



PREVISIÓN DE DEMANDA DE CUIDADOS RESIDENCIALES PARA PERSONAS MAYORES EN ASTURIAS







PREVISIÓN DE DEMANDA DE CUIDADOS RESIDENCIALES PARA PERSONAS MAYORES EN ASTURIAS



abril 2021

Edita: Consejería de Derechos Sociales y Bienestar del Principado de Asturias.

Autoría: Jacobo Blanco Fernández y Arsenio Valbuena Ruiz.

Maquetación: Lola G. Zapico.

Tipografía: Geomanist por Atipo Foundry.

Depósito Legal AS 01029-2021



ÍNDICE

ÍNDICE DE GRÁFICOS	7
ÍNDICE DE TABLAS	8
PRESENTACIÓN	9
1. UNA PREVISIÓN POR HACER	11
2. OBJETIVOS Y METODOLOGÍA	13
2.1. OBJETIVOS	13
2.2. METODOLOGÍA	13
3. EL ENVEJECIMIENTO EN ASTURIAS, UN FENÓMENO DE MAGNITUD METROPOLITANA	15
3.1. MISIÓN	15
3.2. DISPARIDADES CONCEJO A CONCEJO: LA ASTURIAS METROPOLITANA, LA LITORAL Y LA INTERIOR	20
4. UN ANÁLISIS INTERNACIONAL: HACIA MODELOS DOMICILIARIOS, MIXTOS Y CON FINANCIACIÓN ESPECÍFICA	25
4.1. ALEMANIA: HACIA LA CONSOLIDACIÓN DE UN SEGURO LTC DE PRESTACIÓN DOMICILIARIA	29
4.2. FRANCIA: TRANSITANDO DESDE EL MODELO EHPAD AL DOMICILIARIO	32
4.3. SUECIA, EN EL CAMINO DE VUELTA	35
4.4. JAPÓN, EN LA ESTELA EUROPEA	37
5. ANÁLISIS DE LA DEMANDA DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN EN ASTURIAS, ¿HACIA UN CAMBIO DE MODELO?	39
5.1. FICHA TÉCNICA	39
5.2. ¿HACIA DEPENDENCIA DISTINTA?	40
5.3. DEPENDENCIA DEPENDIENTE	43
5.4. EL HOGAR, LUGAR PREFERIDO POR LOS/AS ASTURIANOS/AS EN EL CASO DE VIVIR UNA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA	53
5.5. SI ES RESIDENCIAL, QUE SE PAREZCA A MI CASA	66
6. TRES ESCENARIOS DE DEMANDA FUTURA	69
7. RECOMENDACIONES	79
8. BIBLIOGRAFÍA	83



ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.	Evolución de la población de personas mayores de 75 años en Europa	16
Gráfico 2.	Renta y evolución para las personas mayores de 75 años en varios países europeos	17
Gráfico 3.	Riqueza patrimonial: mediana estimada para personas mayores de 75 años en varios países europeos, 2006-2030	18
Gráfico 4.	Pensiones medias en España por CCAA [a marzo de 2021]	18
Gráfico 5.	Renta de los concejos asturianos [€/año]	19
Gráfico 6.	Variación demográfica esperada [%] para 2035 por Áreas de Servicios Sociales	21
Gráfico 7.	Porcentaje sobre PIB en políticas de cuidados de larga duración en los países de la OCDE	27
Gráfico 8.	Gasto en dependencia por habitantes mayores de 65 años en varios países de la UE [€ PPC]	28
Gráfico 9.	Prestaciones del sistema alemán de cuidados de larga duración	31
Gráfico 10.	Cambios en la estructura de financiación del sistema de cuidados de larga duración	32
Gráfico 11.	Financiación y gastos del Sistema de Dependencia en Francia	34
Gráfico 12.	¿Por qué no acudieron a Servicios Sociales?	46
Gráfico 13.	Motivos por los que acudieron a Servicios Sociales	47
Gráfico 14.	¿Recurrieron a los Servicios Sociales del Área donde residen?	47
Gráfico 15.	Valoración de fórmulas de cuidados de dependientes	53
Gráfico 16.	Preferencias sobre cuidados de larga duración	61
Gráfico 17.	Valoración de posibles modalidades de cuidados a dependientes por la población en general	66
Gráfico 18.	Si tuviera que ingresar en una residencia ¿qué aspecto le gustaría que tuviera?	67
Gráfico 19.	¿Y cómo cree que debería prestarse la atención médica en una residencia para personas mayores?	68
Gráfico 20.	Escenario 1: ajustes de plazas en Áreas de Servicios Sociales y principales concejos	75
Gráfico 21.	Escenario 2: ajustes de plazas en Áreas de Servicios Sociales y principales concejos	75
Gráfico 22.	Escenario 3: ajustes de plazas en Áreas de Servicios Sociales y principales concejos	76



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Proyecciones demográficas para España y Asturias 2035	16
Tabla 2.	Proyección de crecimiento demográfico, grupos etáneos +65 y +80. Áreas de Servicios Sociales y municipios 2019-2035	22
Tabla 3.	¿Tiene o ha tenido en los últimos cinco años responsabilidades en el cuidado de padre/madre, suegro/a/, cónyuge en situación de dependencia?, según género	44
Tabla 4.	¿Tiene o ha tenido en los últimos cinco años responsabilidades en el cuidado de padre/madre, suegro/a/, cónyuge en situación de dependencia?, según edad	44
Tabla 5.	Parentesco de la persona que se ha cuidado/se está cuidando	45
Tabla 6.	¿Tiene o ha tenido en los últimos cinco años responsabilidades en el cuidado de padre/madre, suegro/a/, cónyuge en situación de dependencia?, según hábitat	45
Tabla 7.	¿Por qué no acudieron a Servicios Sociales?, según edad	46
Tabla 8.	¿Recurrieron a los Servicios Sociales del Área donde reside?	48
Tabla 9.	¿Y por qué no acudieron a Servicios Sociales?	48
Tabla 10.	¿Recurrieron a los Servicios Sociales?, según hábitat	48
Tabla 11.	¿Quedaron satisfechos/as con la atención recibida?, según género	49
Tabla 12.	¿Quedaron satisfechos/as con la atención recibida?, según edad	49
Tabla 13.	Resumen de ayudas dependencia según encuesta	50
Tabla 14.	¿Y preferirían/hubieran preferido una solución distinta a la que tuvo/tiene su familiar?, según género	51
Tabla 15.	¿Y preferirían/hubieran preferido una solución distinta a la que tuvo/tiene su familiar?, según edad	51
Tabla 16.	¿Y qué solución hubieran preferido?	52
Tabla 17.	¿Cómo se imagina cuando tenga unos 80 años?, según género	54
Tabla 18.	¿Cómo se imagina cuando tenga unos 80 años?, según edad	54
Tabla 19.	¿Cómo se imagina cuando tenga unos 80 años?, según hábitat	55
Tabla 20.	¿Ha hecho algún tipo de previsión pensando en esa etapa de su vida?, según género	56
Tabla 21.	¿Ha hecho algún tipo de previsión pensando en esa etapa de su vida?, según edad	56
Tabla 22.	¿Ha hecho algún tipo de previsión pensando en esa etapa de su vida?, según hábitat	57
Tabla 23.	En caso de necesitar cuidados por dependencia ¿dónde le gustaría vivir?, según edad	58
Tabla 24.	En caso de necesitar cuidados por dependencia ¿dónde le gustaría vivir?, según Área de Servicios Sociales donde reside	59
Tabla 25.	En caso de necesitar cuidados por dependencia ¿dónde le gustaría vivir?, según hábitat	60
Tabla 26.	¿Y cree que podrá hacerlo como usted desea?, según edad	61
Tabla 27.	¿Y cree que podrá hacerlo como usted desea?, según hábitat	62
Tabla 28.	¿Y cuál es el principal motivo que le hace pensar que no?	62
Tabla 29.	En el caso de necesitar cuidados por dependencia ¿cuánto está Ud. dispuesto/a a gastar?	64
Tabla 30.	¿Tiene hijos/as cerca de usted?, según edad	65
Tabla 31.	¿Tiene hijos/as cerca de usted?, según hábitat	65
Tabla 32.	Demanda estimada de plazas en establecimientos residenciales para Asturias en 2035	71

PRESENTACIÓN

Un nuevo modelo de envejecimiento



Con el fin de conocer las expectativas de las personas mayores que viven en Asturias, sus demandas presentes y cómo es la forma en la que les gustaría envejecer, desde la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar hemos elaborado un estudio, dirigido por el sociólogo Jacobo Blanco, que nos permite tener una radiografía precisa de las perspectivas reales de futuro de los mayores en nuestra comunidad autónoma. El resultado de este estudio *Previsión de demanda de cuidados residenciales para mayores en Asturias* no podría ser más concluyente: el 75,3 por ciento de los asturianos y asturianas de entre 55 y 75 años prefiere envejecer en su hogar antes que trasladarse a un centro residencial.

Este dato no nos resulta extraño, sino al contrario; era una previsión que todos teníamos en mente y que este estudio sociológico ha venido a corroborar. Un porcentaje que refuerza y viene a consolidar nuestra política encaminada a diseñar un nuevo sistema de cuidados de larga duración para las personas mayores que viven en Asturias y que se centre, principalmente, en dar respuesta a las necesidades de cada ciudadano en su entorno más cercano. En su casa.

A su vez, este enfoque dirigido a la asistencia y al acompañamiento en el hogar debe dibujar en paralelo la transición hacia un nuevo modelo de atención residencial: centros menos institucionalizados, más hogareños, con habitaciones individuales y donde se fomente el uso de espacios comunes, como por ejemplo la cocina, y se generen, además, grupos de convivencia; es decir, que las personas que tengan gustos, aficiones e intereses en común disfruten juntas su estancia en las residencias.

Cuando hablamos del nuevo modelo de atención residencial centrado en la persona, no nos referimos solo a una adaptación de las políticas de atención a las personas mayores, sino también a un reto social en el que tenemos que visibilizar su contribución a nuestra sociedad y, además, ofrecerles apoyos y cuidados integrales en sus casas, al mismo tiempo que promocionamos este modelo en las residencias. En este momento, más allá del papel de las administraciones públicas, como sociedad nos corresponde asumir la responsabilidad que cada uno de nosotros y de nosotras tiene en relación a esta nueva visión de la madurez y la vejez, que es cada vez más activa, más duradera y a la que todos y todas queremos llegar algún día con la mayor autonomía, bienestar y actividad posible.

Las conclusiones de este estudio apuntan al desarrollo en Asturias de un modelo de atención predominantemente domiciliario, involucrando a la sociedad, las personas usuarias y las familias en los cuidados y la financiación, y en el que la atención residencial se configure como un pilar más del sistema. También señalan las oportunidades que fórmulas como el *cohousing* aportan a las zonas rurales, muy interesantes para ofrecer una solución adaptada a núcleos de población dispersa.



Como Gobierno, escuchamos, tomamos nota y ya trabajamos en ello. No lo hacemos solos porque creemos que este objetivo compartido debe comprometernos como sociedad; de ahí que sea la mesa MARES, creada en junio del año pasado, y en la que están representados todos los agentes implicados, el marco en el que vayamos a definir el modelo de cuidados de larga duración en el ámbito residencial.

Compartimos un objetivo y la visión está clara. Ahora, nuestra misión es darle forma con el apoyo de toda la sociedad asturiana.

Melania Álvarez,

Consejera de Derechos Sociales y Bienestar
del Gobierno del Principado de Asturias

1. UNA PREVISIÓN POR HACER

El previsible envejecimiento de la población en Occidente, en España y, muy especialmente, en Asturias abre nuevos desafíos y oportunidades muchas veces ligados entre sí. Las necesidades de Cuidados a Largo Plazo (en adelante, con el acrónimo LTC –*Long Term Care*– utilizado internacionalmente) suponen un reto notable. Pero el desarrollo de soluciones para abordarlo abre oportunidades de actividad y empleo desconocidas hasta ahora a través de lo que algunas personas denominan *silver economy*.

Sin embargo, surgen interrogantes cuando desconocemos no solo cuál será la demanda de estos servicios, sino también el tipo de servicios que se demandarán y, desde luego, cómo se abordará su oferta y, sobre todo, cómo se financiará la demanda de esos servicios, nada barata y, más aún, en un contexto crítico para las finanzas públicas.

Hasta ahora, los operadores, públicos o privados –donde los grandes grupos financieros están tomando posiciones clave– asumen que la demanda es casi infinita y muy centrada en el modelo geriátrico tradicional. Por ello, y al menos en España, no existen estudios detallados –publicados, al menos– que aborden la previsión oferta y demanda de servicios de cuidados y vivienda para personas mayores durante los próximos 10, 15 o 20 años. Se percibe que la demanda crece año tras año. Muchos de ellos se limitan a constatar que el mercado potencial tiende a crecer. O que España no alcanza el estándar de cinco plazas residenciales por cada cien personas mayores de 65 años que recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS), Asturias sí las alcanza, llegando a 5,8. O a analizar las tendencias de uso y pago en otros países. Pero no a cuantificar la demanda, a segmentarla por productos –o tipo de servicios– o a afinar en la desagregación territorial.





En otros países, especialmente los anglosajones, se detecta una mayor conciencia del problema desde las administraciones públicas. Y se desarrollan metodologías y estudios para conocer la demanda futura de esos servicios, estimando, además, que en lo cualitativo –tipo de servicios demandado– tiene un amplio recorrido de cambio, que las llevará mucho más allá del habitual patrón de residencial actual.

Por eso presentamos este trabajo. Se trata de una aproximación inicial, de carácter exploratorio, a la demanda de cuidados residenciales de larga duración. En él se analiza, en primer lugar, cómo se abordan estos cuidados en otros países; a continuación, qué cuidados demandan y en qué cantidad la población asturiana que se acercan a las edades en las que aumenta el riesgo de dependencia, con la consiguiente previsión de hacer planes para ello; y, por último, escuchar a algunos operadores y potenciales personas usuarias de servicios de cuidados a largo plazo.

Los resultados muestran que:

1. El número de personas usuarias potenciales de plazas en residencia crecerá, especialmente en las grandes áreas urbanas de Asturias.
2. Que en buena parte de Asturias se superan, por mucho, no ya los estándares de la OMS sino las ratios de otros países en lo que a residencias para personas mayores se refiere, y que podrían sugerir un síntoma de cierto agotamiento de un modelo no deseado.
3. Que las tendencias en Europa o incluso en Japón tienden hacia un modelo de atención y cuidados domiciliarios.
4. Que los datos recabados de las futuras personas usuarias apunta también al modelo domiciliario o a modelos alternativos que repliquen, en lo posible, la atención domiciliaria, por lo que el modelo residencial debería evolucionar hacia fórmulas que preservan mejor la individualidad e independencia de la persona residente.
5. El desafío que estos cuidados suponen para un mundo rural tan peculiar como el asturiano, disperso, con niveles relativamente bajos de renta y donde más de la mitad de las personas mayores no tienen descendencia en el mismo concejo.
6. Que debería irse a una racionalización y simplificación del sistema, constituido por acumulación y no por planeamiento, tanto de cara a la persona usuaria como a su propia gestión.
7. La financiación del sistema de cuidados como clave de bóveda de un sistema como el asturiano, comparable en general al de otros países en su carta de servicios y prestaciones pero no por la cuantía o amplitud de esos servicios y prestaciones, muy inferior a la de otros países con modelos más avanzados, para lo que se propone implantar un pequeño recargo finalista a la contribución a la Seguridad Social, al modo que se hace en países como Francia o Alemania.

2. OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

2.1. OBJETIVOS

- Estimar la demanda de cuidados y vivienda para personas mayores en un horizonte a veinte años.
- Desagregar la demanda por tipos de servicio y/o Áreas de Servicios Sociales (y municipios cuando sea posible).
- Apuntar frenos a posibles alternativas y posibles respuestas.
- Plantear recomendaciones y propuestas.

2.2. METODOLOGÍA

El trabajo se levanta sobre cuatro pilares.

1. Una proyección demográfica a escala municipal para Asturias hasta 2035, siguiendo los criterios utilizados por el INE en sus proyecciones nacionales y regionales. La proyección ha sido realizada por Regiolab de la Universidad de Oviedo, quizá el máximo especialista en este tipo de trabajos en Asturias, que cuenta con una experiencia metodológica consolidada a lo largo de los últimos años.
2. Una encuesta exploratoria llevada a cabo por la empresa Pragma Sociología Aplicada a personas de entre 55 y 75 años en Asturias, con el objetivo de analizar las preferencias de las futuras personas usuarias.

Los motivos para entrevistar a esos grupos etáneos son dos:

- a) Son los grupos de edad que, de acuerdo con los estándares internacionales utilizados para este tipo de estudios, deberían ir preparando su vejez. Por ejemplo, en algunos países, y particularmente en Escandinavia, es a partir





de los 50 cuando se abre el plazo de inscripción para acceder a determinadas prestaciones, públicas o privadas.

- b) El grupo de edad entre los 45 y los 65 concentra a gran parte de cuidadores/as de personas mayores, por lo que, al preguntar por la experiencia en años recientes, abarcamos la práctica totalidad de cuidadores/as, al tiempo que al conjunto de quienes están preparando su vejez. Permite, por tanto, llevar el estudio desde el presente hacia el pasado –experiencia como cuidadores/as– y hacia el futuro, como potenciales dependientes.

La muestra incluyó a 303 personas seleccionadas por cuotas de edad, sexo, Área de Servicios Sociales y tipo de hábitat. El cuestionario, cerrado, se administró mediante entrevista telefónica. El error muestral para el conjunto de la muestra es del 5,5% para un nivel de confianza del 95% y una probabilidad del 50%. Del cruce de la proyección demográfica con los resultados de la encuesta resultarán los escenarios de demanda.

- 3. Trabajo cualitativo, con entrevistas a informantes clave: patronales del sector, personas mayores, impulsores/as de experiencias alternativas, etc. que matizará los resultados de la encuesta. Las circunstancias de la pandemia obligaron a realizar las entrevistas mediante videoconferencia, incluso a suspender alguna de las previstas.
- 4. Documentación sobre los sistemas de atención a la dependencia en otros países que:
 - a) Ofrecerán una visión de qué se hace en naciones que seguramente van por delante de España es este tipo de políticas. O, lo que es lo mismo, nos muestran las que, con todas las naturales cautelas, podrían ser las pautas del sistema en nuestro país en unos años: prestaciones, personal gestor, financiación, etc.
 - b) Se consultan informes elaborados por otras instancias: desde organismos internacionales a empresas multinacionales, pasando por la patronal del sector en España y Asturias, informes gubernamentales, etc. que nos ofrecen un rico panóptico a fecha de hoy. Hay que decir que no hemos encontrado ningún trabajo, público o publicado, de estimación de detalle como el que ahora se presenta, menos aún desagregado a escala municipal.

De esos cuatro pilares resulta la estimación de demanda de servicios de atención a la dependencia de personas mayores.

Los resultados se presentan en función de tres escenarios, siempre a partir de las proyecciones demográficas para el año 2035 realizadas por el Regiolab de la Universidad de Oviedo.

Uno, a partir de los datos actuales de demanda del sistema asumiendo una hipótesis “inercial” o “tendencial” de continuidad del sistema. Otro, realizado con los datos de demanda de las futuras personas usuarias, que sería un escenario ideal, quizá poco realista. Y un tercero, a medio camino entre ambos, asumiendo un híbrido entre los modelos 1 y 2, que podríamos llamar “realista”, y en el que se asume un cambio en las políticas de cuidados a largo plazo más acorde a la demanda ciudadana, pero también una inercia del actual sistema de prestaciones.

Se descarta un modelo como el que presentan algunas regiones rurales de España, con una enorme dotación residencial para atender a personas mayores cuyos hijos e hijas, con frecuencia, lo son de la diáspora hacia otros territorios.

3. EL ENVEJECIMIENTO EN ASTURIAS, UN FENÓMENO DE MAGNITUD METROPOLITANA

3.1. MISIÓN

Todas las sociedades occidentales se enfrentan al envejecimiento de la población, consecuencia no solo de la reducción de las tasas de natalidad, sino también del incremento de los grupos etáneos de más de 65 años. Pero, sobre todo, al de los grupos de edades por encima de los 80 años. Un grupo de edad que algunos investigadores [King et al., 2010] consideran la variable decisiva para determinar la demanda futura de cuidados de larga duración.

