

En primera línea contra el coronavirus: el trabajo de cuidados de larga duración a personas mayores en España

Jorge Hernández-Moreno y Manuel Pereira-Puga

Documento de trabajo 208/2021

Jorge Hernández-Moreno

Jorge Hernández-Moreno actualmente es investigador predoctoral en el Instituto de Políticas y Bienes Públicos (IPP-CSIC) e imparte docencia en la Universidad Autónoma de Madrid como beneficiario de un contrato de Formación de Profesorado Universitario (FPU). Es Graduado en Relaciones Internacionales por la Universidad Complutense de Madrid (2014) y Máster en Gobierno, Administración y Políticas Públicas por el Instituto Universitario de Investigación Ortega y Gasset y la Universidad Internacional Menéndez Pelayo (2015). Ha sido becario de formación en el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) e investigador visitante en el Departamento de Ciencia Social y Política de la Università degli studi di Milano (2019). Participa en varios proyectos de investigación competitivos sobre la gobernanza territorial de las políticas sociales y las actitudes ciudadanas hacia el Estado de Bienestar y el Estado autonómico, temas sobre los que ha publicado diferentes artículos y capítulos de libro.

Contacto: jorgejose.hernandez-moreno@cchs.csic.es

Manuel Pereira-Puga

Manuel Pereira-Puga es Doctor en Sociología por la Universidad de A Coruña, gracias a una beca del Programa Nacional de Formación de Profesorado Universitario (FPU). Actualmente trabaja en el Instituto de Políticas y Bienes Públicos (IPP-CSIC) e imparte docencia en la Universidad Carlos III de Madrid. Investiga en el ámbito de las políticas públicas de educación superior universitaria y de I+D, así como en el de la política social. Ha sido investigador visitante en De Montfort University (Leicester, Reino Unido) y ha complementado su formación con cursos en instituciones internacionales como: el Politecnico di Milano (Italia), la Academy of Sciences of the Czech Republic (Praga, República Checa) y el Real Colegio Complutense en Harvard University (Cambridge, MA, Estados Unidos).

Contacto: manuel.pereira@csic.es



Ninguna parte ni la totalidad de este documento puede ser reproducida, grabada o transmitida en forma alguna ni por cualquier procedimiento, ya sea electrónico, mecánico, reprográfico, magnético o cualquier otro, sin autorización previa y por escrito de la Fundación Alternativas.

© Fundación Alternativas

© Jorge Hernández-Moreno

© Manuel Pereira-Puga

ISBN: 978-84-18677-07-6

Edición: Jorge San Vicente Feduchi

Maquetación: Belén Avilés González

Contenido

Resumen ejecutivo	3
1. Objetivos y enfoque metodológico del informe.....	5
2. El cuidado de las personas mayores en España	7
2.1. La gobernanza del sistema de cuidados de larga duración	7
2.2. La ayuda a domicilio y las residencias para mayores	10
3. El impacto del coronavirus en las personas mayores en España	12
4. Los trabajadores del cuidado de personas mayores durante la primera ola de la COVID-19: gestión institucional y principales dinámicas laborales.....	15
4.1. Respuestas gubernamentales multinivel.....	15
4.2. Disponibilidad y número de trabajadores	17
4.3. Formación y cualificación de los profesionales	20
4.4. Condiciones laborales	23
5. Perspectiva sindical	26
5.1. Aumentar el personal en las residencias y en la ayuda a domicilio.....	26
5.2. Mejorar las condiciones laborales y aumentar los salarios	27
5.3. Garantizar la adecuada formación de los trabajadores.....	27
5.4. Prevención en salud y riesgos laborales.....	28
5.5. Mejorar la financiación del SAAD	29
5.6. COVID-19 y lucha sindical.....	30
6. Conclusiones y recomendaciones	32
Agradecimientos	34
Referencias	34
Acrónimos.....	42

Resumen ejecutivo

- En el marco del proyecto *On the corona frontline – The experiences of care workers in nine European countries*, este informe analiza cómo se vio afectado el sector del cuidado de mayores por la crisis del coronavirus e identifica los principales problemas y dificultades de las personas que trabajan tanto en las residencias para mayores como en los servicios de ayuda a domicilio desde el inicio de la pandemia hasta el 1 de septiembre de 2020. Al mismo tiempo, se relacionan las características estructurales del empleo con la calidad en la prestación de estos servicios y se recogen las reivindicaciones y demandas laborales de las dos principales organizaciones sindicales españolas.
- Para tal fin, se han llevado a cabo once entrevistas semiestructuradas a expertos en el campo de los servicios sociales, responsables de residencias (directores y gerentes), antiguos decisores públicos de las Administraciones central y regional, representantes sindicales y a un dirigente de una de las organizaciones patronales del sector. También se han consultado guías, planes y protocolos de respuesta producidos por organizaciones internacionales y por las propias Administraciones en el marco de la crisis, y se han analizado datos secundarios procedentes de distintas fuentes, así como de documentos sobre COVID-19 y dependencia elaborados por los sindicatos.
- En el contexto de la primera ola de la pandemia todos los actores institucionales (Administraciones públicas central y autonómicas) y del sector privado han impulsado diferentes iniciativas para hacer frente a la falta de personal en los distintos servicios dirigidos al cuidado de las personas mayores. Sin embargo, estos esfuerzos se han mostrado insuficientes debido a la escasez preexistente de trabajadores en el sector y al fuerte impacto del virus, sobre todo en las residencias. El resultado es que, al igual que en otros países, se han tenido que implementar medidas excepcionales, como recurrir a personal militar u otros servicios de emergencia para garantizar la continuidad en la prestación de estos servicios.
- Los problemas relativos a la formación y las competencias de parte del personal de residencias y servicios de ayuda a domicilio se han visto agravados durante la primera ola de la pandemia. Esto se debió al desarrollo del nuevo “régimen excepcional y provisional”, que permitió la contratación de personal sin certificado de formación ni experiencia en las distintas categorías profesionales del sistema de cuidados. Además, el personal no sanitario del sector ha tenido dificultades a la hora de gestionar una enfermedad infectocontagiosa, al carecer de una formación sanitaria suficiente.

- La ya de por sí deficiente calidad del empleo, con bajos niveles retributivos en prácticamente todas las categorías y perfiles profesionales, altas tasas de temporalidad y contratación a tiempo parcial, ha empeorado en el contexto de la pandemia. Según los entrevistados, el personal de cuidados ha tenido que doblar turnos, enlazar trabajos o renunciar a días libres y vacaciones. Además de la escasez de pruebas diagnósticas, los trabajadores del sector, según se reporta, carecieron en general de medios, suministros médicos esenciales y equipos de protección adecuados y suficientes, poniéndose en riesgo tanto su propia integridad física como la de los mayores usuarios de los servicios sociales.
- Durante el periodo de análisis, las reivindicaciones de los sindicatos se han centrado en: 1) la necesidad de aumentar el número de trabajadores en todos los servicios sociales dirigidos a las personas mayores; 2) incrementar los salarios y mejorar las condiciones laborales; 3) garantizar la adecuada formación de todos los perfiles profesionales; 4) asegurar las actuaciones en materia de prevención en salud y riesgos laborales frente a situaciones de crisis y; 5) mejorar la financiación del sistema de cuidados. Sin embargo, los sindicatos manifiestan haber tenido dificultades a la hora de trasladar sus demandas a las distintas instituciones (tanto centrales como autonómicas).

1. Objetivos y enfoque metodológico del informe

Las tendencias demográficas y los cambios sociales y culturales hacen esperable un aumento de la proporción de personas mayores con necesidad de cuidados y, a la vez, una disminución de la cantidad de “potenciales cuidadores informales” (Gómez Redondo et al., 2018, p. 6). Ello debería suponer una necesidad creciente de profesionales dedicados y formados para cuidar de nuestros mayores. Sin embargo, en la actualidad hay un déficit de estos profesionales; una situación que puede verse agravada en los próximos años (OCDE, 2020, p. 10).

La pandemia de la COVID-19, que afecta desproporcionadamente a las personas mayores, ha tenido un impacto especialmente alto en las residencias (véase, por ejemplo, Comas-Herrera et al., 2020), así como en la prestación de servicios de ayuda a domicilio. El SARS-CoV-2 ha afectado esencialmente a los mayores en términos de infecciones y fallecimientos. Además, las medidas de aislamiento prolongado y “distanciamiento social” para contenerla impuestas por los Gobiernos se asocian a efectos negativos en la salud física y mental de las personas mayores (véase, por ejemplo, Plagg et al., 2020; Sepúlveda-Loyola et al., 2020).

En el ámbito del trabajo de cuidado de mayores, la COVID-19 ha mostrado y agudizado muchos de los problemas existentes previamente, como las dificultades de atracción y retención de personal, la mala calidad del empleo, la deficiente formación de una parte de los profesionales —que han de acometer tareas complejas de cuidados a personas vulnerables—, y las consecuencias físicas y mentales en los profesionales derivados de las duras condiciones laborales (OCDE, 2020). Asimismo, la crisis ha traído nuevos problemas relacionados con las personas trabajadoras, como el propio riesgo de contagio derivado de la insuficiencia de protocolos, Equipos de Protección Individual (EPI) y test diagnósticos, entre otros; o la mala imagen dada de las residencias y su personal por algunos medios de comunicación durante las semanas más duras de la crisis, cuando trataban de contener la enfermedad y cuidar de los mayores con medios escasos y condiciones precarias (véase Del Pino et al., 2020).

En el marco del proyecto *On the corona frontline – The experiences of care workers in nine European countries*, el objetivo de este informe es identificar los principales problemas del personal tanto de las residencias para personas mayores¹ como de los

¹ Estas pueden ser definidas como “equipamientos sociales que ofrecen alojamiento y atención especializada a aquellas personas mayores que por su situación familiar, económica y social, así como por

servicios de ayuda a domicilio desde el inicio de la pandemia hasta el 1 de septiembre de 2020. Asimismo, se relacionan las características del empleo con la calidad de los servicios y se recogen las reivindicaciones de las dos principales organizaciones sindicales españolas. Para tal fin, se ha revisado la legislación que regula el sector; se han consultado guías y protocolos elaborados por organizaciones internacionales, el Estado central y los Gobiernos regionales en el marco de la crisis; se han analizado datos secundarios del sector procedentes de distintas fuentes; se han examinado los documentos sobre COVID-19 y dependencia publicados por los dos principales sindicatos españoles, Comisiones Obreras (CCOO) y Unión General de Trabajadores (UGT); y se han realizado once entrevistas semiestructuradas con expertos en el campo de los servicios sociales y la atención a las personas en situación de dependencia, responsables de residencias (directores y gerentes), antiguos decisores públicos de los servicios sociales y la sanidad en las Administraciones central y regional, representantes sindicales, así como con un dirigente de una de las organizaciones patronales del sector.

El informe se organiza del siguiente modo: la sección 2 describe la gobernanza del sistema de atención a la dependencia y presenta algunos datos básicos en relación con las residencias para personas mayores y los servicios de ayuda a domicilio en España. La sección 3 se detiene en el impacto del coronavirus en las personas mayores durante la primera ola. La sección 4 aborda los principales problemas relativos al personal de cuidados de larga duración a personas mayores en el contexto de la crisis de la COVID-19 y algunas de las principales respuestas institucionales y organizativas a los mismos. La sección 5 recoge la perspectiva de los dos sindicatos mayoritarios españoles en relación con los trabajadores del sector, así como los principales problemas, dificultades y desafíos que se han encontrado a la hora de trasladar sus reivindicaciones y demandas. Finalmente, la sección 6 expone las principales conclusiones del estudio.

sus limitaciones de autonomía personal, no pueden ser atendidas en sus domicilios” (IMSERSO 2019, p. 25).

2. El cuidado de las personas mayores en España

2.1. La gobernanza del sistema de cuidados de larga duración

La Constitución española (CE) de 1978, que restableció la democracia después de cuarenta años de dictadura, y la aprobación de los estatutos de autonomía² de las 17 comunidades autónomas (CC. AA.) (regiones) entre 1979 y 1983, reconocieron y habilitaron un amplio proceso de descentralización en términos políticos, administrativos y de gasto público (Colino, 2020). En este sentido, el Estado de bienestar ha evolucionado en línea con el Estado autonómico hacia un sistema descentralizado, donde los Gobiernos subnacionales (regionales y locales) disponen de notables capacidades legislativas, ejecutivas y de gestión en políticas esenciales como la salud, la educación o los servicios sociales (Gallego y Subirats, 2012).

