoras de los centros.

> *"En algunos casos, como trabajadores/as sociales, el ratio del Catálogo es demasiado bajo. Pero hay otras figuras, como la de médico, con ratios demasiado elevadas (y que por cierto Osakidetza no cumple en los centros en los que hay médico de Osakidetza). En todo caso, el 60% del tiempo es tiempo de gerocultor, y ahí nos marcan una ratio que duplica la del decreto autonómico. Los cálculos que nosotros hemos hecho indican que, para adecuarnos al actual perfil de personas usuarias, bastaría con incrementar en un 10% la ratio de auxiliar".*

> *"El incremento de las ratios no garantiza un servicio de mejor calidad; hay otros factores más importantes que también se deben tener en cuenta, como la productividad del personal".*

> *"Las ratios en Gipuzkoa ya son más elevadas que en otros territorios. Incrementar aún más las ratios me parece económicamente insostenible, y no me parece que sea necesario desde el punto de vista de la calidad de la atención".*

> *"El modelo de atención centrado en la persona no exige ratios más altas, sino ajustar mejor las ratios a los distintos perfiles de personas usuarias. No se trata de subir o bajar, sino de ser más sensible al perfil de los residentes, y ajustar los recursos a las necesidades".*

Desde una perspectiva algo distinta, algunas personas rechazan centrar el debate sobre la calidad de la atención en la cuestión de las ratios de atención directa y se centran en la necesidad de revisar el modelo de atención en su integridad, para derivar de ahí, en todo caso, una modificación de las ratios (no necesariamente al alza). Desde ese punto de vista, un eventual incremento de las ratios de atención debería venir acompañado, o enmarcarse, en el desarrollo de un modelo diferente de atención:

> *"Estoy de acuerdo en que las ratios son insuficientes, pero sólo no todo es cuestión de ratios; el incremento de las ratios de atención debe venir acompañado de un modelo residencial compartido, de un cambio de mentalidad que evite sistemas de trabajo tayloristas. Un cambio cultural que potencie un trabajo estimulativo. Hay modificaciones que no cuestan dinero. El incremento de las ratios, si no hay un cambio cultural, no sirve para nada".*

> *"No debemos ofuscarnos con el debate de las ratios, el debate está en el modelo; las ratios serán o no suficientes en función del modelo, del contenido de los servicios. El ratio es un elemen-*

to perverso, porque te hace olvidarte del modelo. Y es necesario revisar el modelo de atención porque ha cambiado el perfil del residente; de ese cambio de modelo debería venir una revisión de las ratios, a partir de la experiencia que ya tenemos en torno al Catálogo".

"Revisar no implica necesariamente ampliar. Estoy de acuerdo en que estamos cortos respecto a algunas figuras, pero en otras es evidente que las ratios son demasiado amplias".

Sí parece haber, en todo caso, un cierto consenso en la necesidad de reforzar determinadas figuras profesionales, como la del o la fisioterapeuta, así como las relacionadas con el trabajo social o sociocultural (*"Las ratios son insuficientes en algunos casos. En mi opinión habría que incorporar las siguientes figuras a los ratios de personal en función del tamaño residencial: supervisora de auxiliares, gobernanta y fisioterapeuta").* En ese sentido, se señala que si bien hay que reforzar los perfiles sociales y socioculturales, de cara a mejorar la estimulación de las personas residentes, es aún más necesario capacitar a los y las gerocultoras para que sean capaces de desarrollar una estimulación más ecológica o natural, que pueda desarrollarse mientras se atiende el resto de las necesidades de la persona ("*Lo que ocurre es que ahora, dadas las ratios que existen, la labor del personal de atención directa se centra en lo hotelero, en lo organizativo, y no el desarrollo de la intervención socioeducativa. Para eso hay que profesionalizar y formar al personal de atención directa, e incrementar las ratios de atención").*

Si bien está estrechamente relacionado con las condiciones laborales del personal, al analizar la cuestión de la calidad de la atención, y su relación con los perfiles y dotaciones profesionales, emerge por otra parte la cuestión de la rotación de las auxiliares de geriatría, y la dificultad de poder mantener una presencia constante en el tiempo por parte de las mismas personas, que contribuya a una atención más personalizada.

"No se valora lo suficiente la experiencia y estabilidad de los equipos en los centros residenciales. La inestabilidad de los equipo va en detrimento de la calidad de la atención prestada. Por otra parte dificulta la implicación del personal en el proyecto del centro".

Para algunas personas la cuestión de la rotación ha mejorado en los últimos años debido a que el sector es ahora laboralmente más atractivo, de forma que la retención del personal por parte de las empresas es más alta (*"La rotación se ha estancado los últimos años debido a la crisis y a que Osakidetza no hace tantas contrataciones, y a que el sector ha mejorado muchos sus condiciones laborales").* Sin embargo, también se señala que algunas de las mejoras introducidas en las condiciones laborales –en cuanto a medidas de conciliación y cobertura del 100% de las bases de cotización en caso de incapacidad temporal– dificulta una presencia suficientemente continuada del personal, que resulta a su vez imprescindible para mantener una cierta personalización de la atención.

"La alta rotación no sólo no se reducirá sino que con más licencias, más permisos laborales, etc.., aumentará".

La importancia de reacondicionar la estructura arquitectónica de los centros más antiguos para generar ambientes más hogareños

Más allá de la cuestión de la dotación del personal y de los perfiles profesionales de los centros residenciales, al analizar la cuestión de la calidad de la atención también se hace referencia a las cuestiones relacionadas con los aspectos físicos y ambientales: el tamaño de los centros, su división en módulos o unidades, las características arquitectónicas de los centros…. Si bien esta cuestión no se plantea con la misma intensidad que la relativa a las dotaciones profesionales, sí parece existir una preocupación relativamente generalizada por la adecuación de los edificios –especialmente los más antiguos– en los que hoy se están prestando los servicios residenciales. Más aún, el hecho

de que una parte de las instalaciones están envejecidas y no se adecúen a los requisitos funcionales y ambientales que requiere un modelo de atención centrado en la persona se considera por parte de algunas personas entrevistadas como una de las debilidades fundamentales de la red de atención.

En relación a esa cuestión, el primer argumento que se señala es que, mientras el perfil de las personas residentes ha cambiado de forma clara, la disposición arquitectónica de los centros apenas lo ha hecho. Al mismo tiempo, se plantea la dificultad económica que supone extender al conjunto de la red algunos de los elementos arquitectónicos y ambientales asociados al modelo de atención centrado en la persona, citándose como elementos especialmente complejo la generalización en cuanto a la disponibilidad de habitaciones de uso individual[42].

> *"Algunos centros tienen todavía necesidades de adecuación de las instalaciones que pueden verse agravadas si aumentan las exigencias del nuevo Decreto de Servicios Residenciales del Gobierno Vasco. Si no se habilitan ayudas a la inversión, peligra la adecuación de las instalaciones en algunos centros. Si se aprueba el decreto del Gobierno Vasco, otros centros pueden quedar fuera de la nueva norma".*

> *"La distribución arquitectónica de muchos de los actuales centros, especialmente los que tienen una construcción muy vertical, impide la realización de muchas actividades, la movilidad de las personas usuarias e incluso que puedan salir al exterior con la frecuencia que sería necesaria. Hay personas que casi no salen en todo el año al aire libre".*

> *"El perfil de las personas usuarias ha ido cambiando, pero los edificios no. La instalaciones no. Y cuando remodelamos los edificios viejos, perdemos plazas… ".*

También se plantea durante los debates la cuestión relativa al tamaño idóneo de los centros residenciales, tanto desde el punto de vista de la individualización de la atención y de la generación de ambientes poco masificados como desde el punto de vista de la viabilidad económica de los centros. En relación a esa cuestión, se plantea por una parte la inviabilidad económica de las residencias de menor tamaño, al menos si no son capaces de dotarse de una red adecuada de apoyos externos para los servicios que se requieren de forma menos frecuente[43]:

> *"Los centros muy pequeños son inviables, no son sostenibles; para una residencia muy pequeña es imposible encontrar personal que pueda trabajar con jornadas tan reducidas. ¿Cómo encuentras una trabajadora social que vaya 490 horas al año; un psicólogo que vaya 120? Para una residencia pequeña es muy difícil encontrar personal que trabaje en periodos tan cortos".*

[42] Cabe señalar a ese respecto que mientras que el Decreto 41/1998 exige un 25% de habitaciones individuales, y el Catálogo de la DFG no hace referencia a esta cuestión, los borradores que hasta la fecha se han manejado para la actualización del citado decreto elevan hasta el 75% el porcentaje exigible de habitaciones de uso individual (y el 100% en las unidades psicogeriátricas).

[43] Una revisión de la literatura sobre esta cuestión realizada por el SIIS en 2012 cuestiona la idea de que los centros residenciales resulten más baratos cuanto mayor sea el número de plazas. Las investigaciones realizadas tienden a matizar la existencia de economías de escala y a situar en todo caso el umbral de este efecto en tamaños relativamente reducidos, que en ningún caso permiten justificar en términos económicos la creación de macrocentros residenciales. No hay desde luego argumentos sólidos que avalen la tesis de que el coste medio de una plaza en una residencia disminuya indefinidamente a medida que aumenta su capacidad. El coste medio decrece efectivamente cuando aumenta el número de plazas, pero sólo hasta llegar a un determinado nivel que puede situarse entre las cuarenta y cincuenta; a partir de las setenta u ochenta plazas, se producen de hecho deseconomías de escala, de tal forma que el coste aumenta a media que aumenta el tamaño del centro. La mayor parte de la evidencia disponible parece apuntar además a que los centros de pequeño tamaño obtienen mejores resultados en cuanto calidad de vida, satisfacción o autonomía. "Es difícil afirmar con los datos recabados que los centros de reducido tamaño sean más coste efectivos que los grandes, fundamentalmente porque son pocos los estudios que han analizado de forma específica esta cuestión. Lo que sí puede sostenerse –concluye la revisión– es que los centros pequeños no son necesariamente más caros, mientras que los centros muy grandes resultan en realidad más caros y se asocian generalmente a peores resultados, con lo que en ningún caso puede pensarse en los centros de gran tamaño como una alternativa más coste-efectiva que la representada por los centros de menor tamaño".

"Si tienes una residencia más grande puedes tener más medios, es así de fácil".

"Está claro que las residencias, grandes o pequeñas, necesitan apoyos externos. Si tenemos que buscar un servicio común, que nos dé apoyo a todos, será lo que tengamos que hacer. Hay que buscar soluciones para que a nadie le falta lo que se necesita".

En cualquier caso, la práctica totalidad de las personas que intervienen en el debate señalan que la individualización de la atención puede igualmente lograrse mediante una adecuada distribución de los centros en módulos y unidades, favoreciendo el desarrollo de unidades de convivencia en los que puede desarrollarse una atención adecuadamente individualizada[44].

"No es lo mismo un centro de 100 plazas con dos comedores de 50, que con diez comedores de cinco. Tenemos que ir hacia la creación de grupos más pequeños y normalizados. Crear espacios donde realmente te sientas a gusto tiene un efecto directo tanto en los y las residentes como en las propias personas que trabajan, y repercute sí o sí en la atención".

"De cara a la creación de nuevos centros residenciales se deberían tener necesariamente en cuenta todos esos factores, siendo conscientes que implican un incremento significativo de los costes. Si se empieza a construir un centro nuevo, se tendrá que construir con un concepto diferente".

"En un centro grande se puede vivir bien, sobre todo si se divide adecuadamente el centro en módulo o unidades de convivencia".

"Quizá la tendencia debería ser a tener residencias más grandes para reducir el coste/plaza. Esto no estaría reñido con que la organización dentro de ella pueda ser lo más personalizada posible al usuario que es lo que se pretende".

Se plantea en ese debate también las dificultades que puede tener el reacondicionamiento de los ambientes y estructuras arquitectónicas de los centros actualmente existente, tanto en lo que se refiere al cambio en las rutinas organizativas como al propio reacondicionamiento arquitectónico de los mismos. Si bien las personas que participan en ese debate reconocen la inversión económica que eso precisa –y echan en falta un mayor apoyo institucional para la financiación de esas obras de reacondicionamiento–, se insiste también en que en muchos casos los cambios ambientales que se requieren se pueden hacer con poca inversión ("*A veces no es necesario invertir un dineral, basta con introducir modificaciones ambientales que son relativamente baratas, lo que pasa es que hasta ahora no se le ha dado importancia a esa cuestión)".*

Necesidad de mejorar la atención que reciben las personas con problemas psiquiátricos o psicogeriátricos

En relación a la cuestión de la calidad de la atención hay que hacer también referencia a la preocupación que algunas personas manifiestan por la atención que reciben las personas con necesidades

[44] Ni el Catálogo de servicios residenciales ni el decreto 41/1998 hacen referencia a esta cuestión. Algunas de las propuestas manejadas para la actualización de ese Decreto sí recoge en cambio la obligación de articular los centros residenciales en módulos con una capacidad máxima de 25 personas y dotados de áreas comunes (comedor y sala de estar, recurriéndose preferentemente a varias espacios de reducidas dimensiones en lugar de un único espacio de gran tamaño), habitaciones, baños y aseos y office. Por su parte, el Decreto 2/2016, de 4 de febrero, de autorización y funcionamiento de los centros de carácter social para la atención a las personas mayores en Castilla y León establece que los centros residenciales estarán formados por una o varias unidades de convivencia, que responden al concepto de hogar, con una capacidad máxima de 16 plazas, de las cuales el 50% en habitaciones dobles y el 50% en habitaciones individuales. Cada unidad de convivencia dispondrá de una cocina, un comedor y una sala de estar.

más complejas y, particularmente, las personas con problemas psicogeriátricos o psiquiátricos, como antes se ha indicado.