Esta pauta, común en mayor o menor medida a todo Occidente, constituye una de las claves de bóveda para el futuro de las políticas públicas LTC. Y también para las estrategias del sector privado, que aprecia en él enormes oportunidades. Es lo que algunos/as denominan *silver economy* o economía de las personas mayores.

La empresa holandesa ING, dedicada a la banca y los seguros, ha realizado proyecciones que estiman el crecimiento de la población mayor de 75 años en Europa. España sería, según estas proyecciones, uno de los países más envejecidos del continente allá por 2050, junto a Alemania e Italia.

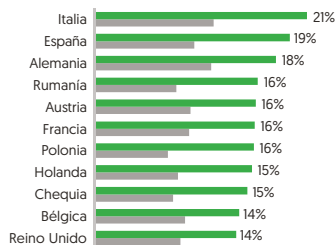




Gráfico 1. Evolución de la población de personas mayores de 75 años en Europa

Mayor proporción: Italia, España, Alemania

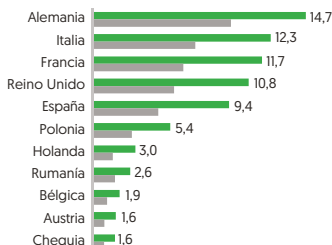
Proyección de la proporción de población mayor de 75 años, como % total de la población



■ Proporción de la población total en 2050
■ Proporción de la población total en 2019

Mayor volumen: Alemania, Italia, Francia

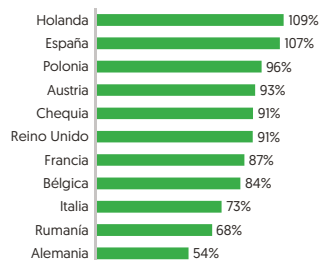
Número proyectado de la población de más de 75 años, en millones de personas



■ Número de personas mayores de 75 en 2050
■ Número de personas mayores de 75 en 2019

Mayor incremento: Holanda, España, Polonia

Proyección del crecimiento de la población mayor de 75 años, entre 2019 y 2050



Fuente: Anikeef, 2019.

Las proyecciones realizadas por los institutos estadísticos europeos y nacionales abundan en la misma dirección que, por suficientemente conocida, quizá no merezca mayor extensión.

Cabe apuntar, si acaso, que Asturias, tal y como muestra la Tabla 1, verá crecer en menor proporción que el conjunto de España sus efectivos de mayor edad, aun haciéndolo en proporciones notables, a un ritmo de un 1,5% anual. Pero si ese crecimiento es más lento es porque Asturias va un paso por delante de otras regiones: en buena medida, ya ha envejecido como consecuencia de una transición demográfica que se adelantó a la nacional –menos hijos/as nacidos/as ya desde los años 60– y de una emigración que, desde hace décadas, adelgaza los tramos medios de la pirámide.

Tabla 1. Proyecciones demográficas para España y Asturias 2035

	2020	2035	2020-2035	Porcentaje
España +65	8.761.199	12.086.566	3.325.367	37,9%
Asturias +65	251.321	309.451	58.130	23,1%
España +80	2.851.867	3.900.208	1.048.341	36,7%
Asturias +80	87.165	108.628	21.463	24,6%

Fuente: INE.

Sin embargo, y si bien las tendencias demográficas son comunes con las de otros países, hay variables cuyas magnitudes no son tan homogéneas y pueden condicionar las políticas públicas LTC:

1. La renta de los hogares de las personas mayores en España. Por un lado, las pensiones españolas, a pesar de que su tasa de reposición es la más elevada de Europa, son algo inferiores a las de esos países, efecto de las menores bases de cotización. Por otro, son muchos los hogares perceptores de una sola pensión, como consecuencia de la más tardía incorporación de la mujer a ocupaciones no agrarias, que solo es masiva a partir de los años 80. Por último, en muchos países, además de los habituales programas público privados de pensiones por cotización, existen otros complementarios, muchas veces voluntarios, generalmente privados, a cuenta de empresas o personas trabajadoras, de carácter generalmente privado, que mejoran notablemente la renta disponible en los hogares de las personas mayores. La previsión para 2030 que hace ING es de una mejora de la renta en los hogares de las personas mayores, que pasará de 13.000€ a 23.000€, más cercana a la de otros países, especialmente en términos de poder adquisitivo, pero lejos aún de los mejores.
2. La riqueza patrimonial de las personas mayores. La cúspide de la pirámide está integrada, sobre todo, por grupos de edad que, en su inmensa mayoría, y al contrario de lo que sucede en otras naciones, son propietarias de sus viviendas. Este valor riqueza, claramente inflado durante los años de la burbuja inmobiliaria, se ha reducido notablemente durante estos últimos años. La previsión para los próximos años es mantener valores de riqueza similares cuando no inferiores a los de otros países europeos. Por supuesto, se trata de previsiones realizadas antes de la epidemia de COVID-19. Ignoramos como puede impactar la enfermedad en los valores inmobiliarios, si bien las primerísimas pautas detectadas –reducción del crecimiento económico, teletrabajo, etc.– no hacen ser optimistas a corto y quizá medio plazo.

Gráfico 2. Renta y evolución para las personas mayores de 75 años en varios países europeos

	Ingresos percibidos por mayores de 65 en 2017*	PIB nominal per cápita, proy. 2017-2030**	Índice de sostenibilidad fiscal (SI)***	Ingresos estimados para mayores de 75 en 2030
Austria	24.101	52%	-0,8%	36.922
Francia	23.079	53%	4,2%	33.762
Holanda	19.834	63%	-1,7 %	32.963
Alemania	19.267	56%	-2,0%	30.717
Reino Unido	18.969	53%	1,3 %	28.635
Bélgica	18.826	53%	4,3%	27.534
Italia	16.741	45%	9,4%	22.044
España	13.972	59%	5,2%	21.121
Rep. Checa	6.728	87%	-2,9%	12.917
Polonia	5.617	105%	-0,7%	11.603
Rumanía [^]	2.628	142%	1,5 %	6.269

*Ingresos netos medios equivalentes a hogares de personas mayores, en euros.

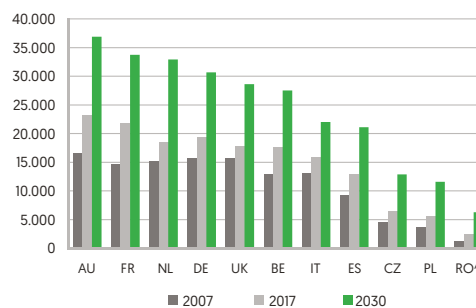
** Proyecciones de referencia de la OCDE del producto interno bruto per cápita.

*** Indicador de sostenibilidad fiscal a medio plazo de la CE (SI).

[^]Cálculo de ING basado en FMI hasta 2024 y extrapolación para 2025-2030.

Crecimiento estimado de los ingresos de las personas mayores en países de la UE

Ingresos medios anuales disponibles (2007, 2017) y estimados (2030) para hogares con población mayor de 75 años*



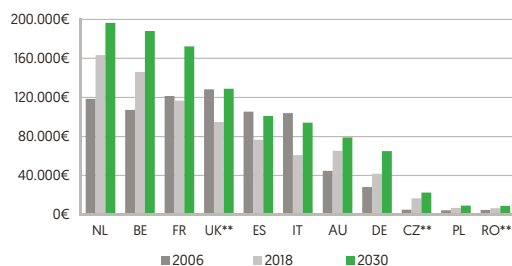
*Ingresos netos medios equivalentes a hogares de personas mayores, en €.

Fuente: Anikeef, 2019.



Gráfico 3. Riqueza patrimonial: mediana estimada para personas mayores de 75 años en varios países europeos, 2006-2030

Mediana estimada de la riqueza neta para personas de más de 75 años*



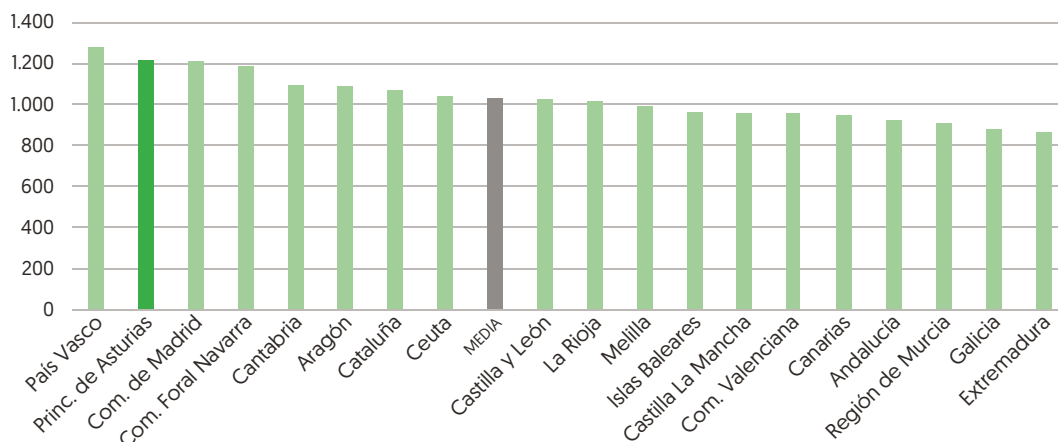
* Datos de la mediana de riqueza por adulto/a calculados a partir de ratios de la mediana de riqueza por grupos de edad de la encuesta sobre finanzas de los hogares del BCE, abril 2017.
** La ratio de edad no está disponible, basada en el promedio de otros países.

Fuente: Anikeef, 2019.

En Asturias, es bien sabido que las prestaciones por jubilación son, en promedio, superiores a las del conjunto de la nación. Pero, aun así, por comparación con las de otros países europeos, resultan inferiores. Y lo son, en buena parte, a consecuencia de la ausencia de un régimen generalizado de pensiones complementarias. La pensión media en Asturias (14 pagas) estaría en torno a los 19.000€ anuales, claramente por encima de la cuantía media percibida a nivel nacional, pero inferior a la de los y las pensionistas de otros países, más aún si no se computan los planes complementarios de los que disponen personas trabajadoras suecas o alemanas, por ejemplo.

Por último, sabemos que la renta de los hogares en Asturias varía notablemente en función del territorio. Todo hace pensar que esa pauta es extensible a las pensiones, tanto por su notable peso en la renta de los hogares, especialmente en territorios rurales y envejecidos, como porque sus cuantías dependen en buena medida de las rentas percibidas durante la vida laboral.

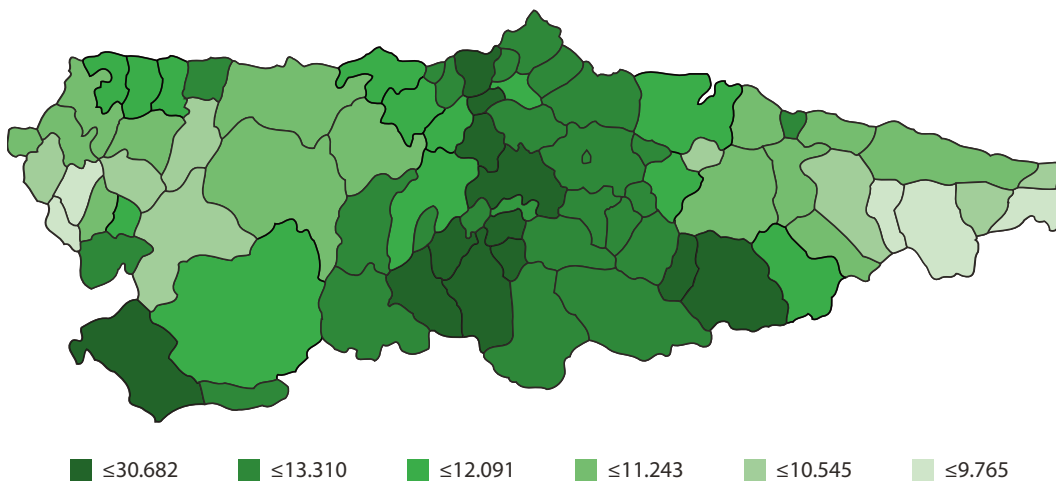
Gráfico 4. Pensiones medias en España por CCAA (a noviembre de 2020)



Fuente: Seguridad Social.

En el mapa que figura a continuación, elaborado con los datos del INE, se observan esas disparidades, muy especialmente entre los concejos rurales, donde las rentas son más bajas [gama de verdes claros] y los metropolitanos donde son más elevadas [gama de verdes oscuros].

Gráfico 5. Renta de los concejos asturianos (€/año)



Fuente: INE.

Podemos afirmar que el sistema de LTC en España y, por ende en Asturias, cuenta con la limitación de partida de personas beneficiarias con rentas relativamente bajas, especialmente en algunos territorios, como los rurales del Occidente o del Oriente, especialmente los del interior. Son niveles de renta que limitan el acceso a los cuidados de larga duración, especialmente cuando más caros son. El acceso a ellos supone un esfuerzo considerable por parte de sus beneficiarios/as y, en ocasiones, emplear en ellos parte de los ahorros de una vida. En los años 2000, en pleno auge de la burbuja inmobiliaria, el valor de los inmuebles impulsó la figura de la hipoteca inversa, que facilitaba el acceso de las personas mayores a LTC privados. Ahora, cuando la tendencia al alza de los inmuebles no está asegurada, esta figura tiene menor interés financiero como fórmula de pago de servicios LTC. Por ello, es necesario recurrir con frecuencia al ahorro o a la familia que, además, en territorios rurales, está cada vez menos presente como consecuencia de la diáspora. Una estrategia que recuerda a las que hace un siglo se utilizaban en caso de infortunio y que hace pensar en la necesidad de evolucionar en los programas LTC.



3.2. DISPARIDADES CONCEJO A CONCEJO: LA ASTURIAS METROPOLITANA, LA LITORAL Y LA INTERIOR

Las proyecciones municipales para 2035 realizadas por el Regiolab de la Universidad de Oviedo para este trabajo resultan muy similares a las realizadas por el INE para el conjunto de la región.

Apuntan que Asturias perderá un 10,3% de su población, unos 105.446 habitantes, durante los próximos quince años y que casi todos los concejos verán disminuir efectivos demográficos. Pero lo harán en mayor medida los rurales que los urbanos.

Las excepciones, algunos concejos metropolitanos –Llanera, Illas o Santo Adriano– otros de la comarca de la Sidra –Cabranes– o del Oriente, a los que sus actuales tendencias auguran cierto crecimiento, o concejos muy pequeños y estadísticamente poco significativos –Yernes y Tameza, Illano– donde cualquier pequeño altibajo en los registros de los últimos años –la baja o alta de dos vecinos/as, por ejemplo– introducen notables variaciones estadísticas que pueden alterar el valor de la proyección.

Cabe señalar, por último, que las tendencias de los últimos veinte años hacen pensar que el descenso poblacional será mayor en hábitats rurales más o menos dispersos que en los núcleos de población y, sobre todo, las villas o pueblos que, a pesar de perder o mantener población, ganan peso demográfico, al alojar una proporción creciente de la población municipal.

Naturalmente, pueden darse fenómenos extraordinarios –la propia COVID-19– que pueden alterar estos resultados: pensemos en una migración hacia el medio rural, como apuntan algunas fuentes que, aunque improbable en magnitudes significativas, podría alterar las proyecciones. Lo deseable sería actualizar esas proyecciones cada tres o cinco años.

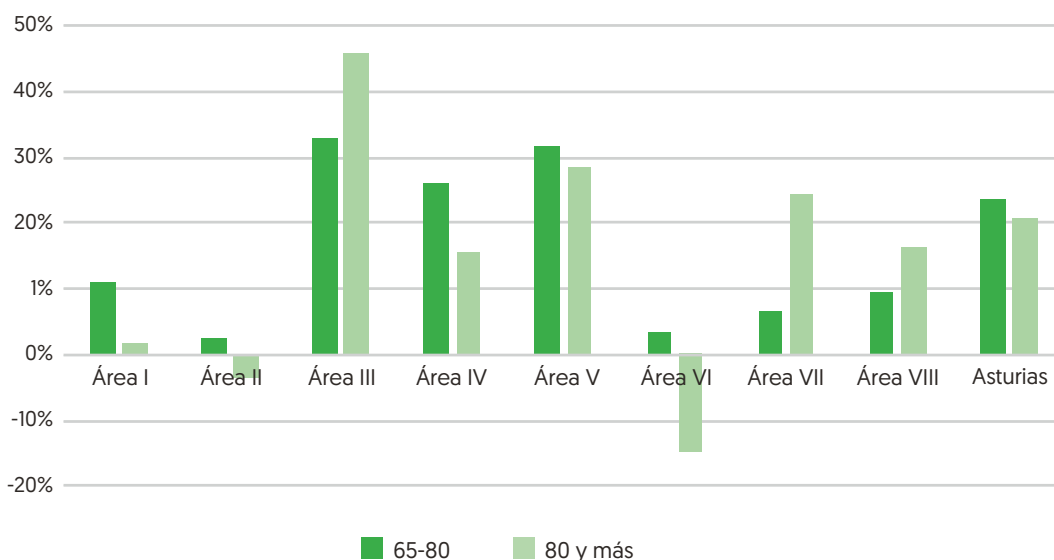
No obstante, cualquiera de estos acontecimientos posibles afectaría en mayor medida a grupos de edad más jóvenes que no a las personas mayores. Estos no suelen migrar salvo para pasar sus últimos años en casa de un familiar o en una residencia situadas en municipios que no son los suyos.

En cuanto a grupos de edad:

- El de personas mayores de 65 crecerá en unos 62.000 efectivos –un 23%– durante los próximos tres quinquenios. El grupo de personas mayores de 80 años –personas usuarias mayoritariamente de servicios de dependencia– lo hará en unos 19.000 efectivos, un 21%.
- No se estima el impacto de la sobremortalidad por la COVID-19 en el resultado de las proyecciones. En plena pandemia, es aún pronto para valorar su impacto en las pautas demográficas: si bien es cierto que son muchas las personas mayores fallecidas, no lo es menos que, en su mayoría lo son mayores de 75 años, grupo de edad que no debería alterar en exceso la proyección para 2035.
- La pauta territorial no es del todo clara: todo apunta a que son los concejos rurales del interior de Asturias, con población ya en 2020 más envejecida, los que, en general, menos verán crecer los grupos etáneos más altos, siendo los metropolitanos y los costeros los que, en líneas generales, registren mayores incrementos.

- Por territorios, las Áreas de Servicios Sociales más metropolitanas son las que recogen un mayor incremento demográfico en los dos grupos de edad:
 - Será particularmente acusado en el Área III [Avilés] claramente por encima de la media, y muy particularmente en los concejos de Avilés, Castrillón y Corvera.
 - El Área V [Gijón] crecerá también, para ambos grupos, por encima de la media muy particularmente en Gijón.
 - En el Área IV [Oviedo] crecerán por encima de la media las personas mayores de 65, pero las de más de 80 lo harán en menor proporción. Siero, Llanera y Morcín registran los mayores incrementos porcentuales, si bien es Oviedo el concejo que crece más en términos absolutos.
 - Las Áreas VII y VIII [Cuencas] crecerán también en ratios superiores a la media, en especial las personas mayores de 80 años. Siguen la misma pauta “urbana” de otras comarcas.
 - En el Área I [Noroccidente] se espera un incremento en el número de personas mayores que, aunque por debajo de la media, será significativo, con notables incrementos en concejos de la comarca de los Oscos o en otros más cercanos al litoral como San Tirso de Abres.
 - El Área II [Suroccidente] mantendrá o incluso verá descender, en el caso de las personas mayores de 80 años, el número de efectivos.

Gráfico 6. Variación demográfica esperada [%] para 2035 por Áreas de Servicios Sociales



Fuente: Regiolab de la Universidad de Oviedo.