La formalización de la política de atención a las personas en situación de dependencia, ámbito sectorial que contiene el cuidado de las personas mayores, se plasma en España con la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD). Esta ley es promulgada en 2006 y pone en marcha el llamado Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). La aprobación de la LAPAD transforma el panorama existente desde distintos puntos de vista (véase Moreno Fuentes, 2015). El acceso al SAAD se configura como un derecho subjetivo y en este sentido es bien recibido por expertos y *practitioners*, generando también grandes expectativas entre los ciudadanos.

De este modo, el Estado central decide intervenir en un ámbito de política pública en el que se encuentra en clara situación de debilidad competencial³ en virtud del artículo 149.1. de la CE, que le permite “regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad de los españoles”. Desde un punto de vista de la decisión, el Estado central es competente en el establecimiento de las condiciones básicas en todo el territorio nacional. La norma crea el Consejo Territorial del SAAD como órgano de cooperación multilateral en el que participan el Estado central, las CC. AA. y, en su caso, los Gobiernos locales. Este órgano es competente para adoptar decisiones sobre los

² Forman parte del Bloque de Constitucionalidad y todos tienen el mismo rango. Serían el equivalente de las constituciones regionales en otras federaciones o sistemas multinivel.

³ En virtud de lo dispuesto en el artículo 148.1, 20º de la Constitución española, las CC. AA. y las Entidades locales poseen competencias exclusivas en materia de servicios sociales.

criterios de reparto de los fondos y diferentes aspectos relacionados con la implementación de la norma (Sáenz Royo, 2010, p. 20).

Las CC. AA. son responsables de la implementación y la gestión del sistema. El acceso al SAAD se produce por la solicitud del potencial beneficiario o su familia, mientras que los servicios sociales de las CC. AA. son los encargados de evaluar el grado de dependencia de cada individuo conforme a un baremo. Cada grado de dependencia da derecho a una serie de servicios y prestaciones. Son las Administraciones autonómicas las que, junto con el propio beneficiario o su familia, deciden qué tipo prestaciones deberían tener a su disposición y la intensidad de las mismas. El papel de los municipios varía significativamente entre regiones, en función de las competencias propias o delegadas que les atribuyen las leyes sectoriales autonómicas. En general, intervienen en la prestación a través de recursos propios, por ejemplo, con servicios específicos como la ayuda a domicilio.

La financiación del SAAD se estructura en tres niveles (véase Sánchez Maldonado et al., 2010). El Estado central debe asumir íntegramente el coste del nivel mínimo de protección garantizado, el cual debe transferir a la C. A., encargada de su gestión. Por otro lado, el nivel de protección acordado se pactaría entre el Estado central y las CC. AA., debiendo aportar la Administración regional una cantidad al menos igual que la del Estado, incluido el nivel mínimo. Además, existe un nivel adicional que fija cada C. A. con cargo a sus presupuestos (Del Pino y Ramos 2017, p. 139). En conjunto, se trata de un sistema complejo, articulado a través de diversos tipos de planes financiados conjuntamente entre el Gobierno central y las CC. AA. mediante una combinación de recursos propios, transferencias condicionadas y copagos. Una cuestión que provoca fuertes desequilibrios territoriales en relación con la cantidad y calidad de los servicios (véase Marbán, 2020).

La LAPAD establece una serie de servicios y transferencias monetarias (prestaciones económicas) para las personas dependientes⁴. Los primeros incluyen: 1) servicios de prevención de situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal, 2) servicio de teleasistencia, 3) servicio de ayuda a domicilio, 4) servicio de centro de día y de noche, y 5) servicio de atención residencial. Por su parte, las prestaciones económicas son de tres tipos: 1) para el cuidado por parte de un familiar, 2) la contratación de un asistente o 3) la adquisición de un servicio. Según la ley, los servicios deben priorizarse a las prestaciones económicas. La idea subyacente consiste en que la mejor vía para garantizar el bienestar de las personas dependientes es a

⁴ La LAPAD define dependencia como: “el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.” (art. 2).

través de la creación de un sistema público de servicios sociales de calidad y de la profesionalización de los cuidados, que en España ha estado tradicionalmente vinculada a la familia; especialmente a las mujeres y, en tiempos más recientes, a empleadas del servicio doméstico de origen extranjero (Moreno Fuentes, 2015, p. 67).

Este objetivo de priorización de los servicios sobre las prestaciones no se ha cumplido totalmente hasta la fecha, pues las transferencias siguen teniendo un peso demasiado elevado. A 31 de agosto de 2020, de las 1.410.049 prestaciones y servicios a personas dependientes (de todas las edades)⁵, los servicios solo alcanzaban el 57,1%, por un 42,9% de las prestaciones económicas (IMSERSO 2020a). Es cierto que, en los últimos años, los servicios han ido ganando terreno sobre las transferencias monetarias (han aumentado tres puntos porcentuales en los últimos cinco años [véase: IMSERSO, 2015]); pero este incremento se ha producido, sobre todo, gracias al avance de los servicios más baratos del catálogo, particularmente de la teleasistencia (que pasó de representar el 12,4% en 2015 al 17,7% en 2020).

La relativamente deficiente implementación de un SAAD basado en los servicios públicos se debe, según la inmensa mayoría de los participantes en el estudio, al contraste entre la gran ambición de la LAPAD y la deficiente financiación del SAAD, que dificultó su implementación. Una persona entrevistada lo resume del siguiente modo: “Yo la impresión que tengo es que es un sistema [el SAAD] que se creó en sus inicios con mucha ambición y muy poca financiación; y, entonces, ha estado sufriendo de esa contradicción tan enorme hasta que nos ha estallado un poco en las manos” (EN: 4) (el listado completo de entrevistas puede consultarse en el anexo).

Debido a esta deficiente implementación del SAAD, muchas personas dependientes y sus familias intentan acceder a cuidados de larga duración a través del mercado, tanto para recibir cuidados cuando no son beneficiarios de ayuda a la dependencia como para complementar los servicios anteriores. Como señala una experta entrevistada:

“La combinación de estrategias por parte de las familias [...] (consiste en) recurrir a lo público, en la medida que lo público te ofrece algo; complementarlo con asistencia social, con servicios de atención a personas dependientes en el mercado privado, digamos, regularizado; y luego complementar con un colchón estupendo que tenemos en España, que es las empleadas del servicio doméstico, que las llamamos del servicio doméstico y, en muchas ocasiones, están atendiendo a personas en situación de dependencia” (EN: 4).

⁵ Téngase en cuenta que la suma de prestaciones más servicios es superior al número de personas beneficiarias. A 31 de agosto de 2020, el total de personas beneficiarias ascendía a 1.111.792. Por tanto, la ratio de prestación/servicio por persona beneficiaria era de 1,27. Estos datos se refieren a personas dependientes, no solo mayores dependientes.

2.2. La ayuda a domicilio y las residencias para mayores

En el contexto de esta investigación, dos servicios sociales dirigidos a las personas mayores son objeto de nuestro interés: la ayuda a domicilio y las residencias para personas mayores. La ayuda a domicilio puede definirse como: “el conjunto de actuaciones realizadas fundamentalmente en el hogar al objeto de ayudar a las personas y familias que presentan carencias de autonomía personal o dificultades para la integración social, proporcionando atención personal y doméstica al objeto de que puedan permanecer en el domicilio y de que puedan relacionarse en el entorno comunitario” (Franco Rebollar y Ruiz, 2018, p. 46). El servicio de ayuda a domicilio es prestado por un auxiliar que provee a la persona dependiente de ayuda con la realización de tareas del ámbito doméstico y de atención personal (como las relativas a la higiene o el control de la medicación; entre otras) (Del Pino y Catalá Pérez, 2016, p. 180).

La ayuda a domicilio para el colectivo de las personas mayores dependientes es gestionada por la entidad local correspondiente (Franco Rebollar y Ruiz, 2018, p. 49). Según los datos del IMSERSO (2019), 451.507 personas mayores reciben servicios de ayuda a domicilio, lo que representa un índice de cobertura del 5%⁶, habiendo grandes diferencias entre CC. AA., que oscilan entre el 1,3% de Extremadura al 9,2% de la Comunidad de Madrid. En el plano demográfico, el 68,9% de las personas beneficiarias tienen 80 y más años, mientras que el 72,3% son mujeres.

Por su parte, en España más de trescientos mil ciudadanos viven en residencias para personas mayores⁷. Estimaciones basadas en datos de 2019 cuantifican la población en residencias de mayores entre los 322.180 (Abellán García et al., 2020a) y los 333.920 usuarios (Abellán García et al., 2020b). Aunque no existe un registro del número de residencias para personas mayores, el portal “Envejecimiento en Red” del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) ofrece una estadística no oficial sobre esta cuestión⁸. En España había en 2019 alrededor de 5.417 residencias de personas mayores, que sumarían un total de 372.985 plazas. Eso significa que hay 4,1 plazas por cada 100 personas de 65 y más años. Del total de residencias, 1.573 son de titularidad

⁶ El índice de cobertura es el porcentaje de personas usuarias del total de población de 65 y más años.

⁷ Téngase en cuenta que solo una parte de las personas que viven en residencias para mayores están en situación de dependencia.

⁸ Las estadísticas sobre residencias del CSIC definen como residencia: “alojamientos colectivos para personas mayores bajo diferentes modelos: residencias, incluidas las mini residencias; viviendas o pisos tutelados; centro psicogeriátricos (o secciones dentro de esos centros); centros sociosanitarios (sección de mayores, si está diferenciada); conjuntos residenciales (apartamentos, etc., con servicios comunes, de titularidad pública); otros centros colectivos” (Abellán García et al., 2019, p. 6).

pública (29%) y 3.844 de titularidad privada (71%). El 72,8% (271.696) de las plazas totales están en residencias privadas, frente al 27,2% (101.289) en públicas⁹.

Los centros residenciales difieren notablemente en número de plazas. El 51,4% de las plazas están en residencias con 100 o más camas; el 29,1% en residencias de entre 50 y 99; el 14,4% en centros de entre 25 y 49; y el 5% restante en residencias de menos de 25. Las diferencias entre CC. AA. e incluso entre provincias son significativas en todos estos aspectos (véase Abellán García et al., 2019).

Aquí es necesario distinguir entre la titularidad de la residencia y la gestión del servicio. Las residencias de titularidad pública pueden tener gestión pública o privada. Por su parte, las residencias de titularidad privada pueden tener o no plazas concertadas, que son las plazas en residencias privadas financiadas con fondos públicos. En 2018, solo el 9% de las plazas que estaban en residencias de titularidad pública eran gestionadas públicamente. El 16% estaban en residencias públicas gestionadas por entidades privadas. El 26% eran plazas concertadas en residencias de titularidad privada y el 49% eran plazas privadas puras (PWC, 2020, p. 25).

Como puede constatarse, el sector privado, a través de distintos operadores, tiene el protagonismo en la provisión de servicios de atención residencial para personas mayores. Las grandes empresas tienen una importancia notable en España. En 2019, las cinco primeras empresas del sector tuvieron el 24,8% de la cuota de mercado (DBK INFORMA Observatorio Sectorial, 2020). En general, esta tendencia va en línea con lo sucedido en otros países de nuestro entorno, que en las últimas décadas han recurrido al sector privado, fundamentalmente a través de subcontratación de servicios de atención financiados con fondos públicos (véase, por ejemplo, Comisión Europea, 1999; Martinelli, 2012; Kröger y Bagnato, 2017; Armstrong y Armstrong, 2020).

⁹ No obstante, las diferencias entre CC. AA. e incluso entre provincias también son significativas (véase Abellán García et al., 2019).

3. El impacto del coronavirus en las personas mayores en España

El Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES) es el organismo encargado de informar sobre los datos relativos a la incidencia de la COVID-19 en España. En su actualización de 1 de septiembre de 2020 reportó un total de 470.973 casos confirmados (CCAES, 2020). Esto situaba al país a la cabeza de Europa en ese momento, por encima de Reino Unido (335.873), Francia (281.025) e Italia (269.214).

Hasta esa fecha, se habían registrado 29.152 fallecimientos con coronavirus en España¹⁰, lo que suponía que la letalidad del virus alcanzaba entonces el 6,2% de las personas contagiadas. No obstante, ha de tenerse en cuenta que, según diversos estudios e indicadores, este total infraestima de manera notable el número de fallecimientos relacionados por el coronavirus en el país, al estar basado en casos confirmados mediante prueba PCR o test de anticuerpos.