> *"Egoitzetan sartzen dira beste sistemetan onartzen ez dena; gaixo mentalak, ezgaitasunak.... Kolektibo horiek ez dute jasotzen behar duten zerbitzua eta dauden tokia ez da beraientzat egokia. Egoitzak arazoak ditu kolektibo hauek artatzeko".*

> *"En el tema de las personas con enfermedad mental hay situaciones de juzgado de guardia que rozan el maltrato a la persona, con personas de mi edad ubicadas en una especie de zulo llamado unidad psicogeriátrica que yo desde luego no querría para mi. Uno de los aspectos básicos que se debería debatir es el relacionado con el tratamiento de la problemática mental en las residencias".*

Al hilo de esas consideraciones se plantea el debate sobre la necesidad de reforzar y reorientar las unidades psicogeriátricas –una cuestión ya señalada al analizar la adecuación del mapa de recursos– y, sobre todo, de adaptar el funcionamiento del conjunto de la red a las necesidades específicas de las personas con trastornos mentales o psicogeriátricos, reforzando el carácter de las plazas básicas ("*Egoitzetara etortzen diren pertsonak zaintza behar handiagoa duten neurrian, agian plaza mota aldatu behar da; plaza basikoak ez dute plaza basikoak izan behar, baizik eta 'básico plus', behintzat*"). Ello requiere una aproximación diferente a la atención residencial –desde el punto de vista de la intervención psicosocial, de la organización del servicio, del establecimiento de protocolos, etc.– que no está todavía adecuadamente resuelta. Se pone de manifiesto en ese sentido las dificultades que supone adaptarse a las necesidades cambiantes de las personas, que pueden presentar necesidades de atención psicogeriátricas más o menos intensas a lo largo del tiempo, lo que requeriría en teoría poder modificar con flexibilidad el tipo de atención que reciben (pasar de una plaza básica a una psicogeriátrica, o viceversa, lo que implica retrasos y problemas burocráticos). En ocasiones esas situaciones se pueden resolver con un cambio de módulo, pero el sistema no tiene la flexibilidad suficiente para garantizar que se presta a todas las personas, en cada momento, el grado de apoyo que necesitan ("*No todas las personas con perfil psicogeriátrico tienen necesidad de acceder a una UPSI, no sé si lo que hacen falta son más UPSIS o plazas básicas capaces de dar una respuesta adecuada a personas con esos perfiles*").

En relación a esta cuestión, también se plantea en algunos de los grupos de discusión el debate sobre la conveniencia de especializar los centros o unidades en colectivos o perfiles específicos y, más concretamente, sobre la necesidad de crear –para determinados perfiles– unidades especificas de contención, así como sobre las pautas que hay que seguir a la hora de agrupar a las personas usuarias en función de sus necesidades, especialmente en el caso de las personas con perfiles psicogeriátricos. Ante ese debate se defiende por parte de algunas personas la necesidad de evitar la segregación y atender indistintamente a todas las personas, con los apoyos diferenciales que cada una precise y con la capacitación adecuada del personal.

Finalmente, algunas personas plantean la necesidad de respetar los derechos lingüísticos de todas las personas usuarias, facilitando que puedan comunicarse en todo momento en el idioma oficial que prefieran, lo que haría necesario establecer el conocimiento de las dos lenguas oficiales de la CAPV como mérito o requisito para acceder a los puestos de trabajo de atención directa en todos los centros de la red de competencia foral:

> *"Egoitzetan, zerbitzua bi hizkuntza ofizialetan ematea bermatu beharko litzateke. Egun, ez dago zeharo garbi euskara zerbitzu hizkuntza den Gipuzkoako zaharren egoitzetan. Aldundiak plazak hitzartzeko duen hitzarmeneko ereduan, hizkuntza irizpide orokorrak zehazten dira, egoiliar eta erabiltzaileen "hizkuntz aukera" "kontuan izango" dela zehazten da, eta baita langileak kontratatzerakoan ere ("langileak kontratatzerakoan kontuan eduki behar da euskara maila"). Udal egoitzen egoera orokorra ikusita, adibidez, ezin da ziurtatu, hizkuntz*

hautua bermatzen denik. Egoitzetan, euskara zerbitzu hizkuntza izan dadin bermatzeko, langileak kontratatzerakoan hizkuntzarena ezinbesteko baldintza izan beharko litzateke".

3.2.7. La atención a las necesidades de salud y la coordinación sociosanitaria

Insatisfacción generalizada por la falta de un modelo de atención sanitaria en las residencias y críticas a la 'insensibilidad' del sistema de salud

El cambio en el perfil de las personas atendidas en los centros residenciales –que, como antes se ha señalado, tienen unas necesidades de atención sanitaria o sociosanitaria mayores que en el pasado– ha provocado un cambio drástico en las características de los centros residenciales, en los que la atención sociosanitaria –es decir, los equipamientos, los profesionales y los gastos de carácter sociosanitario– han ido incrementándose de forma drástica durante los últimos años[45].

Este carácter crecientemente sociosanitario de la atención residencial no ha traído consigo, sin embargo, ni una mejora sustancial en la coordinación entre los servicios sociales y los de salud, ni una mayor implicación del sistema de salud en la atención de estas necesidades, ni la generación de un modelo homogéneo de atención a las necesidades sanitarias en el conjunto de los centros residenciales guipuzcoanos. Desde ese punto de vista, los problemas –organizativos y económicos– relacionados con la atención a las necesidades de salud se percibe por parte de la mayor parte de las personas entrevistadas como una de las principales debilidades o puntos críticos del modelo de atención residencial a las personas mayores. En un marco en el que las necesidades sanitarias de las personas atendidas son cada vez mayores, una de las debilidades más evidentes es por tanto la necesidad de mejorar la financiación y organización de los servicios sanitarios.

Junto a la falta de sensibilidad que algunas personas atribuyen a Osakidetza en relación a esta cuestión, uno de los elementos que explica esta situación es la capacidad que –a juicio de las personas que han opinado sobre esta cuestión– tiene la administración sanitaria para determinar de forma unilateral muchos de los elementos relacionados con la cooperación sociosanitaria. Además, se critica la ausencia de un modelo común de atención sanitaria en las residencias, que se traduce –entre otros aspectos– en un mapa de servicios desigual, en el que mientras algunos centros cuentan con profesionales médicos directamente asignados por Osakidetza, otros deben financiar por sus propios medios el servicio médico y de enfermería que se presta.

> *"Es Sanidad quien establece los criterios de lo que es sanitario, dejando todo el resto para que sea atendido por el área social. Eso tiene como consecuencia la asunción por parte de los centros residenciales (y por tanto, por parte de la DFG) de costes que son claramente sanitarios (médicos, enfermería, medicinas, productos sanitarios,…)".*

> *"El desarrollo del sistema sociosanitario es desigual y mal realizado. Por una parte, el Departamento de Sanidad paga a las Diputaciones una cantidad por los servicios médicos y Diputación incluye en su tarifa dichos servicios. Pero luego hay 16 centros que disponen de servicio médico directamente prestado por Osakidetza, con médicos que se presentan a concurso específico para trabajar en residencias. Este sistema lo demandamos todos para nuestros centros, pero no se hace extensivo al resto".*

> *"Osasun Saila eta Osakidetzaren partaidetza ekonomikoa handiagoa izan beharko luke. Hasteko, titularitate publikoko egoitza guztietan, medikua osakidetzakoa izan beharko luke; eta*

[45] Entre 1999 y 2013, el personal considerado sanitario se ha multiplicado por 4 en el conjunto de los centros residenciales para personas mayores de Gipuzkoa, mientras que el conjunto del personal se ha multiplicado por 2,5. Este personal –en el que en todo caso se incluye a los y las auxiliares de geriatría, que no prestan un servicio únicamente sanitario– han pasado en este plazo de representar el 40% del personal al 60%.

zerbitzua zehaztutako ratioen arabera eman beharko litzateke. Egun hori ez da horrela; udal egoitzetan, osakidetzako medikua dago, baina baita enpresako langilea edo langile publikoa (udalekoa edo Aldundikoa)".

"El Servicio Vasco de Salud empieza a controlar la actividad de los centros como generadores de gasto e implanta progresivamente sus normas (absorbentes, oxígeno, pronto medicación e historia sanitaria unificada). Sin embargo no dota a los centros de recursos, bien en forma de personal propio o de compensaciones por la gestión asumida. Hay 16 centros residenciales de Gipuzkoa que cuentan con médicos puestos por Osakidetza, alguno de ellos concertado pero de titularidad privada, y muchos otros no. Osakidetza no tiene definido un modelo de gestión sanitaria en residencias de personas dependientes homogéneo para todo el sector".

"Se da un agravio comparativo para los centros que tienen que costear su personal médico. Los cambios introducidos por Osakidetza complican la gestión en los centros, mientras que los ahorros generados no se "comparten" con los mismos. Los cambios que se van realizando no parecen responder a un planteamiento global para las residencias de personas mayores dependientes".

"El modelo tiene que ser igual para todos. Lo que no puede ser es que algunos centros tengan un médico financiado por Osakidetza y otros lo tengan que pagar de su propio presupuesto, no me parece razonable".

"Aunque existe coordinación sociosanitaria, no está desarrollada en todas las comarcas; además, el sistema sanitario debería de implicarse más en la financiación del servicio médico, ya que un ciudadano ingresado en un centro no utiliza el servicio público más que en caso de proceso agudo".

Más allá de la cuestión de la financiación, se pone de manifiesto que los servicios propiamente sanitarios no siempre se prestan con la adecuada calidad en todos los centros de la red:

"Gero eta lan karga sanitario dago zaharren egoitzetan. Egoitzak zentro soziosanitarioak dira eta Administrazioak ez du onartu nahi. Arlo sanitarioa ez dago ondo artatuta, mediku, erizainak, fisioterapeutak, podologoak, farmazeutikoak faltan daude. Ondorioz, baliabide sanitarioak etxetan dauden bezelakoak dira eta ezin da eman terapia egokia, oxigenoterapia esaterako".

Hay también, en cualquier caso, personas que valoran de forma positiva los pasos que se están dando en lo que se refiere a la coordinación sociosanitaria y destacan entre las fortalezas del sistema "*la coordinación sociosanitaria que se está desarrollando (historia sociosanitaria compartida), que permite hacer más eficaz la atención prestada, tanto por los centros residenciales como por sanidad*".

Persistencia de problemáticas concretas relacionadas con la cobertura de las necesidades de salud

Desde un punto de vista algo más concreto, se plantean también determinadas problemáticas relacionadas con aspectos específicos, como la dispensación de productos farmacéuticos, el uso de determinados equipamientos o la calidad de determinados suministros. Se señala en ese sentido la necesidad de proceder a la dispensación de los productos farmacéuticos en envases clínicos –lo que implicaría un ahorro importante que permitiría financiar mejoras en otros ámbitos– y de analizar con mayor detalle las consecuencias de la interacción entre los diferentes fármacos consumidos por los residentes, mediante la dotación de un servicio farmacológico específico en cada residencia.

"Farmaziako dekretu berriak dituen ondorio ekonomikoak edo antolaketakoak neurtu beharko dira. Osasun Sailaren finantziazioa ezinbestekoa izango da hori aurrera eramateko; bestela, kostuak beste erakundeen gain geratuko da".

"Otro tema es el suministro de oxígeno medicinal que fue retirado de los centros en 2008. Ahora tenemos unas instalaciones en desuso y dando el servicio con concentradores".

3.2.8. El modelo de colaboración público privada para la gestión de los servicios residenciales de responsabilidad pública

Valoración globalmente positiva, aunque no unánime, del modelo de colaboración público privada establecido en Gipuzkoa

No cabe duda de que, de todas las cuestiones analizadas, la colaboración entre la administración pública y el sector privado para la prestación del servicio residencial es una de las principales, en la medida en que, en un marco como el guipuzcoano, la mayor parte de los aspectos analizados se relacionan directa o indirectamente con ese marco de colaboración: la asignación de las plazas, la supervisión de los servicios, las modalidades y condiciones de la contratación de los servicios, la rentabilidad de las empresas gestoras e incluso, aunque indirectamente, las condiciones laborales del personal contratado en las entidades privadas. Esa es la razón de que, junto a la calidad de la atención, el modo en el que se articula la colaboración entre las entidades privadas y las administraciones públicas hayan centrado una buena parte de los debates realizados.

Los datos del capítulo anterior ya han puesto de manifiesto en qué medida, sin tener necesariamente más plazas o más plazas de titularidad pública que el resto de los territorios históricos de la CAPV o de las demás CC.AA del Estado, el modelo residencial guipuzcoano destaca por ser el que tiene una mayor proporción de plazas concertadas y una mayor cobertura de plazas de responsabilidad pública, sumando las de titularidad foral y las concertadas con la administración foral. Ese alto nivel de concertación y, en líneas más generales, el modelo de colaboración público privado establecido a lo largo de los años en Gipuzkoa se considera, de hecho, una de las principales fortalezas del sistema, a juicio de una buena parte de las personas consultadas.

En opinión de estas personas, el modelo de concertación con la iniciativa privada con y sin fin de lucro que se ha desarrollado en Gipuzkoa no sólo está avalado por la normativa, sino que constituye una de las características del modelo guipuzcoano de Servicios Sociales y ha cosechado buenos resultados desde numerosas perspectivas (cobertura de plazas, calidad de atención e incluso, como se ha visto en el apartado cuantitativo, un cierto equilibrio en el coste plaza de los centros de cada red). Se recuerda además por parte de algunas personas que estos modelos de colaboración público privada se utilizan habitualmente en otros ámbitos de los servicios públicos como la sanidad, la educación, la recogida de basuras o la construcción y gestión de infraestructuras.

"La atención residencial tiene que ser pública, pero no necesariamente dispensada por personal funcionario, ya que la ley de función pública no tiene la agilidad necesaria para dar respuesta a las necesidades fluctuantes que surgen día a día en los centros".