Tabla 2. Proyección de crecimiento demográfico, grupos etáneos +65 y +80. Áreas de Servicios Sociales y municipios 2019-2035

	Incremento absoluto		Incremento porcentual	
	+65 2019-2035	+80 2019-2035	% 65 y más	% 80 y más
Boal	68	77	11,5	31,3
Castropol	142	18	13,4	4,7
Coaña	148	41	15,8	12,9
El Franco	187	96	17,9	23,3
Grandas de Salime	34	18	11,9	14,5
Illano	120	82	77,9	115,5
Valdés	310	313	8,2	21,1
Navia	398	70	18,5	9,0
Pesoz	111	32	194,7	188,2
San Martín de Oscos	140	76	91,5	133,3
Santa Eulalia de Oscos	55	14	37,2	20,3
San Tirso de Abres	72	34	46,5	52,3
Tapia de Casariego	151	34	13,7	8,0
Taramundi	99	44	37,5	41,9
Vegadeo	77	29	6,6	6,8
Villanueva de Oscos	79	36	76,0	83,7
Villayón	50	13	10,5	7,2
Total ÁREA I	1.485	81	10,9	1,6
Allande	71	50	11,0	18,2
Cangas del Narcea	250	23	6,9	1,8
Degaña	142	93	62,3	114,8
Ibias	11	7	2,3	3,5
Tineo	264	225	8,8	18,3
Total ÁREA II	210	112	2,6	3,6
Avilés	6.520	4.241	33,3	61,9
Castrillón	3.106	821	55,4	52,0
Corvera de Asturias	2.096	850	57,6	79,1
Cudillero	54	78	3,4	13,1
Gozón	559	126	19,1	12,3
Illas	94	28	32,2	28,9
Muros de Nalón	60	10	10,2	4,6
Pravia	143	161	6,5	18,8
Soto del Barco	182	0	16,3	0,0
Total ÁREA III	12.420	5.817	33,1	45,9



Belmonte de Miranda	36	50	6,0	20,5
Bimenes	45	48	8,6	22,6
Cabranes	12	26	3,6	16,5
Candamo	14	26	2,1	10,5
Grado	271	334	9,9	31,1
Llanera	856	152	31,5	18,1
Morcín	201	176	28,7	60,1
Nava	127	70	9,7	15,1
Noreña	226	61	21,4	16,3
Oviedo	15.154	3.050	30,3	18,6
Proaza	75	9	27,9	10,5
Quirós	40	3	9,7	2,1
Las Regueras	70	60	12,0	33,9
Ribera de Arriba	101	76	22,9	43,9
Riosa	192	157	36,5	78,9
Salas	224	152	13,1	20,7
Santo Adriano	89	37	92,7	100,0
Sariego	108	48	31,2	36,6
Siero	3.068	913	27,9	25,2
Somiedo	15	22	3,5	11,1
Teverga	96	73	16,4	32,9
Yernes y Tameza	83	36	207,5	300,0
Total ÁREA IV	19.987	4.081	25,9	15,7
Carreño	303	13	11,0	1,4
Gijón	24.210	7.455	34,2	33,2
Villaviciosa	42	350	1,0	24,0
Total ÁREA V	24.471	7.092	31,5	28,5
Amieva	72	11	29,8	11,0
Cabrales	32	19	5,3	8,1
Cangas de Onís	5	97	0,3	16,9
Caravia	136	23	102,3	67,6
Colunga	73	89	6,6	20,1
Llanes	57	327	1,6	25,6
Onís	57	20	23,4	19,0
Parres	18	69	1,3	12,3
Peñamellera Alta	65	12	32,0	15,0
Peñamellera Baja	13	29	3,4	19,3
Piloña	341	273	15,9	30,7
Ponga	140	12	64,2	23,5



Ribadedeva	98	17	20,0	9,3
Ribadesella	211	68	13,4	11,9
Total ÁREA VI	454	774	3,3	14,7
Aller	6	250	0,2	20,1
Lena	86	88	2,9	7,9
Mieres	987	1.211	9,4	30,7
Total ÁREA VII	1.079	1.549	6,5	24,6
Caso	11	60	1,9	30,3
Langreo	513	327	5,1	9,5
Laviana	570	260	17,2	22,9
San Martín del Rey Aurelio	637	500	13,8	31,7
Sobrescobio	67	38	28,8	38,8
Total ÁREA VIII	1.798	1.065	9,6	16,5
ASTURIAS	61.904	18.799	23,5	20,9

Fuente: Elaboración propia para este trabajo.

4. UN ANÁLISIS INTERNACIONAL: HACIA MODELOS DOMICILIARIOS, MIXTOS Y CON FINANCIACIÓN ESPECÍFICA

Todos los países “occidentales” –un concepto que, para este trabajo, incluye a Japón– afrontan el desafío del envejecimiento.

El desafío no tiene la misma magnitud en todas las naciones, porque las perspectivas demográficas no son las mismas en todos ellos. Japón, por ejemplo, encara proyecciones que multiplican no ya su población anciana, sino la tasa de envejecimiento en las próximas décadas. Sin embargo, en EE UU, Irlanda o Bélgica, las proyecciones, aun siguiendo tendencias parecidas, son más moderadas, por lo que la intensidad del desafío es menor.

El análisis se centra en tres ejes esenciales:

1. Principios: cómo atender a las personas mayores a lo largo de una vejez que, además, tiende a alargarse.
2. Prestaciones y prestadores de los servicios: derivada de la anterior, cómo se articulan los programas de atención a personas mayores.
3. Financiación: cómo se financian esos cuidados.

Estos serán los ejes que utilizaremos para analizar los programas para personas mayores en los siguientes países: marco general de la UE, con directrices y recomendaciones que afectan a España como país miembro, para centrarnos luego en casos específicos como Francia, Alemania, Suecia y Japón.





Elegir estos países responde al criterio de tomar en consideración ejemplos representativos de las que, tradicionalmente, se han considerado principales tipologías de estado de bienestar: Continental (Francia), Renano (Alemania) y Escandinavo (Suecia). Se ha añadido Japón como ejemplo de modelo en un país muy envejecido, aunque de valores aparentemente distintos a los de España, que sería un caso prototípico del modelo de bienestar mediterráneo. Y si bien es cierto que esta tipología tradicional queda un tanto diluida cuando se comparan los pilares tradicionales del estado de bienestar –salud, previsión social, educación– en los que España –o Italia– no sale malparada, no lo es menos que emerge con fuerza cuando se analizan nuevos pilares, como puedan ser los cuidados de larga duración. En estos, como veremos, España, al igual que otros países “mediterráneos” –o el Reino Unido–, transita por caminos distintos a los del Norte y Centro de Europa y a las propias recomendaciones de la UE, con un modelo mal financiado, que prioriza la atención residencial y, que si bien presenta un catálogo de prestaciones que no difiere mucho del de esos países que la UE propone como estandar, sí difiere en los énfasis, en algunos planteamientos subyacentes “filosóficos” y, por supuesto, en la dotación presupuestaria de esas prestaciones.

Todo ello está recogido en una publicación de la Comisión Europea, *Challenges in Long-term care in Europe* (Spasova et al., 2018), que desgrana el estado del arte de los programas LTC en los Estados miembros, dejando algunas recomendaciones que afectan a toda la Unión:

1. Asume que los cuidados de larga duración constituyen uno de los pilares de los derechos sociales de la UE.
2. Asume como deseable para toda la Unión la tendencia de países del Centro y Norte de Europa a priorizar las políticas de cuidados domiciliarios, frente al modelo del Sur, Reino Unido y el Este, tendente a lo residencial. Sin embargo, entiende que los cuidados residenciales juegan y jugarán un rol importante en los LTC del futuro.
3. Las políticas domiciliarias deben acompañarse por otras, de prevención y rehabilitación que faciliten la estancia en el domicilio. Podrían incluirse entre ellas las de envejecimiento activo.
4. Es fundamental ir hacia una mejor integración de los servicios de salud y de atención social.
5. Se asume la posibilidad de ofrecer ayudas en metálico a libre disposición, pero con mecanismos de control que prevengan posibles fraudes.
6. Cree que la transición desde un modelo prioritariamente residencial a otro domiciliario, que pueda suponer la reducción de plazas residenciales, debe hacerse sin ocasionar carestía de plazas durante el periodo transitorio.
7. En un sector dado a lo informal, con frecuencia a cargo de familiares o personas inmigrantes, debe darse importancia a los LTC como nicho de empleo especializado y, por tanto, cuidar la formación específica en LTC, profesionalizando el sector. Debe apoyarse con formación a cuidadores/as informales que lo deseen (generalmente, familiares).
8. Deben compartirse experiencias y buenas prácticas comunitarias, así como elaborar indicadores de calidad del sistema compartidos por toda la UE.
9. Se ha de garantizar la sostenibilidad financiera del sistema.



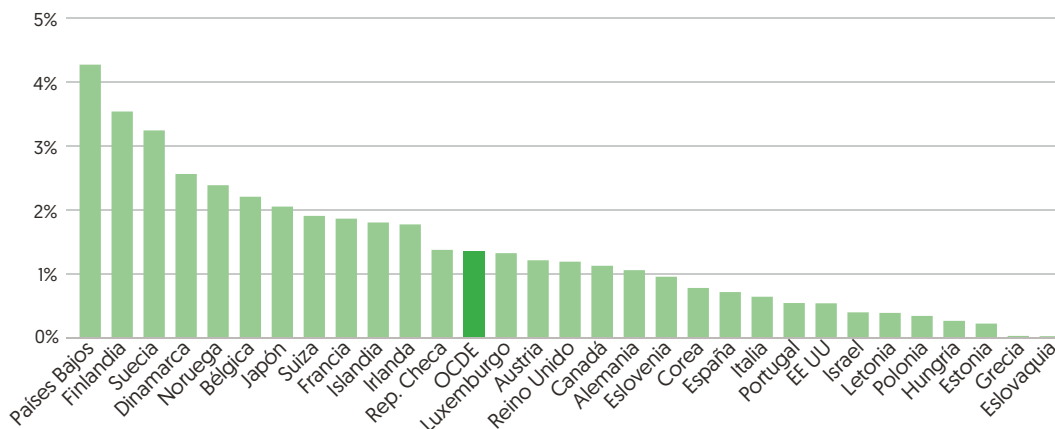
10. Llama también a reorganizar la gobernanza y financiación del sistema, no siempre claro y muy dispar en función de cada estado miembro.

El análisis por países confirma plenamente –como, por otra parte, era de esperar– lo apuntado por la Comisión Europea:

1. Todos los países analizados han pasado de tener programas de cuidados de larga duración a implantar un Seguro. Esto es, el futuro receptor de la prestación paga una cantidad prefijada y finalista destinada a recibir prestaciones LTC.
2. La filosofía de las políticas públicas de atención a la discapacidad en las personas mayores responde, en general, al principio de que su puesta en práctica es una responsabilidad social, que se articula sobre tres pilares:
 - La persona beneficiaria, que elige en lo posible la modalidad de prestación que prefiere y colabora en su financiación.
 - La familia, que colabora en el cuidado de la persona mayor. Se tiende a facilitar, en algunos casos, que pueda hacerlo, propiciando incluso una formación básica para el cuidado o facilitando prestaciones económicas compensatorias.
 - La sociedad, a través de los distintos escalones administrativos, pagando cantidades sustanciales de la prestación, que en el caso de Suecia o, en determinadas circunstancias, en Japón, llega a cubrir la mayor parte de su coste.
3. La mayor parte de los países analizados tienen un esquema competencial (más o menos) claro sobre la materia. Un esquema que no es, ni mucho menos común, pero asigna, con cierta claridad, las funciones de cada uno de los pilares del sistema: quién paga, quién cuida, quién presta el servicio.
4. Todas coinciden en un esquema de financiación estatal, por lo general a través de un tributo específico y finalista, “prémium”, implantado en los últimos años, bien sobre renta, bien con un recargo en la contribución a la Seguridad Social. La excepción es Suecia, cuyo sistema de cuidados se financia a través de impuestos ordinarios. Quizá el aspecto más distintivo de España respecto a otras naciones resida en la financiación –fórmulas y cuantías– del sistema:
 - Tal y como se aprecia en el Gráfico 7, el esfuerzo que realizan los países de la OCDE para cubrir los programas LTC es muy irregular: la media está en 1,7% del PIB, pero Hungría destina el 0,2% mientras que ese guarismo es en Holanda del 3,7%. España destina un 0,7%, muy por debajo de la media y en el grupo de países que menor esfuerzo realizan. Es cierto que España está donde están países de renta similar a la española –Israel, Italia, Corea– que mantienen ratios similares de gasto LTC. Pero países de renta inferior, como Lituania o Eslovenia, hacen un esfuerzo algo mayor, mientras que Francia, con una riqueza algo superior, casi triplica la ratio española.
 - Además, dado que el PIB por habitante en los países que más esfuerzo realizan es superior al español, la diferencia en valores reales por mayor de 65 años destinada a LTC entre España y los países punteros en España se amplía aún más. Es cierto que la LTCI no incluye solo a las personas mayores, pero sí que son éstas las receptoras de la inmensa mayoría de sus recursos. Para hacernos una idea de lo que suponen esos porcentajes en euros por mayor de 65 años, véase el Gráfico 8.

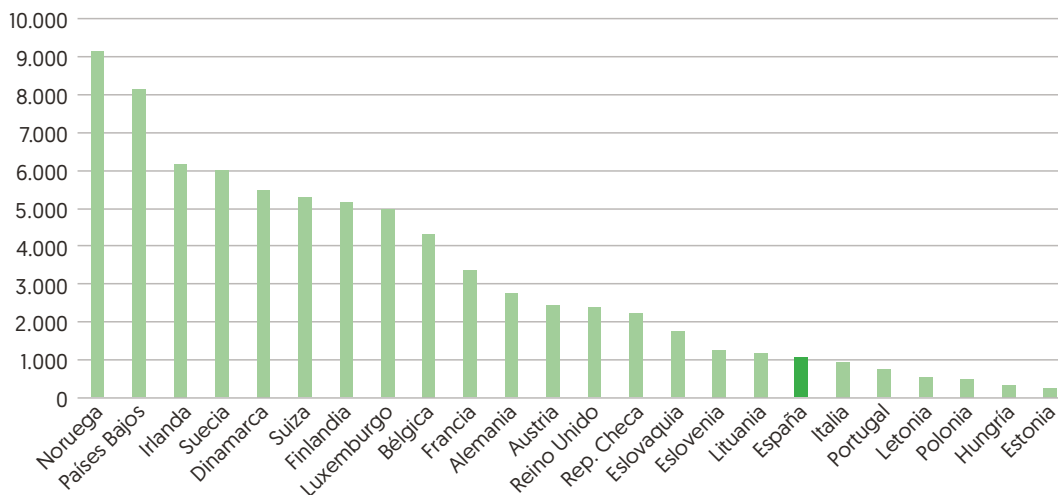


Gráfico 7. Porcentaje sobre PIB en políticas de cuidados de larga duración en los países de la OCDE



Fuente: OCDE (2020).

Gráfico 8. Gasto en dependencia por habitantes mayores de 65 años en varios países de la UE (€ PPC)



Fuente: OCDE y Eurostat (Elaboración propia).

- El principal problema del sistema español reside, por tanto, en su escasa financiación, dejando en manos de las personas beneficiarias y sus familias las cargas de los LTC.
- A lo escaso de la financiación se suma una renta de los hogares de las personas mayores de 65 años que, como ya vimos [Gráfico 2], son en promedio inferiores a las de esos países. Por tanto, el esfuerzo que tienen que realizar las personas mayores –y, en ocasiones, sus familias– para disfrutar de una vejez en su casa y en las mejores condiciones es mucho mayor que el que realizan sus coetáneos del Centro y Norte de Europa.



5. Si la financiación se articula a escala nacional, la prestación del servicio corresponde a niveles administrativos regionales o municipales.
6. Las prestaciones se gestionan a través de sistemas mixtos. Tanto la parte financiera –en los casos francés y alemán, a cargo de mutualidades y entidades asimiladas públicas y privadas, reguladas por el estado; en el caso sueco directamente desde el Estado– como la provisión del servicio en sí que, en todos los casos, es prestada por entidades tanto públicas como privadas, si bien, en este último caso, integradas en sistemas públicos de supervisión y coordinación.
7. Todas ellas tienden a primar la atención domiciliaria: que la persona mayor pueda permanecer en su hogar el máximo tiempo posible y, en algunos casos, facilitando que sea la familia la que acompañe a la persona. Cuando no es posible permanecer en el hogar se buscan fórmulas residenciales lo más parecidas posible a ese hogar: lo que se llaman “viviendas especiales” en Suecia, *cohousing* o, en el caso francés, EHPADS o residencias geriátricas medicalizadas de mediano tamaño localizadas, por lo general, en ambientes suburbanos, abiertos y con espacios verdes.
8. La cartera de prestaciones es similar en la mayor parte de los casos analizados. Cambia mucho, sin embargo, la claridad de esa carta de prestaciones, mucho más simplificada y estructurada, por ejemplo, en Alemania. Y, desde luego, el número de personas receptoras de prestaciones así como la cuantía de la prestación.
9. El catálogo de prestaciones LTC en España es homologable al de los países que hemos traído como ejemplo. No lo son, sin embargo, las cuantías destinadas a cubrir la prestación ni la cobertura del sistema. La afirmación es válida para Asturias. Sin embargo, en el caso asturiano, la cobertura de algunas prestaciones es inferior a la media nacional (6,1% de personas mayores de 65 años con prestación, por un 8,5% nacional en 2018, según los datos del SAAD; proporciones que, en mayor o menor medida, se extienden a casi todas las prestaciones, sean domiciliarias o residenciales).

Desde los años 90, países como Japón, Francia o Alemania han adoptado medidas para hacer frente al reto de la atención a largo plazo a las personas mayores, transitando desde la prestación de servicios a la creación de seguros universales que garanticen una prestación de servicios LTC también universal.

4.1. ALEMANIA: HACIA LA CONSOLIDACIÓN DE UN SEGURO LTC DE PRESTACIÓN DOMICILIARIA

Alemania, en la tradición renana, fue pionera poniendo en marcha un seguro de cuidados de larga duración a mediados de los años 90. Sustentado sobre el principio de la corresponsabilidad social, ha sufrido desde su creación modificaciones en aras de su perfeccionamiento pero, sobre todo, de su sostenibilidad financiera, que en la actualidad es algo superior a la de la media de la OCDE.



4.1.1. ¿En qué principios se apoya el sistema alemán?

Alemania introdujo en 1995 el concepto LCTI –*Long Term Care Insurance*– que, apoyado en el sistema de seguridad social, intenta ofrecer a toda la ciudadanía un mínimo nivel de cuidados a cualquier edad en caso de necesitarlos. En términos generales, el modelo responde a los postulados del sistema de bienestar renano: atender a la población en caso de desventura o catástrofe y pagarlo mediante el principio de costes compartidos por toda la sociedad, lo que implica utilizar de la forma más armónica y justa posible todos los recursos de la sociedad: públicos y privados, incluyendo los provenientes del mercado, pero también los de las personas receptoras de cuidados y los de sus familias:

- En la actualidad provee prestaciones a casi el 5% de la población (más de cuatro millones de alemanes/as) partiendo de un 1,5% en 1995. En España es aproximadamente un millón de compatriotas el que recibía prestación en 2018, con una cobertura del sistema que no alcanza la mitad de la germana.
- Descansa sobre el principio de solidaridad social.
- Atiende al principio de necesidad y no al de recursos.
- La prestación no se ve afectada por las circunstancias personales (pongamos por caso, convivir con un/a cuidador/a).
- Tampoco se ve afectada por la naturaleza de la dependencia, física o psíquica.
- Persigue equilibrar los recursos públicos con los privados que puedan proveer el mercado, el/la paciente o las propias familias.
- Su catálogo de prestaciones se apoya en principios como la autonomía personal de la persona usuaria, la priorización del cuidado domiciliario y la responsabilidad personal de la persona usuaria del servicio.

El corazón del sistema es un fondo de riesgo que responde a la premisa inicial de que nadie ha de soportar los costes desmesurados por necesidades de cuidado. No obstante, el sistema no se propone cubrir todos los costes que generen esos cuidados, sino más bien garantizar un mínimo universal que garantice la equidad y que la vejez tenga lugar en condiciones lo más parecidas posible a las deseadas por la persona beneficiaria del sistema.

4.1.2. ¿Qué prestaciones ofrece?

Los objetivos que regulan la atención derivan del Código Social (SGB XI):

- Autonomía personal: las ayudas económicas están destinadas a lograr la mayor autonomía personal posible, incluye la libre elección de entidades proveedoras de cuidados.
- Para ello hay programas que establecen una prestación económica en función de variables como rentas o grado de dependencia –véase Gráfico 9– que la persona beneficiaria puede emplear como mejor estime. La contrapartida a este sistema es, como subraya el informe ya citado de la Comisión, el riesgo de fraude por parte de la persona usuaria.
 - Las ayudas en metálico para atención domiciliaria comprenden desde los 300€/mes para un grado de dependencia 2 a los 900€/mes en el caso del grado 5.