Como sabemos, los efectos de la COVID-19 son más graves en los grupos de mayor edad. Según el informe de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) a 3 de septiembre de 2020, el porcentaje de infectados por coronavirus que requieren hospitalización y que fallecen aumenta con la edad, alcanzando estos indicadores el 22,8% y el 5,7%, respectivamente en las personas mayores de 79 años, por los 4,8% y 0,4% en población de todas las edades en el periodo de análisis (RENAVE, 2020). El Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), ha analizado el exceso de mortalidad entre personas vinculadas al SAAD entre marzo y julio. Su cálculo estima un exceso de mortalidad durante este periodo de 29.687 entre el colectivo de personas con prestaciones o servicios del SAAD, lo que supondría un 2,65% del total de individuos atendidos (IMSERSO, 2020b: 4), de los cuales la mayoría eran personas mayores.

A este respecto, una cantidad elevada de las personas fallecidas con COVID-19 en España durante la primera ola eran usuarias de residencias para personas mayores¹¹. En

¹⁰ El CCAES advierte de que la definición de fallecido por COVID-19 difiere entre países, por lo que los datos de fallecimientos y letalidad no son directamente comparables. Por esa razón, en esta sección no se compara a España con los países del entorno en estos dos indicadores.

¹¹ Aunque existen datos oficiales, conviene tener presente que no resulta sencillo aportar una cifra totalmente fiable de fallecimientos relacionados con la COVID-19 en residencias de mayores ni de la proporción específica que estas han supuesto en el total de decesos relacionados con el virus en España. En primer lugar, la escasez de test, especialmente durante las primeras semanas de la pandemia, dificulta notablemente estimar el total de fallecimientos a causa de la enfermedad en el país. Por su parte, y específicamente en el ámbito de los centros de atención residencial, los datos aparecidos durante la primera ola presentaban algunas deficiencias y problemas de comparabilidad. Según Zalakaín et al. (2020, pp. 2-3), al menos en los primeros momentos, algunas comunidades autónomas habrían desagregado la

el marco del estado de alarma, una Orden del Ministerio de Sanidad¹² instaba a las comunidades autónomas a remitir antes del 8 de abril —y, a partir de entonces, todos los martes y viernes, antes de las 21 horas— una serie de indicadores sobre la evolución de la pandemia en los centros de servicios sociales de carácter residencial (personas mayores, personas con patologías mentales, personas con discapacidad, etc.). Estos indicadores incluyen la cantidad total de personas fallecidas en centros residenciales, las fallecidas con COVID-19 y las fallecidas con sintomatología compatible. Un informe del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 (2020a) cifra en 20.268 el número de personas fallecidas en centros residenciales de servicios sociales (de todo tipo), hasta el 23 de junio de 2020. El informe estima que las muertes en estos centros representan entre el 47 y el 50% del total de muertes relacionadas con la COVID-19 en España hasta esa fecha. Este porcentaje situaría a España en un nivel intermedio respecto a otros países de los que se dispone de datos. Además, el estudio estima que el total de personas mayores fallecidas por coronavirus o sintomatología compatible en las residencias durante la primera oleada equivale a cerca del 6% de la población residencial española antes de la declaración de la pandemia (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2020a, pp.11-14).

Junto con la afectación de la COVID-19 entre los usuarios de las residencias de personas mayores, es necesario tener en cuenta qué ha pasado con el personal que presta sus servicios en los mismos. En España no ha habido una recolección sistemática de datos de infecciones y muertes entre el personal de los servicios de cuidados de larga duración (Zalakaín et al., 2020, p. 2). Algunos estudios serológicos aportan información sobre el alto impacto de la COVID-19 en las residencias. Un estudio realizado en sesenta y nueve residencias del entorno de Barcelona, en la comunidad autónoma de Cataluña, encontró que un 15,2% de los test realizados a trabajadores fueron positivos, siendo un 55,8% de los trabajadores infectados asintomáticos. El porcentaje de residentes positivos fue del 23,9% (69,7% asintomáticos) (Borrás-Bermejo et al., 2020). Por su parte, la Comunidad de Madrid, una de las más afectadas por la COVID-19 en la primera ola, ha llevado a cabo un estudio serológico entre personas residentes y trabajadores en centros residenciales (de personas mayores y personas discapacitadas) de la región. Los resultados preliminares del estudio, que se realizó entre los meses de julio y septiembre, mostraban que el 37% de las 27.437 personas trabajadoras sometidas a

información sobre fallecimientos en casos confirmados y casos con sintomatología compatible, mientras que otras habrían dado un único dato sin especificar si se trataba de casos confirmados o confirmados más sospechosos. Además, algunas regiones habrían informado sobre el total de decesos en centros residenciales sin desagregar la información por tipo de centro (personas mayores, personas con patología mental, personas discapacitadas).

¹² Orden SND/322/2020, de 3 de abril, por la que se modifican la Orden SND/275/2020, de 23 de marzo y la Orden SND/295/2020, de 26 de marzo, y se establecen nuevas medidas para atender necesidades urgentes de carácter social o sanitario en el ámbito de la situación de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 (BOE, 4 de abril de 2020). Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/o/2020/04/03/snd322>

test presentaban anticuerpos de larga duración (IgG). Entre los residentes, este porcentaje alcanzaba el 53% (Valdés, 2020).

Ahora bien, infecciones y fallecimientos no son los únicos problemas asociados a la COVID-19 en las residencias. La crisis ha impactado en otros aspectos relacionados con la calidad de vida y la salud (física y estado psicológico) de los mayores institucionalizados (Grupo de Trabajo Multidisciplinar [GTM], 2020, p. 1). Específicamente, las restricciones del contacto social y el aislamiento de personas mayores institucionalizadas pueden relacionarse con la aparición de trastornos afectivos, el agravamiento de algunas patologías previas, el surgimiento de otras nuevas (como, por ejemplo, la sarcopenia, asociada al sedentarismo), así como con efectos negativos en términos afectivos y motivacionales (Sociedad Española de Geriatria y Gerontología [SEGG] 2020, p. 1).

4. Los trabajadores del cuidado de personas mayores durante la primera ola de la COVID-19: gestión institucional y principales dinámicas laborales

Los sistemas de cuidados de larga duración (incluido el de personas mayores) tienen una gran capacidad de creación de empleo y una alta necesidad de fuerza laboral (Rodríguez y Jiménez, 2010; IMSERSO, 2011; CCOO, 2017, 2018). Sin embargo, en España, las dificultades que sufre el sector en materia de recursos profesionales son conocidas desde hace tiempo (Jiménez-Martín y Viola, 2017; AEDGSS, 2020). La incompleta implementación de la LAPAD poco antes del inicio de la Gran Recesión, sus deficiencias de diseño institucional, la etapa de recortes y financiación insuficiente que ha sufrido tanto la atención a la dependencia como el sector de los servicios sociales entre 2011 y 2015, así como la presión sociodemográfica a la que se enfrenta el país, con una población cada vez más envejecida, no han hecho más que agravar problemas de carácter estructural previos (Deusdad et al., 2016; Aguilar-Hendrickson, 2020). Así, cuestiones como la insuficiente cantidad de personal, las deficientes condiciones laborales, o la limitada formación y cualificación de algunos profesionales se han hecho más evidentes en el contexto actual.

4.1. Respuestas gubernamentales multinivel

Ante la situación de excepcionalidad vivida en los diferentes servicios que engloban el cuidado de las personas mayores durante la primera ola de la pandemia en España, los Gobiernos de todos los niveles político-administrativos han tratado de intervenir en la gestión y organización de los trabajadores del sector. En este sentido, las principales medidas en materia de personal se han debatido y elaborado entre el Gobierno central y las CC. AA. en el seno del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del SAAD. Si bien este foro político intergubernamental ha registrado unos niveles de actividad relativamente bajos (si atendemos al número de reuniones), la dinámica de acuerdo ha sido dominante (Ministerio de Política Territorial y Función Pública, 2020). El principal ejemplo lo constituye el Acuerdo de 20 de marzo de 2020¹³, que establece un “régimen

¹³ Resolución de 23 de marzo de 2020, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, que modifica parcialmente el Acuerdo de 27 de noviembre de 2008, sobre

provisional y excepcional” que flexibiliza, por razones de urgencia y de forma temporal, la gestión y el reclutamiento de los trabajadores del sector por un periodo inicial de tres meses (prorrogable en función de las necesidades organizativas y asistenciales). Además, este marco regulatorio, que permite contratar a personas sin titulaciones específicas, ha obligado al personal con dispensa absoluta de asistencia al puesto de trabajo por su actividad sindical a reincorporarse de forma temporal¹⁴.

El Gobierno central también ha impulsado diferentes iniciativas. El Ministerio de Sanidad, como autoridad competente delegada desde la declaración del estado de alarma el 14 de marzo de 2020, ha dictado varias normas y regulaciones relacionadas con los servicios dirigidos a las personas mayores. En concreto, la Orden ministerial SND/295/2020 de 26 de marzo, se centró específicamente en los trabajadores del sector. Esta medida, de obligada aplicación a todos los centros con independencia de su titularidad (pública o privada), permite al Gobierno central y a las CC. AA. imponer funciones a los trabajadores distintas a las correspondientes al puesto de trabajo, categoría o especialidad. También permite la (re)ubicación de efectivos y modificaciones en materia de jornada laboral y descanso (incluidos periodos vacacionales). Por otro lado, el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, a través del IMSERSO, también ha llevado a cabo diferentes actuaciones, fundamentalmente de carácter técnico. Destaca la “Lista de verificación de los planes de contingencia de los centros sociales residenciales”, con un énfasis especial en el ámbito de los recursos humanos: estimación del personal disponible, distribución de tareas, formación en el manejo del material de protección, seguimiento y gestión de las bajas y asistencia psicológica, entre otras cuestiones.

Al igual que en otros sistemas multinivel (véase, por ejemplo, para el caso de Canadá, Béland y Marier, 2020), los Gobiernos regionales han sido los encargados de implementar todas estas iniciativas. Los documentos oficiales llevados a cabo por el IMSERSO de forma centralizada nos indican que en las CC. AA. se han adoptado medidas relacionadas con la gestión y organización del personal en los distintos servicios de cuidado de personas mayores; si bien con diferente alcance e intensidad (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2020b).

criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

¹⁴ Los responsables sindicales entrevistados en el marco de esta investigación destacan, aun sin estar en posesión de una cifra exacta, que un gran número de sindicalistas médicos, enfermeras, así como otros perfiles profesionales se han incorporado a distintos servicios dirigidos a las personas mayores en Valencia, Castilla y León, Andalucía, Madrid o Cataluña, entre otras, siempre garantizando la continuidad y supervivencia de la actividad organizativa de los sindicatos.

4.2. Disponibilidad y número de trabajadores

En general, el sector de los cuidados de larga duración (a todo tipo de personas dependientes, no solo mayores) presenta problemas estructurales relacionados con los recursos profesionales que los sistemas requieren para atender a una población cada vez más envejecida (Fujisawa y Colombo, 2009; OIT, 2019; Eurostat, 2020; OECD, 2020; OMS, 2020). Se estima que la fuerza laboral del sector del cuidado de personas mayores necesitaría aumentar en más del 200% antes de 2050 para proporcionar la atención adecuada al creciente número de residentes en los centros, presentando un déficit a nivel mundial de 13,6 millones de trabajadores (Scheil-Adlung, 2015).

Uno de los principales problemas para conocer adecuadamente las necesidades del sector en España es que no existe un registro oficial de personas empleadas en el ámbito de los cuidados de personas mayores. Ello se debe a la dispersión territorial de fuentes de información y a la falta de actuación de las instituciones centrales competentes¹⁵, entre otros factores. Un entrevistado vinculado al IMSERSO apuntaba que “estamos a años luz de todas las estadísticas que exige la ley [de dependencia]; falta una actitud proactiva y colaborativa por parte de las diferentes administraciones” (EN: 2). En la misma línea, una experta en la materia señalaba que “resulta muy complicado saber cuánta gente trabaja en el sector [...]. No hay un registro de personal ocupado, como sí hay en Sanidad” (EN: 4).