"Gaur egun Gipuzkoan dagoen zaharren egoitzen sarea ez da kasualitatez sortu, aspaldi gizartea antolatuta zegoen behar sozialei aurre egiteko. Gero egoera aldatu zen eta administrazioak hartu behar izan zuen eragile sozialak utzitako lekua eta sortu ziren zerbitzu sozial publikoak. Aginte politikoek sentsibilidade soziala izan dute eta zerbitzu sozialak garatu izan dira, gizarteak bultzatu duelako. Garapen horretan sentsibilidadeak ezberdinak izan dira eta arazoak konpontzeko bideak ere bai".

Debe señalarse en todo caso que ese modelo de colaboración público privada no es compartido necesariamente por todas las personas consultadas, algunas de las cuales consideran que el servicio residencial a las personas mayores debería prestarse y gestionarse directamente desde las administraciones públicas:

> *"Azkenengo urte hauetan sortu diren plaza gehienak pribatuak izan dira eta gehienak administrazioarekin hitzartu dira. Nire ustez, horrela jarraitzen bada, epe motz batean menpekotasun hori kaltegarria izango da administrazioarentzat".*

> *"Administrazioak zerbitzua zuzenean eman beharko du, errekurtsoak arlo pribatura bideratu beharrean onura soziala bihurtu beharko luke. Onura soziala lortuko luke lan sariak hobetzen, kontratazioa egonkortzen, zerbitzu gehiago ematen".*

> *"El modelo de concertación es un parche. Las Administraciones lo que han hecho es asumir lo que las entidades estaban haciendo, con una tarifa que no es suficiente para prestar un servicio de calidad. Las administraciones tienen que decidir si quieren seguir con la vía concertada o apostar por la provisión directa, como Osakidetza, lo que no se puede es pretender prestar un servicio que tenga las garantías de lo público concertando con la iniciativa privada".*

En todo caso, más allá de su validez teórica, el debate se ha centrado sobre el funcionamiento que tiene en el momento actual este modelo de colaboración público privada, tanto en lo que se refiere a las modalidades de concertación y a la asignación de las plazas como a la determinación de las condiciones en las que se ha de prestar el servicio y, por decirlo de alguna manera, el establecimiento de las reglas del juego.

Valoración globalmente positiva del esfuerzo de ordenación y regulación realizado por las administraciones públicas

En lo que se refiere a este último elemento –la definición del campo de juego y la determinación de las condiciones en las que ha de prestarse el servicio–, la mayor parte de las personas consultadas ponen de manifiesto una cierta satisfacción por el papel que la Administración foral juega en cuanto a la ordenación del sector. Se valora en ese sentido positivamente, como antes ya se ha dicho, el esfuerzo de clarificación y ordenación del modelo realizado a mediados de la pasada década y se señala como una de las fortalezas del sistema la existencia de una normativa clara, un marco de juego definido en el que se establecen las especificaciones técnicas y se actúa para garantizar que la calidad del servicio sea la adecuada.

> *"La Diputación estableció en 2007 un modelo de servicio para la concertación de servicios residenciales (Catálogo Foral de Servicios Residenciales). Ese modelo, unido a la promoción realizada previamente para que los centros tengan algún sistema de acreditación de calidad (ISO 9001 mayormente), han sido unas buenas bases de partida".*

> *"Entre las fortalezas del sistema cabe señalar el desarrollo normativo para la organización del sector (Gobierno Vasco y Diputación Foral de Gipuzkoa) y sus consecuencias directas en el modelo de atención en Gipuzkoa (especificaciones técnicas, plantillas de personal necesarias, paneles de indicadores y, en definitiva, todo el feed-back documental entre la administración y los centros gestores)".*

Se plantean en todo caso algunas reservas en relación al marco normativo existente –entre ellas, la obsolescencia del Decreto autonómico que regula los centros residenciales ("*El Decreto 41/1998 está absolutamente obsoleto, aunque le añadas la normativa posterior de accesibilidad*")–, así como el papel que en algunos casos la normativa actualmente vigente puede estar jugando a la hora de

frenar el avance, la generalización de buenas prácticas y la innovación en determinados campos. También se critica el impacto que el exceso de normativas, requisitos y especificaciones técnicas pueden tener a la hora de permitir el necesario grado de flexibilidad en la atención:

> *"La normativa reguladora ha supuesto un impulso para la atención pero se ha vuelto restrictiva en sus requisitos para el avance. Debería ser más flexible con unos criterios de mínimos y libertad para el desarrollo e innovación".*

> *"Cada vez estamos más sometidos a auditorías, más constreñidos por todo tipo de normativas, más atados a la responsabilidad legal… que chocan con la individualización y la flexibilidad de la atención. A veces no nos damos cuenta que personalizar es también asumir riesgos".*

Críticas a la injerencia de la administración, insatisfacción por un mercado que se considera excesivamente intervenido y regulado, y demanda de mayor liberalización para que las personas usuarias puedan ejercer el derecho a elegir el centro que prefieren

Es necesario también señalar que, a juicio de algunas de las personas consultadas, el marco de colaboración público privado construido a lo largo de los años se quebró durante la legislatura anterior como consecuencia de lo que algunas personas consideran una excesiva injerencia en aspectos considerados propios de las entidades (como, básicamente, las condiciones laborales del personal ocupado, que se analizan más adelante). En relación a esta cuestión, se insiste por parte de algunas personas en la necesidad de restablecer un marco claro y estable de relación entre la administración y las entidades privadas, que permita a éstas atenerse a un marco de juego claro y planificar a medio y largo plazo sus proyectos.

> *"El problema está en que ha habido un momento en el que la Diputación se echó al monte, junto a los sindicatos. Lo que se necesita ahora es garantizar la seguridad del terreno de juego, eliminar las injerencias y tener el compromiso de que va a haber un marco previsible durante los próximos años. Qué se diga cuál va a ser la tarifa y que se defina la política de concertación".*

En todo caso, las críticas que se realizan en ese sentido no se limitan a actuaciones concretas desarrolladas en la pasada legislatura. El descontento que estas personas muestran por lo que consideran injerencia excesiva de la administración en la determinación de los elementos relacionados con la gestión de las residencias se debe también a lo que consideran un mercado excesivamente intervenido, en el que se deja poco margen tanto a las empresas como a las personas usuarias ("*El papel de las administraciones públicas es paternalista e intervencionista; se trata de un mercado totalmente intervenido por las administraciones públicas", "Este es un sector excesivamente regulado, no existe competencia. El margen de gestión se reduce a la mínima expresión*").

Desde ese punto de vista, se pone de manifiesto una cierta insatisfacción, al menos por parte de algunas de las personas consultadas, en lo que se refiere al vigente modelo de concertación y de asignación de plazas de responsabilidad pública. Se critica en ese sentido que actual modelo de concertación es rígido y que prima a las residencias concertadas a la hora de la asignación de las plazas, reduciendo la capacidad de elección de las personas usuarias, así como la falta de claridad a la hora de determinar los centros con los que se conciertan las plazas residenciales. Frente a ese modelo, estas personas abogan por un sistema más flexible, en el que las personas usuarias tengan una mayor capacidad de elección a la hora de optar entre un centro u otro. Se propone para ello, entre otras medidas, un mayor recurso a la Prestación Vinculada al Servicio –que, como se ha señalado previamente, se ha desarrollado en muy escasa medida en nuestro Territorio– al objeto de que las personas usuarias puedan tener una mayor capacidad de elección del centro.

"El modelo de concertación es rígido, prima a las residencias concertadas en su totalidad. Debería plantearse un modelo más flexible, revisable, donde la preferencia de los usuarios marcase el tanto por ciento de concertación".

"La asignación de la concertación debería estar relacionada con el grado de satisfacción del residente o la demanda que tiene cada centro".

"Los modelos de concertación deberían ser para todos iguales, no para algunos el 100% y para otros el 50%".

"Una de las debilidades del modelo es el sistema de concertación a la carta. DFG decide a quién concierta más o menos favoreciendo más a unos que a otros. Va contra la libre competencia. El sistema debe ser objetivo".

"Tiene que ser que por el mismo servicio se pague a todas las residencias lo mismo. No se debería concertar nuevas plazas de creación sin que se ocupen las privadas que hay en los centros. Se debería dar prioridad antes de hacer nuevas plazas a adaptar las ya existentes (por ejemplo en la creación de una nueva unidad psicogeriátrica)".

De hecho, más allá de las modalidades concretas de concertación o contratación de los servicios, algunas de las personas son partidarias de una liberalización aún mayor del servicio residencial y consideran que –junto a la acreditación, la homologación y la inspección de los centros–, las administraciones públicas deberían limitarse financiar el acceso a una plaza residencial a las personas que tengan derecho a ello, dejando en sus manos la elección del centro residencial.

"Deberíamos tender hacia el modelo francés, en el que la administración da una ayuda a la persona dependiente para que elija el centro residencial que le parezca más oportuno, pero ni gestiona ni concierta servicios".

Preocupación por las dificultades para mantener el sistema de concierto y discrepancias en lo que se refiere a la preeminencia del Tercer Sector para la prestación de servicios sociales

Desde un punto de vista más general, algunas de las personas consultadas ponen de manifiesto su preocupación por el modelo de concertación vigente, no tanto en lo que se refiere a la elección de las plazas que se conciertan con cada centro o cada entidad, sino en relación al procedimiento administrativo utilizado para la contratación de los servicios. No hay sin embargo una visión unánime al respecto. Mientras que algunas personas señalan su desacuerdo con la preeminencia que la Ley de Servicios Sociales da a las entidades sin fin de lucro a la hora de la concertación de los servicios sociales de responsabilidad pública, otras critican la falta de desarrollo del modelo específico de concertación que esa Ley establece.

"Los convenios con las entidades prestadoras de servicios residenciales históricas del territorio decaen en 2010-2011 sin que se haya resuelto la fórmula legal que permita la continuidad de los mismos. Eso genera incertidumbre para estas entidades y para el sector en general. Si fuera obligado pasar a fórmulas de contratación se alteraría totalmente la dinámica y la composición del sector".

También se pone de manifiesto por parte de algunas de las personas consultadas que, a medio y largo plazo, el sistema de concertación va a tener que ir siendo sustituido por un modelo de concurso público, más ajustado a los requerimientos europeos en materia de competencia y libre concurrencia en la contratación pública. Ello tendrá, a juicio de estas personas, unas consecuencias claras sobre la actual situación, y muchas de las entidades que en la actualidad gestionan centros

residenciales bajo la figura del convenio tendrán que concursar con otras entidades para poder seguir gestionado las plazas de responsabilidad foral.

Necesidad de mejorar el sistema de inspección, de cara a introducir indicadores de corte cualitativo, garantizar una mejor calidad de la atención y permitir la competencia y/o la comparación entre los diversos centros

Otra de las cuestiones relevantes en lo que se refiere al modelo de colaboración público privada –más allá de la cuestión de la financiación de las plazas de atención, que se deja para más adelante– es la relativa a la homologación, acreditación, inspección y evaluación del servicio prestado en los centros. No puede decirse que haya un consenso claro a la hora de valorar la situación a este respecto. Para algunas personas, por una parte, el modelo de inspección foral es el adecuado y cumple con su objetivo de garantizar la calidad de la atención:

> *"Entre las fortalezas del sistema cabe señalar el modelo de inspección foral, que obliga a los centros a rendir cuentas de su actividad, además de implementar procesos que garanticen y evidencien el cumplimiento de los requerimientos públicos para seguir prestando servicios en la red residencial".*

Para otras personas, por el contrario, el actual modelo de evaluación e inspección es mejorable, en la medida en que si bien garantiza el cumplimiento de ciertos requerimientos formales, no permite garantizar una adecuada calidad de la atención, sobre todo si ésta se entiende desde una perspectiva integral.

> *"El modelo de inspección garantiza unos niveles básicos de calidad, que cada centro cuenta con unos procesos organizativos básicos. Creo que la inspección contribuye a la mejora de la calidad, incluye indicadores de resultado, pero tiene sus limitaciones y llega hasta donde llega.".*

De hecho, para algunas de las personas consultadas, el modelo de inspección establecido trae consigo consecuencias negativas, tales como "*el desinterés de los centros por la innovación y la mejora, en la medida que estas cuestiones no forman parte del análisis realizado por los/las técnicos/as de Inspección, el peligro de perpetuar organizaciones estrictamente cumplidoras de los mínimos legales pero que no apuestan por la mejora continua como herramienta de avance, o limitar la garantía de calidad exigida por una falta de preocupación pública en recabar directamente la opinión del entorno socio-familiar del residente*". En un sentido parecido, algunas de las personas consultadas critican el carácter excesivamente formal de las inspecciones realizadas y la falta de un modelo de indicadores de impacto que permita determinar en qué medida la atención que se presta en cada centro mejora efectivamente la calidad de vida de cada persona usuaria. También se plantea la necesidad de incorporar indicadores de tipo cualitativo en los procesos de inspección (mediante el uso de encuestas de opinión y grupos focales), así como indicadores más orientados al desarrollo de una atención centrada en la persona:

> *"El control por parte de la DFG del cumplimiento del modelo por parte de los centros se limita a aspectos estructurales (ratios, documentos...) y apenas entra en aspectos concretos de la atención. Como consecuencia de ello, el conocimiento de la DFG sobre la prestación del servicio residencial en el territorio es bajo, pudiendo existir realidades muy diferentes bajo el mismo paraguas. No se verifica la idoneidad de los servicios prestados (salvo cuando hay reclamaciones, en cuyo caso la Inspección Foral actúa con celeridad), con lo que no se controla a los que eventualmente no cumplan ni se reconoce en positivo el trabajo de los centros que trabajan bien".*

"Ikuskapen hori bereziki kuantitatiboa da, arlo kualitatibora jaitsi gabe. Beraz, ikuskapen eta balorazio sistemak berrikustea egokia izan daiteke, zerbitzuaren alde kualitatibo hori ezagutze aldera".

"En general, sabemos cuándo y qué nos van a inspeccionar, salvo que se trate de una queja concreta. Muy mal tienes que hacer las cosas para que te pillen".

"Estoy de acuerdo con que las inspecciones son fáciles de pasar, pero eso se debe a que en general las cosas se hacen bien".