- El valor de las ayudas mediante prestación (*in-kind*) comprenden un rango entre los 1.000€/mes [grado 2 de dependencia] y los 2.000€/mes [grado 5].
- Se conceden también ayudas para el pago a cuidadores/as que sustituyan a las entidades cuidadoras habituales durante sus vacaciones, en torno a 1.600€/año.
- Se conceden ayudas de 4.000€ para obras de adaptación de la vivienda.
- Priorización de los cuidados en el hogar: el sistema LTCI está orientado a apoyar los cuidados en el hogar y, en lo posible, por parte de familiares o vecindario, de forma que residan en su casa por el mayor tiempo posible.
- Priorización de la prevención y la rehabilitación médica, y a ser posible, a domicilio.
- Responsabilidad personal: las personas usuarias son responsables de tomar parte en los tratamientos y cuidados que puedan necesitar.
- Responsabilidad social: la provisión de cuidados es tarea de toda la sociedad, incluyendo las autoridades locales, las comunidades y, por supuesto, las familias.
- Cuidados dignos: las entidades proveedoras deben asegurar que estos sean humanos.

Gráfico 9. Prestaciones del sistema alemán de cuidados de larga duración

Prestaciones' [máxima €/mes, 2019]	Nivel de cuidado				
	1	2	3	4	5
Cuidados en el hogar					
Dinero en efectivo	–	316	545	728	901
En especie	–	689	1.298	1.612	1.995
Adaptaciones del hogar	4.000 [por adaptación]	4.000 [por adaptación]	4.000 [por adaptación]	4.000 [por adaptación]	4.000 [por adaptación]
Ayudas para cuidado	40	40	40	40	40
Piso compartido	214	214	214	214	214
Prestaciones para apoyar a las personas cuidadoras informales					
Prestación de alivio ²	125	125	125	125	125
Prestación de relevo ³	–	1.612 [por año]	1.612 [por año]	1.612 [por año]	1.612 [por año]
Cuidado residencial corto plazo ⁴	–	1.612 [por año]	1.612 [por año]	1.612 [por año]	1.612 [por año]
Atención semi-residencial					
Cuidado diurno o nocturno	125	689	1.298	1.612	1.995
Atención residencial					
Atención residencial	125	770	1.262	1.775	2.005

Fuente: BMG, 2019c

1 Las personas beneficiarias también pueden elegir una combinación de prestaciones en efectivo y en especie.

2 Destinado a cuidados diurnos/nocturnos, cuidados residenciales a corto plazo o servicios de apoyo de bajo umbral.

3 Disponible hasta 6 semanas al año si la persona cuidadora informal no puede brindar atención por vacaciones o enfermedad.

4 Disponible hasta 8 semanas al año cuando surge una situación de crisis en la atención domiciliaria o durante la transición de una estancia en el hospital y cuando la vuelta a casa necesita ser organizada.

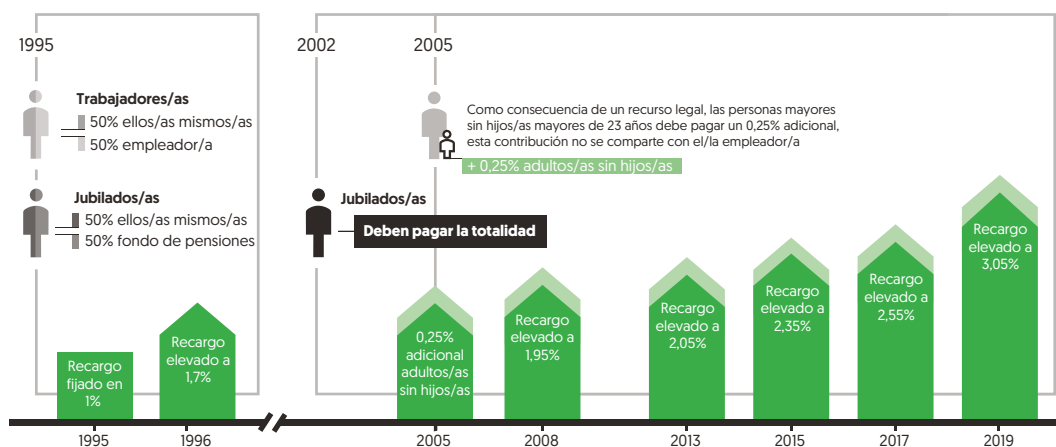


4.1.3. ¿Cómo se financia?

El sistema es sorprendentemente complejo. Se administra a través de un sistema de fondos nacionales administrados por seguros públicos y privados que ya prestan en el mercado como proveedores de seguros de salud. En 2019, 109 eran fondos públicos y 48 lo eran privados. En torno al 90% de la población [esencialmente, la asalariada] es cubierta por fondos públicos, mientras que el 10% restante [personal trabajador público, personal autoempleado, empresarios/as o aquellas personas asalariadas con ingresos anuales superiores a 60.750€] son cubiertas por el sistema privado paralelo que es idéntico en sus prestaciones al público.

El personal trabajador, hasta un tope de ingresos de unos 55.000€ (no se consideran rentas de ahorros o bienes), tiene que pagar un 3,05% adicional de su nómina (hasta un máximo de 138,4€) para recibir prestaciones LCTI. El tejido empresarial corresponde con una cuota del 3,2% adicional a la de la Seguridad Social.

Gráfico 10. Cambios en la estructura de financiación del sistema de cuidados de larga duración



4.2. FRANCIA: TRANSITANDO DESDE EL MODELO EHPAD AL DOMICILIARIO

Francia disfruta, desde hace unos 20 años, de un sistema de seguros LTC. Con una cartera de prestaciones quizá menos generosa que la germana, pero bien financiada, se apoya en el sistema EHPAD, si bien, en los últimos años, trata de priorizar las prestaciones domiciliarias.

4.2.1. ¿Cuáles son los principios rectores del sistema francés?

- La atención de cuidados de largo plazo es un derecho universal para las personas de más de 60 años.



- Permite que se beneficien de las ayudas y servicios necesarios para realizar los actos esenciales de la vida, muy especialmente para aquellos que por su condición requieren cuidado particular.
- Es una ayuda personalizada que responde a los deseos particulares de cada persona beneficiaria.
- Afecta igual a las personas residentes en su domicilio como a residentes EHPAD.
- Persigue priorizar los cuidados domiciliarios frente a los residenciales.

4.2.2. ¿Qué prestaciones ofrece?

Las prestaciones de cuidados de larga duración para personas mayores están encomendadas esencialmente a la *Casse nationale de solidarité pour l'autonomie* (CNSA), Caja Nacional de Solidaridad para la Autonomía, fundada en 2005.

Las principales ayudas disponibles son de tipo individual, *Allocation Personnalisée d'autonomie* (APA), Asignación Personal de Autonomía y *L'aide sociale à l'hébergement*, Ayuda social al alojamiento. El APA sufraga tanto alojamiento destinado a personas mayores de 60 años sin autonomía como asistencia domiciliaria, contribuyendo al pago los costes extras derivados de la permanencia en el domicilio en situación de dependencia.

Comprende la provisión de servicios como:

- Prestaciones de ayuda a domicilio.
- Material (teleasistencia, adaptación del hogar –barras, muebles de higiene, etc.).
- Comida a domicilio.
- Transporte.
- Cuidados a cargo de un familiar.

La ayuda se estima en función de tres variables: ingresos, coste de las ayudas previstas en el plan de ayuda y grado de dependencia (GIR).

Las prestaciones cubren todos los gastos a las personas con ingresos inferiores a 813,4€ al mes (12 pagas). La ayuda es variable, entre los 813,4€ y los 2.995,93€ mes, en función de las circunstancias personales (renta, grado de dependencia) de la persona beneficiaria. Más allá de esos 2.995,93€, cubre solo un 10% de los gastos. En estos dos últimos casos, y en función del GIR, las ayudas máximas oscilan entre los 674,4€ en caso de un GIR1 y los 1.742,43€ en caso de un GIR4.

Las APA proporcionan beneficios a 1,2 millones de personas mayores: 722.000 personas que viven en domicilio y 522.000 en residencias. Complementariamente, 120.000 personas se benefician de una ayuda social al alojamiento. Hablamos de una cobertura algo superior a la española (800.000 personas mayores con prestación para una población un 40% inferior) pero notablemente más amplia en cuanto a la cuantía de las prestaciones.

La APA en un establecimiento que contribuye al pago de los costes derivados de vivir en un EHPAD (*Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*) equivalentes



a nuestras residencias geriátricas, homologadas y, por lo general, medicalizadas o bien en USLDs, unidades de cuidados de larga duración.

Las tarifas dependen de la renta y de la dependencia (GIR) de la persona demandante de la prestación, hasta un límite de 2.479,4€ mensuales de ingresos.

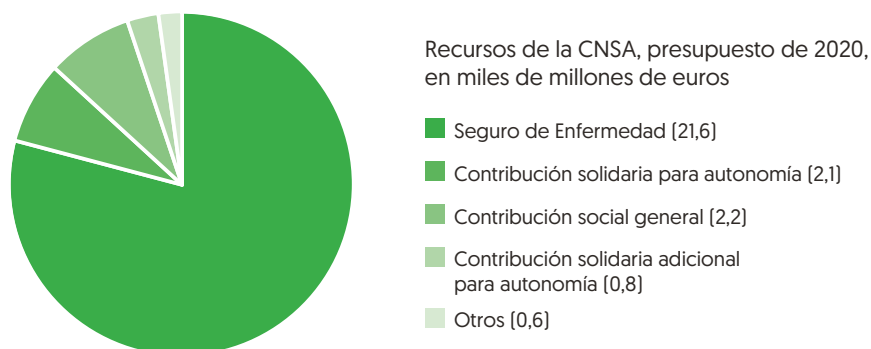
También existen ayudas colectivas que se ofrecen a establecimientos y empresas de atención a personas mayores para mejorar su funcionamiento y su modernización.

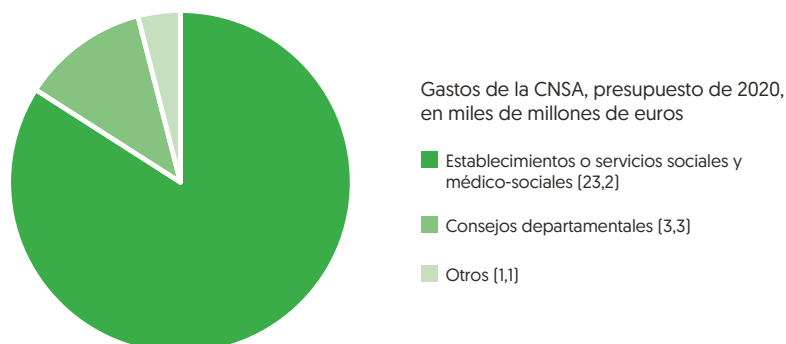
4.2.3. ¿Cómo se financia el sistema francés?

El coste de las políticas de dependencia en Francia fue en 2016 de unos 23.000M€, unas 3 veces más que en España. La financiación de las políticas de dependencia (pérdida de autonomía, en francés) corre por cuenta de Seguridad Social, Departamentos, CNSA y el Estado francés:

- La Seguridad Social y muy en especial la CNAV (*Casse national d'assurance vieillesse*, Caja Nacional de Seguro para la Vejez) y el seguro de salud para los casos USLD (de asistencia de larga duración). 2.224M€ u 11% del presupuesto.
- Los departamentos pagan la APA y la ayuda social al alojamiento. 6.066M€ o 29% del sistema.
- La CNSA, que cubre las prestaciones del APA así como el coste general del funcionamiento de las prestaciones de alojamiento y ayuda a la dependencia. Aporta 11.428M€ o 55% del sistema.
- El Estado, con 1.114M€ o 5% del sistema.
- Cabe señalar que la CNSA se financia esencialmente a través del Seguro de Enfermedad, pero también a través de una tasa especial de solidaridad (0,3% del salario ampliable al 0,6%) y a una fracción de la seguridad social.

Gráficos 11. Financiación y gastos del Sistema de Dependencia en Francia





4.3. SUECIA, EN EL CAMINO DE VUELTA

El sistema LTC sueco hace honor al sistema nórdico de bienestar: mayormente público –si bien el PPP o *Public-Private Partnership*, de tan larga tradición en Estocolmo y, en menor medida, en Suecia, también se aplica al sistema– excelentemente financiado y con prestaciones que llegan casi hasta la gratuidad. Sin embargo, alguna persona crítica aduce que tanto la aplicación de la PPP como esa “casi gratuidad” suponen pasos atrás en el sistema.

4.3.1. ¿Cuáles son los principios del sistema sueco?

La responsabilidad del cuidado de personas mayores descansa sobre tres niveles básicos:

- Nacional. El parlamento y el gobierno, de los que depende la Comisión Nacional de Salud y Bienestar, que financia y supervisa el sistema.
- Regional. Responsable de la prestación de servicios de salud, pero no de atención a personas mayores.
- Local. Los 290 ayuntamientos (con una media de 35.000 habitantes por 5.000 de promedio en España) son los responsables de cubrir las necesidades sociales de las personas mayores, tanto en sus viviendas habituales como en las “especiales”. También corren con la atención médica y sus gastos. La Ley de Servicios Médicos, Salud y Bienestar otorga una notable autonomía a los ayuntamientos para prestar estos servicios. En el 23% se prestan a través de concesionarias privadas.

Como en Alemania, o en menor medida en Francia, el objetivo del sistema de cuidados de larga duración es la de pasar la vejez, en la medida de lo posible, en el hogar. La tasa de personas mayores que residen fuera del hogar es de un 7%, que lo hace en lo que se denominan viviendas especiales (adaptadas, con servicio médico) o minoritariamente en el equivalente a las residencias. Con todo, un 25% de las personas suecas mayores de 55 años cuida de las personas mayores, aportando una idea de la importancia de los cuidados informales aún en un sistema LTC tan amplio en sus coberturas y prestaciones como el sueco, según la web institucional *Elderly Care in Sweden*.



Las residencias han sufrido un proceso de modernización, de manera que en la actualidad el 95% de las personas residentes lo hace en espacios individuales.

La Ley de Servicios Sociales prevé que si alguien quiere seguir viviendo con otra persona puede hacerlo aún a pesar de que deba abandonar su vivienda por incapacidad.

Por otra parte, se prevé la construcción por parte de los ayuntamientos de *senior housing* accesibles, que pueden solicitarse a partir de los 50 años. Pueden ser viviendas de nueva construcción o viviendas rehabilitadas para ser accesibles.

4.3.2. ¿Qué prestaciones ofrece el modelo sueco?

Cuando una persona mayor pierde autonomía solicita prestaciones de atención domiciliaria a su ayuntamiento. Primero le ofrecerá asesoramiento.

Se le puede proporcionar asistencia 24 horas, 7 días a la semana, lo que implica que, aun estando severamente enfermo/a, puede permanecer en su domicilio. En función de su estado de salud y de sus ingresos, cada ayuntamiento cobra unas tarifas que, como máximo serán, por ley, de 2.125 coronas suecas (unos 200€).

Los municipios proporcionan también actividades diarias, comunitarias o no, de estimulación y rehabilitación, especialmente a personas con discapacidad mental.

Igualmente se proveen servicios de transporte en taxis adaptados para aquellas personas que no pueden viajar en vehículos convencionales.

Casi todos los ayuntamientos proporcionan servicios de comida caliente a las personas mayores que soliciten el servicio. En cerca de la mitad de los municipios existen cocinas comunitarias, que organizan a las personas mayores para cocinar su propia comida de forma comunitaria.

4.3.3. ¿Cómo se financia el sistema sueco?

El cuidado de las personas mayores se financia esencialmente a través de impuestos locales y transferencias gubernamentales. El coste total del sistema es de 11,2M€, una cifra similar, o algo mayor, a la de España, que cuadruplica o quintuplica el número de personas mayores de Suecia.

La atención, pública hasta hace unos años, está privatizándose desde 1995. De manera que en 2018 un 23% de las personas beneficiarias de las prestaciones lo era a través de una empresa privada. Es, sin embargo, una decisión muy criticada, por la excesiva orientación al beneficio por parte de algunas entidades operadoras y por lo que supone de “vuelta atrás”, incluso en el gasto por mayor. En todo caso, la gestión privada de servicios públicos (*Public-private partnership*, PPP) tiene una larga tradición en Suecia y, muy particularmente, en Estocolmo, donde las primeras concesiones datan del siglo XVIII.



Se puede elegir quién ofrece la prestación, tanto por tipo –cuidado a domicilio, fuera de él– así como la entidad operadora que la preste en ese municipio, sea pública o privada.

4.4. JAPÓN, EN LA ESTELA EUROPEA

Con una población de 65 años y más que supone un 27,6% sobre el total, Japón presenta la estructura demográfica más envejecida del mundo.

A finales del siglo XX, muchas familias no podían responsabilizarse de sus personas mayores, por lo que muchas personas mayores dependientes permanecían ingresadas en hospitales, de acuerdo con el criterio de “admisión social”.

La situación era insostenible y se decidió que la sociedad debía tomar alguna responsabilidad solidaria en el cuidado de las personas mayores mediante un sistema LTCI.

4.4.1. Principios del sistema japonés

Japón lanzó sus programas LTCI en el año 2000. En 2015 ofrecía beneficios a unos cinco millones de personas mayores de 65 años, en torno al 17% del total. Por comparación, el sistema de asistencia español SAAD atiende a un 9% de las personas mayores de más de 65 años. Es un programa obligatorio que provee cuidados de larga duración exclusivamente a personas mayores. Existen programas específicos para atender dependencias en personas de menor edad.

Las características distintivas de este programa son:

- Todas las personas mayores de 65 tienen el derecho a acceder a sus prestaciones. La cobertura comienza a partir de los 65 años con independencia de los ingresos de la persona beneficiaria.
- Las personas beneficiarias pueden elegir entre gestores/as de servicios y entidades proveedoras. La libertad de elección es considerada como una forma de controlar la calidad de las prestaciones. La competencia es menos efectiva en el caso de territorios donde la oferta es menor.
- El programa es gestionado por los municipios, que tienen entre sus funciones la de otorgar licencias de actividad a los concesionarios/as de servicios.
- Las entidades proveedoras de servicios LTC son diversas: hay compañías privadas pero también organizaciones sin ánimo de lucro. Las tarifas por servicios son establecidas por el gobierno federal –Tokio– y son revisadas cada tres años.

4.4.2. ¿Qué prestaciones ofrece?

A las prestaciones, que incluyen servicios de institucionalización, comunitarios y domiciliarios, se accede a través de un perfil gestor de cuidados (*care manager*). La evaluación se realiza a partir de un cuestionario estandarizado sobre actividad diaria de la posible persona beneficiaria y un informe médico. La documentación es revisada por un comité local que determina



el grado de dependencia de la posible persona beneficiaria y los servicios que le corresponden. A cada nivel de dependencia le corresponde un techo de prestaciones. Cuando se desee acceder a prestaciones que no corresponden a ese nivel, la persona beneficiaria y su familia deberán afrontar la mayor parte del coste, excepto en casos de bajos ingresos. El nivel de dependencia es revisado cada dos años.

El sistema no obstante encara algunos desafíos:

- La enorme demanda de prestaciones en combinación con las regulaciones restrictivas del gobierno para poner en marcha o ampliar prestaciones ha provocado largas listas de espera, especialmente en las grandes ciudades, que es donde más crecerá el número de demandantes de servicios, lo que hace temer una escasez crónica de prestaciones en los próximos años.
- Se ha detectado una escasez de trabajadores/as especializados/as, que el Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar estima en 300.000 plazas para 2025. En este sentido se han tomado varias iniciativas, entre ellas firmar acuerdos comerciales con países como Indonesia, Vietnam o Filipinas para permitir el acceso de personal trabajador oriundo de esos países.
- Debe definirse un currículum profesional para estos/as profesionales, así como desarrollar una evaluación sobre los efectos que la carga de trabajo produce en profesionales y en cuidadores/as informales.

4.4.3. ¿Cómo se financia?

Es un programa de carácter público. Todas las personas con más de 40 años contribuyen con una tarifa premium que se ajusta al nivel de ingresos.

Todos los servicios que corresponden al nivel de dependencia están sujetos a un copago del 10% de su importe.

5. ANÁLISIS DE LA DEMANDA DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN EN ASTURIAS, ¿HACIA UN CAMBIO DE MODELO?