En el caso de las residencias para mayores, otro problema detectado es que el dispar despliegue legislativo de los Gobiernos regionales y locales, a partir de sus competencias exclusivas en materia de servicios sociales, ha dado lugar a soluciones divergentes en relación con las ratios de plantilla exigidas (Ordoki, 2019). En general, las normativas autonómicas son muy antiguas, llegando a ser incluso anteriores a la LAPAD, lo que imposibilita atender las necesidades del sector en la actualidad. Además, en el momento de redacción de este informe, no siempre se habrían cumplido las ratios asistenciales fijadas por el Gobierno central y las CC. AA. en 2009¹⁶. Un aspecto que, según varios de los informantes entrevistados, tanto del ámbito sindical como del de las propias organizaciones empresariales, se debe a factores como la deficiente financiación del sector, la escasez de trabajadores dispuestos a emplearse en éste dadas las condiciones laborales actuales y la flexibilidad de los sistemas de inspección y sanción autonómicos (EN: 2, 5 y 6).

¹⁵ El Sistema de Información del SAAD (SISAAD), puesto en marcha en 2014, que debería centralizar la recogida y explotación de esta información relacionada con los recursos humanos, no ha generado estadísticas al respecto hasta el momento.

¹⁶ Resolución de 4 de noviembre de 2009, de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación en materia de formación e información de cuidadores no profesionales.

Como resultado de todo lo anterior, en el contexto de la primera ola de la COVID-19, el principal problema en materia de personal ha sido precisamente la falta de trabajadores. Este problema ha sido especialmente grave en las residencias de personas mayores, como consecuencia del alto impacto que la pandemia ha tenido en el personal. Las principales causas del escaso número de efectivos disponibles durante la primera ola han sido: 1) la alta tasa de contagio (mencionada en el segundo punto de este informe), 2) el obligado cumplimiento de las medidas de aislamiento al haber estado en contacto con personas contagiadas (las denominadas “cuarentenas”), 3) el tener alguna patología previa o factor de riesgo, 4) problemas de carácter psicológico ante la dificultad y complejidad de esta situación, o 5) cuestiones relacionadas con el entorno social y familiar (Del Pino et al., 2020, p. 67).

Esta falta de personal no ha sido proporcional en todas las categorías profesionales. Al igual que ocurría en el periodo anterior a la crisis, la escasez de personal ha sido más pronunciada en los perfiles de carácter técnico ligados al ámbito sanitario, como médicos, enfermeras o fisioterapeutas.

“Desertaban equipos enteros como el de enfermería. En muchas residencias no había ni enfermeras. En España no hay ninguna residencia que tenga médico 24 horas de presencia. Ninguna. Además, las de menos de 50 plazas, como no se les exige enfermera a nivel normativo, pues no la tienen. Entonces se quedaban auxiliares de clínica (gerocultores) con muy escasa formación sanitaria” (EN: 1).

En este sentido, parece existir un factor estructural relacionado con las propias preferencias y (auto)percepciones de estos trabajadores. Según los entrevistados, los profesionales del ámbito sanitario (personal de medicina, enfermería o psicología, entre otros) prefieren trabajar en hospitales y centros de salud, donde la carga de trabajo puede ser menor, el prestigio social y la remuneración son mayores y la actividad profesional a desarrollar se percibe como más atractiva. Así, el trabajo en el sector de cuidados a dependientes es vivido por muchos profesionales como una “zona de paso” o “alternativa” a su meca profesional en el sistema sanitario (EN: 1, 2, 3, 5, 6, 10 y 11). Este hecho también ha agravado la falta de efectivos en estas categorías ligadas al ámbito de la salud durante la primera ola de la pandemia.

La escasez de personal y las dificultades de retención del mismo ha dependido de la localización geográfica y las características funcionales básicas de los servicios de atención residencial. Así, los centros situados en zonas urbanas (como capitales de provincia o grandes ciudades) con infraestructuras más amplias y diversidad de

funciones/actividades asociadas a los mismos (como centros de día¹⁷), han tenido más posibilidades de contratación y una mayor facilidad a la hora (re)ubicar el personal. Por el contrario, en centros situados en zonas rurales, más pequeños y con menos servicios de proximidad, la capacidad de movilizar y/o (re)organizar recursos humanos ha sido mucho menor¹⁸. Así lo han expresado varios entrevistados: “en un pueblo de mil habitantes, ¿cómo consigues a esos profesionales [perfiles más técnicos]?” (EN: 6); “no se encontraba a nadie para trabajar y menos aquí [...]. En algunos ayuntamientos los propios alcaldes han acudido a lavar la ropa de la residencia” (EN: 1).

En el contexto de la primera ola de la COVID-19 en España, los mecanismos empleados tanto por las Administraciones públicas como por el sector privado para hacer frente a la falta de personal han sido varios:

- Algunas autoridades regionales han (re)asignado empleados públicos de otros departamentos regionales (Consejerías) a Servicios Sociales, como ha sucedido en Andalucía o Asturias. En el caso de esta C. A., desde el Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) se proporcionó a los centros residenciales (tanto públicos como privados) personal de enfermería y trabajadores relacionados con actividades de la vida diaria, como profesionales de la limpieza y lavandería.
- Para la búsqueda y reclutamiento de los profesionales, en muchas CC. AA. se han desarrollado instrumentos de intermediación laboral *ex professo*, como en Cantabria (Gobierno de Cantabria, 2020). En esta región el departamento de Servicios Sociales ha creado una plataforma para identificar a extrabajadores sanitarios o profesionales del cuidado y reincorporarlos a los servicios de atención residencial.
- En otras CC. AA., las consejerías de Servicios Sociales han centralizado la gestión de las bolsas de trabajo para facilitar la contratación de personal a los directores de los centros o realizado los contactos directamente con entidades y asociaciones que disponen de bolsa propia de demandantes de empleo (entidades del tercer sector, centros universitarios, centros de formación, colegios profesionales, etc.), como ha sucedido Castilla y León (Junta Castilla y León, 2020) y Castilla-La Mancha (El Digital de CLM, 2020). El Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS) abrió de forma extraordinaria dos bolsas de empleo temporal para contratar a profesionales para sus centros residenciales de mayores durante el verano de 2020 (Gobierno de Aragón, 2020).
- Algunos Gobiernos regionales han implementado planes de contratación de personal adicional (ampliando plantillas y creando nuevas plazas) o desarrollado

¹⁷ Una vez declarado el estado de alarma, la mayoría de los Gobiernos regionales y locales cerraron los centros de día de personas mayores (tanto públicos como privados).

¹⁸ Estos desafíos en el reclutamiento y la retención de trabajadores en los centros situados en áreas rurales son una problemática antigua, también presente en otros contextos internacionales (véase, por ejemplo, Henning-Smith 2020).

normativas que impiden los despidos en este sector, como en Aragón (El Justicia de Aragón, 2020), Castilla-La Mancha (INJUVE, 2020) o las Islas Baleares.

- También los gerentes y directores de servicios de atención residencial privados han recurrido a sus propias bolsas de empleo, a bolsas de otras empresas “amigas” o las han desarrollado en plena crisis de forma autónoma. Incluso han acudido a canales informales, fuera de las estructuras de contratación más institucionalizadas, como páginas de compraventa de bienes y servicios por internet o congregaciones religiosas (como parroquias) para captar trabajadores (EN: 6).

Aun así, todos estos esfuerzos institucionales y organizativos, tanto públicos como privados, no han sido suficientes ante la situación crítica vivida en los servicios de atención residencial. Varios directores de residencias y responsables de las patronales del sector entrevistados han señalado que cuando acudían a estas bolsas de empleo “estaban agotadas”, “cuando tú querías reclutar a personal de tu bolsa de trabajo no encontrabas a nadie” (EN: 1 y 6). Este desbordamiento desde un punto de vista de los recursos humanos ha llevado a adoptar medidas extremas, como recurrir a la Unidad Militar de Emergencias (UME) (Ministerio de Defensa, 2020) o a otros servicios de emergencia, como el SUMMA 112 (Comunidad de Madrid, 2020) en la Comunidad de Madrid, para realizar funciones o tareas básicas en estos centros.

4.3. Formación y cualificación de los profesionales

A nivel internacional existe un déficit de formación y capacitación en gran parte de las personas que trabajan en el sector de los cuidados, incluido el de los mayores (Spasova et al., 2018). El personal de cuidados en muchas ocasiones ha de llevar a cabo tareas complejas que van más allá de las actividades de la vida diaria, como pueden ser las relativas al control y seguimiento del estado de salud de las personas mayores (OCDE, 2020, p. 24). Por eso, y dada la vulnerabilidad de una gran parte de los mayores, sería deseable que se garantizase la formación adecuada de los cuidadores. Algunos países, como Canadá, Dinamarca, Alemania, Austria o Bélgica, han desarrollado una estructura de carrera formativa especializada e institucionalizada para el personal de cuidados y se exige una licencia o un certificado de competencias básicas para poder trabajar en los servicios de asistencia social para personas mayores (OCDE, 2020, pp. 66-91). Sin embargo, en la mayoría de países, los requisitos de formación inicial son laxos.

Este es el caso de España, que se caracteriza por una baja cualificación formal y una insuficiente oferta dirigida a la formación y la acreditación profesional¹⁹ de este tipo de

¹⁹ En España, la LAPAD obliga a la profesionalización de los trabajadores (fundamentalmente cuidadores y gerocultores) de los centros residenciales para personas mayores, a través de una acreditación que certifique su preparación. Dentro de la normativa que cada C. A. tenga establecida en materia de

perfiles (gerocultores, cuidadores o auxiliares de los servicios de ayuda a domicilio, entre otros), los cuales constituyen la inmensa mayoría de la fuerza laboral de los servicios de atención residencial y de ayuda a domicilio (CCOO, 2018; Marbán, 2019). En este sentido, la principal respuesta política fue el Acuerdo sobre criterios comunes de acreditación en materia de formación e información de cuidadores no profesionales de 2009²⁰ entre el Gobierno central y las CC. AA., que iba a permitir ordenar definitivamente este sector de actividad y acreditar la cualificación de la totalidad de las plantillas. Este acuerdo sigue sin culminarse, habiendo tenido que ser prorrogado en repetidas ocasiones (la última el 1 de enero de 2018).

“Pese a ser aprobado, no ha habido el mismo nivel de desarrollo y compromiso en todas las CC. AA. No ha habido un esfuerzo inversor por parte de [las consejerías de] Empleo, Educación y Servicios Sociales. [...] El Gobierno de España tampoco ha hecho lo suficiente para forzar a las CC. AA. Tampoco ha propuesto los medios desde los ministerios centrales” (EN: 8).

“Las CC. AA. y las empresas tenían que hacer un esfuerzo por facilitar el acceso a la formación reglada o a los certificados de profesionalidad [...]; también la acreditación de la experiencia, pero nada. Esto ha ido muy lento por parte de las consejerías laborales de las CC. AA. Esto iba a salvar a miles de trabajadoras sin acreditación de estar en la calle” (EN: 2).

Aunque no hay datos oficiales, los entrevistados señalan que en los últimos años se había avanzado mucho en la acreditación del personal de cuidado en las residencias para personas mayores, aunque no tanto así en los servicios de ayuda a domicilio. Sin embargo, a raíz de la crisis de la COVID-19 y ante la escasez de personal, el régimen desarrollado por el Gobierno central y las CC. AA. (mencionado anteriormente y prorrogado a través de un nuevo Acuerdo en el Consejo Territorial de Servicios Sociales y SAAD el 2 de octubre²¹ por un nuevo plazo de tres meses) ha permitido la contratación de trabajadores sin certificado de formación ni experiencia, dificultando la consecución de los objetivos de mejora en este ámbito. Esto ha permitido que muchos

contratación, si el potencial trabajador no cumple con los requisitos formativos en estos puestos intermedios (como gerocultores) la acreditación profesional se lleva a cabo a partir de: 1) las horas de trabajo en el sector (2000 horas de media) y 2) la formación específica por módulos (300h de media).

²⁰ Resolución de 4 de noviembre de 2009, de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación en materia de formación e información de cuidadores no profesionales.

²¹ Resolución de 27 de octubre de 2020, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, que modifica parcialmente el Acuerdo de 27 de noviembre de 2008, sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

responsables directos de los servicios de atención residencial para personas mayores pudieran contratar personal, pero a costa de incorporar personal sin la formación necesaria.

Además de estos problemas, se ha añadido la necesidad de formar al personal no sanitario en materia de enfermedades infectocontagiosas y su gestión (uso de EPI, protocolos para evitar la transmisión del virus, etc.). Sin unos planes o cursos de formación específicos, diferentes organizaciones internacionales como la OMS y la UE, a través del Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades, han elaborado numerosos informes con orientaciones y recomendaciones al respecto, que van más allá de los entornos de atención médica (véase ECDC, 2020).