"Hay que desarrollar un modelo de inspección que analice objetivamente la situación de los residentes y su calidad de vida, pero que incorpore también la percepción subjetiva de las personas y de sus familiares".

"Superada la inspección en términos de cumplimientos legales y/o procedimentales, una fase posterior nos debería conducir a un enfoque más humanista de la atención. La evaluación debería realizarse en clave de atención centrada en la persona y en la adecuación de métodos de gestión orientados a tal fin".

"Ahora mismo todos sabemos qué y cuándo nos van a inspeccionar. Lo que hay que medir es el impacto de la atención en la calidad de vida de las personas. Por poner un ejemplo, no se trata de decir cuántas veces hay que bañar a una persona, sino de evaluar cómo tiene la piel y si se mantiene adecuadamente su higiene".

"Las inspecciones son miopes, son muy parciales, porque no están diseñadas para medir los elementos que tienen una mayor incidencia en la calidad de vida de las personas".

También se plantean algunas críticas al modelo de inspección desde el punto de vista de la falta de *feed back* o reciprocidad en el proceso, y se insiste en la necesidad de generar modelo más públicos o abiertos de inspección, que promuevan por una parte el *benchmarking* entre los centros y, por otra, doten a las personas usuarias de más información respecto a la calidad del servicio que se presta en cada residencia, de forma que puedan optar entre una u otra en función de la calidad del servicio. Se pone de manifiesto en ese sentido la posibilidad de dar una utilización mucho mayor, más flexible y más ágil a toda la información que generan las inspecciones que se realizan:

"Damos muchísimos datos en las inspecciones, pero luego no podemos ni consultar retrospectivamente nuestras serie de datos, ni conocer los datos medios del sector para poder compararnos y saber dónde estamos".

"Desde la evaluación de los centros debería posibilitarse la categorización de los mismos para reconocer los logros y las políticas de calidad en la atención residencial a las personas mayores".

En ese sentido, la mayor parte de las personas consultadas de muestran de acuerdo con la idea de que se den a conocer –adecuadamente estandarizados y con indicadores adecuadamente formulados y homegeneizados– los datos referentes a cada centro, de forma que se puedan comparar tanto con los datos medios del Territorio como con los estándares técnicos de calidad que se considere oportuno establecer como referencia ("*En la actualidad no indican algunos mínimos, pero deberían también marcarnos cuáles son los objetivos deseables, en términos de resultados y de procesos, para que nosotros también sepamos hacia donde avanzar*"). En cuanto al carácter más o menos público de esos datos, se plantea la necesidad de que sean en un primer momento datos de uso interno en el sector para que, a medida que el sistema madure, se puedan publicar y sirvan como referencia a las personas usuarias.

Las dificultades para comparar el rendimiento de los diferentes centros en términos de calidad de la atención favorece, según estas personas, que "*la innovación se limite en muchos casos a lo explícitamente presente en la acreditación de la norma ISO 9001, así como una cierta desaceleración del avance del sector en términos de calidad en la prestación del servicio, en tanto en cuanto no se reconoce de ninguna forma a los centros que obtienen mejores resultados. Ello provoca además el desconocimiento de la ciudadanía respecto a las características diferenciadoras de cada centro y el desaprovechamiento del know-how de los centros para su incorporación al desarrollo normativo de la administración pública, lo que debilita la dinámica de mutua colaboración a la que ineludiblemente debe tender el sector (administraciones públicas y centros gestores deberían ser absolutamente simbióticos)*".

Profundizando en esa misma perspectiva, la actual opacidad en lo que se refiere al contenido de las inspecciones tiene como consecuencia, de acuerdo a algunas de las personas que han participado en el debate, "*un reducido interés por ser rigurosos en la cumplimentación y elaboración de los documentos exige la Diputación y el desconocimiento de la posición relativa de cada centro en relación al conjunto de la red (en términos de calidad de la atención, estado de las instalaciones, etc.), así como una reducida capacidad para desarrollar estrategias de benchmarking y, en consecuencias, de producir avances basados en las sinergias obtenidas desde la compartición de conocimiento y experiencia*". El modelo de inspección establecido también promueve, según estas mismas personas, que la información requerida se considere como una mera obligación burocrática debido a que, en última instancia, se desconoce si la misma puede ser tratada para la mejora y avance del sector. De acuerdo a estas personas, "*el hecho de ajustarse a norma (a veces sólo de modo aparente) no debería ser suficiente para validar la asistencia prestada en un centro. Mostrar un buen resultado, por ejemplo, en una encuesta de satisfacción no significa necesariamente una buena prestación del servicio porque muchos indicadores se pueden camuflar. El rigor y el contraste en la obtención de los indicadores debería ser también competencia de la inspección foral*".

A partir de esas reflexiones se plantea, en alguno de los grupos de discusión realizados, el debate sobre cuál ha de ser el mejor enfoque para fomentar, desde las administraciones públicas, la prestación de un servicio de calidad. En ese sentido, algunas de las personas participantes en los debates abogan por prestar menos atención a las ratios, los requisitos funcionales y otros indicadores de proceso, para prestar una mayor atención a los indicadores de impacto, que permitan conocer en mayor detalle la situación de las personas residentes en cuanto a la mejora de si calidad de vida, de forma que los sistemas de inspección sean sistemas de evaluación de la garantía de los derechos y de innovación y mejora de la atención. En ese sentido, si bien algunas personas consideran que se deben seguir exigiendo ciertos indicadores de proceso –como el cumplimiento de unas ratios mínimas de atención– otras consideran que la atención debería ponerse en la consecución de una serie de resultados concretos, medidos mediante otros indicadores de satisfacción del cliente y de calidad de vida ("*Si me vas a pedir unos resultados, no me digas cómo tengo que hacerlo. Ya me las arreglaré yo para conseguir esos objetivos*").

Frente a esta visión, otras personas consideran que es necesario combinar los indicadores de ambos tipos, y que es imprescindible exigir algunos elementos básicos en cuanto a las características de los procesos, las dotaciones, las instalaciones o los equipamientos y su materialización sobre la calidad de vida de las personas residentes ("*Sólo el resultado no nos sirve para nada; necesitamos saber cómo lo haces. Pero al mismo tiempo, si tienes procesos de trabajo buenísimos, pero no sabemos para qué sirven, tampoco nos dice nada*").

Desde un punto de vista algo más concreto, se ponen también de manifiesto la necesidad de mejorar el procedimiento de inspección en cuanto a la participación del entorno sociofamiliar del residente ("*Su opinión como un agente más de la red debería constituirse en norma para valorar realmente la asistencia en un centro. Promover públicamente esta participación debería constituir una línea de*

trabajo a futuro"). Además, en un plano estrictamente burocrático, se señala la necesidad de sistematizar la entrega de documentos a la administración pública de manera que una misma información, muchas veces en formatos distintos, no se entregara en diferentes destinos.

Necesidad de que se tome en consideración, en los procesos de planificación y regulación, la opinión de las entidades y las personas que trabajan en el sector

Finalmente, otra cuestión problemática en el ámbito de la colaboración público privada es en qué medida se toma en cuenta la opinión y la aportación, el *know how*, de los profesionales y de las entidades. Algunas personas reclaman en ese sentido una mayor participación de las entidades y/o de los profesionales del sector en la propia definición del modelo de inspección, en la determinación de los indicadores a considerar y, en general, en la planificación y la regulación de los servicios.

> *"Las entidades no tenemos el protagonismo que tendríamos que tener, debería haber un consenso en estas cosas, pero en general es la Administración la que nos dice lo que tenemos que hacer".*
>
> *"Echo en falta una mayor participación de la gente que está viviendo el día a día de los centros residenciales en los foros en los se toman las decisiones importantes sobre los aspectos que atañen al servicio que prestamos".*
>
> *"Profesionalmente he tenido la percepción de que es la administración pública quien determina casi unilateralmente qué debe ser este sector. La participación en comisiones mixtas de entidades del sector es nula en la práctica y el aporte de conocimiento in situ por parte de los profesionales del sector no es tomado en consideración. Es la principal crítica que desde mi experiencia hago del papel desempeñado por DFG que, por otra parte y como ya he comentado anteriormente, es muy bueno en términos generales pero un tanto alejado de la realidad asistencial de los centros".*

También se plantea por parte de algunas personas las dificultades con las que el personal se encuentra para transmitir a las autoridades competentes quejas o reclamaciones cuando detectan malas prácticas o irregularidades en la prestación del servicio ("*No tenemos un canal para transmitir esas situaciones, sólo podemos recurrir a las quejas de las personas usuarias*").

3.2.9. Condiciones de trabajo del personal ocupado en los centros residenciales

Valoración globalmente positiva respecto a la mejora de las condiciones de trabajo del personal ocupado en las residencias, pese a la persistencia de diferencias notables

Como se sabe, las condiciones de trabajo de una parte del personal que trabaja en la red de centros residenciales para personas mayores en Gipuzkoa ha sido durante los últimos años motivo de debate y conflicto. Los datos recogidos en el capítulo anterior ponen de manifiesto, en relación la remuneración de las personas que trabajan en el sector, que la retribución media en los servicios residenciales de Gipuzkoa ha experimentado desde 2008 hasta 2014 un incremento superior al observado en el conjunto de la economía. Los datos recogidos en la primera parte del informe también indican que si bien en los tres territorios de la CAPV la retribución del personal ocupado en el sector público es más elevada, Gipuzkoa destaca por una menor diferencia entre la remuneración del personal correspondiente a los centros públicos y a los centros de titularidad privada. Los datos muestran además que a lo largo de la última década la retribución media en ambas redes ha tendido a converger debido a que la retribución media en el sector privado ha aumentado más que la registrada en los centros de titularidad pública. También ha de destacarse que Gipuzkoa es el terri-

torio de la CAPV en el que la retribución media del personal propio de los centros residenciales –tanto públicos como, especialmente, privados– ha crecido en mayor medida[46].

En concordancia con la información cuantitativa disponible, la mayor parte de las personas consultadas ponen de manifiesto la mejora que se ha producido en los últimos años en lo que se refiere a las condiciones laborales del personal y, de hecho, consideran que este elemento constituye una de las principales fortalezas del sector.

> *"Durante los últimos años se evidencia una mejora de las condiciones laborales en términos generales. En todo caso, yo no limitaría la discusión exclusivamente a la tabla salarial. Más importante me parece dotar a los centros de una estructura suficientemente válida para la atención a personas cada vez más dependientes y demandantes".*

> *"Las condiciones laborales del sector son a día de hoy razonables respecto a otros sectores y al mismo sector en territorios vecinos (CAV, Navarra, Iparralde…)".*

> *"El tema de las condiciones de trabajo se ha dignificado mucho; creo que las condiciones son ahora más que razonables, sobre todo si las comparamos con otros territorios cercanos".*

No todas las personas que han participado en los debates tienen en cualquier caso una visión tan optimista:

> *"¿Son buenas condiciones para un sector que trabaja a turnos las 24 horas del día los 365 días del año con ratios bajo mínimos? No está mal retribuido, pero a mi juicio no es la retribución que correspondería. Ahí se debería mejorar".*

Se pone también de manifiesto por varias de las personas consultadas la persistencia de diferencias en las condiciones laborales del personal, dependiendo tanto del tipo de contratación –personal propio o subcontratado– y de la titularidad del centro –público o privado–, como del modelo de gestión –directa o indirecta–. Estas personas señalan que, si bien es cierto que las diferencias han tendido en los últimos años a reducirse, siguen siendo muy notables, tanto desde el punto de vista salarial como desde otros puntos de vista (turnos, horarios, etc.). Se señala en ese sentido que la falta de un convenio sectorial y el hecho de que se hayan multiplicado los convenios de empresa provoca distorsiones que se acentúan en función de la forma de contratación del personal (contratación directa, ETT, subcontratas, etc.). El impacto de esas diferencias es claro:

> *"Una de las consecuencias de las diferencias existentes en cuanto a las condiciones laborales es que haya residencias de primera, segunda y tercera clase, tanto para las personas usuarias como para las personas trabajadoras".*

> *"Lan berdina, baldintzak ezberdinak. Langile mota ezberdinak, hitzarmen ezberdinak…… Beste modu batean esanda, azpikontratazioa".*

> *"Zaharren egoitzetan dauden plantilak egoera ezberdinetan aurkitzen dira. Langileek baldintza ezberdinak dituzte lan berbera egiteko (pertsonala zuzenean kontratatuta eta azpikontratatuak). Horren ondorioz konflikto soziala sortzen da eta egoiliarrek pairaten dute".*

[46] Estos datos coinciden, en lo esencial, con los que recoge el informe de CIDEC sobre el empleo en los servicios sociales realizado en febrero de 2016. De acuerdo a ese informe, se ha producido entre 2008 y 2015 una mejora de las condiciones laborales del personal asalariado del sector de residencias de la tercera edad que, en un contexto de crisis y destrucción generalizada de empleo, viene a resultar especialmente relevante. El informe subraya el significativo incremento salarial que se ha producido en el sector y la mejora en las condiciones no salariales que se han ido consolidando en este periodo, y que contrastan con un cierto empeoramiento en las condiciones pactadas en otros sectores.

Preocupación por el impacto económico de la mejora de las condiciones laborales en la viabilidad de las entidades prestadoras de servicios

Por otra parte, algunas de las personas consultadas señalan –en relación básicamente a las residencias municipales– que se han dado por válidas condiciones laborales muy beneficiosas para los trabajadores, que derivan en déficits muy elevados en los ayuntamientos, razón por la cual los ayuntamientos han querido renunciar a la gestión de esos centros.