5.1. FICHA TÉCNICA

Se ha llevado a cabo una encuesta exploratoria a una muestra de 303 personas de entre 55 y 75 años, potenciales usuarias de los servicios LTC a lo largo de los próximos 20 años. El número de entrevistas realizadas fue de 307 pero se han descartado cuatro cuestionarios, por estar incompletos, presentar incoherencias o carecer de identificación.

Las encuestas se han realizado por teléfono, a una muestra mixta de fijos y móviles. Pese a ello, alguna entrevista se llevó a cabo de forma presencial, como consecuencia de imponderables técnicos.

Se levantó una muestra por cuotas de edad (grupos quinquenales de 55 a 75 años), sexo y lugar de residencia –Áreas de Servicios Sociales– cuidándose la representatividad de hábitats rurales.

El error muestral asumiendo un nivel de confianza del 95,5% está en el entorno del $\pm 5,3\%$ para el conjunto de la muestra, que aumenta a medida que esta se desagrega.

El objetivo del trabajo de campo fue el de medir las preferencias de las personas usuarias potenciales del Sistema para la Promoción de la Autonomía en el año 2035 –preparación para esa etapa de la vida, preferencia sobre prestaciones, tipologías residenciales, etc.– y, como objetivo secundario, efectuar una aproximación a la situación real de cuidados a dependientes en la actualidad y su posible influencia en las preferencias para el propio futuro. Las personas de entre 55 y 75 años con





responsabilidades sobre un padre/madre, suegro/a o cónyuge dependiente fueron 76 de esas 303 entrevistadas.

Un indicador que podría validar la bondad de la muestra es el notable ajuste de la muestra con otras encuestas y algunas fuentes registrales para algunas variables claves. Así, la encuesta recoge un 25,3% de personas con mayores dependientes sobre las que tienen alguna responsabilidad en su cuidado, y que ajusta con ratios en torno al 25% –en este, para el conjunto de España– como los mostrados por trabajos como el Estudio 3.009 del CIS sobre Dependencia o ratios similares obtenidos en otros trabajos, tanto nacionales como extranjeros.

Igualmente, la ratio entre prestaciones domiciliarias/prestaciones en residencia para Asturias se ajustan notablemente a los datos que proporciona el Gobierno del Principado. Es el caso de la ratio de personas usuarias de residencias privadas/públicas, con un 40% de personas residentes en privadas según el Principado y un 36% según encuesta.

Y, como veremos más adelante, las preferencias de las futuras personas usuarias del sistema que recoge la encuesta se ajustan con las obtenidas por otros trabajos a lo largo del tiempo, algunos de ellos recogidos en este informe, así como con las tendencias que se espigan en otros países.

Por otra parte, se abordó un estudio cualitativo complementario, en el que se entrevistaron actores del sector: empresarios/as, promotoras de vivienda colaborativa, asociaciones de personas mayores, etc. Sin embargo, no fue posible entrevistar a todas las organizaciones previstas: la segunda ola de la COVID-19 y las medidas de restricción adoptadas, unidas a la edad por lo general avanzada de algunas de las personas a entrevistar, hicieron inviables las entrevistas personales, que se llevaron a cabo por vía telemática. Una vía que, pese a la insistencia con alguna organización, suscitó el rechazo de algunas de ellas. Además, la elevada carga de trabajo de algunos/as profesionales del sector tampoco permitió disponer del tiempo necesario para realizar las entrevistas. Es una fase, por tanto, que no llegó tan lejos en su profundidad e interacción como hubiéramos deseado: se entrevistó a seis organizaciones (asociaciones empresariales, Axuntase, Secot, FAMPA) de las diez previstas y, en ocasiones, sin demasiada disponibilidad de tiempo (lógica en la actual coyuntura sociosanitaria) o bien dividiendo dos sesiones. Además, es posible que las limitaciones de la interacción telemática resten posibilidades a la profundidad y riqueza de los contenidos obtenidos.

Por último, el discurso de los y las informantes clave está muy institucionalizado, llegando en ocasiones a remitirse a una publicación que contiene sus puntos de vista, por lo que el discurso es, en general, previsible. En todo caso, cuando se ha considerado de interés, se utiliza ocasionalmente entrecomillado o explicando que lo dicho procede de la fase cualitativa para avanzar hipótesis explicativas sobre algunos datos o para ampliar información que el cuantitativo no recoge en plenitud.

5.2. ¿HACIA DEPENDENCIA DISTINTA?

Los resultados del trabajo de campo arrojan tres conclusiones:

1. Un cambio en la percepción y en la forma de pasar la vejez, aún en dependencia, coherente con lo encontrado en otros trabajos previos.



- Un alargamiento de la etapa de plenitud. Buena parte de las personas entrevistadas confían en llegar con buena salud a los 80 años, esa frontera invisible entre la tercera y la cuarta edad.
 - Un cambio en la percepción de la vejez. Además de un envejecimiento activo –y, casi, hiperactivo– aparecen referencias a valores como la dignidad, la autonomía, la privacidad, la libertad, la individualidad, vivir en compañía de quien se quiere, que suelen plasmarse en envejecer en el propio hogar o en un entorno lo más similar posible a él.
 - Se detecta un recelo hacia los centros “geriátricos” tal y como hoy los conocemos. Deben responder a esa nueva percepción de la vejez, que debe vivirse en entornos hogareños, personalizados, respetuosos con la intimidad. Unas características de las que ahora carecen o de las que disponen a precios prohibitivos para la mayoría.
 - Se echa de menos respuesta pública a este tipo de demandas, impulsando a algunos grupos, en general personas receptoras de rentas elevadas, a buscar soluciones por su cuenta. El resultado son iniciativas que, aunque partiendo de planteamientos diferenciados, comparten planteamientos elitistas, incompatibles con su generalización a toda la población.
 - En todo caso, y pese a lo precario, en muchas cosas de las políticas de dependencia por comparación con las de otros países, parece existir una actitud de conformidad e incluso reconocimiento y aprecio hacia la actual carta de prestaciones. La actitud es más crítica hacia los pilares tradicionales del estado del bienestar, como las pensiones o la sanidad, por ejemplo, que hacia la atención a la dependencia, que se acepta con naturalidad en su presente estado del arte.
2. Se detecta una preferencia clara y reiterada por las soluciones de atención domiciliaria frente a las residenciales.
- Las preferencias de las personas entre 55 y 75 años apuntan claramente a la atención domiciliaria, y a ser posible, en el propio hogar.
 - Las soluciones residenciales registran preferencias muy bajas que, además, decrecen en función de la edad.
 - No puede interpretarse que las personas más jóvenes prefieran en mayor medida soluciones residenciales. Trabajos realizados hace más de una década mostraban tendencias similares [Elvira, D. 2005]. Cuanto más se acerca una posible dependencia, mayor es el grado de rechazo a la solución residencial.
 - La preferencia por soluciones domiciliarias no puede atribuirse a la COVID-19. Los resultados son similares en el estudio ya citado de Elvira [2005], si bien es posible que la epidemia introduzca un pequeño sesgo poco significativo.
 - Las personas encuestadas que tienen o han tenido dependientes en la actualidad prefieren soluciones domiciliarias como alternativa a la que han prestado a su familia.
 - El recelo hacia los establecimientos residenciales se traduce en una valoración inferior, por parte de las personas entrevistadas, al de otros servicios asistenciales. Además, las residencias suscitan mayor controversia entre valoraciones, reflejada en elevadas desviaciones típicas. En contra de la creencia general –incluidas las propias patronales del sector, que asumen una crisis reputacional– la actitud general es, más que de rechazo hacia las soluciones residenciales, es de cierta polarización hacia ellas: un 30% de la población



rechaza de plano la solución residencial en su vejez, por un 12% que la prefiere a cualquier otra. El resto la acepta como última solución.

- Todos los actores implicados, personas usuarias y empresarios/as del sector, son conscientes de que, por un lado, la demanda de servicios LTC está cambiando velozmente hacia nuevas fórmulas que encajen mejor con esos atributos de envejecimiento activo e independiente –que no es lo mismo que autónomo– capaz de proporcionar condiciones de vida lo más parecidas posible a las que se disfrutaban en el hogar y de que, por otro, la oferta deberá adaptarse, sin que se sepa muy bien cómo.
 - También tienen claro que ese nuevo paradigma de servicios será caro y no asumible por parte de los operadores en el marco de los actuales conciertos que, a su entender, no cubren los costes operativos del servicio. Todo apunta a que, aún con el incremento en la cuantía de las pensiones medias de las personas dependientes esperada para los próximos años, el modelo, aun descontando las recomendaciones de la Comisión Europea, requerirá financiación adicional para proveer servicios que se ajusten a los valores que desea la demanda del inmediato porvenir.
3. El posible riesgo de estar creando una brecha en el sistema de atención a la dependencia, entre familias que pueden disfrutar de atención domiciliaria privada hasta el final de sus días y otras que deben acudir al sistema público o concertado por carecer de recursos, de familia o de ambas cosas.
- Casi todas las personas mayores confían en que su vejez se ajuste a los planes que han dispuesto, mayormente en cuidados domiciliarios o en ambiente similar al del hogar, con soluciones tipo *cohousing* o *coliving*, en distintos planteamientos, formas y variantes, por más que a fecha de hoy no deje de ser una solución relativamente elitista.
 - Por otra parte, ninguna de estas iniciativas, con planteamientos muy dispares, ha cuajado en Asturias. Los motivos son variados, si bien todas ellas parecen pasar por la dificultad para reunir la masa crítica que les permita afrontar la inversión inmobiliaria necesaria (construcción o adquisición y reforma de inmueble) para llevar a cabo el proyecto.
 - Sin embargo, cuando creen que no van a poder cumplirlos lo atribuyen a tres motivos: primero, escasez económica; segundo, no querer constituir una carga para sus hijos/as –que, en parte, puede asociarse a una escasez económica que implique un sacrificio para hijos/as– y, tercero, a la ausencia de prestaciones públicas, que no sabemos muy bien como interpretar. A lo largo de las entrevistas en profundidad, se evidenció cierto desconocimiento de las prestaciones, pero también la percepción de que el sistema público conduce casi inevitablemente a la solución residencial en caso de carecer de recursos o de familia directa.
 - En el caso de que, siendo escasos los recursos, los cuidados recaigan sobre la familia –una situación indeseada, y en algunas comarcas rurales, casi inviable por la ausencia de hijos/as– suelen recaer sobre mujeres en mayor medida que sobre varones, por lo que a la posible brecha económica habría que sumar la de género de las y los cuidadoras/es informales.



5.3. DEPENDENCIA DEPENDIENTE

Los resultados de la encuesta, no por esperados, dejan de sorprender. La amplitud de la dependencia en la región y, de acuerdo con lo detectado en la investigación cualitativa, la importancia que cobra en los planes vitales de las personas, especialmente a partir de cierta edad, sitúan a la vejez en general y a la dependencia en particular como un elemento central en la vida de las familias asturianas, tanto como cuidadoras como dependientes o futuras dependientes.

Es una etapa de la vida que se aborda, no obstante, con algunas contradicciones. Primero, se trata de no pensar excesivamente en ella. Se asumen etapas de autonomía personal extremadamente longevas. Podría interpretarse, incluso, que la preocupación por la salud o la alimentación, incluso la hiperactividad de muchas personas mayores, tienen un punto de estrategia para envejecer mejor, pero también de cierto escapismo, tratando de soslayar lo que, al fin y al cabo, se considera inevitable. Segundo, quizá a causa de ello, las previsiones que se hacen de cara al futuro son relativamente escasas, tal y como se desprende tanto del trabajo de campo, como del cualitativo realizado para este trabajo y otros anteriores. Es raro encontrar a alguien que, con 55 años, y tal y como sucede en otros países, haga planes financieros para su vejez. Se confía en la pensión, en los ahorros y, desde luego, en la acción pública. Tercero, la inmensa mayoría de la población imagina su vejez en “su casa”, “cerca de sus amigos/as”, “socializando”; configurando una vejez “activa” o, como ya apuntamos, hiperactiva, que contrasta con la vejez pasiva que, hasta hace pocos años predominaba en España y desde luego en Asturias.

Asistimos, en suma, a una revolución de la vejez, espoleada además por nuevas generaciones, más formadas, con más recursos intelectuales y económicos, casi hedonista en muchos casos, que demanda autonomía, libertad y un ambiente lo más familiar posible para sus últimos años.

Es una etapa que se contempla con inquietud –más aún en plena epidemia– a la par que se desea que prolongue, en lo posible, la vida independiente. Y para cumplir ese objetivo la ciudadanía asturiana está dispuesta a emplear todos los recursos a su mano, sin erigirse en carga para los demás. Por desgracia, en bastantes casos no abundan ni los recursos económicos ni los humanos. Y las administraciones públicas no siempre disponen de ellos.

Sorprende, además, el impacto social de la dependencia en Asturias. Las personas con responsabilidad en el cuidado de personas mayores no solo son muchas –un cuarto de las personas entrevistadas– sino que, además, presentan perfiles de edades bastante avanzadas y, sobre todo, un claro perfil de género.

Si bien es cierto que, como ya apuntamos, son datos esperados, en torno a una cuarta parte de las familias cuyas personas entrevistadas tenían entre 55 y 75 años conviven con alguna responsabilidad en el cuidado de personas mayores, referida exclusivamente, a padres/madres, suegros/as o cónyuges. Una ratio coherente, por otra parte, con los que ofrecen trabajos como *Informal Care in OCDE* [Zigante, 2018] o investigaciones como el Estudio 3.009 sobre dependencia [CIS, 2014].

El impacto es aún mayor entre las mujeres. La responsabilidad del cuidado de personas mayores es más femenina que masculina. Aproximadamente unos dos tercios de las personas responsables son mujeres, con una tasa de cuidadoras que alcanza el 28%, por un 22% de varones. Se detecta, por tanto, una feminización o sesgo de género de los cuidados que, de



nuevo, no por esperada –las Encuestas de Salud para Asturias alertan de esta situación desde hace lustros– deja de ser significativa.

Por edades, entre los 55 y los 70 años hemos encontrado en torno a un 25-30% de personas con responsabilidad en el cuidado de personas mayores. A partir de esa edad la responsabilidad decae, sin duda como consecuencia del factor biológico: simplemente, las personas mayores a cuidar van falleciendo, comenzando, a partir de ese momento, el cuidado de personas de la misma generación: cónyuges, hermanos/as,... que, hasta los 75 años, suponen porcentajes casi marginales.

Tabla 3. ¿Tiene o ha tenido en los últimos cinco años responsabilidades en el cuidado de padre/madre, suegro/a, cónyuge en situación de dependencia?, según género

	Sexo		
	Varón	Mujer	Total
Uno/a	16,7%	25,3%	21,4%
Dos a la vez	5,8%	2,4%	3,9%
No	77,5%	72,3%	74,7%

Tabla 4. ¿Tiene o ha tenido en los últimos cinco años responsabilidades en el cuidado de padre/madre, suegro/a, cónyuge en situación de dependencia?, según edad

	Edad				
	55-60	61-65	66-70	71-75	Total
Uno/a	20,4%	19,5%	28,6%	14,9%	21,4%
Dos a la vez	7,1%	6,1%	—	—	3,9%
No	72,4%	74,4%	71,4%	85,1%	74,7%

Hasta ese momento, las personas a cuidar son mayormente padres y madres [82% de los casos] suegros/as [16%] y, residualmente, como ya apuntamos, cónyuges. No se detectan diferencias significativas en las pautas territoriales por Áreas de Servicios Sociales o hábitats, donde los resultados son casi idénticos en ciudades, villas o aldeas.

Es conveniente señalar que buena parte de los cuidados a personas mayores quedan ocultos al radar de las prestaciones sociales. Casi un 40% de las personas encuestadas con responsabilidades en el cuidado de personas mayores no recurrió a los Servicios Sociales, sean locales o regionales, como consecuencia de motivos diversos, tal y como se muestra más adelante.

Tabla 5. Parentesco de la persona que se ha cuidado/se está cuidando

	Edad				Total
	55-60	61-65	66-70	71-75	
Padre/madre	74,1%	71,4%	100,0%	100,0%	82,9%
Suegro/a	25,9%	23,8%	—	—	15,8%
Otros/as [cónyuges, etc.]	—	4,8%	—	—	1,3%

Tabla 6. ¿Tiene o ha tenido en los últimos cinco años responsabilidades en el cuidado de padre/madre, suegro/a, cónyuge en situación de dependencia?, según hábitat

	Hábitat			Total
	Ciudad	Pueblo o villa	Rural	
Padre/madre	21,3%	20,0%	23,3%	21,3%
Suegro/a	4,5%	1,8%	4,7%	4,0%
Otros/as [cónyuges, etc.]	74,3%	78,2%	72,1%	74,7%

El perfil de las personas solicitantes cambia en función del tipo de prestaciones que requiere la persona a la que cuidan. Podríamos afirmar que las solicitudes se incrementan de forma proporcional a la institucionalización de los cuidados.

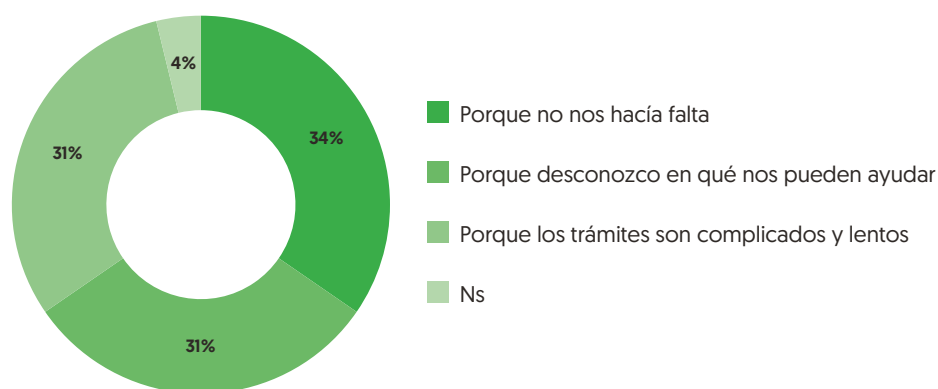
- Cuando los cuidados son o han sido domiciliarios, caso de las personas que viven con familiares, no se ha recurrido a Servicios Sociales en el 47% de los casos.
- En el caso de las personas atendidas en residencias privadas, los valores se invierten, y es un 37% de las personas con responsabilidades las que no recurre a Servicios Sociales.
- Por supuesto, en el caso de recibir atención en un centro del ERA, el 89% ha recurrido a las prestaciones de la administración.

En todo caso, hay que apuntar que la percepción de las ayudas que tienen las personas encuestadas es, con frecuencia, confusa: no conocen las cuantías, si reciben efectivamente la ayuda o desconocen la prestación que disfruta la persona beneficiaria.

Los motivos para no acudir a Servicios Sociales son variados, si bien se pueden resumir en que algo más de un tercio no acude porque cree que no le hacen falta, otro tercio reconoce que no sabe en qué le pueden ayudar y el resto, casi otro tercio, porque le desanima el camino administrativo que, sospecha, le espera.



Gráfico 12: ¿Por qué no acudieron a Servicios Sociales?



La desagregación de resultados es poco representativa, dado que la submuestra de no solicitantes, al ser muy reducida, carece de significación estadística. Si apuntamos que en villas y hábitats rurales parece ser mayor la proporción de las personas que dicen no necesitar las ayudas –a pesar de ser los de menor renta– y que las mujeres declaran, en mucha mayor medida que los varones, que las que las disuade es la tramitación administrativa de las posibles prestaciones.