A nivel nacional, las distintas Administraciones, a través de los ministerios de Salud y Servicios Sociales y los departamentos regionales sectoriales, han desarrollado documentación técnica (básicamente en forma de protocolos de actuación y planes de contingencia) dirigida a trabajadores sanitarios y no sanitarios. A pesar del (des)encaje entre los centros residenciales y el Sistema Nacional de Salud (SNS) (véase Del Pino et al., 2020, pp. 85-88), también algunos dispositivos del mismo han tratado de paliar la falta de formación sanitaria básica de una gran parte de los trabajadores durante las primeras semanas de la pandemia.

“Por ejemplo en Asturias, los profesionales de atención primaria les ayudaban y les explicaban las cosas que nadie antes les había dicho. Era una formación informal, no una cosa pautada [...]; les daban algunas directrices que a los trabajadores les venía muy bien en la gestión de la pandemia en los centros” (EN: 5).

Las propias residencias para personas mayores han sido actores importantes en la formación de los trabajadores. Los centros fueron implementando, en línea con el material provisto por las diferentes autoridades y el trabajo de grupos multidisciplinares constituidos *ex professo* dentro de los propios centros, medidas y actuaciones formativas de forma constante. Una formación centrada en la organización de los espacios (señalización y sectorización de zonas), el manejo de equipos de protección, la distribución de alimentos, las medidas específicas de higiene personal o las relacionadas con la gestión de los residuos.

“La formación durante la pandemia la hemos realizado nosotros mismos. Los médicos impartían a los enfermeros, fisioterapeutas, a gerocultores... [...]. Nos íbamos formando unos a otros. Cómo se pone una mascarilla, cómo se pone una bata, donde tienes que guardarla, si se puede reutilizar, el lavado de las manos... Íbamos formando a la gente en la medida que íbamos teniendo conocimiento. Todos hemos aprendido sobre la marcha” (EN: 6).

En el contexto de la pandemia, las tecnologías han tenido un papel clave en la formación; en concreto, en la transmisión, difusión y actualización continua del conocimiento generado por los diferentes actores institucionales y por los propios profesionales, ya sea a través de material audiovisual (infografías, videos informativos, presentaciones digitales, etc.), videollamadas o mensajería instantánea. La intensidad y regularidad de este trabajo formativo ha sido señalada por muchos gestores, directores y directores médicos de los servicios de atención residencial (Del Pino et al., 2020, p. 69).

En el caso de otros servicios dirigidos a las personas mayores, como la ayuda a domicilio, no ha habido grandes acciones o protocolos de actuación relacionadas con la formación de las trabajadoras por parte de las Administraciones competentes (Gobiernos regionales y locales). El Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 elaboró un documento técnico (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2020c) de recomendaciones generales para los gestores de estos servicios, pero no para el personal técnico y el personal encargado directamente de la atención domiciliaria (como los auxiliares de ayuda a domicilio).

4.4. Condiciones laborales

La deficiente calidad del empleo en los cuidados de larga duración ha sido identificada como un problema fundamental para la atracción y retención de profesionales en un sector en el que, como ya hemos mencionado, se espera una demanda creciente de trabajadores en los próximos años (OCDE, 2020, p. 10). En primer lugar, los niveles de retribución de los trabajadores del ámbito residencial en las distintas categorías profesionales, en su inmensa mayoría mujeres, son significativamente menores que en puestos equivalentes en el SNS (Martín Serrano, 2014). Esto es señalado por varios de los informantes entrevistados para la realización de este informe: “Si yo cobro 2.000€ en el SNS y tengo mejores condiciones laborales, no voy a ir a trabajar a una residencia por 1.000€ y pico” (EN: 5). Los sueldos especialmente bajos se dan en los puestos asociados a un menor nivel de educación formal (como los de gerocultor y auxiliar del sistema de ayuda a domicilio); y, en muchas ocasiones, están por debajo de los 1.000€ mensuales a jornada completa²².

En el sector de los cuidados también existe una alta incidencia de la temporalidad y el trabajo a tiempo parcial (Jiménez-Martín y Viola, 2017; CCOO, 2018). Según los datos de afiliados a la Seguridad Social en el 3^{er} trimestre de 2020, en la asistencia en

²² Los sueldos del personal de residencias privadas de personas mayores y del servicio de ayuda a domicilio vienen regulados en el VII Convenio colectivo (BOE, Núm. 229, 21 de septiembre de 2018).

establecimientos residenciales de servicios sociales²³, menos de la mitad de los contratos son indefinidos a tiempo completo (47,8%); un 22,6% es eventual a tiempo completo; un 15,6% indefinido a tiempo parcial; un 11,6% eventual a tiempo parcial; un 0,2% fijo discontinuo; y un 2,2 % de duración indeterminada (IMSERSO, 2020c, p. 17). El trabajo a tiempo parcial, que en muchas ocasiones es indeseado, lleva a trabajadores del sector a una situación de pluriempleo que, además, no garantiza alcanzar las horas equivalentes a la jornada completa. Temporalidad, trabajo a tiempo parcial y pluriempleo se asocian a una menor protección social (piénsese, por ejemplo, en términos de prestaciones por desempleo y de pensión de jubilación).

Además, en el sector del cuidado de larga duración, las labores de los profesionales son en muchas ocasiones duras, lo cual puede repercutir en su salud física y mental (Aragón et al., 2008). Algunas de las tareas o funciones básicas, como levantar, vestir y mover a las personas dependientes, suponen un gran esfuerzo físico que se relaciona con potenciales lesiones y patologías músculo-esqueléticas. En el ámbito de los cuidados en domicilio habría riesgos laborales y psicosociales adicionales. Por ejemplo, no resulta factible realizar una evaluación de las condiciones del hogar de las personas dependientes. Además, el hecho de que la persona cuidadora esté sola en un domicilio puede ocasionar situaciones indeseadas, como acoso por parte de familiares de la persona dependiente, según manifiestan participantes en el estudio. El estrés, la presión y las condiciones laborales tendrían también un potencial impacto en el bienestar mental de muchas personas trabajadoras: “es un trabajo muy estresante; que quema mucho” (EN: 8).

Esta realidad laboral, en sus distintas dimensiones, se ha visto agravada en el contexto de la pandemia. La gran carga de trabajo, derivada de la propia carencia de recursos humanos y las dificultades de reclutamiento (anteriormente descritas), ha obligado al personal a encarar jornadas laborales extenuantes, renunciar a libranzas y vacaciones, y vivir una sobrecarga de trabajo todavía mayor, según relatan distintos entrevistados: “turnos de 12 y 14 horas. Ha sido una exageración. Les daban a las trabajadoras una ficha para desayunar de las máquinas” (EN: 5).

El pluriempleo y la temporalidad han representado un potencial riesgo de transmisión de la COVID-19. Como describe una experta entrevistada:

“Cuando tienes un sistema basado en la rotación permanente de trabajadoras y en contratos de muy corta duración [...], con sistema de turnos, con trabajo de fines de semana... te enfrentas a una pandemia donde la premisa mayor para evitar la propagación es reducir el número de contactos y resulta que tienes a un personal flotante; a lo mejor juntan dos

²³ Estos datos incluyen no solo residencias para personas mayores sino también para otros colectivos como personas con discapacidad, entre otros.

o tres contratos diferentes en dos o tres residencias; o en un centro de día por la mañana y residencia por la tarde. Eso no logra las condiciones más adecuadas para afrontar este tipo de crisis, ¿no?” (EN: 4).

Por último, conviene destacar que la salud de los trabajadores, además de la de las personas residentes, fue puesta en riesgo debido a las escasas pruebas diagnósticas llevadas a cabo entre el personal y los usuarios de las residencias durante las primeras semanas de la crisis, así como por la carencia de EPI suficientes y adecuados (Amnistía Internacional, 2020). En algunos casos, la demanda de estos equipos de protección por parte de los trabajadores habría conllevado el cese de sus contratos de trabajo (Sindicato Asambleario de Sanidad, 2020). La escasez de EPI, aunque con un alcance dispar entre centros y territorios, también ha sido identificada como un problema capital en los cuidados de atención domiciliaria.

5. Perspectiva sindical

Como se ha descrito en las secciones anteriores, la pandemia ha puesto de relieve diferentes problemas estructurales presentes en los recursos profesionales de los sistemas de cuidado, muchos de los cuales habían sido identificados por los sindicatos años atrás y substanciados en varias quejas ante el Defensor del Pueblo²⁴ (véase, por ejemplo, CCOO, 2017; Defensor del Pueblo, 2019). Durante la primera ola, la respuesta sindical se centró fundamentalmente en prestar apoyo organizativo a los trabajadores del sector y en reivindicar y demandar mejoras laborales; unas cuestiones que los sindicatos trasladaron a distintas instituciones (nacionales y autonómicas) y, más tarde, a la mesa de negociación con las principales organizaciones empresariales del sector. En este apartado se recogen principalmente²⁵ las reivindicaciones de los dos principales sindicatos españoles: CCOO y UGT.

5.1. Aumentar el personal en las residencias y en la ayuda a domicilio

Una de las principales reclamaciones se ha centrado en la necesidad de aumentar los recursos humanos ante las carencias de personal que sufría el sector y que en el contexto de la pandemia se han visto agravadas. En concreto, se demanda el establecimiento de ratios de trabajadores por especialidad, no a nivel global. De esta forma se busca cubrir las necesidades de cada categoría profesional y adecuarlas a los niveles de dependencia y las patologías de las personas residentes en cada momento. Adicionalmente, se denuncia el incumplimiento sistemático de las ratios en muchas residencias, en especial a raíz del estallido de la crisis sanitaria. En este sentido, la propuesta sindical contempla el desarrollo de una regulación estatal de las ratios mínimas y el cumplimiento por parte de todas las Administraciones del Acuerdo de 2009 (mencionado en la sección anterior).

Relacionado directamente con esta demanda, los sindicatos también han exigido una intensificación de las inspecciones por parte de las Administraciones (principalmente autonómicas) a los diferentes centros residenciales (tanto públicos como privados), así como la realización de auditorías periódicas a los mismos (UGT, 2020a).

²⁴ Es una institución del Parlamento nacional encargada de defender los derechos fundamentales y las libertades públicas de los ciudadanos mediante la supervisión de la actividad de las administraciones públicas españolas.

²⁵ Otras organizaciones sindicales como la Confederación Intersindical Galega (CIG), la Confederación General del Trabajo (CGT) o la Central Sindical Independiente y de Funcionarios (CSIF), entre otras, también han llevado a cabo labores de organización y defensa de los derechos de estos trabajadores en el contexto de la pandemia.

“Hay que exigir. Si yo contrato un servicio, como Administración soy el último responsable de que ese servicio se preste, y no puede ser que vengan a hacer una inspección una vez al año y avisen a los centros. Eso no es una inspección. No puede ser que una empresa que es incumplidora le salga más barato pagar la multa. Tampoco me vale. La Administración se desentiende de todo esto” (EN: 5).

A ese respecto, otra demanda es que se excluya de las adjudicaciones públicas (concesión administrativa) a aquellas empresas repetidamente sancionadas por la inspección de trabajo.

5.2. Mejorar las condiciones laborales y aumentar los salarios

Los sindicatos mayoritarios también solicitan que se penalice a las empresas que no se adhieran al convenio estatal sectorial²⁶. Los sindicatos demandan una mejora de los salarios, la limitación de la contratación a tiempo parcial y la reducción de la temporalidad de las personas trabajadoras. También sostienen que la mala calidad del empleo impide a muchas trabajadoras llevar una vida digna y destacan que se están dando casos de personas que viven en situación de “pobreza laboral”. A este respecto, se destaca la extendida existencia de convenios de empresa que permiten a los empresarios aplicar el salario mínimo interprofesional, lo cual se plantea como una situación difícilmente reversible: “esto ya casi es de por vida, porque recuperarlos (los salarios) e introducirlos en los convenios estatales es muy complicado” (EN: 9).

Desde CCOO se ha insistido en la regulación de los contratos a tiempo parcial, exigiendo que no sean inferiores al 60% de la jornada a tiempo completo. Una jornada que, de acuerdo con las organizaciones sindicales, ha de ser de 37,5 horas semanales, con un máximo anual de 1696 horas. A nivel salarial, las peticiones de los sindicatos se sitúan en el establecimiento de un salario mínimo de 14.000€ anuales para las categorías profesionales más bajas. También han identificado y demandado mejoras en las condiciones laborales relacionadas directamente con la pandemia (EN: 10 y 11).