En ese sentido, no se puede olvidar que la cuestión de las condiciones laborales (y, particularmente, las salariales) tiene una relación directa con la viabilidad económica del servicio lo que, aunque sea indirectamente, cuestiona y dificulta el modelo de concertación establecido. Vuelve a plantearse en se sentido la crítica antes ya recogida a la injerencia de la administración en la determinación de las condiciones laborales del personal ocupado, criticándose que su implicación en este aspecto ha excedido en algunos momentos la que corresponde a la parte contratante de un servicio:

> *"Una de las principales debilidades del sistema es la injerencia de agentes externos y el intervencionismo en la negociación del convenio colectivo por parte de la Administración. Eso tiene como consecuencia costes incontrolados para las residencias e inasumibles por la propia Administración".*

Como antes ya se ha señalado, algunas de las personas consultadas se muestran especialmente críticas con la política que durante la pasada legislatura se siguió en relación a la mejora de las condiciones laborales del personal de las residencias privadas, y que previamente se ha considerado como una injerencia en el funcionamiento de las entidades:

> *"Este tema que es el peor resuelto al día de hoy. Se mejoró muchísimo entre los años 2005-2008 con la ponencia de JJGG, pero sobre todo en la última legislatura se ha generado tantos convenios como centros y empoderado a los sindicatos y empleados, no para mejorar los servicios sino para mejorar sus condiciones en detrimento de personas usuarias y del sector. Es la peor situación desde 2010".*

> *"Desde la firma del primer Convenio de Residencias de personas mayores de Gipuzkoa 2005-2008, la mejora y armonización de condiciones del personal ha sido rotunda. Sin embargo, tanto la renovación para el periodo 2013-2014, como la última, periodo 2015-2016, en cumplimiento de sendas propuestas del Departamento de Pol. Social, han supuesto un serio paso atrás, en la medida en que se ha vuelto a los convenios de empresa, dándose rango de convenio colectivo a mejoras particulares de cada centro recogidas en pactos temporales, y estableciendo diferencias permanentes de condiciones entre el personal de unos y otros, en manifiesta discriminación. Además, se ha incluido en los mismos criterios organizativos relacionados con la promoción del personal propio y del personal de bolsa, no orientados a contribuir a la mejora del servicio sino al blindaje del personal por su antigüedad".*

En la misma línea, se hace también referencia a las negativas consecuencias del contexto de conflictividad laboral vivido durante los últimos años y su desacuerdo con las reivindicaciones de las centrales sindicales:

> *"Se puede entender como una debilidad el importante nivel de exigencia de derechos del personal. El colectivo es muy conflictivo creo que debido a varios factores: es un trabajo vocacional y muchos no están por eso sino porque para muchos es la única alternativa económica (la demanda es alta). Baja formación, sector muy vulnerable al conflicto (presión de usuarios, familias, medios…), muy sindicalizado…".*

> *"La escalada en la que el movimiento sindical está embarcado hace del sistema insostenible, al final quien paga es la persona mayor".*

> *"El primer convenio laboral fue muy positivo; se dignificó la profesión. Pero ahora hemos entrado en una escalada insostenible, que no tiene ningún sentido, ni ninguna relación con la calidad de la atención. Quienes está pagando las subidas de los convenios son las propias empresas y las personas usuarias, sobre todo las que están ingresadas durante largo tiempo en plazas privadas".*

En todo caso, dada la procedencia de las personas participantes en el debate, no todas están de acuerdos con esta visión y existen posturas divergentes en relación al papel que debe jugar la administración –y, concretamente, la administración foral– en lo que se refiere a la definición de las condiciones laborales. En ese sentido, como se ha señalado previamente, mientras que algunas de las personas consultadas consideran que debe limitarse a garantizar un marco de actuación estable, reduciendo al mínimo toda injerencia o intervención en el sector, otras consideran, por el contrario, que las administraciones no pueden desvincularse de las condiciones en las que se presta el servicio que conciertan ("*La Diputación tiene mucho que decir en este aspecto; técnicamente no se puede sentar a negociar, pero se tiene que implicar*").

Preocupación por el incremento del absentismo y por las dificultades para conciliar, en determinados casos, los derechos del personal con la flexibilidad de la atención

En todo caso, para algunas de las personas consultadas, una de las consecuencias de lo que consideran una excesiva injerencia de la administración en la determinación de las condiciones laborales del sector ha sido el incremento del absentismo que se ha producido en los últimos años, y que se achaca a la obligación impuesta a las empresas gestoras de centros concertados para la cobertura del 100% de las bases de cotización en caso de incapacidad laboral, de forma que en caso de baja laboral se percibe el salario íntegro. Para estas personas, no habiendo diferencia en cuanto a la remuneración económica en caso de baja, el absentismo se ha disparado en los últimos meses, con el impacto que ello tiene tanto para la calidad de la atención como para la viabilidad económica de los centros.

> *"La excesiva intervención de las centrales sindicales complica la gestión de personal y resta recursos a la dirección del centro, que debieran estar orientados a la mejora del bienestar de los usuarios, y no a la permanente gestión de cubrir turnos vacantes por todo tipo de derechos al absentismo".*

> *"En algunos centros la tasa de absentismo ha pasado del 3% o 4% al 11%, como consecuencia de la obligación impuesta de cubrir en caso de baja el 100% de la base de cotización. Hay personas que ganan más sin trabajar que trabajando. ¿Cómo no va a haber así absentismo?".*

Se señala además en relación a esta cuestión que determinadas condiciones establecidas en los convenios laborales impiden la necesaria flexibilidad en la prestación del servicio y, en la práctica, dificultan la adopción de un enfoque centrado en la persona ("*Vamos hacia convenios más inflexibles, la parte sindical impide la flexibilidad en la organización del trabajo, y así no es posible desarrollar un modelo individualizado de atención centrado en la persona, que se caracteriza por su flexibilidad*").

Como se señala también más adelante, se plantea en relación a esta cuestión el riesgo de que el incremento en el coste plaza que implica la mejora en las condiciones salariales se traduzca a la necesidad de incrementar bien la financiación pública, bien la financiación privada (mediante el copago) y/o en una merma de la viabilidad económica de las empresas gestoras.

"Actualmente Gipuzkoa es la provincia que más paga a los trabajadores del sector. Respecto al convenio estatal está como un 50% aprox por encima. No se debe permitir que sigan subiendo las condiciones del sector sin que se trasladen a una mejora asistencial. Los centros privados no son capaces de seguir absorbiendo estas subidas promovidas por la parte concertada porque el coste de la plaza privada ya está muy alto. No se debe fomentar una bajada de horas por debajo de las 35 horas efectivas".

"Existe el riesgo de que la negociación de condiciones laborales se haga fuera del encuadre de las posibilidades presupuestarias de la DFG. Dificultad para utilizar tarifas homogéneas, debiendo de ajustarlas en función de las condiciones laborales pactadas. Riesgo de que las tarifas las determinen en gran medida los agentes sociales dado el peso que tienen en las mismas los costes de personal".

"Creo que las instituciones como principal financiador (en este caso Diputación) deben realizar un esfuerzo con los agentes sindicales para demostrar cuál es la situación actual de las condiciones laborales del sector (nada que ver con el que era hace 10 años) y dejar bien claro que tienen que cambiar de actitud si entre todos queremos que esto siga siendo sostenible. Que no utilicen este sector como bandera de sus consignas sindicales".

A partir de estas consideraciones, la mayor parte de las personas entrevistadas se muestran favorables a la firma de un convenio sectorial, de ámbito provincial, que permita ir unificando las condiciones laborales de todo el personal, independientemente de la titularidad o gestión del centro, y de la forma de contratación, y que permita además adaptar las condiciones laborales a un servicio con unas características (atención durante las 24 horas, etc.) muy determinado.

"Nosotros apostamos por un convenio provincial, que sirva como mínimo, como base para fijar las reglas del juego".

Algunas de las personas que han participado en los debates señalan también que, en ausencia de un convenio de este tipo, la DFG debería establecer una serie de mínimos relacionados con la calidad del empleo en los centros concertados, bien mediante la fórmula de las cláusulas sociales, bien mediante otras fórmulas. También se señala en relación a esta cuestión que, siendo difícil para las empresas y para la administración, seguir avanzando en la mejora de las condiciones salariales, las mejoras laborales que a partir de ahora se puedan implementar deberían estar relacionadas con la flexibilidad, la polivalencia y la consideración de las necesidades del personal en lo que se refiere a la conciliación laboral.

Al analizar las cuestiones relacionadas con las condiciones laborales del personal de las residencias, se plantea también la cuestión de las subrogaciones. Se plantea en relación a esa cuestión que si bien la figura de la subrogación es positiva en la medida en que garantiza el mantenimiento del servicio y de los puestos de trabajo, tiene también un efecto negativo, en la medida en que algunas empresas mejoran las condiciones laborales de sus empleados/as sabiendo que finalmente será la Diputación Foral quien asuma el coste económico de esas mejoras. Se reduce así la conflictividad laboral, pero al precio de trasladar a las administraciones los costes que supone esa 'paz' laboral.

"Subrogazioak bera alde positiboa du, langileen iraunkortasuna bermatzen duelako, eta baita zerbitzuaren jarraipena ere. Baina, baita negatiboa ere. Subrogazioaren ondorioz, Administrazio publikoetarako lan egiten duten hainbat enpresek, lan baldintzak hobetzen dituzte, jakinda atzetik administrazioak bere gai hartuko dituela langile horien kostuak. Honela, langileekin dituzten gatazkak murrizten dituzte, kostu gehigarriak administrazioari pasatzen dizkiotelarik".

Necesidad de favorecer las medidas de conciliación de la vida familiar y profesional, y de mejorar la prevención de los riesgos laborales, especialmente los de carácter psicosocial

Surge también en los debates el alto grado de feminización de los centros residenciales, y el impacto que esto tiene en cuanto a las necesidades de conciliación laboral y en cuanto a una valoración social menos positiva del trabajo realizado:

> *"Oso feminizatua dagoen sektorea da. Langileen %90a emakumeak dira. Feminizatutako arloak, ez dira, oro har, sozialki gehiegi baloratu. Joera hori aldatzeko landu edo eman beharrekoa urratsak edo gomendioak aztertu eta ezartzea interesgarria litzateke: sektore honetan, arreta laguntzaile gisa gizonen kontratazioa sustatuz adibidez".*

> *"Egoitza publikoetan, lanaldi osoak nagusitzen dira (langile publiko guztien %80 baino gehiago); lanaldi murriztuak daudenean, aukera baten ondorio dira (amatasun baimenak, edo bestelakoak). Enpresetako langileen kasuan aldiz, osoak ez diren beste lanaldiak daudenean, enpresetako langileen erdia baino gehiago egoera horretan daude. Guzti hori oso lotua dago, ratioen betetze mailarekin, eta enpresetako langile eta langile publikoen lan baldintza desberdinak egotearekin".*

Junto a las cuestiones señaladas, algunas de las personas consultadas ponen también de manifiesto la necesidad de adoptar medidas más ambiciosas para dar una respuesta a los riesgos laborales –especialmente los de carácter psicosocial– a los que se enfrentan los y las profesionales de atención directa, cuya edad media es cada vez mayor. Ello implica un incremento del riesgo de lesiones y enfermedades, que serían la causa del incremento de las tasas de absentismo y no, según estas personas, el derecho a percibir el salario íntegro en caso de baja. Algunas personas añaden en relación a la cuestión de los riesgos laborales que –al igual que ocurre en otros ámbitos asistenciales en los que hay una relación directa con las personas usuarias– se viene produciendo en los últimos años un incremento en las situaciones de riesgo (muy a menudo derivadas de la mayor prevalencia de los trastornos mentales y de conducta) ante los cuales la plantilla se siente desprotegida y poco respaldada. Se reclama en ese sentido, por parte de algunas de las personas consultadas, una mayor atención a los riesgos psicosociales a los que se enfrenta el personal de atención directa de las residencias.

Más allá de estas cuestiones, se plantean dos aspectos más específicos en relación a la organización del trabajo en las residencias: por una parte, se pone de manifiesto la necesidad de generar fórmulas que estimulen la promoción laboral dentro de los centros, evitando el encasillamiento de los y las profesionales en un mismo puesto, categoría o función a lo largo de los años ("*durante la carrera laboral no hay más estímulo o incentivo que el día a día*"). Por otra parte, algunas personas critican la escasa capacidad de decisión y de participación que, a su juicio, se concede al personal de atención directa en la mayor parte de las residencias y la necesidad de avanzar en la puesta en marcha de mecanismos de participación y co-decisión dentro de los centros residenciales ("*Normalmente no se tiene en cuenta la opinión de la gente que trabaja en el día a día*"). No existe sin embargo un acuerdo unánime en relación a esa cuestión, ya que algunas personas consideran que se ha avanzado de forma sustancial en ese aspecto a lo largo de los últimos años. En ese sentido, aceptando la necesidad de avanzar en esa línea, otras personas señalan por el contrario que –al menos en su experiencia– se da al personal de los centros residenciales un amplio margen de autonomía y decisión en lo que se refiere a la organización del trabajo o de su propio calendario.

No puede decirse, finalmente, que la cuestión de la formación y la cualificación suponga una preocupación de primer orden para las personas consultadas, puesto que apenas ha sido mencionada en los cuestionarios y en los grupos de discusión. Se señala en ese sentido que las exigencias de acreditación han tenido como consecuencia una mejora en la cualificación de los profesionales y se

reclama, en cualquier caso, un mayor apoyo por parte de las administraciones para la realización de actividades formativas.

> *"Son necesarios planes de formación adecuados a las necesidades formativas de todos los colectivos profesionales. La formación debería ser obligatoria y, como tal, formar parte del coste/plaza para su financiación".*

> *"La formación aunque se está estandarizando y se está acreditando creo que habría que impulsarla un poco más. Desde DFG habría que poner una formación mínima recomendada".*

También se plantean, sin embargo, algunas críticas al sistema de acreditación de la cualificación del personal establecido en los últimos años:

> *"El sistema de acreditación es rígido y poco operativo. Debería de ampliarse y flexibilizarse la oferta de titulaciones. Las instituciones tanto públicas como privadas, así como los representantes de los trabajadores, deberían de implicarse más y con mayor seriedad en la formación continua".*

3.2.10. Financiación de la atención residencial y participación económica de las personas usuarias

La cuestión de la financiación de la atención residencial pública está estrechamente relacionada con algunos de los elementos que ya se han ido analizando previamente –fundamentalmente, la colaboración público privada y las fórmulas establecidas para la concertación de plazas, aunque también, indirectamente, las condiciones laborales del personal–, y ha sido por tanto parcialmente abordada en las páginas precedentes. En este apartado se analizan en cualquier caso con mayor detalle las tres cuestiones que, a lo largo de los debates, se han planteado en relación a la cuestión de la financiación de los centros residenciales: el establecimiento de las tarifas de concertación (y su relación con la viabilidad económica de las empresas o entidades gestoras), la participación económica de las personas usuarias en la financiación del servicio, y la sostenibilidad a medio y largo plazo del modelo de atención residencial (y del modelo actual de servicios sociales en general).