Tabla 7: ¿Por qué no acudieron a Servicios Sociales?, según edad

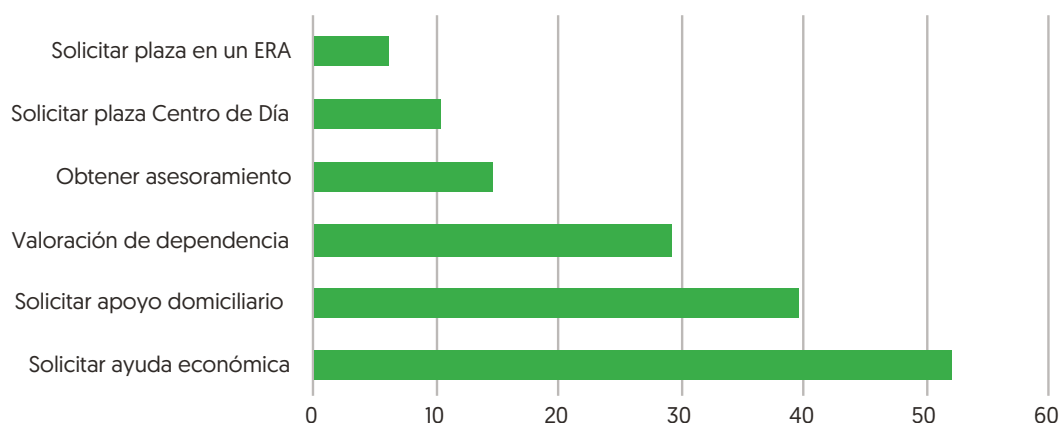
	Edad				Total
	55-60	61-65	66-70	71-75	
Porque no nos hacía falta	28,6%	50,0%	33,3%	—	34,6%
Porque desconozco en qué nos pueden ayudar	14,3%	12,5%	44,4%	100,0%	30,8%
Porque los trámites son complicados y lentos	57,1%	37,5%	11,1%	—	30,8%
Ns	—	—	11,1%	—	3,8%

Tampoco se detectan pautas claras sobre los motivos por los que no se acude a Servicios Sociales en función de la edad, salvo que la percepción de una tramitación compleja y lenta crece en proporción inversa a la edad: para más de la mitad de las personas cuidadoras de 55-60 años, supuso un factor disuasorio, mientras que para el grupo de 65-75 apenas supone un problema. ¿Estamos ante un problema de falta de tiempo? ¿Quizá de una demanda creciente de trámites más dinámicos?

Las personas que acudieron a Servicios Sociales lo hicieron, sobre todo, para solicitar ayuda económica –un 54%–, recibir ayuda domiciliaria –40%–, solicitar valoración de la dependencia –29%, se entiende que son las que fueron directamente a solicitarla, dado que es necesaria para recibir las ayudas anteriores– y, en proporciones mucho menores, para solicitar plazas en

centros de día públicos o establecimientos del ERA. Las cifras suman más de 100 como consecuencia de la solicitud de más de una prestación por persona dependiente.

Gráfico 13: Motivos por los que acudieron a Servicios Sociales



Los Servicios Sociales más utilizados son los del Principado, a los que recurre, en exclusiva, el 37% de las personas con responsabilidad en el cuidado de personas mayores (cerca del 65% de las que acuden a Servicios Sociales), casi el doble del 21% (30% de las personas solicitantes) que acude a los Servicios Sociales de su ayuntamiento. Una pequeña parte, el 4% (6% de personas solicitantes) acude a ambos. Pese a la cercanía que siempre se atribuye a las administraciones locales, que se traduce en ser los primeros en recibir las demandas de la ciudadanía, todo apunta a que el referente en Sistema Asturiano de Servicios Sociales es la administración autonómica.

Las pautas por Áreas de Servicios Sociales son más erráticas, pero ello puede atribuirse a la escasa representatividad de la muestra a esa escala de desagregación.

Gráfico 14. ¿Recurrieron a los Servicios Sociales del Área donde residen?

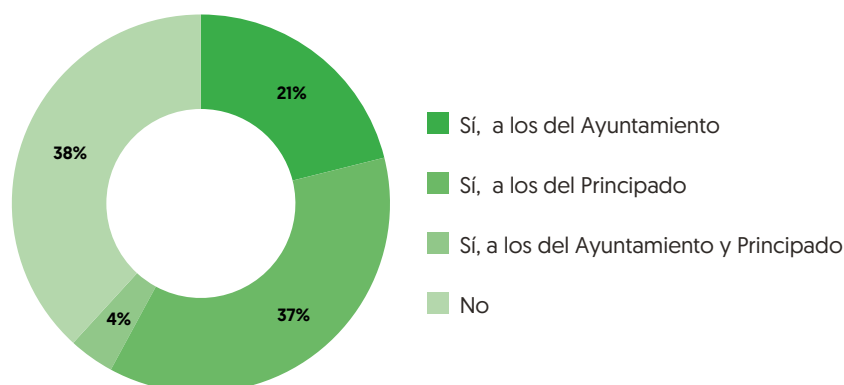




Tabla 8. ¿Recurrieron a los Servicios Sociales del Área donde reside?*

¿Recurrieron a los Servicios Sociales?	Área de Servicios Sociales donde reside							Total
	Occidente	Suroccidente	Avilés	Oviedo	Gijón	Oriente	Nalón	
Sí, a los del Ayuntamiento	20,0%	50,0%	10,0%	25,8%	19,0%	—	—	21,1%
Sí, a los del Principado	20,0%	—	20,0%	32,3%	47,6%	100,0%	100,0%	36,8%
Sí, a los del Ayuntamiento y a los del Principado	20,0%	—	20,0%	—	—	—	—	3,9%
No	40,0%	50,0%	50,0%	41,9%	33,3%	—	—	38,2%

*No hay casos para el Caudal.

Tabla 9. ¿Y por qué no acudieron a Servicios Sociales?

	Área de Servicios Sociales donde reside						
	Occidente	Suroccidente	Avilés	Oviedo	Gijón	Oriente	Total
Porque no nos hacía falta	—	50,0%	50,0%	36,4%	33,3%	—	34,6%
Porque desconozco en qué nos pueden ayudar	50,0%	50,0%	25,0%	18,2%	33,3%	100,0%	30,8%
Porque los trámites son complicados y lentos	50,0%	—	25,0%	36,4%	33,3%	—	30,8%
Ns	—	—	—	9,1%	—	—	3,8%

Tabla 10. ¿Recurrieron a los Servicios Sociales?, según hábitat

	Hábitat			Total
	Ciudad	Pueblo o villa	Rural	
Sí, a los del Ayuntamiento	15,9%	25,0%	10,0%	16,1%
Sí, a los del Principado	43,2%	25,0%	30,0%	38,7%
Sí, a los del Ayuntamiento y Principado	2,3%	12,5%	10,0%	4,8%
No	38,6%	37,5%	50,0%	40,3%

Las personas solicitantes de prestaciones valoran positivamente la atención recibida. Así, el 70% de las que acudieron a solicitar algún tipo de ayuda quedó muy o bastante satisfecha con el servicio recibido. Por lo general, y por las impresiones recibidas en el estudio cualitativo, las razones para no estar satisfecha tienen relación no tanto con la cuantía de las ayudas, como con los plazos de resolución de las prestaciones –por lo general, el estado del paciente se agrava con mayor velocidad de la que la administración es capaz de imprimir a sus reconocimientos de nivel de dependencia– de manera que no es extraño que algunas de las prestaciones se reciban cuando a la persona beneficiaria ya le corresponde otra prestación, acorde a un grado más elevado de dependencia o, incluso, cuando la persona beneficiaria ya ha fallecido. Curiosamente, una vez “dentro” del sistema desaparecen los recelos hacia una senda administrativa que, en principio, constituye un factor de freno a la solicitud.

Por otra parte, sigue vigente una imagen de los Servicios Sociales como “asistencia para pobres” o “para personas con problemas”, casi una beneficencia que genera recelos, cuando no rechazo, en algunas personas potenciales solicitantes, quizá personas mayores y de medios rurales. Es posible incluso que, por parte de algunas personas, exista la percepción de Servicios Sociales como una especie de intruso en problemas que deben resolverse en familia. Por otra parte, y en extremo contrario, otras personas creen que tienen derecho a prestaciones y ayudas, solicitándolas aunque, por renta o grado de dependencia, no tengan opción a ellas.

Tabla 11. ¿Y quedaron satisfechos/as con la atención recibida?, según género

	Sexo		
	Varón	Mujer	Total
Mucho	31,6%	44,8%	39,6%
Bastante	26,3%	31,0%	29,2%
Poco	31,6%	24,1%	27,1%
Nada	10,5%	—	4,2%

Tal como se puede observar, la valoración de las prestaciones es mayor entre las mujeres que entre los varones. Y quedan más satisfechas las personas de más edad que las más jóvenes.

Tabla 12. ¿Quedaron satisfechos/as con la atención recibida?, según edad

	Edad				Total
	55-60	61-65	66-70	71-75	
Mucho	23,8%	50,0%	36,4%	83,3%	39,6%
Bastante	23,8%	20,0%	54,5%	16,7%	29,2%
Poco	42,9%	30,0%	9,1%	—	27,1%
Nada	9,5%	—	—	—	4,2%



El grado de satisfacción es elevado aún cuando las prestaciones son relativamente menores en muchos casos. Sin embargo, es posible que, en circunstancias difíciles como lo es la de ser responsable en una situación de dependencia, el reconocimiento por la prestación recibida sea más valorada. Es significativo que, al igual que sucedía con la aparición de los trámites administrativos como freno para recurrir a los Servicios Sociales, entre las personas demandantes de servicios la satisfacción sea menor entre las personas cuidadoras de 55-60 años. No sabemos los motivos. Pero surgen de nuevo las dudas. ¿Quizá por su mayor exigencia con las administraciones públicas? ¿Quizá porque sus circunstancias personales, que probablemente dificulten la conciliación de cuidados y trabajos, requiera mayores facilidades de las recibidas?

Pero quizá podríamos estar ante indicios de la aparición de una nueva generación de personas mayores, más crítica con los Servicios Sociales de lo que fueron generaciones anteriores, que siempre han valorado muy satisfactoriamente las políticas sociales desarrolladas en Asturias. Quizá apunten a un cambio de tendencia en la demanda, como veremos más adelante.

El coste de los cuidados de las personas mayores tiende a crecer a medida que crece su complejidad. Si el coste más frecuente entre las que viven con familiares se sitúa entre 500€ y 750€ al mes, cuando residen en un establecimiento privado el coste se sitúa entre los 1.000€ y 1.750€ mensuales.

Lo más habitual es que esos gastos se sufragen con cargo a la pensión de la persona beneficiaria, excepto en el caso de utilizar una residencia privada, donde lo más habitual es que entren en acción los ahorros personales de la persona beneficiaria. Es poco frecuente que la familia, hijos/as especialmente, contribuyan al pago de esos cuidados.

En la mayoría de los casos, las ayudas públicas recibidas vienen a suponer, cuando se han solicitado, menos de una cuarta parte del coste estimado de esos cuidados. Es una proporción que se mantiene para todas las prestaciones, sean domiciliarias o en residencias privadas.

Tabla 13: Resumen de ayudas dependencia según encuesta

Situación de vida	Solicitó ayuda	Recibe ayuda	Coste dependencia +frecuente	Corre con los gastos	Cobertura más frecuente	Proporciona ayuda
Vive con familiares	53,8%	34,3%	500-750€	Pensión	Menos del 25%	Principado
Vive con hijos/as	52,6%	25,6%	750-1.000€	Pensión	Menos del 25%	Ayuntamiento
Vive en ERA	83,3%	83,3%	1.000-1.500€	Pensión	Menos del 25%	Principado
Vive en residencia privada	69,2%	63,9%	1.000-1.750€	Pensión + ahorros	Menos del 25%	Principado

Entre las personas con responsabilidades en el cuidado de algún mayor, una tercera parte declara que le hubiera gustado otra solución distinta a la que tuvo o tiene. El deseo de una solución distinta es mayor en los grupos de edad entre 55-65 años y entre los varones.

Tabla 14. ¿Y preferirían/hubieran preferido una solución distinta a la que tuvo/tiene su familiar?, según género

	Sexo		
	Varón	Mujer	Total
Sí	31,3%	10,3%	19,7%
No	65,6%	89,7%	78,9%
Ns	3,1%	—	1,4%

Tabla 15. ¿Y preferirían/hubieran preferido una solución distinta a la que tuvo/tiene su familiar?, según edad

	Edad				
	55-60	61-65	66-70	71-75	Total
Sí	25,0%	28,6%	5,9%	—	19,7%
No	71,4%	71,4%	94,1%	100,0%	78,9%
Ns	3,6%	—	—	—	1,4%

La preferencia por una solución distinta a la que disfrutaron pasa siempre por una opción que aproxime a la persona dependiente a la familia. Vivir con familiares –preferida por la mitad de las personas que declaran estar insatisfechas– o recibir algún tipo de atención domiciliaria, sea privada o pública, más completa –tiempo completo y no tiempo parcial– que la recibida. No se da, en ningún caso, la situación de que familiares de alguien a quien se esté cuidando o se haya cuidado a domicilio señalen como opción más deseable la residencial. Es una tendencia que, como veremos, adelanta el patrón mayoritario, entre la población general de entre 55 y 75 años, para su propio futuro.

Solo muestran preferencia por otro tipo de cuidados para las personas mayores las que cuidan aquellas personas que han utilizado servicios no domiciliarios. Entre el 30% y el 50% de las personas usuarias de residencias, también de las que utilizaron cuidadores/as a tiempo parcial, hubieran optado por soluciones domiciliarias o que reforzaran lo domiciliario.

Es significativo que sean las personas entrevistadas de menor edad y los varones los que muestren mayor preferencia por otras soluciones. Puede atribuirse a que, por razones de conciliación trabajo-cuidados utilizan en mayor medida soluciones residenciales, a su mayor exigencia con las prestaciones recibidas o a ambas cosas. Las residencias parecen una solución a la falta de tiempo para cuidar a las personas mayores. Personas mayores que, viendo a sus hijos/as “tan ocupados/as”, no quieren “ser una carga”, optando por la residencia como mal menor, para no ser carga, bien por cuidados, bien económica. Surge entonces una paradoja,



y es que, cuando más demanda hay de soluciones residenciales, menos son deseadas como solución para las personas dependientes.

Y de paso, parece reafirmarse el perfil de personas de mediana edad disconformes con las soluciones –mayormente residenciales, o de cuidados a tiempo parcial– que han cubierto o cubren los cuidados que las personas mayores necesitan.

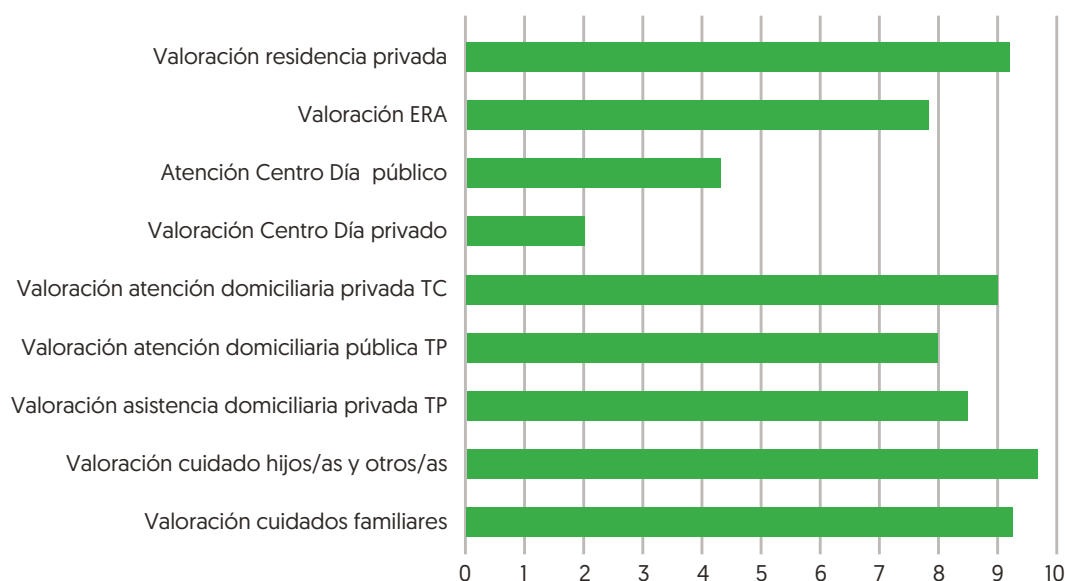
Tabla 16. ¿Y qué solución hubieran preferido?

	Sexo		
	Varón	Mujer	Total
Vivir con algún familiar	57,1%	33,3%	50,0%
Atención domiciliaria privada parcial	14,3%	33,3%	20,0%
Atención domiciliaria privada TC	14,3%	—	10,0%
Atención domiciliaria pública TC	14,3%	—	10,0%
Otras	—	33,3%	10,0%

En cuanto a la valoración de las prestaciones y servicios utilizados, la valoración general es buena:

- La valoración de los servicios utilizados, en todo caso positiva, salvo en el caso de los Centros de Día, que podemos orillar por ser poco representativa.
- Los servicios más valorados son aquellos que tienen relación con los cuidados a domicilio. El cuidado por familiares, pero también las atenciones externas a domicilio, a tiempo completo o parcial. Las residencias reciben una valoración positiva, si bien por debajo de la que reciben las atenciones domiciliarias.
- Puede sorprender la relativamente baja valoración, por comparación con las residencias privadas, de los establecimientos del ERA. No sabemos los motivos. En otros trabajos sobre residencias, como el llevado a cabo por la OCU entre personas usuarias de residencias este mismo año 2020, que recoge una valoración para las residencias de 67 puntos sobre 100 en el conjunto de España, siendo la más elevada la de Asturias, el descontento con las residencias tiene más relación con factores externos a la propia residencia y los cuidados que provee: listas de espera, elección de residencia, etc.
- Como veremos, es una pauta similar a la que se recoge cuando es la población en general la que valora los servicios de dependencia: valoración positiva de la atención residencial, pero siempre por debajo de que la recibe la asistencia domiciliaria.

Gráfico 15. Valoración de fórmulas de cuidados de dependientes



5.4. EL HOGAR, LUGAR PREFERIDO POR LOS/AS ASTURIANOS/AS EN EL CASO DE VIVIR UNA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

Los asturianos y asturianas de entre 55 y 75 años se muestran relativamente optimistas sobre su independencia personal cuando alcancen “unos 80 años”. Por lo general, en los estudios cualitativos, los 75 años vienen a suponer una frontera psicológica a partir de la cual comienza el declive personal. Es el momento a partir del cual hay que ir preparando la vejez. Una edad que, a buen seguro, no está mal elegida: la esperanza de vida saludable en España está en una media de poco más de 74 años. Sin embargo, y pese a la incertidumbre e, incluso, el temor, sobre el efecto del paso del tiempo sobre el cuerpo, casi todo el mundo espera llegar con plenas o casi plenas facultades: siempre hay un padre, tía o pariente que con 90 años o más realiza actividades asombrosas. Y suele ser ese ejemplo el que se toma como referencia, y no el de la madre o el tío que, con 80 años, presentaba un grado avanzado de dependencia.

La encuesta nos muestra que, más allá de un 28% que asegura no pensar en la vejez, un 45% –cerca de un 60% de los que sí piensan en la vejez– de las personas entrevistadas se ven autónomos/as a los 80 años. Y que solo un 25% de ellos/ellas –en torno al 32% de los que sí han pensado en la vejez– se ven con limitaciones puntuales en su actividad cotidiana.



Tabla 17. ¿Cómo se imagina cuando tenga unos 80 años?, según género

	Sexo		
	Varón	Mujer	Total
Con necesidad de ciertos apoyos pero independiente	12,3%	12,0%	12,2%
Dependiente de otros/as para llevar a cabo la vida cotidiana	8,7%	15,7%	12,5%
Independiente	55,1%	38,0%	45,7%
No he pensado en ello/prefiero no pensar en ello	21,7%	33,1%	28,0%
Ns	2,2%	1,2%	1,6%

Los resultados varían, sin embargo, por sexo. A pesar de que los datos sobre esperanza de vida saludable indican lo contrario, las mujeres son más pesimistas que sus coetáneos varones. Un 33% de ellas prefiere no pensar el ese futuro con unos 80 años. Entre los varones son solo un 22%. Por el contrario, solo un 38% se ve completamente independiente a esa edad por un 55% de los varones, mientras que el 28% se imagina con alguna dependencia puntual por solo un 21% de los varones.

Si atendemos a las edades, comprobamos cómo hasta los 70 años la proyección es más optimista a medida que se acercan a los 80, con un grupo de edad entre 66 y 70 años en los que un 63% confía en ser independiente a esa edad. Sin embargo, entre los 71 y los 75 años ese optimismo decae, seguramente ante los primeros embates de la edad. Con todo, son mayoría, un 50%, los que se ven independientes en los próximos años. Tal parece que la percepción de la vejez mejora a medida que se acerca, con esa excepción a partir de los 71. Puede ser que las expectativas de independencia vayan cambiando –se puede ser independiente con dolores o molestias– o que la realidad de la vejez parezca peor cuanto más joven se es.