5.3. Garantizar la adecuada formación de los trabajadores

Una de las principales campañas sindicales que se ha impulsado en el contexto de la pandemia ha sido la relativa a la mejora de la formación de todas las categorías bajo el lema “Desarrollo profesional y personal continuo”. Esta campaña ha hecho especial hincapié en la necesidad de favorecer la acreditación de los trabajadores que desempeñan su labor en los centros residenciales.

²⁶ La reforma laboral llevada a cabo por el Gobierno central del conservador Partido Popular (PP) en 2012 eliminó la preeminencia y predominancia de los convenios estatales sectoriales.

En relación con esto, tanto desde UGT como desde CCOO se ha denunciado reiteradamente el desajuste existente entre las funciones reales que desempeñan los trabajadores y su categoría profesional. Los sindicatos denuncian que en algunas residencias una parte del personal auxiliar se está viendo obligado a asumir tareas propias del personal sanitario, lo que podría incluso derivar en consecuencias penales para los trabajadores.

El desajuste entre formación de estos trabajadores y la complejidad de las tareas propias del cuidado de personas vulnerables se ha agravado como consecuencia del régimen aprobado por el Gobierno central y las CC. AA. Los sindicatos mayoritarios se han mostrado en contra de este marco de contratación, al no haber justificación documental del agotamiento de las bolsas de trabajo en ese momento y el retroceso en términos de profesionalización que supone para el sector: “la salida no puede ser esta sino todo lo contrario” (EN: 9).

En el contexto de la COVID-19, los sindicatos también han demandado a las distintas Administraciones y al sector privado la realización de una formación específica a los trabajadores, especialmente a aquellos que están en un contacto más estrecho con las personas mayores en los servicios de ayuda a domicilio (UGT, 2020b).

5.4. Prevención en salud y riesgos laborales

La prevención de riesgos laborales es una de las principales preocupaciones de los sindicatos, tanto en el caso de las trabajadoras en residencias como en el de las del servicio de ayuda a domicilio, donde los riesgos son aún mayores debido a la imposibilidad actual de realizar una evaluación del domicilio de la persona dependiente.

Centrándonos en la crisis de la COVID-19, la información continua y la actualización de las evaluaciones de riesgo específicas de agentes biológicos se ha demostrado como un eje central del diferente alcance de la pandemia en los centros de cuidado de personas mayores. En este sentido, los sindicatos han promovido, sin éxito, una regulación común a nivel estatal de los protocolos establecidos para el desarrollo del trabajo en residencias, para de esta forma poner fin a los incumplimientos reiterados relacionados con la distribución de EPI (y aseguramiento de un stock suficiente) y las pruebas diagnósticas a todo el personal, independientemente de su puesto. Asimismo, los sindicatos han demandado una mejora de la formación del personal de cuidados en cuestiones como el uso de los EPI y las pautas de actuación para evitar los contagios.

En el contexto de la pandemia, una de las principales reclamaciones de los sindicatos mayoritarios, trasladada en repetidas ocasiones al Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, ha sido el reconocimiento como enfermedad profesional al personal que se haya contagiado por COVID-19, como está sucediendo en otros países de nuestro entorno (como Alemania o Italia) a partir de lo establecido en la Directiva

2020/739 de la Comisión Europea²⁷. El Real Decreto-Ley 19/2020²⁸, aprobado ya el 26 de mayo 2020 por el Gobierno central, da cumplimiento (aunque parcialmente) a esta reivindicación. Esta medida reconoce como “accidente de trabajo” a quienes, prestando servicios en centros sanitarios y sociosanitarios, hayan contraído la enfermedad. Si bien esta norma supone un avance en la cobertura a la que tenían derecho los trabajadores del sector, para los sindicatos era insuficiente ante las secuelas físicas y psicológicas futuras que la COVID-19 pueda tener sobre la salud del personal afectado. En ese sentido, la consideración como enfermedad profesional, reconocida en la primera parte de 2021 para el caso de los sanitarios, supone una mejora en las prestaciones que otorga el Instituto Nacional de la Seguridad Social, tanto en términos económicos como de asistencia sanitaria (CCOO, 2020a). No obstante, la demanda de los sindicatos es más ambiciosa:

“Nosotros queremos vincular esto [la consideración como enfermedad laboral] a los puestos de trabajo. Le hemos trasladado esta petición [al Ministerio] para que se contemplen a todas las categorías: cuidadoras, personal de limpieza, de mantenimiento...La consideración como accidente de trabajo es insuficiente por las tremendas secuelas que esta gente va a tener, además de un [futuro] difícil encaje laboral y social” (EN: 9).

5.5. Mejorar la financiación del SAAD

La mejora de todas estas cuestiones pasa por el aumento de la financiación, según todos los entrevistados en este informe. Como advierten los responsables sindicales, la mejora de la calidad de los servicios y del empleo en el sector de los cuidados requiere un aumento importante de la financiación del SAAD. Específicamente, desde CCOO se propone un acuerdo a 3 años para incrementar en 3.100 millones de euros el presupuesto, situando en un 40% la financiación estatal del SAAD (en la actualidad en el 16%) y en un 60% la financiación de las CC. AA.

Se reivindica un aumento del precio del concierto, el descongelamiento de los precios que paga la Administración por la prestación de servicios de cuidados, el establecimiento de un precio-coste-plaza y precio-coste-hora de servicio mínimo para todo el territorio nacional, y la garantía de que la mejora de la financiación repercutirá positivamente en los salarios y las condiciones laborales de las personas trabajadoras.

²⁷ Directiva (UE) 2020/739 de la Comisión de 3 de junio de 2020 por la que se modifica el anexo III de la Directiva 2000/54/CE del Parlamento Europeo y del Consejo en lo que respecta a la inclusión del SARS-CoV-2 en la lista de agentes biológicos que son patógenos humanos conocidos, así como la Directiva (UE) 2019/1833 de la Comisión. Disponible en: <https://www.boe.es/doue/2020/175/L00011-00014.pdf>

²⁸ Real Decreto-ley 19/2020, de 26 de mayo, por el que se adoptan medidas complementarias en materia agraria, científica, económica, de empleo y Seguridad Social y tributarias para paliar los efectos del COVID-19.

En el contexto de la pandemia, los sindicatos han realizado propuestas sobre el uso del fondo de reconstrucción de la UE. Una de ellas es que una parte de los recursos se destine al fortalecimiento del sistema sanitario y de cuidados y la mejora de la calidad del empleo en este y el resto de sectores, haciendo énfasis en la lucha contra la elevada temporalidad.

Finalmente, los sindicatos reclaman a los Gobiernos central y autonómico que favorezca la consecución del VIII Convenio Estatal del sector. En el momento de cerrar este análisis (comienzos de la primavera de 2021), todos los actores sociales (patronales y sindicatos) han vuelto a sentarse en la mesa de negociación. Sin embargo, desde ambas confederaciones sindicales se muestran pesimistas sobre el futuro de esta cuestión: “La comisión negociadora está bloqueada. Hemos pedido a la patronal realizar una acción conjunta y solicitar una mayor financiación [en los Presupuestos Generales del Estado] vinculada a mejorar las condiciones laborales y retributivas de las trabajadoras [...]. La respuesta fue que no” (EN: 9). Ante este impasse, los sindicatos han solicitado al Gobierno central que impulse la negociación con las patronales del sector.

5.6. COVID-19 y lucha sindical

Los sindicatos consideran que el cumplimiento de sus reivindicaciones ha sido muy limitado hasta el momento. Todas las cuestiones mencionadas han sido puestas en conocimiento, a través de reuniones bilaterales formales e informales, del Gobierno central (y los ministerios de Sanidad y Servicios Sociales), de varios grupos parlamentarios del Congreso de los Diputados, así como de las instituciones y departamentos sectoriales a nivel autonómico (EN: 5 y 9). Sin embargo, a pesar de su voluntad de cooperación, argumentan haber tenido dificultades, reclamando en multitud de ocasiones su inclusión activa en los principales foros políticos e institucionales multilaterales a nivel nacional, como la Comisión para la Reconstrucción Económica y Social²⁹.

Los sindicatos mayoritarios (UGT y CCOO) han denunciado que el Gobierno central y la mayoría de los grupos parlamentarios del Congreso de los Diputados no han tenido en suficiente consideración a los trabajadores de los sistemas de cuidado, a diferencia de lo que, según ellos, ha ocurrido con las patronales del sector (CCOO, 2020b). A finales del mes de agosto de 2020, plantearon al Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 (con competencias en materia de atención a la dependencia) la convocatoria del Pleno del Comité Consultivo del SAAD (en el que participa la patronal y los sindicatos), para continuar desarrollando los compromisos adquiridos en el comité técnico

²⁹ Puesta en marcha el 21 de mayo de 2020, el objeto de la Comisión para Reconstrucción Social y Económica es la recepción de propuestas, la celebración de debates y la elaboración de conclusiones sobre las medidas a adoptar para la reconstrucción social y económica del país, como consecuencia de la crisis del COVID-19.

“Residencias y COVID-19” en torno a las mejores prácticas en la gestión del personal. Una petición que habría sido desatendida por parte del Gobierno central.

“Con el Ministerio de Sanidad no hay ningún diálogo, no se convoca al ámbito [de atención a las personas en situación de dependencia], no hay nada. No tenemos respuesta a las cartas que enviamos. Con [el Ministerio de] Servicios Sociales hay una relación de información de los acuerdos a los que llega [el Gobierno central] con las CC. AA., pero nada más. No hemos tenido una respuesta a todas las propuestas” (EN: 9).

En el marco de la Mesa de Diálogo Social en Dependencia (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2020d) los actores sociales (sindicatos y patronal) han elaborado una serie de documentos de acción conjunta en torno al SAAD, abordando en algunos casos aspectos relacionados con los trabajadores. A través de este foro proponen la elaboración de un “mapa” de recursos sociosanitarios que contenga las ratios de personal desagregadas por categorías profesionales en las residencias para personas mayores, y de trabajadores en plantilla y la capacidad laboral utilizada (porcentaje de jornada) en el caso de los servicios de ayuda a domicilio. También reclaman el desarrollo de un fondo destinado a mejorar los precios de concierto ligado directamente al cumplimiento de los estándares de calidad en la atención y el empleo establecidos en el Acuerdo de acreditación (citado en la sección anterior) y en el convenio colectivo sectorial. En el momento de finalización de este informe, la concreción política de estas propuestas sigue siendo discutida por el Gobierno central y los actores sociales.

6. Conclusiones y recomendaciones

Los resultados de este trabajo permiten extraer una serie de conclusiones y realizar algunas recomendaciones. El análisis documental y las entrevistas con expertos, ex responsables políticos y representantes de sindicatos y patronal ponen de manifiesto que una mejora significativa tanto de la calidad del servicio como del empleo en el sector de los cuidados de larga duración a personas mayores solo será posible a través de un incremento muy importante de la financiación pública en los próximos años.

Como se ha visto a lo largo de este informe, el sector de los cuidados posee una escasa capacidad de atracción y retención en algunas categorías profesionales. La mala calidad del empleo y las limitadas perspectivas de desarrollo profesional hacen que muchos trabajadores con titulaciones en el ámbito sanitario (sobre todo médicos y enfermeras) perciban el trabajo en residencias como una estación de paso hacia la consecución de un puesto estable en un hospital o centro de salud. Por su parte, los profesionales de los cuidados, en su mayoría mujeres (auxiliares y gerocultores, entre otros perfiles), llegan a abandonar el sector por las malas condiciones laborales y de trabajo. Sería necesario revertir esta situación promoviendo el aumento de los salarios y la contratación a través de contratos indefinidos y, cuando sea posible, a jornada completa. En el marco de las empresas, la regulación y organización de turnos, vacaciones y libranzas ha de tener más en cuenta la dureza física y mental del trabajo de cuidados.

La formación del personal es otra de las cuestiones a destacar. Las personas trabajadoras de residencias y servicio de ayuda a domicilio deben hacer frente a tareas complejas derivadas de la vulnerabilidad de los mayores a su cargo. Se requiere, por tanto, del diseño de titulaciones que capaciten adecuadamente a los futuros profesionales. Asimismo, estas titulaciones han de ser atractivas y los potenciales estudiantes han de percibir que el de los cuidados a mayores es un sector profesional con futuro. El diseño y puesta en marcha de estos programas formativos requiere una coordinación importante entre educación, trabajo, sanidad y servicios sociales, así como entre el Estado central y los Gobiernos regionales. También en relación con la formación, en España es necesario concluir el proceso de acreditación profesional de trabajadores del sector (tanto de residencias como de servicios de ayuda a domicilio) y garantizar que quienes cuidan a los mayores tengan la formación adecuada.