Valoración positiva de la puntualidad en los pagos y de la estructura de la tarifa, y demandas de actualizar la cuantía en función del incremento de los costes

Uno de los aspectos básicos que se señala en relación al sistema de financiación de las plazas concertadas es el relativo a la puntualidad en los pagos y a la inexistencia de deudas o pagos atrasados por parte de la Administración. En ese sentido, algunas de las personas consultadas señalan la puntualidad en el pago como una de las fortalezas del sistema. Esta cuestión, cuya mención puede en primera instancia resultar sorprendente, reviste mayor relevancia si se tiene en cuenta los problemas con los que en otras CC.AA se encontraron –especialmente durante los primeros años de la crisis– las empresas que prestan servicios residenciales a la hora de recibir los fondos que las administraciones competentes les adeudaban por los servicios prestados[47].

En lo que se refiere al sistema de tarificación establecido, se considera valida en general la aplicación de un modelo de tarificación que distinga las necesidades de las personas usuarias en función de la carga asistencial que suponen:

[47] El V Mapa Lares pone de manifiesto que, si a principios de esta década este problema era relativamente frecuente en diversas CCAA del Estado español, ha ido solucionándose en los últimos años. En todo caso, la mayor parte de las CCAA abonan las cantidades adeudadas a los centros residenciales en plazos generalmente más largos que los correspondientes a Gipuzkoa.

> *"La aplicación de un modelo de financiación público que distingue categorías de atención en función de baremos de valoración me parece una de las fortalezas del sistema. Si bien pudiera entenderse que la categorización de usuarios en tres niveles desde el BVD no está suficientemente correlacionado con el mapa de necesidades personales de cada residente, al menos se distinguen tarifas en función del perfil. Está claro que esta realidad ayuda, en cierto grado, a que la financiación permita la asignación de recursos en función de las necesidades de atención de cada categoría. Si funcionáramos como en ámbitos donde el precio único es la norma, la descompensación entre recursos y necesidades es una consecuencia muy probable".*

En relación a esta cuestión, algunas personas plantean en todo caso la necesidad de actualizar los sistemas de asignación de perfiles de dependencia y, en consecuencia, del sistema de financiación requerido por cada residencia en función de su *case-mix* de usuarios. A juicio de estas personas, el modelo actual "*obliga a realizar ajustes presupuestarios internos de cada organización entre diferentes partidas para garantizar la financiación de las necesidades reales de plantillas de personal, favorece la despreocupación por realizar valoraciones del nivel de dependencia porque no suponen cambio alguno en el módulo de financiación (lo que dificulta plantearse como metodología asistencial la atención centrada en la persona), y provoca una distribución descompensada de perfiles por geriátricos (sin correlación consistente entre dotaciones de personal e índices de case-mix) lo que cuestiona la gestión de las listas de espera y su incidencia en la realidad asistencial de cada centro".*

En un sentido similar, algunas de las personas consultadas plantean la necesidad de que la tarifa de concertación establecida contemple variables adicionales a las que ahora se tienen en cuanta, así como la posibilidad de aplicar en la tarifa variables relativas al cumplimiento de los requerimientos y objetivos establecidos. También se plantea la necesidad de reconocer de alguna forma la distribución arquitectónica de los centros a la hora de establecer la tarificación

> *"La distribución arquitectónica de los centros sesga considerablemente el coste de los desplazamientos. Como pasa con otros, éste es un concepto que no debería estar modulado en cantidad fija (por ejemplo, materias primas de alimentación) y, por tanto, debería contener un factor corrector para adecuar la tarifa a la realidad arquitectónica de cada inmueble".*

Más allá de la forma en la que se establecen la tarifas, se plantea también por parte de algunas de las personas consultadas la propia cuantía de la tarifa, y su relación con la viabilidad económica de los centros concertados con la administración foral, en un contexto en el que el coste plaza ha crecido debido a la ya señalada mejora de las condiciones salariales. En ese sentido, algunas de las personas consultadas señalan que los costes crecen en mayor medida que las tarifas de concertación, y que las mejoras salariales introducidas en los últimos años han tenido un impacto claro en la viabilidad económica de los centros, de forma que que el défit de los centros concertados ronda cada año entre el 2% o el 3% de los gastos totales:

> *"Yo creo que hay que cambiar tanto la estructura como la cuantía de la tarifa. El 70% de la cuantía de la tarifa va teóricamente a financiar los gastos de personal, pero en realidad el gasto en personal es mayor. Con lo que nos queda, no nos da para el resto de los gastos. Hay que revisar la tarifa de concertación y modificar su estructura".*

> *"Lo que no puede ser es que yo te pague para que lleves un Seat 600 y luego te pida asientos de piel. La Administración tiene que ser honesta y adaptar las tarifas que paga a las especificaciones técnicas que pide. Ese desfase lo asumen los ayuntamientos y las entidades que tienen capacidad de hacerlo, y si no va en detrimento de los trabajadores o de la calidad del servicio. La financiación se tiene que adaptar a los estándares de calidad que se piden y a los costes del sector".*

"La rentabilidad de las residencias es pequeña, cualquier movimiento trasciende inmediatamente, con lo que hay pocas posibilidades de mejoras sustanciales".

"Las tarifas de concertación se han incrementado en los últimos años en un 7%, es cierto; pero los gastos se han incrementado inmensamente más: plus de absentismo, reducción de jornada… ha sido un desastre en toda regla. Las condiciones salariales por hora trabajada son ahora en Gipuzkoa mejores que las del convenio del metal, y el problema está en que el déficit que se genera está siendo asumido por las entidades gestoras de los centros. La administración no está pagando para nada ese sobrecoste y los usuarios menos. Si se trasladara a los usuarios ese incremento, otro gallo cantaría".

"El margen de beneficio que nos queda a las residencias concertadas antes de impuestos es del 3%, antes era del 5%. No es un margen razonable. Siendo un sector con tan poco margen de rentabilidad, lo que sí se debe garantizar al menos es una cierta estabilidad".

"A la hora de fijar las tarifas deberían tenerse en cuenta cuestiones como el incremento en los gastos de personal, el incremento del absentismo (que llega ya al 11%), las reducciones de jornada…)".

Algunas personas señalan, por otra parte, que las residencias resultan un recurso más económico de lo que normalmente se piensa, si se tiene en cuenta que genera ingresos a la administración –se recuerda en ese sentido que la DFG recupera vía copago en torno al 40% de las tarifas de concertación– y los retornos indirectos que se generan en las arcas públicas, vía IRPF y Seguridad Social, como consecuencia de ser un sector intensivo en mano de obra ("*Si se compara el coste que puede representar una persona usuaria de SAD o de un Centro de Día, la residencia es una opicón mucho más económica para las instituciones", "Nunca hablamos de la rentabilidad social de estos centros").*

Se hace también referencia a la hora de analizar la financiación pública de las residencias a la escasa aportación que, a juicio de algunas personas, realiza la administración sanitaria para el sostenimiento de los centros residenciales, en un marco en el que las necesidades de las personas atendidas tiene un carácter más sanitario y la carga de cuidados sanitarios es por tanto mayor.

Insatisfacción generalizada por la fórmula para la determinación de la participación económica de las personas usuarias y, en particular, por la diferencia a la hora de contemplar el patrimonio mobiliario e inmoibiliario

Analizada la cuestión de la financiación pública de las residencias, se han planteado también en los debates algunas consideraciones de interés en relación a la participación económica de las personas usuarias en la financiación de los servicios que reciben. Al describir los datos al respecto, ya se ha señalado que, por término medio, las personas usuarias financian en Gipuzkoa el 37% del coste de la plaza en los centros públicos y el 42% en los privados, ascendiendo la cuota media a unos mil euros mensuales. Al analizar este tema, no se pone en general en cuestión la idea del copago, aunque sí se plantan una serie de consideraciones sobre dos aspectos concretos: por un lado, el modo en el que debe ser considerado el patrimonio, mobiliario e inmobiliario, de las personas residentes a la hora de establecer el precio público que deben abonar; por otro, el propio modelo de copago y el tipo de gastos que se deberían tener en cuenta para su determinación.

Una de las cuestiones que se señala en relación al copago tiene que ver con el impacto que tiene a la hora de retraer la demanda, especialmente de personas con un cierto grado de renta o de patrimonio, en la medida en que les resulta más rentable seguir en su domicilio –o volver a él– y percibir la PCEF, contratando en su caso una persona que se encargue de los cuidados. Se insise en ese sentido que –salvo en los casos en los que las necesidades son muy intensas y/o las posibilidades de cuidado muy limitadas– las familias hacen un análisis sobre las opciones disponibles, y concluyen

que desde el punto de vista económico el ingreso en residencia puede no ser la opción más ventajosa:

> *"En nuestro centro algunas personas han vuelto a sus casas. ¿Por qué? Porque están pagando un montón de dinero y en su casa no es que no paguen, es que reciben dinero".*

> *"Me parece obvio que el copago retrae la demanda; aunque sea en una plaza pública, para muchas personas implica un gasto muy alto y una despatrimonialización que mucha gente no entiende, pues creen que han pagado suficientes impuestos a lo largo de su vida".*

En lo que se refiere a la consideración del patrimonio, se plantean posiciones divergentes: para algunas personas, el patrimonio no debería tenerse en cuenta para el cálculo de la aportación económica, en la medida en que desincentiva el ahorro y/o penaliza a las personas que han sido capaces de acumular un cierto patrimonio a lo largo de los años. También se señala que la consideración del patrimonio aleja del sistema público de cuidados a las personas que cuentan con un cierto nivel patrimonial, que encuentran en los servicios domiciliarios privados, en ocasiones en el marco de la economía sumergida, una alternativa más barata al ingreso residencial. Por el contrario, otras personas lo que critican es que no se tenga en cuenta la vivienda habitual a la hora del cálculo de la aportación económica y proponen recuperar la figura del reconocimiento de deuda, computando el valor de todo el patrimonio, incluyendo la vivienda habitual.

> *"El tratamiento que se da al patrimonio realizable a corto (principalmente procedente del ahorro durante toda una vida de las personas residentes) no me parece apropiado para personas que con su esfuerzo han construido el estado de bienestar. Que un residente pague lo máximo durante el tiempo que le permita su esfuerzo ahorrador me parece que, al menos, requiere de un análisis paralelo en términos de ética y justicia. Insisto en que el sistema debe reconocer la aportación acumulada de cada persona al mismo y, en este sentido, debería ser más respetuosa en el tratamiento de un patrimonio realizado tras aportar todo lo que el propio sistema ha exigido para su mantenimiento".*

> *"Etxebizitza ondarean salbuetsita egotea neri kezkak sortzen dizkit. Ez dut uste oso zuzena denik. Azkenean hor ordekoak dira irabazle ateratzen direnak, beraiek gelditzen direlako etxearekin".*

> *"Estoy dispuesto a financiar los servicios públicos con impuestos, en función de lo que gano. Pero me parecería muy injusto que si necesitara una plaza residencial, y he sido capaz de ahorrar un patrimonio, ese dinero me lo quiten, pero que no le quiten nada, y le den el mismo servicio que a mi, a alguien que ha dilapidado todo su dinero".*

> *"La vivienda habitual no se considera patrimonio a la hora de establecer la aportación del residente en plaza pública. Eso provoca desigualdad entre ciudadanos, que cuentan con patrimonios similares pero no en forma de vivienda".*

> *"Totalmente a favor de un copago y que se computen todos los bienes de los residentes. Si es un bien no líquido que la DFG pueda recuperar parte de lo pagado con los inmuebles una vez fallecido el usuario".*

> *"El tratamiento de la renta como otra variable más para calcular la aportación económica de cada residente debería ser, como en el caso del IRPF, progresiva en función del valor de la misma".*

Acuerdo con la idea de establecer un sistema de triple tarificación, incluyendo en el copago únicamente los gastos hoteleros, que implicaría en cualquier caso un gasto público mayor

Más allá del debate sobre la consideración del patrimonio, surge también el debate sobre si –como ocurre en otros países y se ha propuesto en nuestro entorno[48]– debería establecerse un sistema de triple tarificación, mediante el cual se distinga, a la hora del copago, entre los costes hoteleros, los de salud y los relativos a la atención social o a la dependencia. En los sistemas en los que existe esa triple tarificación, la atención sanitaria es financiada por la administración de salud, y no se tiene en cuenta para la determinación del copago. Algo similar ocurre con los cuidados asistenciales derivados de la dependencia, que son financiados en todo o en parte por el sistema de atención social. El copago se refiere por tanto, fundamentalmente, a los aspectos hoteleros, que financia íntegramente la persona usuaria (y el correspondiente sistema de garantía de ingresos, en el caso de que la persona usuaria carezca de ingresos suficiente para abonar esas cantidades). La idea de esta triple tarificación parece en general adecuada para las personas consultadas, al menos en términos de equidad, si bien se señala que –dado el escaso peso en relación al coste real tienen los aspectos hoteleros– implicaría necesariamente un incremento muy sustancial del gasto público dedicado a la financiación de estos servicios, y una presión impositiva mayor.