Tabla 18. ¿Cómo se imagina cuando tenga unos 80 años?, según edad

	Edad				
	55-60	61-65	66-70	71-75	Total
Con necesidad de ciertos apoyos pero independiente	15,3%	12,2%	9,1%	10,6%	12,2%
Dependiente de otros/as para la vida cotidiana	16,3%	17,1%	2,6%	12,8%	12,5%
Independiente	38,8%	35,4%	63,6%	48,9%	45,7%
No he pensado en ello/prefiero no pensar en ello	29,6%	34,1%	22,1%	23,4%	28,0%
Ns	—	1,2%	2,6%	4,3%	1,6%



Por hábitats sorprenden quienes viven en zonas rurales, por su mayor polarización en las respuestas: no solo son pocas las que no han pensado en ello, sino que las respuestas registran los porcentajes más elevados entre imaginarse independiente y con dependencia de otras personas para llevar a cabo la vida cotidiana. Quizá la mayor exigencia de la vida en las zonas rurales en cuanto a tareas domésticas, movilidad, soledad, etc. [como veremos, registran elevadas tasas de personas mayores sin hijos/as cercanos/as] supone que, primero, el envejecimiento sea algo casi insoslayable, segundo, que una mínima dependencia se convierta en una dependencia severa que, en ciudades o villas, el confort y los servicios de los que disponen, es más llevadera, algo que, y, tercero, lleva siquiera al deseo o a hacer el esfuerzo por evitar la dependencia.

Tabla 19. ¿Cómo se imagina cuando tenga unos 80 años?, según hábitat

	Hábitat			
	Ciudad	Pueblo o villa	Rural	Total
Con necesidad de ciertos apoyos pero independiente	13,9%	14,5%	2,3%	12,3%
Dependiente de otros para llevar a cabo la vida cotidiana	9,9%	16,4%	20,9%	12,7%
Independiente	46,0%	34,5%	53,5%	45,0%
No he pensado en ello/prefiero no pensar en ello	29,2%	30,9%	20,9%	28,3%
Ns	1,0%	3,6%	2,3%	1,7%

Quizá esa confianza en una vejez más o menos saludable, pero independiente o casi, es lo que anima a las personas encuestadas a no hacer, en más de la mitad de los casos, previsiones de cara a la vejez. Y cuando se hacen planes, consisten esencialmente en ahorrar, sea a través de seguros, planes de pensiones o depósitos a la vista, que constituyen casi el 65% de los casos entre aquellas personas que hacen previsiones. Planes como adecuar o cambiar la vivienda son casi marginales, lo mismo que otras opciones citadas, como “seguros de dependencia” que parecen comercializar algunas aseguradoras y que algunos asturianos y asturianas están comprando. No dejan de formar parte, en realidad, de los planes de ahorro citados como mayoritarios entre quienes hacen algún plan de futuro.

La imprevisión, más allá del ahorro, es generalizada en cualquier grupo de edad. Pero se aprecian algunos matices. En el grupo de 61 a 65 años parece realizarse un esfuerzo diferenciado, pero quizá más centrado en la jubilación que en una hipotética situación de dependencia propiamente dicha.

Se aprecia además, una mayor tasa de ahorros –en la forma que sea– entre las personas de 55-65 años. Podría atribuirse a una mayor capacidad de ahorro como consecuencia de unas rentas más elevadas que las correspondientes a las pensiones, lo mismo que a previsiones no tanto de cara a la dependencia como a la jubilación, pero pudiera ser un indicio de cierto cambio de actitud ante la forma de abordar la dependencia, menos ligada a modelos tradicionales, de ahorro en depósitos y si a figuras como planes de pensiones, seguros, etc.



Tabla 20. ¿Ha hecho algún tipo de previsión pensando en esa etapa de su vida?, según género

	Sexo		
	Varón	Mujer	Total
Ahorrar [seguros, planes de pensiones, depósitos, etc.]	37,2%	25,9%	31,0%
Acondicionar mi vivienda para hacerla accesible	6,6%	6,0%	6,3%
Pensar en cambiar mi vivienda por otra más adecuada	5,1%	6,6%	5,9%
Otras	1,5%	4,2%	3,0%
No	47,4%	54,8%	51,5%
Seguro de dependencia	0,7%	1,8%	1,3%
Ns	0,7%	0,6%	0,7%
Nc	0,7%	—	0,3%

Tabla 21. ¿Ha hecho algún tipo de previsión pensando en esa etapa de su vida?, según edad

	Edad				
	55-60	61-65	66-70	71-75	Total
Ahorrar [seguros, planes de pensiones, depósitos, etc.]	32,7%	38,3%	27,3%	21,3%	31,0%
Acondicionar mi vivienda para hacerla accesible	5,1%	6,2%	7,8%	6,4%	6,3%
Pensar en cambiar mi vivienda por otra más adecuada	7,1%	11,1%	1,3%	2,1%	5,9%
Otras	2,0%	—	3,9%	8,5%	3,0%
No	52,0%	43,2%	54,5%	59,6%	51,5%
Seguro de dependencia	1,0%	—	3,9%	—	1,3%
Ns	—	—	1,3%	2,1%	0,7%
Nc	—	1,2%	—	—	0,3%

Las sutiles diferencias entre los modelos de previsión entre el mundo urbano y el rural –las personas que toman medidas previsorias para su vejez apenas alcanza el 41% y con tasas de ahorro mucho más bajas– que pueden atribuirse a cierto providencialismo, pero también a una menor capacidad de ahorro, bien por rentas de trabajo o por jubilaciones de una población más envejecida, pero también a la tímida eclosión de un modelo más previsor y sofisticado en ambientes urbanos y metropolitanos.

Tabla 22. ¿Ha hecho algún tipo de previsión pensando en esa etapa de su vida?, según hábitat

	Hábitat			
	Ciudad	Pueblo o villa	Rural	Total
Ahorrar [seguros, planes de pensiones, depósitos, etc.]	32,8%	32,7%	23,3%	31,4%
Acondicionar mi vivienda para hacerla accesible	6,5%	5,5%	7,0%	6,4%
Pensar en cambiar mi vivienda por otra más adecuada	5,5%	9,1%	4,7%	6,0%
Otras	2,5%	3,6%	4,7%	3,0%
No	50,2%	47,3%	58,1%	50,8%
Seguros de dependencia	2,0%	—	—	1,3%
Ns	0,5%	1,8%	—	0,7%
Nc	—	—	2,3%	0,3%

La opción que preferirían las personas encuestadas como lugar de residencia para pasar su etapa dependiente, la mayoría que se inclina por su vivienda actual es abrumadora, con tasas promedio del 80%. Las variables que influyen en esta decisión son muchas: desde que “su casa” es la casa adquirida con esfuerzo durante años, la que cobija los recuerdos de toda una vida; aquella a la que han adaptado a sus necesidades, aquella en la que se han invertido los ahorros de una vida. Pero, sobre todo, es el entorno que garantiza un mayor confort y el que garantiza la privacidad y la independencia personales. De alguna manera, se trataría de prolongar, en lo posible, la vida independiente en la dependencia.

Otras opciones abundan también en lo adecuado de un entorno hogareño para atender situaciones de dependencia. Incluso, cuando se pregunta por el tipo de residencia que preferirían, la mayoría de las opiniones apunta a formatos más hogareños (apartamentos, hoteles) que no al “modelo hospital” entendiendo por tal el de largos y anchos pasillos intercalando grandes espacios comunes. La forma que se busca es, por el contrario, la de espacios acogedores, donde las personas residentes puedan encontrarse, donde sea posible trabar cierta relación entre ellas.

La preferencia por la vivienda propia es directamente proporcional a la edad. Pero no debe interpretarse que las personas más jóvenes prefieren soluciones residenciales. Encuestas realizadas hace más de 10 años mostraban el mismo patrón: el rechazo al modelo residencial aumenta según se acerca el momento de su posible uso. No parece, tampoco, que la COVID-19 haya introducido sesgos significativos. Es cierto que no favorece la opinión sobre la opción residencial, pero no lo es menos que se considera una situación coyuntural que, incluso, podría ser un acicate para mejorar las residencias. Pero los valores obtenidos para Asturias, como ya apuntamos, son muy similares a los recogidos en otras encuestas muy previas a la COVID-19. Podemos interpretar que, para una parte importante de la población entrevistada, las residencias son un mal menor asumible. Como veremos más adelante, es un 30% aproximadamente de las personas entrevistadas el que asegura que “nunca” se iría a una residencia, un 12% las que creen que



es la mejor opción quedando entre ambos un 55% aproximadamente –descontando las que no responden o no se definen– para quienes la opción residencial sería el mal menor asumible.

Soluciones alternativas como *cohousing* o viviendas especiales son todavía poco aceptadas, tanto por desconocimiento como por la complejidad de gestión que se les intuye. Con todo, es la opción que, a muchas personas, cuando en estudio cualitativo se les pregunta cómo quisiéran vivir, les surge espontáneamente; en un edificio con amistades. Sobre todo, cuando están lejos los/as hijos/as y nietos/as. Sin embargo, las iniciativas *cohousing* en marcha en Asturias están en un estado más o menos embrionario. En el caso más avanzado, y tras seis años de gestiones, se ha adquirido una finca para construir el complejo, se dispone de un proyecto o anteproyecto, pero tiene pendiente dar el salto definitivo, que es el de la construcción del proyecto. Se estima que el tiempo medio de concreción de un *cohousing* en España es de unos nueve años. Un plazo que, a determinadas edades, se considera un freno notable para emprender un proyecto de este tipo. Y es que la gestión de un modelo comunitario, en un país como España, con poca costumbre de voluntariados o participación en la vida pública, supone un freno adicional. Quizá no sea ajeno a ello que las iniciativas más avanzadas en su gestión sean las lideradas por personas con experiencia en participación, voluntariado y activismo. Por último, es un modelo relativamente elitista –exige de una inversión que no está al alcance de muchos bolsillos– que requiere estrategias financieras complejas, que incluyen con frecuencia la venta de la vivienda habitual, lo que suma otro freno adicional a este tipo de iniciativas que, actualmente, son percibidas como modelos foráneos y no propios, al menos en Asturias. Por último, los modelos difieren: en algunos casos se opta por modelos abiertos, intergeneracionales, vinculados con el entorno en el que se ubicarán; en otros se opta por modelos cerrados, reservados y protegidos.

**Tabla 23. En caso de necesitar cuidados por dependencia
¿dónde le gustaría vivir?, según edad**

	Edad				
	55-60	61-65	66-70	71-75	Total
En mi actual vivienda	45,9%	59,8%	62,3%	73,9%	58,1%
En mi actual vivienda con mi pareja	24,5%	13,4%	13,0%	15,2%	17,2%
En una residencia para personas mayores	14,3%	11,0%	13,0%	8,7%	12,2%
Vivienda adaptada	3,1%	2,4%	1,3%	—	2,0%
<i>Cohousing</i>	6,1%	6,1%	1,3%	2,2%	4,3%
En casa de hijos/as	2,0%	2,4%	2,6%	—	2,0%
Volver al pueblo	2,0%	1,2%	—	—	1,0%
Otras	—	1,2%	2,6%	—	1,0%
No querría vivir	—	—	2,6%	—	0,7%
Ns	1,0%	—	—	—	0,3%
Nc	1,0%	2,4%	1,3%	—	1,3%



Por Áreas de Servicios Sociales la pauta es similar en todas ellas, con una preferencia mayoritaria por la atención domiciliaria. En realidad, las variaciones están en niveles de margen de error en torno a la media del 12,3%, por lo que no podemos considerarlas demasiado significativas.

Tabla 24. En caso de necesitar cuidados por dependencia ¿dónde le gustaría vivir?, según Área de Servicios Sociales donde reside

	Área de Servicios Sociales donde reside								
	Occidente	Suroccid.	Avilés	Oviedo	Gijón	Oriente	Caudal	Nalón	Total
En mi actual vivienda	68,4%	76,9%	53,1%	63,9%	48,7%	58,3%	36,4%	65,2%	57,9%
En mi actual vivienda con mi pareja	5,3%	15,4%	24,5%	15,5%	19,2%	8,3%	45,5%	4,3%	17,2%
En una residencia para personas mayores	15,8%	7,7%	8,2%	12,4%	12,8%	16,7%	9,1%	17,4%	12,3%
Vivienda adaptada (con servicios y cuidados personalizados)	—	—	2,0%	—	6,4%	—	—	—	2,0%
<i>Cohousing</i>	—	—	6,1%	3,1%	9,0%	—	—	—	4,3%
En casa de hijos/as	—	—	—	—	2,6%	8,3%	—	13,0%	2,0%
Volver al pueblo	—	—	2,0%	1,0%	—	8,3%	—	—	1,0%
Otras	—	—	2,0%	2,1%	—	—	—	—	1,0%
No querría vivir	—	—	—	1,0%	—	—	9,1%	—	0,7%
Ns	—	—	—	1,0%	—	—	—	—	0,3%
Nc	10,5%	—	2,0%	—	1,3%	—	—	—	1,3%

El Suroccidente, Avilés y Caudal registran una preferencia por el modelo residencial inferior a la media –en torno al 8%-10%– mientras que Oviedo y Gijón se sitúan en la media (12%) y Occidente, Oriente y Nalón registran preferencias superiores, en torno al 13%-17%.

Son más significativas las variaciones por tipo de hábitat. Y muy especialmente en el mundo rural, donde se detecta una notable polarización en relación a los lugares en los que se preferiría recibir atención a la dependencia.

Casi una cuarta parte de las personas entrevistadas se decanta por la solución residencial, que en villas es el 13% y en ciudades del 10%. Este dato sería un nuevo indicio del cambio de modelo que tendría lugar entre las personas más jóvenes y, por tanto, mejor formadas y con mejores empleos, más urbanas, en suma, críticas con el modelo residencial y más proclives a otras soluciones pensadas con mayor previsión personal.



Esa mayor preferencia por la solución residencial en el mundo rural –donde, recordemos, la preferida, abrumadoramente, es la domiciliaria– venga del formato de las residencias en este medio, más pequeñas, “atopadizas”, y donde, con frecuencia, es posible encontrarse con amistades y conocidos/as del pueblo; incluso las personas que allí trabajan pueden ser conocidas. Se sumarían a ello circunstancias que, desde un enfoque pragmático, favorecen lo residencial, como la muy frecuente lejanía de la familia, lo caro de los cuidados domésticos en áreas donde, como vimos, las rentas son menores, la escasez de servicios cercanos al hogar o la propia dificultad para adaptar viviendas que, en muchos casos, responden a diseños de compleja adaptación, como desniveles de acceso, escaleras estrechas y en fuerte pendiente, etc.

Ahora bien, es en el mundo rural donde se detecta, a la vez que esa mayor aceptación, un mayor rechazo a lo residencial, que supera el 40% de las personas entrevistadas, dejando en minoría a las que ni rechazan ni prefieren, sino que aceptan lo residencial como una alternativa de mal menor.

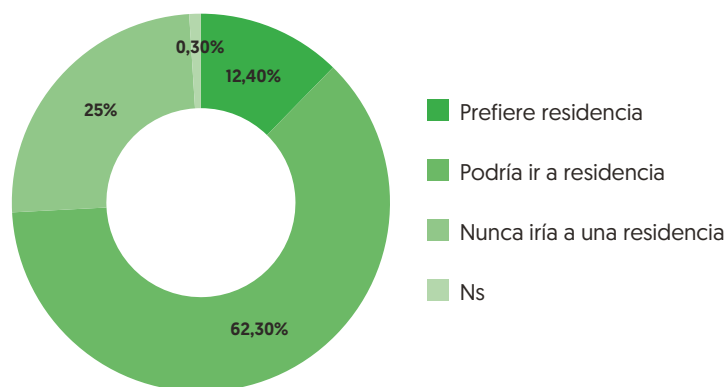
En consecuencia, el rechazo a las residencias en los rurales Occidente y Suroccidente astures presenta valores elevadísimos en torno al 50%-60% de las personas encuestadas, doblando la media regional.

El caso contrario sería el del Área de Servicios Sociales de Gijón, que es la que presenta una menor polarización –con el rechazo más bajo y primera opción en la media– y en consecuencia a que mayor número de personas entrevistadas “posibilistas” recoge.

Tabla 25. En caso de necesitar cuidados por dependencia ¿dónde le gustaría vivir?, según hábitat

	Hábitat			
	Ciudad	Pueblo o villa	Rural	Total
En mi actual vivienda	57,2%	56,4%	65,1%	58,2%
En mi actual vivienda con mi pareja	18,9%	20,0%	7,0%	17,4%
En una residencia para personas mayores	10,0%	12,7%	23,3%	12,4%
Vivienda adaptada (con servicios y cuidados personalizados)	3,0%	—	—	2,0%
<i>Cohousing</i>	5,0%	5,5%	—	4,3%
En casa de hijos/as	1,5%	3,6%	2,3%	2,0%
Volver al pueblo	1,5%	—	—	1,0%
Otras	1,0%	1,8%	—	1,0%
No querría vivir	0,5%	—	—	0,3%
Ns	0,5%	—	—	0,3%
Nc	1,0%	—	2,3%	1,0%

Gráfico 16. Preferencias sobre cuidados de larga duración



Casi el 90% de las personas entrevistadas está convencida de que podrá disponer de su vida dependiente tal y como ha previsto; esto es, mayormente en su casa. Sorprende la tasa, elevadísima, un 98% registrada en el hábitat rural, que baja en relación inversa a la urbanización: en las ciudades, solo un 84% cree que podrán cumplirse sus planes. Es más, a medida que avanza la edad de las personas entrevistadas, crece la confianza en poder disfrutar la última fase de su vida conforme a sus planes y previsiones. Un 91% de las personas mayores de 70 años está convencida de ello, por un 80% de las que tienen entre 55 y 60 años. Se observa, en todo caso que, en este grupo de edad, es la respuesta “no sabe” la que más aumenta respecto a otros grupos de edad, alcanzando un 11,2%. Quizá muestre no haber pensado en el futuro con la claridad que despeja su cercanía. Pero también pudiera ser que, a esa edad, se vean mayores incertidumbres sobre los escenarios en los que discurrirá la última fase de la vida: desde las incertidumbres sobre el sistema de pensiones, donde, a tenor de lo que se ha manifestado en el cualitativo, parece descontada una reducción de las pensiones públicas de los “*baby boomers*” por jubilar (nacidos/as entre 1950; ya jubilados/as, y 1975, que se retirarían en unos 22 años) a fenómenos propios de Asturias como la emigración juvenil a otras partes de España o al extranjero.

Tabla 26. ¿Y cree que podrá hacerlo como usted desea?, según edad

	Edad				
	55-60	61-65	66-70	71-75	Total
Sí	79,6%	89,0%	90,8%	91,5%	86,8%
No	9,2%	6,1%	1,3%	6,4%	5,9%
Ns	11,2%	4,9%	7,9%	2,1%	7,3%

La confianza en cumplir esos planes es similar entre varones y mujeres. Sin embargo, no lo son las razones por las que creen que no podrán cumplir sus planes:

- Para las mujeres, la proporción de aquellas que creen que lo que se lo impedirá son los motivos económicos, 18%, doblando prácticamente a sus coetáneos varones.



- Aunque menos acusada, también es mayor la proporción de mujeres que no quieren ser una carga para cuidadores/as, quizá por disponer de menos dinero y depender en mayor medida de sus hijos/as, pero también, probablemente, por barruntar que, al contrario de lo que es más probable que les suceda a sus parejas, ellas no tendrán quienes las cuiden. Por otra parte, son ellas, como ya vimos, las que llevan unos 2/3 del peso en el cuidado de las personas mayores.
- Menos clara queda la percepción de que no hay servicios para ellas, si bien es posible que estén pensando en atención domiciliaria asequible.

Con todo, la exigua base de la submuestra un 6% de los 303 encuestados/as –18 personas– hacen casi inviable un análisis detallado de los motivos por los que creen que no podrán cumplir sus planes. Sí sorprende, en todo caso, la confianza en que sí llevarán a cabo sus objetivos.

Tabla 27: ¿Y cree que podrá hacerlo como usted desea?, según hábitat

	Hábitat			
	Ciudad	Pueblo o villa	Rural	Total
Sí	84,1%	92,7%	97,7%	87,6%
No	7,5%	3,6%	2,3%	6,0%
Ns	8,5%	3,6%	—	6,4%

Tabla 28. ¿Y cuál es el principal motivo que le hace pensar que no?