Ya en el marco de la primera ola de la COVID-19, las personas trabajadoras se han visto obligadas a realizar jornadas extenuantes, doblar turnos y a renunciar a días libres y vacaciones, viéndose sometidas a un agotamiento físico y mental. Ello como consecuencia de las bajas laborales de compañeros y la escasa capacidad de las residencias para contratar personal. Han realizado una labor fundamental, en muchas ocasiones, sin los EPI adecuados, sin acceso a test diagnósticos y con información insuficiente y confusa, derivada de la falta de protocolos y planes de contingencia al

inicio de la pandemia y de la descoordinación entre sectores de política pública y niveles de gobierno. Una parte del personal (como auxiliares y gerocultores) no tenían una formación suficiente y adecuada sobre cómo proteger y protegerse de una enfermedad infectocontagiosa como la COVID-19 (cómo ponerse y quitarse guantes, mascarillas y batas desechables, cómo evitar contaminar su ropa y objetos personales, etc.). Hasta que la pandemia haya finalizado, es imprescindible garantizar material adecuado y apoyo externo (sobre todo del sistema sanitario) a las personas encargadas de velar por los mayores, tanto los institucionalizados como los que reciben ayuda en sus domicilios.

Por otro lado, es importante establecer una vinculación entre las condiciones laborales en el sector de los cuidados de larga duración y la eficacia en la lucha contra el SARS-CoV-2. En ese sentido, la efectividad de algunas de las medidas destinadas a frenar la transmisión del coronavirus en las residencias puede haberse visto limitada por el modelo de relaciones laborales. Contratos de muy corta duración, tiempo parcial y pluriempleo aumentan la rotación y favorecen que un mismo profesional se desempeñe en distintos centros de trabajo. Esta realidad laboral no parece coherente con las buenas prácticas, como la creación de grupos burbuja o la limitación del número de contactos sociales.

Finalmente, es necesario reflexionar sobre el prestigio social de unas profesiones ligadas al bienestar de personas vulnerables en sus últimos años de vida. Los participantes en este estudio coinciden en que la sociedad no valora en su justa medida las labores desempeñadas por los trabajadores del sector de cuidados de larga duración. En el contexto de la crisis, los trabajadores de residencias y ayuda a domicilio han estado luchando en primera línea con medios precarios y escasa ayuda externa para salvaguardar la vida de nuestros mayores mientras recibían un muy escaso reconocimiento por parte de la sociedad.

Agradecimientos

Los autores quieren agradecer a las personas entrevistadas su predisposición y colaboración, la cual ha sido imprescindible para la realización de este informe, y a la Fundación Friedrich Ebert y la Fundación Alternativas los contactos con varios informantes. También quieren dar las gracias a Eloísa del Pino por sus comentarios, críticas y sugerencias a una versión anterior de este trabajo y a Francisco Javier Moreno Fuentes por su asesoramiento. Cualquier error u omisión es responsabilidad exclusiva de los autores.

Referencias

- Abellán García, A., Aceituno Nieto, M. P., Ramiro Fariñas, y Pujol Rodríguez, R. (2020a, 24 de abril). Una estimación de la población que vive en residencias de mayores. *Envejecimiento en red*. Disponible en: <http://envejecimientoenred.es/una-estimacion-de-la-poblacion-que-vive-en-residencias-de-mayores/>
- Abellán García, A., Aceituno Nieto, M. P., Ramiro Fariñas, y Pujol Rodríguez, R. (2020b, 20 de julio). Una nueva estimación de población en residencias de mayores. *Envejecimiento en red*. Disponible en: <http://envejecimientoenred.es/una-nueva-estimacion-de-poblacion-en-residencias-de-mayores/>
- Abellán García, A., Aceituno Nieto, M. P., y Ramiro Fariñas, D. (2019). *Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de abril de 2019*. Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 24. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-estadisticasresidencias2019.pdf>
- Aguilar-Hendrickson, M. (2020). Long-term care in Spain: a reform failure or the regulation of a development path?. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 40(11-12), 1301-1317.
- Amnistía Internacional (2020). *Abandonadas a su suerte. La desprotección y discriminación de las personas mayores en residencias durante la pandemia COVID-19 en España*. Disponible en: https://doc.es.amnesty.org/ms-opac/doc?q=%3A*&start=0&rows=1&sort=fecha%20desc&fq=norm&fv=*&fo=and&fq=mssearch fld13&fv=EUR41800020&fo=and&fq=mssearch mlt98&fv=gseg01&fo=and
- Aragón, J., Cruces, J., y Rocha, F. (2008). *Las condiciones laborales en el sector de atención a la dependencia: una aproximación a la calidad en el empleo*. Fundación Primero de Mayo, Documento de Trabajo, 3. Madrid.

- Armstrong, P. y Armstrong, H. (Eds). (2020). *The Privatization of Care: The Case of Nursing Homes*. Nueva York: Routledge.
- Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales (AEDGSS) (2020). *XX Dictamen del Observatorio de la Dependencia, Febrero de 2020*. Disponible en: http://ibdigital.uib.es/greenstone/sites/localsite/collect/portal_social/index/assoc/aedgss00/45.dir/aedgss0045.pdf
- Béland, D., y Marier, P. (2020). COVID-19 and Long-Term Care Policy for Older People in Canada. *Journal of Aging & Social Policy*, 32(4-5), 358-364.
- Borrás-Bermejo, B., Martínez-Gómez, X., San Miguel, M., Esperalba, J., Antón, A., Martín, E., y Almirante, B. (2020). Asymptomatic SARS-CoV-2 Infection in Nursing Homes, Barcelona, Spain, April 2020. *Emerging Infectious Diseases*, 26 (9), 2281-2283.
- CCAES (2020). *Actualización nº 197. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19). 01.09.2020*. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_197_COVID-19.pdf
- CCOO (2020a, 29 de junio) Reconocimiento de la COVID-19 como enfermedad profesional o accidente de trabajo según proceda. CCOO. Disponible en: https://sanidad.ccoo.es/noticia:513397--Reconocimiento-de-la-COVID-19-como-enfermedad-profesional-o-accidente-de-trabajo-segun-proceda&opc_id=cf1c4d090b2cc3f07c6017fa7ec0ce2d
- CCOO (2020b, 9 de junio) La FSS-CCOO denuncia su exclusión de la Comisión para la reconstrucción del país y de su grupo de Sanidad y Sectores Sociosanitarios. CCOO. Disponible en: <https://www.ccoo.es/noticia:511212>
- Colino, C. (2020). Decentralization in Spain: federal evolution and performance of the Estado Autonomico. En D. Muro, e I. Lago, (Eds). *The Oxford Handbook of Spanish Politics*. Oxford: Oxford University Press (pp. 62-81). Oxford University Press.
- Comas-Herrera, A., Zalakaín, J., Lemmon, E., Henderson, D., Litwin, C., Hsu, A. T., Schmidt, A. E., Arling, G., y Fernández, J. L. (2020). *Mortality associated with COVID-19 in care homes: International evidence*. International Long Term Care Policy Network. 14.10.2020. Disponible en: <https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/10/Mortality-associated-with-COVID-among-people-living-in-care-homes-14-October-2020-5.pdf>
- Comisión Europea (1999). *Social Protection for Dependency in Old Age in the 15 EU Member States and Norway*. Luxemburgo: Office for Official Publications of the European Communities.
- Comisiones Obreras (2017). El sistema de atención a la dependencia: El sistema de protección social en España 2017, *Cuadernos de Información Sindical*, 56, 63-82.
- Comisiones Obreras (2018). El sistema de atención a la dependencia: El sistema de protección social en España 2018. *Cuadernos de Información Sindical*, 58, 159-162.

- Comunidad de Madrid (2020, 20 de abril). El SUMMA realiza más de 4.200 traslados de residentes a hospitales. *Comunidad de Madrid*. Disponible en <https://www.comunidad.madrid/comunicado/2020/04/20/sanidad-interviene-144-residencias-57-equipos-presenciales-sanitarios-summa-realiza-4200-traslados-residentes-hospitales>
- DBK Informa. Observatorio sectorial (2020). *Estudios Sectores DBK. Residencias para la Tercera Edad (Julio 2020 – 22ª edición). Sumario. DBK informa*. Disponible en: <https://www.dbk.es/es/estudios/15678/summary>
- Defensor del Pueblo (2019). *Atención a personas mayores. Centros residenciales. Separata del Informe anual de 2019*. Defensor del Pueblo. Disponible en: https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2020/05/Separata_personas_mayores_centros_residenciales.pdf
- Del Pino, E. y Ramos, J.A. (2017). La Gran Recesión y los sistemas autonómicos de protección social. En M. Kolling, y P. Marí-Klose (Coords.), *Los retos del Estado de Bienestar ante las nuevas desigualdades* (pp. 123-149). Colección actas. Fundación Manuel Giménez Abad.
- Del Pino, E., Moreno Fuentes, F. J., Cruz-Martínez, G., Hernández-Moreno, J., Moreno, L., Pereira-Puga, M., y Perna, R. (2020). *La Gestión Institucional y Organizativa de las Residencias de Personas Mayores y COVID-19: dificultades y aprendizajes*. Madrid: Instituto de Políticas y Bienes Públicos (IPP-CSIC). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20350/digitalCSIC/12636>
- Del Pino, E., y Catalá Pérez, D. (2016). El welfare-mix español durante la crisis y la privatización del riesgo social: los casos de la sanidad, los servicios sociales y la atención a la dependencia. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, 66, 163-194.
- Deusdad, B., D. Comas-d'Argemir, y Dziegielewski, S.F. (2016). Restructuring long-term care in Spain: the impact of the economic crisis on social policies and social work practice. *Journal of Social Service Research*, 42(2), 246-62.
- El Digital de CLM (2020, 1 de abril). Castilla-La Mancha busca trabajadores para las residencias de ancianos. *El Digital de CLM*. Disponible en: <https://www.eldigitalcastillalamancha.es/actualidad/955783442/Castilla-La-Mancha-busca-trabajadores-para-las-residencias-de-ancianos-de-la-region.html>
- El Justicia de Aragón (2020, 22 de septiembre). Informe del Justicia sobre las Residencias de Personas Mayores en Aragón durante el Estado de Alarma por el covid-19. *El Justicia de Aragón*. Disponible en: <https://eljusticiadearagon.es/el-justicia-ha-presentado-el-informe-sobre-las-residencias-de-personas-mayores-en-aragon-durante-el-estado-de-alarma-por-el-covid-19-2/>
- European Centre for Disease Prevention and Control (2020). *Surveillance of COVID-19 at long-term care facilities in the EU/EEA. 19 May 2020*. European Centre for Disease Prevention and Control. Disponible en:

<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-long-term-care-facilities-surveillance-guidance.pdf>

Eurostat (2020). *Ageing Europe — looking at the lives of older people in the EU. 2020 edition.* European Union. Disponible en:

<https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/11478057/KS-02-20-655-EN-N.pdf/9b09606c-d4e8-4c33-63d2-3b20d5c19c91?t=1604055531000>

Franco Rebollar, P., y Ruiz. B. (2018). *El trabajo de ayuda a domicilio en España.* Madrid: Vicesecretaría General de UGT y la FESP UGT. Disponible en: [https://www.ugt.es/sites/default/files/el trabajo de ayuda a domicilio ugt fesp sep 2018 def 0.pdf](https://www.ugt.es/sites/default/files/el%20trabajo%20de%20ayuda%20a%20domicilio%20ugt%20fesp%20sep%202018%20def%200.pdf)

Fujisawa, R., y Colombo. F. (2009). The Long-Term Care Workforce: Overview and Strategies to Adapt Supply to a Growing Demand. *OECD Health Working Papers*, 44. París: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/225350638472>.

Gallego, R., y Subirats, J. (2012). Spanish and Regional Welfare Systems: Policy Innovation and Multi-level Governance. *Regional & Federal Studies*, 22(3), 269-288.