En relación a la participación económica de las personas usuarias se hace finalmente referencia a aspectos algo más concretos, como a la necesidad de establecer un único coste plaza para todas las personas, independientemente de sus necesidades asistenciales, elevar la cuantía de libre disposición que en la actualidad se reconoce a las personas usuarias ("*la gente se come todo el dinero de libre disposición con el copago farmacéutico*") y modificar las fórmulas utilizadas para calcular la aportación de los matrimonios. También se hace referencia a la necesidad de armonizar el precio de los servicios complementarios que no se incluyen en el precio público pero que, en muchas residencias municipales, se prestan de forma gratuita, y al impacto que supone calcular las aportaciones de los usuarios dividiendo la renta anual entre doce mensualidades ya que, de esa forma, al considerarse también las pagas extraordinarias, la cuota mensual puede ser superior a los ingresos mensuales ordinarios.

> *"Sería conveniente una revisión de la normativa actual. Por un lado, es necesaria una revisión de las cantidades mínimas de libre disposición si los usuarios tienen que continuar con el actual pago y copago de medicinas, que antes no existía (salvo que los usuarios de las residencias queden exentos del citado pago y copago)".*
>
> *"Habría que valorar la aportación en los casos de los matrimonios, ya que en algunos casos, la situación del miembro que queda en el domicilio, es precaria".*
>
> *"Sería conveniente tener en cuenta el copago farmacéutico a la hora de calcular la aportación".*

[48] La propia Ley de Dependencia estable en su artículo 33 que para fijar la participación del beneficiario se tendrá en cuenta la distinción entre servicios asistenciales y de manutención y hoteleros. A la hora de explicar la lógica de esta recomendación, el informe final del Grupo de Expertos para la evaluación del desarrollo y efectiva aplicación de la Ley 39/2006 señalaba en 2009 que "el copago debería aplicarse fundamentalmente para contingencias que no estuvieran en el "núcleo" de las prestaciones de dependencia o que, estándolo, no tuviesen alternativas o complementos. Hay que admitir, sin embargo, que la definición del núcleo es complicada, si éste es demasiado amplio el copago no sería muy efectivo. Los cuidados sanitarios, dentro de un caso de dependencia, deberían estar sometidos a copago solamente en la medida en que cuidados equivalentes en el sistema sanitario ordinario lo estuviesen. Los servicios complementarios (fuera del núcleo en cualquier caso y quizás otros) ya están 55 por lo general cubiertos por el propio beneficiario, salvo en casos de carencia de recursos. Los servicios del módulo hotelero, salvo en caso de carencia de recursos (establecida en función de la renta, cuando el patrimonio sea difícil de estimar), sí deberían ser objeto de copago (…). El sistema de copago debe articularse progresivamente desde el punto de vista funcional, mediante círculos concéntricos de servicios en lo que se refiere a su intensidad, que vaya de más copago para servicios asociados a la dependencia pero fuera del núcleo hacia menos copago a medida que los servicios aludidos se sitúan en el centro de las prestaciones de dependencia".

"La participación económica debería ser fija parara todas las plazas, ofreciéndose ayudas en función de las necesidades".

"Zerbitzua emateko garaian, hainbat egoitzek tarifatik kanpo dauden zerbitzuak (podologia, ile apaindegia, etab.) bere gain hartzen dute, erabiltzaileek zerbitzu horiek erabiltzeagatik ekarpen ekonomikorik egin gabe. Horrek bere ondorio positiboak ditu, erabiltzaileek zerbitzu horiek erabili ditzaketelako bere egoera ekonomikoa kontuan izan gabe; baina, bestetik, negatikoa: gain kosta. Ondorioz, egoitza guzti horiek Aldundira (eta ondoren Kabiara) pasatzerakoan, irizpide komun bat hartu beharko da, ezingo baitira egoitzatik egoitzara desberdintasunak egin".

Se plantea finalmente en alguno de los grupos de discusión una reflexión más generalizada sobre la sostenibilidad del sistema de servicios sociales y sobre las posibilidades que puedan existir para garantizarla. Se hace referencia en ese sentido a la posibilidad –como se hace en otros países y se ha propuesto para Euskadi y para el Estado español– de afectar algún impuesto o crear una cotización específica para la cobertura de los gastos vinculados a la dependencia y/o al envejecimiento.

3.3. Resumen de las opiniones recogidas

A partir de la información recogida en las páginas precedentes, se pueden destacar –de forma muy simplificada– algunas conclusiones básicas. Estas conclusiones no necesariamente recogen la opinión o la visión de todas las personas que han participado en este proceso de reflexión, pero sí las opiniones más extendidas y/o significativas planteadas durante el proceso.

Se observan primer lugar cambios relativamente importantes en relación al perfil de las personas usuarias:

- Se observa con claridad un incremento en la edad media de las personas usuarias, que presentan niveles más elevados de dependencia y mayores necesidades sociosanitarias.

- Se observan también, en general, cambios en las expectativas y en el nivel de exigencia de las personas residentes y, sobre todo, de sus familias, que exigen una mayor dedicación por parte del personal y que plantean un tipo de relación de corte más 'contractual', más basada en la exigencia de una atención de calidad.

- Se detecta por otra parte una mayor prevalencia de los problemas psiquiátricos y psicogeriátricos, y un incremento de los casos multiproblemáticos, más complejos, a los que resulta difícil atender adecuadamente con los recursos y patrones organizativos actuales.

En lo que se refiere a la demanda de servicios y a los servicios y prestaciones que conforman, junto a las residencias, el continuo de atención social a las personas mayores dependientes**:**

- Se observa que persisten en muchos casos los prejuicios culturales e incluso el estigma asociado a los centros residenciales y que el ingreso en un centro residencial se considera todavía como la última opción.

- Las razones de esta percepción social pueden estar tanto en la mayor posibilidad de mantenerse durante más años de forma autónoma en el domicilio como los prejuicios culturales ya señalados, la competencia que suponen las prestaciones económicas enmarcadas en la Ley de Dependencia o la propia falta de atractivo del servicio para las personas usuarias

(y que puede tanto deberse a la definición de la participación económica de las personas usuarias como a la percepción del servicio como masificado o poco individualizado, etc.).

- En todo caso, se observa en ciertos casos una postergación excesiva del acceso al servicio residencial, que implica una pérdida de calidad de vida, y requiere una mayor información y sensibilización. Se señala en ese sentido que, en determinados casos, las razones señaladas previamente implican un retraso excesivo en la residencialización, hasta que el mantenimiento en el domicilio resulta inviable.

- Se constata además el impacto negativo de las prestaciones económicas por dependencia en la reducción de la demanda, la debilidad de los servicios complementarios de apoyo en el domicilio y las dificultades para mantener una relación fluida con los servicios sociales de base municipales, así como para integrar los centros residenciales en la red de recursos comunitarios de cada localidad.

En lo que se refiere a la dotación de plazas y a los procedimiento de acceso, puede hablarse de una valoración globalmente positiva de la dotación de plazas y del despliegue territorial, si bien se subraya la preocupación por la necesidad de mantener las coberturas –en un contexto de envejecimiento demográfico– y se constata el crecimiento de la demanda. Así:

- Se considera de forma generalizada que la dotación de plazas y el despliegue territorial de los centros son adecuadas, aunque mejorables, y se subraya que la oferta debería ampliarse en ciertas zonas y, sobre todo, para ciertas perfiles (con especial atención a la necesidad de crear más plazas psicogeriátricas).

- Se pone de manifiesto una preocupación generalizada por las dificultades que se prevén para mantener las actuales coberturas en el contexto demográfico previsto para los próximos años.

- Se valora positivamente el rápido acceso al servicio, especialmente en el caso de situaciones de necesidad, pero se constata el crecimiento de las listas y plazos de espera, sobre todo en ciertas comarcas.

- Se subrayan las dificultades para acceder al centro elegido y se ponen de manifiesto algunos problemas concretos respecto a la validez de las valoraciones realizadas cuando se accede al centro.

La calidad de la atención que se presta a las personas usuarias se valora globalmente de forma positiva, si bien se subraya la necesidad de repensar el modelo global de atención, a la luz, entre otros factores, del cambio en el perfil y las necesidades de las personas usuarias. Cabe destacar en relación a esa cuestión los siguientes elementos:

- Puede hablarse de una valoración globalmente positiva de la atención prestada en los centros residenciales, aunque se destaca la necesidad de avanzar en la individualización de la atención, en la adaptación del servicio a determinados perfiles (especialmente a las personas con problemas psiquiátricos o psicogeriátricos), y de profundizar en un modelo de atención menos limitado por los condicionantes organizativos, más 'hogareño', más estimulante y menos medicalizado.

- No hay una visión compartida en relación a la adecuación de las actuales ratios de atención, ya que mientras para algunas personas son suficientes al objeto de garantizar la calidad de la atención, para otras resultan claramente insuficientes. Hay en cualquier caso un

acuerdo generalizado en relación a la necesidad de reforzar determinadas figuras profesionales, como las relacionadas con la fisioterapia o la intervención social.

- Acuerdo amplio respecto a la importancia de reacondicionar la estructura arquitectónica de los centros más antiguos para generar ambientes más hogareños, y, en líneas generales, de articular los centros en torno a módulos o unidades de pequeño tamaño. También se defiende la necesidad de integrar en un mismo edificio servicios o centros de distinto tipo –integrando servicios de atención primaria y secundaria– para generar sinergias y optimizar los recursos.

- Se detecta una insatisfacción generalizada por la falta de un modelo de atención sanitaria en las residencias y críticas a la 'insensibilidad' del sistema de salud para dar respuesta a esas necesidades.

En lo que se refiere al modelo de colaboración establecido entre las administraciones públicas y las entidades privadas, con y sin fin de lucro, para la prestación del servicio, se ponen de manifiesto los siguientes elementos:

- Puede hablarse de una valoración globalmente positiva del modelo de colaboración público privada establecido en Gipuzkoa y del esfuerzo de ordenación realizado por las administraciones. Se destaca en cualquier caso, como debilidad, la necesidad de adaptar el marco normativo a las actuales necesidades y de generar un marco regulador que proteja los derechos de las personas usuarias y, al mismo tiempo, promueva la innovación y la flexibilidad en la prestación de los servicios.

- Esa valoración no es en cualquier caso unánime. Algunas personas reclaman un modelo de provisión pública directa, que consideran la mejor fórmula para dar respuesta a las necesidades de las personas mayores. Otras, por el contrario, critican lo que consideran una excesiva injerencia de la administración en la determinación del servicio, particularmente en la pasada legislatura. Más allá de esas críticas coyunturales, se pone de manifiesto por algunas personas una cierta insatisfacción por lo que consideran un mercado excesivamente intervenido y regulado, y se demanda una mayor liberalización del servicio, de forma que las personas usuarias puedan ejercer el derecho a elegir el centro que prefieren y se fomente la competencia entre los diversos prestadores del servicio. También se ponen de manifiesto ciertas críticas a las fórmulas utilizadas para decidir en qué centros y con qué entidades se conciertan las plazas de responsabilidad pública.

- Se plantea en todo caso, como una reclamación unánime, la necesidad de establecer un marco claro, estable y seguro de relación entre las administraciones públicas y las entidades privadas en torno a las condiciones de prestación del servicio en el medio y largo plazo.

- Se ponen también de manifiesto las dificultades que existen, y que se intensificarán en el futuro, para mantener el actual sistema de concierto, debido a la introducción de normas más restrictivas en relación a la contratación pública. Se ponen también de manifiesto discrepancias en lo que se refiere a la preeminencia que la Ley de Servicios Sociales da al Tercer Sector para la concertación de determinados servicios de la Cartera de servicios sociales.

- Algunas personas destacan la necesidad de mejorar el sistema de inspección, evaluación y garantía de calidad, de cara a introducir indicadores de corte cualitativo, garantizar una mejor calidad de la atención y permitir la competencia, la transparencia y/o la comparación entre los diversos centros.

- Se plantea también la necesidad de que se tome en mayor consideración, en los procesos de planificación y regulación, la opinión de las entidades y las personas que trabajan en el sector.

El debate en relación a las condiciones laborales del sector ha estado, probablemente, sesgado por el perfil de las personas que han participado en el proceso de reflexión (básicamente, directores/as de centros residenciales públicos y privados, además de representantes institucionales, entidades del tercer sector y asociaciones empresariales[49]). En todo caso, los elementos más relevantes son los siguientes:

- Puede hablarse de una valoración globalmente positiva respecto a la mejora de las condiciones de trabajo del personal ocupado en las residencias, pese a la constatación de las diferencias existentes y la demanda de seguir avanzado en ese proceso.

- Se pone de manifiesto una demanda generalizada, aunque no unánime, de un convenio sectorial de ámbito provincial, que permita avanzar hacia una mayor equiparación de las condiciones laborales y que permita, al mismo tiempo, dotar de mayor estabilidad al conjunto del sistema.

- Algunas personas ponen de manifiesto su preocupación por el impacto económico de la mejora de las condiciones laborales en la viabilidad de las entidades prestadoras de servicios, así como por el incremento del absentismo y por las dificultades para conciliar, en determinados casos, los derechos del personal con la flexibilidad de la atención.

- Se pone también de manifiesto la necesidad –en un sector claramente feminizado– de favorecer las medidas de conciliación de la vida familiar y profesional, y de mejorar la prevención de los riesgos laborales, especialmente los de carácter psicosocial.

Finalmente, en lo que se refiere a la financiación de los centros residenciales, el debate ha girado en torno a las tarifas de concertación y la financiación de los centros privados concertados, así como en relación a la participación económica de las personas usuarias. Los principales elementos señalados son los siguientes:

- Cabe destacar en primer lugar la positiva valoración respecto a la puntualidad en los pagos y a la estructuración de la tarifa en función de diversos perfiles de necesidades, aunque se plantean a ese respecto algunas propuestas de mejora.

- Se plantea por parte de algunas personas la necesidad de actualizar la cuantía de la tarifa en función del incremento de los costes unitarios, para garantizar la viabilidad del servicio.