Gobierno de Aragón (2020). *Bolsa de empleo para centros residenciales del Instituto Aragonés de Servicios Sociales.* Disponible en: <https://www.aragon.es/-/bolsa-de-empleo-para-la-contratacion-de-personal-auxiliar-en-centros-residenciales>

Gobierno de Cantabria (2020, 28 de marzo). Empleo busca personal para las residencias de mayores entre los demandantes que tienen titulación para poder ejercer. *Gobierno de Cantabria.* Disponible en: https://www.cantabria.es/detalle/-/journal_content/56_INSTANCE_DETALLE/16413/9272473

Gómez Redondo, R., Fernández Carro, C., y Cámara Izquierdo, N. (2018). *¿Quién cuida a quién? La disponibilidad de cuidadores informales para personas mayores en España. Una aproximación demográfica basada en datos de encuesta.* *Informes Envejecimiento en red*, nº 20. Madrid: Envejecimiento en red. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-info20-quiencuida.pdf>

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

Henning-Smith, C. (2020). The Unique Impact of COVID-19 on Older Adults in Rural Areas. *Journal of Aging & Social Policy*, 32(4-5), 396-402.

IMSERSO (2011). *Informe del Gobierno para la evaluación de la ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. (2007-2010).* Ministerio De Sanidad, Política Social e Igualdad. Disponible en:

https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/ie_2011_info_rmeevaluacion.pdf

IMSERSO (2015). *Información Estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Situación a 31 de agosto de 2015*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en:

<https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/estsisaad20150831.pdf>

IMSERSO (2019). *Servicios sociales dirigidos a personas mayores en España Datos a 31/12/2018*. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Disponible en:

https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/datos_spppmesp2018.pdf

IMSERSO (2020a). *Información Estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Situación a 31 de agosto de 2020*. Vicepresidencia Segunda del Gobierno. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Disponible en:

<https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/estsisaad20200831.pdf>

IMSERSO (2020b). *MoMo en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). Datos a 31 de agosto de 2020*. Vicepresidencia Segunda del Gobierno. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Disponible en:

https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/inf_momo_dep_20200831.pdf

IMSERSO (2020c). *Informe de empleo en sector de servicios sociales (Datos del 3º trimestre de 2020)*. Vicepresidencia Segunda del Gobierno. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Disponible en:

https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/inf_empleo_ss_3trim_2020.pdf

INJUVE (2020). Castilla-La Mancha lanza una oferta de trabajo en centros asistenciales. INJUVE. Disponible en: <http://www.injuve.es/convocatorias/becas/castilla-la-mancha-lanza-una-oferta-de-trabajo-en-centros-asistenciales>

Jiménez-Martín, S., y Viola, A (2017). *Observatorio de dependencia, segundo informe. Estudios sobre la Economía Española - 2017/22*. FEDEA. Disponible en: <https://documentos.fedea.net/pubs/eee/eee2017-22.pdf>

Junta de Castilla y León (2020). *El Impacto Del Covid19 En Las Residencias De Personas Mayores De Castilla Y León Y Medidas Adoptadas*. Disponible en: <https://serviciosociales.jcyl.es/web/es/informacion-covid19-sobre-residencias.html>

Kröger, T., y Bagnato, A. (2017). Care for older people in early twenty-first-century Europe: dimensions and directions of change. En F. Martinelli., A. Anttonen, y M. Mätzke (Eds), *Social Services Disrupted: Changes, Challenges and Policy Implications for Europe in Times of Austerity* (pp. 201-218). Cheltenham: Edward Elgar,.

- Marbán, V. (2019). *El sistema español de atención a la dependencia. Entre la regresión y las reformas. Documento de trabajo 4.9*. Madrid: Fundación FOESSA. Disponible en: <https://caritas-web.s3.amazonaws.com/main-files/uploads/sites/16/2019/06/paper-4.9.pdf>
- Marbán, V. (2020). Los (Des)cuidados de larga duración en España: ¿Reforma o Perfeccionamiento del SAAD?. En Moreno Fuentes, F.J. y Del Pino, E. (eds.) *Las Transformaciones Territoriales Y Sociales Del Estado En La Edad Digital* (pp. 331-354). Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales.
- Martin Serrano, E. (2014). ¿Es todavía posible un sistema de dependencia como motor económico y de empleo?. *Revista Actas de la dependencia*, 11, 1-29.
- Martinelli, F. (2012). Current organisational framework of care services for older people – Italy. The COST Action IS1102 Workshop, Tarragona, España.
- Ministerio de Defensa (2020). Intervención de la UME en las residencias de mayores, mucho más que una desinfección. *Ministerio de Defensa*. Disponible en https://www.defensa.gob.es/ume/noticias/2020/04/Noticias/covid19_06_abril.html
- Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 (2020a). *Informe del Grupo de Trabajo COVID 19 y Residencias. Vers. Final (24/11/2020)*. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/ssi/imserso/docs/GTCOVID_19_RESIDENCIAS.pdf
- Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 (2020b). *Información sobre los mecanismos de coordinación adoptados en cada territorio entre los servicios sociales y el sistema sanitario para asegurar la atención médica en los centros sociales residenciales en casos de covid-19, 7 de septiembre*. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/ssi/imserso/docs/Coordinacion_sociosanitaria_CC_AA..pdf
- Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 (2020c). *Documento técnico de recomendaciones de actuación desde los servicios sociales de atención domiciliaria ante la crisis por covid-19*. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Disponible en https://www.imserso.es/imserso_01/mas_informacion/covid19/serv_soc/index.htm
- Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 (2020d). *Propuestas para la puesta en marcha de un “Plan de Choque para el impulso del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia”*. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Disponible en: <https://dependencia.info/imagenes/plan-choque-residencias.pdf>
- Ministerio de Política Territorial y Función Pública (2020). *Reuniones de Conferencias Sectoriales*. Disponible en http://www.seat.mpr.gob.es/portal/areas/politica_autonomica/coop_autonomica/ConSeccionales/Documentacion/Conf_Sect_Reuniones.html

- Moreno Fuentes, F. J. (2015). Retos y reformas de las políticas de cuidado de larga duración en España. En F. J. Moreno Fuentes, y E. Del Pino Matute (Coords.), *Desafíos del Estado del Bienestar en Noruega y España. Nuevas políticas para atender a nuevos riesgos sociales* (pp. 55-80). Madrid: Tecnos.
- OCDE (2020). *Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly*. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/92c0ef68-en>.
- OIT (2019). *El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente. Para un futuro con trabajo decente*. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---gender/documents/publication/wcms_737394.pdf
- OMS (2020). *Preventing and managing COVID-19 across long care services: Policy brief*. Ginebra: World Health Organization. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Policy-Brief-Long-term-Care-2020.1>
- Ordoki, A. G. (2019). Contraste teórico de ratios en residencias de mayores desde la asociación entre el índice Barthel y el Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD). *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria. Revista de servicios sociales*, (69), 121-140.
- Plagg, B., Engl, A., Piccoliori, G., y Eisendle, K. (2020). Prolonged social isolation of the elderly during COVID-19: Between benefit and damage. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 89: 104086.
- PWC (2020). *Radiografía del sector de las residencias para la tercera edad en España. Julio de 2020*. Federación Empresarial de la Dependencia. Disponible en: <https://dependencia.info/imagenes/radiografia-sector-residencias-pwc.pdf>
- RENAVE (2020). *Informe nº 42. Situación de COVID-19 en España. Casos diagnosticados a partir 10 de mayo. Informe COVID-19, 03 de septiembre de 2020*. Instituto de Salud Carlos III. Disponible en: https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/Informe%20COVID-19.%20N%c2%ba%2042_03%20de%20septiembre%20de%202020.pdf
- Rodríguez, A. y Jiménez, A. (2010). *Potencial de creación de empleo y otros efectos económicos de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia*. Fundación Alternativas, Documentos de Trabajo 159, 2010.
- Sáenz Royo, E. (2010). *La estructura organizativa territorial del sistema de atención a la dependencia y relaciones de cooperación interadministrativa*. Fundación Democracia y Gobierno Local, Àrea de Bienestar Social. Diputación de Barcelona.

- Sánchez Maldonado, J., Molina Garrido, C., y Rivas Sánchez, C. (2010). *La Ley de Dependencia: especial consideración de los aspectos financieros*. Fundación Democracia y Gobierno Local. Diputación de Barcelona. Àrea de Benestar Social.
- Scheil-Adlung, X. (2015). *Long-term care protection for older persons: a review of coverage deficits in 46 countries*. ESS –Working Paper No. 50. Organización Internacional del Trabajo. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---soc_sec/documents/publication/wcms_407620.pdf
- Sepúlveda-Loyola, W., Rodríguez-Sánchez, I., Perez-Rodriguez, P., Ganz, F., Torralba, R., Oliveira, D. V., y Rodríguez-Mañas, L. (2020). Impact of social isolation due to COVID-19 on health in older people: Mental and physical effects and recommendations. *The journal of nutrition, health & aging*, 1-10.
- Sindicato Asambleario de Sanidad (2020, 30 de abril). Trabajadores de residencias de ancianos denuncian despidos por exigir los equipos de protección adecuados. *Sindicato Asambleario de Sanidad*. Disponible en: <https://sasmadrid.org/index.php/noticias/sanidad/1855-trabajadores-de-residencias-de-ancianos-denuncian-despidos-por-exigir-los-equipos-de-proteccion-adecuados-30-04-2020>
- Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG) (2020). *Comunicado de la SEGG respecto a las restricciones de contacto social en las residencias de mayores*. 12 de agosto de 2020. Disponible en: <https://www.segg.es/media/descargas/Manifiesto-SEGG-salir-de-residencias.pdf>
- Spasova, S., Baeten, R., Coster, S., Ghailani, D., Peña-Casas, R. y Vanherke, B. (2018). *Challenges in long-termcare in Europe. A study of national policies*. European Social Policy Network (ESPN), Bruselas: Comisión Europea.
- UGT (2020a, 26 de abril) UGT reclama una auditoría de las residencias de mayores. *UGT* Disponible en: <https://www.ugt.es/ugt-reclama-una-auditoria-de-las-residencias-de-mayores>
- UGT (2020b, 14 de marzo). Las trabajadoras de ayuda a domicilio, desprotegidas. *UGT* Disponible en: <https://www.fespugt.es/sectores/salud-sociosanitario-dependencia/noticias/26822-las-trabajadoras-de-ayuda-a-domicilio-desprotegidas>
- Valdés, M. (2020, 7 de noviembre). El 53% de los residentes de centros sociosanitarios en Madrid presentan anticuerpos frente a la Covid. *El País*. Disponible en: <https://elpais.com/espana/madrid/2020-11-06/el-53-de-los-residentes-de-centros-sociosanitarios-en-madrid-presentan-anticuerpos-frente-a-la-covid.html?prm>
- Zalakain, J. Davey, V. y Suárez-González, A. (2020). *The COVID-19 on users of Long-Term Care services in Spain*. LTCcovid: International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE, 28/05/2020. Disponible en: <https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/LTCcovid-Spain-country-report-28-May-1.pdf>

Acrónimos

AEDGSS	Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales
BOE	Boletín Oficial del Estado
CA	Comunidad Autónoma
CC. AA.	Comunidades Autónomas
CCAES	Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias
CCOO	Comisiones Obreras
CE	Constitución Española
CGT	Confederación General del Trabajo
CIG	Confederación Intersindical Galega
CSIC	Consejo Superior de Investigaciones Científicas
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
EPI	Equipo de Protección Individual
GTM	Grupo de Trabajo Multidisciplinar
IASS	Instituto Aragonés de Servicios Sociales
IgG	Inmunoglobulina G
IMSERSO	Instituto de Mayores y Servicios Sociales
INE	Instituto Nacional de Estadística
LAPAD	Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia
MoMo	Sistema de Monitorización de la Mortalidad diaria
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
PCR	Polymerase Chain Reaction
PIB	Producto Interior Bruto
PP	Partido Popular
PWC	PriceWaterhouseCoopers
RENAVE	Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica
SAAD	Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia
SEGG	Sociedad Española de Geriatría y Gerontología
SESPA	Servicio de Salud del Principado de Asturias
SISAAD	Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia
SNS	Sistema Nacional de Salud

SUMMA	Servicio de Urgencias Médicas de MADrid
UE	Unión Europea
UGT	Unión General de Trabajadores
UME	Unidad Militar de Emergencias

Anexo. Listado de entrevistas

Código entrevista	Perfil del entrevistado
EN: 1	Experto
EN: 2	Ex responsable político del nivel central
EN: 3	Experta
EN: 4	Experta
EN: 5	Responsable sindical
EN: 6	Dirigente patronal del sector de servicios residenciales
EN: 7	Experta
EN: 8	Ex responsable político del nivel central
EN: 9	Responsable sindical
EN: 10	Responsable sindical
EN: 11	Responsable sindical