- Puede decirse que hay una insatisfacción generalizada por la fórmula para la determinación de la participación económica de las personas usuarias y, en particular, por la diferencia a la hora de contemplar el patrimonio mobiliario e inmobiliario (si bien no hay acuerdo sobre cómo reformar la fórmula). Se constata en cualquier caso que la actual determinación del copago contribuye a reducir la demanda de servicios residenciales, salvo en los casos en los que los recursos económicos y/o patrimoniales son muy bajo, o en aquellos en los que la carga asistencial hace inviable el mantenimiento en el domicilio.

- Se plantea un acuerdo amplio con la idea de establecer un sistema de triple tarificación, mediante el cual el copago se aplique únicamente a los gastos hoteleros. Se pone también

[49] Cabe señalar en relación a esta cuestión que, aunque se invitó inicialmente a participar en el debate a cuatro centrales sindicales, finalmente sólo una aceptó participar en este proceso de reflexión.

de manifiesto, en cualquier caso, que un sistema de este tipo implicaría un gasto público mayor, por lo que no se considera en general una opción realista en las actuales circunstancias.

- Se pone de manifiesto, finalmente, la preocupación de las personas consultadas por la sostenibilidad global del sistema y se plantea la necesidad de reflexionar sobre posibles fórmulas alternativas de financiación (impuestos afectados, cotizaciones sociales, etc.).

4. CONCLUSIONES: FORTALEZAS Y DEBILIDADES DEL MODELO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL A LAS PERSONAS MAYORES EN GIPUZKOA

4.1. Fortalezas de los centros residenciales para personas mayores en Gipuzkoa

Como se ha señalado en el apartado introductorio, en este capítulo final se recogen las principales conclusiones que se derivan, en relación a las fortalezas y las debilidades de la red de atención residencial a las personas mayores, del análisis realizado en los dos capítulos precedentes. Se recogen en ese sentido los aspectos que, a juicio de los redactores del informe, resultan más significativos a la luz de los datos cuantitativos disponibles y de las opiniones recogidas durante el proceso de reflexión. **Es importante señalar que este diagnóstico no es necesariamente compartido por las personas que han participado en el proceso, ni por el Departamento de Políticas Sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa, sino que recoge únicamente las cuestiones que los redactores del informe consideran más relevantes y significativas para explicar la situación de la red de centros residenciales.**

En lo que se refiere a las fortalezas del modelo, cabe plantear los siguientes elementos:

- La primera fortaleza consiste en la **existencia de un marco político y legislativo avanzado,** que garantiza como **derecho subjetivo una atención residencial de suficiente calidad a todas las personas en situación de necesidad,** siempre que cumplen los requisitos de acceso establecidos. Ese derecho se garantiza además independientemente del nivel de recursos económicos de la persona usuaria y, en líneas generales, independientemente de su lugar de residencia. Desde ese punto de vista, cabe señalar que la aprobación a finales de la pasada década de la Ley de Dependencia, en el ámbito estatal, y de la Ley de Servicios Sociales, en el ámbito autonómico, han permitido en la práctica plantear el acceso a los servicios residenciales para personas mayores en términos de derecho y que ese derecho –a diferencia de otros derechos sociales también reconocidos en esas normativas– está suficientemente consolidado en Gipuzkoa.

- Cabe considerar también como una fortaleza la existencia de **una dotación de plazas de responsabilidad pública –plazas públicas y privadas concertadas– más elevada** que en la mayor parte de los territorios de nuestro entorno, con una distribución territorial que, pese a sus carencias, es razonablemente buena. En ese sentido, y pese al incremento en las listas y en los plazos de espera, parece claro que –especialmente en los casos de mayor urgencia– el ingreso en los centros residenciales se realiza con rapidez y que todas las perso-

nas demandantes acceden en un plazo razonable a la plaza solicitada. Tampoco se da –como sí ocurre en otros ámbitos de los servicios sociales– una excesiva concentración de recursos en zonas determinas o situaciones en las que comarcas o áreas territoriales carezcan de una dotación mínima de recursos.

- Pese a los problemas que pueden existir al respecto e incluso, como se señala más adelante, la existencia de perspectivas diferentes en relación a esta cuestión, es necesario destacar también la existencia en Gipuzkoa de **un marco de colaboración público privada** razonablemente sólido y ordenado, que constituye la base del modelo guipuzcoano de Servicios Sociales y garantiza unos resultados objetivamente buenos desde el punto de vista de la dotación de plazas, la calidad de la atención, el equilibrio territorial e, incluso, una cierta equiparación en cuanto a las condiciones laborales del personal, así como unos resultados positivos en términos de coste-efectividad. Desde ese punto de vista, y como sucede en el ámbito de la exclusión o la discapacidad, cabe destacar el marco de colaboración que existe con la **iniciativa social sin fin de lucro**, responsable de la provisión de una parte importante de las plazas de atención e impulsora de muchas de las medidas de mejora que se vienen aplicando en nuestro entorno.

- Cabe también considerar como una fortaleza del modelo, de acuerdo a lo señalado por la mayor parte de las personas consultadas, la **calidad de la atención** que se presta en el conjunto de los centros residenciales y el avance que progresivamente se está produciendo hacia una atención más individualizada e integral, en la línea del modelo de atención centrado en la persona. Si bien no cabe duda de que, como se indica al señalar las debilidades del modelo, es necesario todavía dar más pasos en este aspecto –tanto desde el punto de vista práctico como de la asunción teórica de ese tipo de modelos–, no puede dejar de señalarse el nivel de profesionalidad que caracteriza al conjunto de los centros de la red y la garantía de unos mínimos asistenciales básicos. Ese elevado nivel de calidad se deriva, en parte, de la existencia de ratios de atención, perfiles profesionales y prestaciones técnicas superiores a los que exigen las normativas estatal y autonómica, a partir del proceso de ordenación y clarificación del modelo de atención a las personas mayores realizado a mediados de la pasada década.

- También debe destacarse como uno de las fortalezas básicas del sector el **proceso de mejora de las condiciones laborales** que se ha ido desarrollando a lo largo de los últimos años y que ha conseguido, objetivamente, dignificar las condiciones laborales en el sector y garantizar a todo el personal ocupado, independientemente de la titularidad del centro, unas condiciones laborales razonables. De acuerdo a los datos del informe, y a informes similares realizados en los últimos meses, y de acuerdo también a la opinión manifestada por la mayor parte de las personas consultadas, la mejora en las condiciones laborales (en cuanto a salarios, horarios, derechos a la conciliación, etc.) ha sido sustancial, equiparándose en gran medida en lo que respecta a esos aspectos a otros sectores de la economía guipuzcoana.

- En relación a la cuestión de las condiciones laborales, debe destacarse también la creciente **capacidad del sector para la creación de empleo** –empleo además, como hemos visto, de cierta calidad– y su elevada rentabilidad social, tanto desde el punto de vista de la respuesta a las necesidades atendidas como desde el punto de vista del retorno que el gasto realizado tiene para las arcas públicas, mediante el incremento de las cotizaciones y la recaudación por IRPF y otros impuestos.

- Cabe señalar finalmente, como otra de las fortalezas del sistema, la **voluntad política y social** que existe en el Territorio para mantener un nivel importante de gasto público en este sector, que ha permitido combinar en los últimos años diversos objetivos –incremento de

plazas, mejora de las condiciones laborales, mejora de la calidad de la atención..– garantizando a las entidades concertadas una nivel de financiación, mediante la tarifa de concertación, más elevado que en otros territorios de nuestro entorno.

4.2. Debilidades y puntos críticos

En lo que se refiere a las debilidades o puntos críticos, desde una perspectiva general, cabría señalar las siguientes:

- Se ha producido un cambio importante en el perfil de las personas usuarias, que son cada vez más mayores, con mayores niveles de dependencia y con necesidades sociosanitarias –en ocasiones vinculadas a trastornos psiquiátricos y psicogeriátricos– más pesadas. Cabe también hablar de un cierto cambio cultural en las expectativas de las personas usuarias y de sus familias, en su nivel de exigencia y en la concepción de la residencia como derecho social y no como ayuda de beneficencia. **Estos cambios sólo en parte se han acompañado, sin embargo, de la necesaria adaptación del modelo de atención**, tanto en lo que se refiere a las prestaciones técnicas, los perfiles profesionales y las ratios de atención como en lo que se refiere a las instalaciones y los ambientes de las residencias. Desde ese punto de vista, parece clara la necesidad de revisar y actualizar el modelo de atención, adaptándolo a esos nuevos perfiles y reforzando, frente a la tendencia a la medicalización de los centros, los elementos más ligados a la intervención psicosocial y sociocultural. Ello requiere la generación de herramientas –protocolos, catálogos de buenas prácticas, cuadros de mando de indicadores, sistemas de inspección, desarrollo de estándares de calidad, actividades de formación y reciclaje, promoción de la I+D, desarrollo de centros de referencia, etc.– que permitan cohesionar y orientar en un mismo sentido la práctica profesional y la gestión de los centros.

- Cabe también señalar como una de las debilidades del modelo de la persistencia de **prejuicios culturales frente a la institución residencial, que se traduce en la existencia de un cierto estigma asociado al ingreso en una residencia**, y las dificultades para materializar la 'demanda oculta' que existe. Esa demanda oculta estaría formada por todas aquellas personas que no demandan por distintas causas un ingreso residencial pero que, muy probablemente, tendrían una mejor calidad de vida si accedieran en el momento adecuado a un plaza en una residencia. En ese sentido, los debates realizados han puesto de manifiesto que, si bien el mantenimiento en el domicilio ha de seguir considerándose como el principal objetivo de las políticas de atención a las personas mayores, debe cuestionarse la idea de que el domicilio es siempre y en todo caso la mejor opción para todas las personas mayores. Desde ese punto de vista, es necesaria una labor importante para hacer de la opción residencial una alternativa más atractiva, sensibilizando a las personas potencialmente demandantes y adecuando las pautas asistenciales, organizativas y de financiación de estos centros.

- Se debe señalar también como una debilidad del sistema la **competencia que en la actualidad supone la Prestación Económica de Cuidados en el Entorno Familiar** (PCEF) que –junto a la crisis– ha contribuido a retraer la demanda residencial, la debilidad de los recursos de atención primaria, que deberían complementar la atención residencial, y las dificultades de coordinación con los Servicios Sociales de Base.

- Si bien previamente se ha indicado, entre las fortalezas del sistema, que existe una dotación razonablemente buena de plazas y un equilibrio territorial también razonable, no puede dejar de señalarse –entre las dificultades– **el incremento de las listas de espera y, sobre todo, las dificultades para crear nuevas plazas y, al menos, mantener las actuales**

tasas de cobertura. También debe señalarse como debilidad la existencia de comarcas con dotaciones todavía muy inferiores a la media, en las que la lista de espera es particularmente alta. Desde ese punto de vista, parece obvia la necesidad de acelerar el ritmo de creación de nuevas plazas de responsabilidad pública, que den respuesta al incremento de la población potencialmente demandante y al ya señalado crecimiento de la demanda de plazas.

- También debe señalarse como una debilidad las **dificultades para avanzar en el desarrollo de modelos de atención suficientemente individualizada y para el desarrollo de ambientes e instalaciones más hogareños**. Las necesidad de mejorar la calidad de la atención, si bien se extiende al conjunto de la red, es particularmente clara en el caso de las personas con trastornos psiquiátricos y psicogeriátricos y, en general, de las personas con problemáticas complejas.

- Por otra parte, a la hora de analizar las debilidades relativas al modelo de colaboración público privada, es necesario hacer referencia a **la tensión que se observa entre dos lógicas contrapuestas**: una lógica de servicio público, por una parte, frente a una lógica de actividad comercial convencional por otra, sujeta a la libre concurrencia entre empresas y a la libertad de elección de las personas usuarias, consideradas como clientes o consumidoras de un servicio dterminado. La existencia de esas dos lógicas –y la necesidad de responder a ambas– hace que se planteen soluciones y medidas muy diferentes, en ocasiones contradictorias, para los mismos problemas. La existencia de esas dos lógicas obliga en todo caso a conciliar elementos relacionados con la garantía del servicio público y con una perspectiva más 'consumista' o mercantil del servicio (en lo que se refiere por ejemplo a la liberalización del mercado o los mecanimos de asignación y concertación de las plazas). Vinculado a esa tensión entre las dos lógicas señaladas, cabe hacer también referencia a una cierta **crisis** –cabe pensar que coyuntural– **en el modelo de colaboración público privada establecido hasta ahora**, que se ha traducido en una sensación de inestabilidad y de injerencia por parte de una parte de los agentes implicados.

- Relacionada con lo anterior, cabe considerar como una debilidad del sector el **mayor riesgo de conflictividad laboral**, en un contexto en el que la diversidad de agentes es amplia, con intereses, referentes y capacidades de presión muy diferentes.

- En lo que se refiere a los aspectos estrictamente económicos, ccabe considerar como una debilidad que el incremento del gasto público y privado que se ha experimentado en los últimos años se haya derivado básicamente del incremento del coste plaza –derivado a su vez de la mejora de las remuneraciones– y no tanto de la creación de nuevas plazas. Junto a este elemento, también cabría señalar que **esos incrementos no han conseguido reducir por completo las desigualdades** que se producen en las condiciones laborales del personal, en función tanto de la titularidad de los centros (pública o privada) como del tipo de vinculación laboral (trabajadores/as propios o subcontratados) o la fórmula de gestión (directa o indirecta).

- Cabe señalar finalmente, como una de las principales debilidades del sistema, **el riesgo de insostenibilidad económica del modelo en su conjunto, en ausencia de crecimiento económico y de voluntad política y social para revisar la financiación del Estado de Bienestar**. Cabe plantear en ese sentido la necesidad de reorientar el modelo de financiación de las residencias y, en general, de las políticas sociales asociadas al envejecimiento, mediante la modificación de la participación económica de las personas usuarias y/o la introducción de mecanismos de financiación adicional. Ello requeriría un debate más amplio sobre el grado de mutualización del riesgo de dependencia que está dispuesto a asumir la sociedad guipuzcoana.