	Sexo		
	Varón	Mujer	Total
Económico	10,0%	17,6%	13,5%
No quiero ser una carga	40,0%	47,1%	43,2%
Porque no hay oferta de servicios	10,0%	23,5%	16,2%
Porque la oferta de servicios no se ajusta a lo que necesito	25,0%	5,9%	16,2%
Ns	15,0%	5,9%	10,8%



Tal y como establecimos anteriormente, a la hora de detectar las estrategias ante la vejez y, más concretamente, sobre la dependencia, se detectan dos tendencias. Por un lado, una mitad de la población que no hace nada. De otro, un tercio que establece estrategias de ahorro, más frecuentes entre las personas cercanas a la jubilación que entre las ya jubiladas.

La estrategia de ahorro recuerda a un estadio previo a las políticas de bienestar. Se trata de un ahorrar –por lo general, en depósitos, si bien es una estrategia que parece estar cambiando hacia los seguros y planes de pensiones, al menos en los grupos etáneos de entre 55 y 65 años– que recuerda a la que, hasta bien entrado el siglo XX, se adoptaba de cara a la jubilación, ahorrando un “colchón” que permitiera mantenerse durante los [pocos] años de retiro.

En las entrevistas en profundidad se comentó el caso de aquellas personas que, disfrutando de un buen nivel de ingresos, apenas ahorraron y ahora, jubiladas, se ven en cierta estrechez, siquiera por comparación con el nivel de vida disfrutado cuando estaban ocupadas. Siguiendo un poco el hilo de la fábula, parecía detectarse cierta censura moral a las cigarras que no habían ahorrado, contraponiendo sus vidas de retiro con las de las hormigas previsoras. También se dan, claro está, los casos de quienes ahorran como algo natural y no como parte de una estrategia. También la de quienes asumen que no podrán vivir igual en la jubilación. Y, desde luego, la de quienes no pueden ahorrar por sus bajas rentas del trabajo.

Se tienen en cuenta también las herencias que, en el caso de hijos/as de familias no numerosas y padres/madres propietarios/as de vivienda urbana –en Asturias, las más entre las personas próximas a jubilarse– pueden aportar un capital adicional de cara a la vejez. Por otra parte, son pocas las personas dispuestas a perder patrimonio inmobiliario a cuenta de la dependencia. Es su patrimonio. Y es, además, el patrimonio que desean legar a su descendencia. Es un asunto surgido en los análisis cualitativos, pero que, sin embargo, no se planteó en el cuantitativo.

Se trata principalmente de estrategias que parecen estar más enfocadas a la jubilación que a la vejez dependiente propiamente dicha, tal y como apuntarían las pautas de ahorro, tan concentradas en las personas todavía activas.

En todo caso, esa propensión al ahorro parece complementarse con cierta predisposición a descapitalizarse para asegurar que se cumplan sus planes de cara a la fase de dependencia.

Aproximadamente el 63% de las personas entrevistadas manifiesta su disposición a gastar, al menos, toda la pensión en hipotéticos LTC.

Un 26% muestra su disposición a descapitalizarse, bien “tirando de ahorros”, bien enajenando propiedades (10%).

Y un 15% asegura que ignora lo que gastaría, grupo que sube al 20% en el grupo de edades de entre 55 y 65 años.



Tabla 29. Y en el caso de necesitar cuidados por dependencia ¿cuánto está Ud. dispuesto/a a gastar?

	Edad				Total
	55-60	61-65	66-70	71-75	
Nada	—	—	3,9%	2,1%	1,3%
Hasta la mitad de mi pensión	24,5%	23,2%	23,4%	29,8%	24,7%
Toda la pensión	31,6%	31,7%	36,4%	40,4%	34,2%
Mis ahorros en dinero	12,2%	19,5%	14,3%	8,5%	14,1%
Venta de propiedades; fincas o 2ª residencia	6,1%	9,8%	5,2%	4,3%	6,6%
Si hace falta vendería mi vivienda principal	4,1%	4,9%	2,6%	—	3,3%
Confío en la ayuda de mis hijos/as	1,0%	—	2,6%	—	1,0%
Ns	19,4%	11,0%	11,7%	12,8%	14,2%
Nc	1,0%	—	—	2,1%	0,7%

Por último, no deberíamos olvidar que muchas personas mayores se van a encontrar relativamente solas en el momento en que sean usuarias de los servicios LTC. Recordemos que en Europa, uno de los pilares de la atención a la dependencia son las familias, bien como cuidadores/as informales, bien como soporte logístico –movilidad, cuidado del hogar, supervisión– o como apoyo espiritual y afectivo a la persona dependiente, muy especialmente en el sistema renano. Asimismo, los resultados de la encuesta ofrecen un panorama en el que buena parte de las personas de entre 55 y 75 años no tienen hijos/as que vivan en el mismo concejo ni, con frecuencia, en Asturias. Una tendencia que es aún más acusada en el medio rural y entre las personas de más edad, en buena medida porque, a los 55 años, muchas familias tienen aún hijos/as no emancipados/as, estudiantes, candidatos/as a migrar a corto o medio plazo.

Es una variable que, de alguna forma, deberá tenerse en cuenta al elaborar los programas de atención a la dependencia, muy especialmente en un mundo rural muy apegado al territorio y donde el modelo residencial suscita un notable rechazo.

Tabla 30. ¿Tiene hijos/as cerca de usted?, según edad

	Edad				Total
	55-60	61-65	66-70	71-75	
Uno/a en mi ciudad	40,8%	36,6%	42,9%	25,5%	37,8%
Dos o más en mi ciudad	18,4%	22,0%	13,0%	25,5%	19,1%
Uno/a en Asturias, pero en otro concejo	6,1%	17,1%	15,6%	10,6%	12,2%
Dos o más en Asturias, pero en otros concejos	3,1%	4,9%	2,6%	4,3%	3,6%
Fuera de Asturias	6,1%	4,9%	16,9%	12,8%	9,5%
No tengo hijos/as	24,5%	13,4%	9,1%	21,3%	17,1%
Nc	1,0%	1,2%	—	—	0,7%

Tabla 31. ¿Tiene hijos/as cerca de usted?, según hábitat

	Hábitat			Total
	Ciudad	Pueblo o villa	Rural	
Uno/a en mi ciudad	37,6%	45,5%	30,2%	38,0%
Dos o más en mi ciudad	22,8%	10,9%	11,6%	19,0%
Uno/a en Asturias, pero en otro concejo	7,9%	16,4%	25,6%	12,0%
Dos o más en Asturias, pero en otros concejos	2,0%	5,5%	9,3%	3,7%
Fuera de Asturias	9,9%	10,9%	4,7%	9,3%
No tengo hijos/as	19,3%	10,9%	16,3%	17,3%
Nc	0,5%	6%	2,3%	0,7%



5.5. SI ES RESIDENCIAL, QUE SE PAREZCA A MI CASA

Las valoraciones que, sobre diversos servicios, hacen sus posibles personas usuarias futuras son positivas. Y lo son más allá de quién los pueda ofrecer: familias, servicios sociales o empresas privadas.

La peor valoración corresponde a las residencias, que obtienen valoraciones en torno a 6,5 sobre 10. Aprueban. Pero registran notables desviaciones típicas, síntoma de que las opiniones sobre ellas son controvertidas. Y es, además, un valor comparativamente bajo o si se compara con el obtenido por los servicios públicos en general y con los valorados en este trabajo, en particular.

En el extremo contrario, se sitúan la atención domiciliaria con valores en torno a 8 o 9 puntos sobre 10, presentando además desviaciones típicas bajas. O servicios de ayuda ocasional y complementaria, como facilitar la preparación de la comida, la limpieza del domicilio, etc., que pueden resultar complicadas con pequeñas dependencias que, sin embargo, permiten llevar una vida relativamente normal.

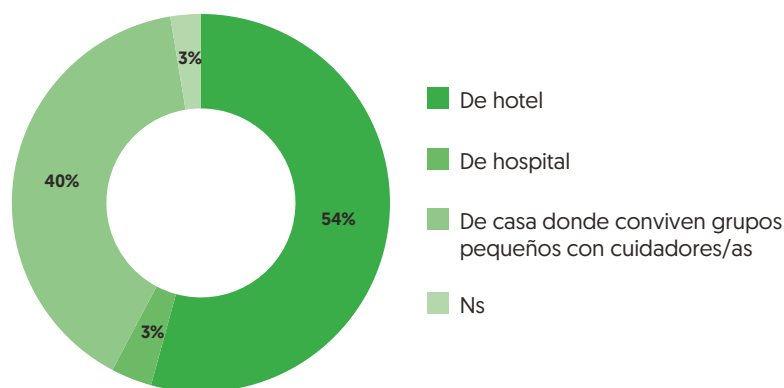
Son todas ellas valoraciones que, nuevamente, revelan la elevada consideración y casi consenso en torno a la atención domiciliaria y el recelo, cuando no la controversia que suscitan las soluciones residenciales.

Gráfico 17. Valoración de posibles modalidades de cuidados a dependientes por la población en general



Las preferencias, además, se dirigen hacia un formato más hogareño, parecido a un hotel personalizable –opción preferida por el 53% de las personas entrevistadas– o a pequeños apartamentos –42%– en detrimento del modelo de aspecto hospitalario. En este sentido, y aunque no haya sido objeto de la encuesta, en otros países se tiende a las habitaciones individuales [95% en Suecia, en torno a la mitad en Francia], que preservan mejor la intimidad y genera una mayor sensación de intimidad e incluso, de hogar.

Gráfico 18. Si tuviera que ingresar en una residencia ¿qué aspecto le gustaría que tuviera?



Más dispares son las opiniones acerca de posibles fórmulas de medicalización de las residencias. Quizá reflejan la carencia de opiniones formadas sobre un asunto muy técnico, y que apenas se había planteado previamente a la pandemia de la COVID-19. Quizá la clave interpretativa esté en que hay una casi unanimidad en considerar que las residencias deben proveer algún servicio médico, sea interno o sea a través de una potente coordinación con el centro de salud correspondiente. Este fue también un punto controvertido en la fase cualitativa. Por un lado, el sentimiento general es el de considerar conveniente la medicalización, más aún cuando la persona usuaria de las residencias suele ser una persona con grados de deterioro físico notables. Sin embargo, la duda surge cuando se planteaba la disyuntiva entre un pequeño cuadro médico interno –que algunas residencias ofrecen– con todas las limitaciones que puede tener en el caso de residencias de tamaño ideal, en torno a las 80-100 camas, así como los costes asociados; o la posibilidad de una buena coordinación con el centro de salud más cercano, que pone al alcance de la persona residente, siquiera en teoría, todo el sistema sanitario. Algo parecido ocurre con los proyectos de *cohousing*, donde unos se decantan por un disponer de servicio médico propio –quizá ligado a alguna mutua– mientras que otros proyectos se decantan por el uso del sistema público como si de cualquier otra persona usuaria se tratara. Todo apunta a asunto con muchas facetas y aristas, para el que las potenciales personas usuarias carecen de criterio para responder, más allá, como decíamos, de asegurar la atención médica a la persona residente.

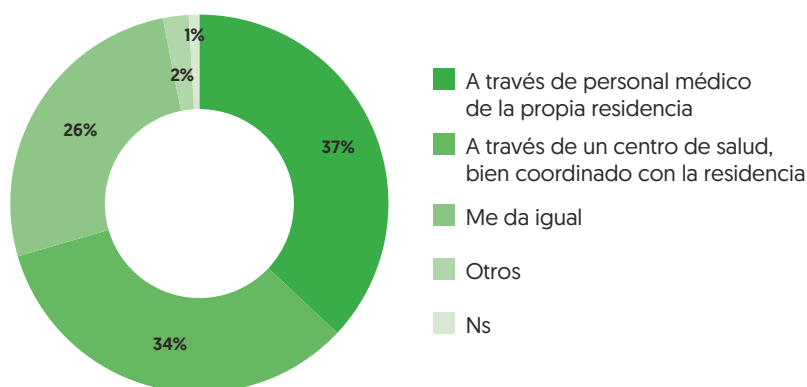
Los resultados mostrarían una división de opiniones casi a partes iguales entre las personas que prefieren medicalizar residencias y las que optan por un buen concierto con el centro de salud cercano. Todo apunta a que lo que se considera esencial es un buen servicio médico.



Señalar, por último que casi el 100% de las personas usuarias consideran oportunas las ayudas para adaptar viviendas.

Por último, ya lanzada la encuesta se añadió una pregunta sobre la disponibilidad de las personas encuestadas para pagar un “impuesto” que sufrague un programa de Seguro de Dependencia. En torno al 65% de las personas encuestadas valoran positivamente esa posibilidad. Sin embargo, dado lo poco ortodoxo de la forma en que se introdujo la pregunta, consideramos que no ha lugar a mayores análisis.

Gráfico 19. ¿Y cómo cree que debería prestarse la atención médica en una residencia para personas mayores?



6. TRES ESCENARIOS DE DEMANDA FUTURA

Una vez que conocemos las tendencias demográficas esperadas para los próximos años –horizonte 2035– y las preferencias de la población potencial usuaria de los servicios de dependencia en esa fecha, no queda sino estimar la demanda residencial.

La estimación de demanda se ha hecho asumiendo una serie de condiciones:

1. Que la tendencia del sistema de cuidados de larga duración tenderá a seguir las recomendaciones de la Comisión Europea, que apuesta por la transición gradual desde un sistema preferentemente residencial a otro preferentemente domiciliario, donde las residencias, además, tiendan a modelos más parecidos al doméstico.
2. Las tendencias asistenciales en los países con sistemas LTC apoyados en Seguros –casi todos los del Norte y Centro de Europa– progresivamente volcados en la atención domiciliaria.
3. Que las preferencias de las futuras personas usuarias –y, muy especialmente, la de aquellas que se sienten más cercanas a posibles situaciones de dependencia– que valoran más el modelo de atención domiciliaria que el residencial, menos valorado –y con mayor controversia– que otras prestaciones. Percibido, en suma, como un mal menor, casi inevitable a falta de otra cosa que puedan pagar. Esta menor consideración hacia el modelo residencial es, además, previa a la COVID-19, no es nueva. No hay, por tanto, sesgo coyuntural.
4. El previsible incremento de coste de los conciertos entre Principado y las residencias privadas a medio plazo, que puede hacer más interesante el sistema de atención domiciliaria.





Se presentan tres escenarios de demanda:

- El escenario 1 traslada la situación actual de tasas de plazas por habitante hasta 2035, cruzándolas con las previsiones de población. Es el escenario “conservador” o “inercial” en el que todo seguiría como hasta ahora.
- El escenario 2 asume las preferencias de las personas encuestadas de más edad y, por tanto, más cercanas a la edad de persona usuaria-tipo de residencia. Naturalmente, este escenario contemplaría una inversión muy agresiva en programas de atención domiciliaria. Sería el escenario “utópico”.
- El escenario 3 asume la preferencia general de las personas encuestadas más lo que ellas consideran imposibilidad de cumplir sus deseos acerca de su vida dependiente. La tasa que se utiliza, de 14 plazas por cada persona mayor de 80 años es “realista”: mejora indicadores de otros países –Francia, por ejemplo, tiene 13,2 camas por cada persona mayor de 80 años, por casi 17 de Asturias y los 20 de Oviedo o Gijón– y prevé incrementos de capacidad en Áreas de Servicios Sociales rurales –I, II y VI– al tiempo que mantiene o disminuiría ligeramente la dotación en las principales áreas urbanas. Sería coherente, además, con la elevada tasa de mayores sin hijos/as o cuyos hijos/as viven en otros concejos: un 60% en zonas rurales por un 44% en el conjunto de Asturias, un 49% en pueblos o villas y un 39% en las ciudades.

Naturalmente, el modelo de estimación es perfectible. Podemos modular las tasas por Áreas de Servicios Sociales, por ejemplo, ponderándolas en función de la situación actual.

Por último, creemos que estos resultados, cuando se refieren a escalas municipales y, sobre todo, a ayuntamientos pequeños, deben tomarse con sumo cuidado, dados los errores a los que pequeñas variaciones censales puedan dar lugar. El ámbito natural de análisis debería ser, como mínimo, el Área de Servicios Sociales. Más aún cuando ya en la actualidad muchas dotaciones residenciales están funcionando, intencionadamente o no, a esa escala.

Tabla 32. Demanda estimada de plazas en establecimientos residenciales para Asturias en 2035

	Plazas requeridas escenario 1	Nuevas plazas escenario 1	Plazas requeridas escenario 2	Nuevas plazas escenario 2	Plazas requeridas escenario 3	Nuevas plazas escenario 3
ASTURIAS	18.377	3.180	10.211	-4.986	15.208	11
ÁREA I	558	9	497	-52	739	190
ZB I.1	137	25	126	14	187	75
San Tirso de Abres	0	0	9	9	14	14
Vegadeo	65	-5	37	-33	56	-14
Castropol	0	0	37	37	56	56
Taramundi	28	8	14	-6	21	1
Villanueva de Oscos	22	10	7	-5	11	-1
San Martín de Oscos	0	0	13	13	19	19
Santa Eulalia de Oscos	12	2	8	-2	12	2
ZB I.2	148	14	91	-43	135	1
Tapia de Casariego	108	8	43	-57	64	-36
El Franco	39	5	48	14	71	37
ZB I.3	52	2	121	71	181	131
Coaña	0	0	26	26	39	39
Navia	54	4	80	30	119	69
Villayón	0	0	16	16	23	23
ZB I.4	193	-19	110	-102	164	-48
Valdés	193	-19	110	-102	164	-48
ZE I.1	44	3	48	7	72	31
Boal	21	-3	16	-8	24	0
Illano	0	0	14	14	21	21
Pesoz	0	0	5	5	7	7
Grandas de Salime	17	0	13	-4	20	3
ÁREA II	256	-10	278	12	414	148
ZB II.1	60	-14	94	20	141	67
Tineo	60	-14	94	20	141	67
ZB II.2	165	-3	118	-50	176	8
Cangas del Narcea	165	-3	118	-50	176	8
ZE II.1	30	6	65	41	97	73
Allande	0	0	31	31	46	46
Ibias	23	-1	18	-6	27	3
Degaña	0	0	16	16	24	24
ÁREA III	2.578	810	1.738	-30	1.571	-197
D.III.1	1.385	527	1.054	196	1.553	695
Avilés	1.389	531	1.043	185	1.553	695
Illas	0	0	12	12	18	18
D.III.2	433	148	226	-59	336	51



Castrillón	433	148	226	-59	336	51
ZB III.1	39	-6	49	4	72	27
Cudillero	39	-6	49	4	72	27
ZB III.2	245	-33	121	-157	180	-98
Muros de Nalón	23	-1	19	-5	29	5
Soto del Barco	79	0	36	-43	53	-26
Pravia	142	-33	66	-109	98	-77
ZB III.3	248	27	108	-113	161	-60
Gozón	248	27	108	-113	161	-60
ZB III.4	145	64	181	100	270	189
Corvera de Asturias	145	64	145	64	270	189
ÁREA IV	5.730	777	2.828	-2.125	4.212	-741
D.IV.1	3.326	522	1.825	-979	2.719	-85
Oviedo	3.326	522	1.825	-979	2.719	-85
D.IV.2	1.805	354	467	-984	696	-755
Siero	1.698	342	426	-930	635	-721
Noreña	110	15	41	-54	61	-34
ZB IV.1	36	-9	55	10	81	36
Salas	36	-9	55	10	81	36
ZB IV.2	154	-52	106	-100	158	-49
Candamo	43	-5	21	-27	31	-17
Regueras, Las	16	-8	11	-13	16	-8
Grado	92	-42	69	-65	103	-31
Yernes y Tameza	0	0	5	5	7	7
ZB IV.3	105	16	93	4	139	50
Llanera	105	16	93	4	139	50
ZB IV.4	201	0	91	-110	135	-66
Sariego	34	9	17	-8	25	0
Cabranes	13	-3	12	-4	18	2
Nava	115	-20	37	-98	55	-80
Bimenes	31	6	24	-1	36	11
ZB IV.5	86	15	55	-16	83	12
Santo Adriano	0	0	7	7	10	10
Proaza	0	0	7	7	11	11
Teverga	39	10	28	-1	41	12
Quirós	43	1	14	-28	20	-22
ZB IV.6	57	22	101	66	150	115
Ribera de Arriba	0	0	23	23	35	35
Morcín	0	0	44	44	66	66
Riosa	63	28	33	-2	50	15
ZE IV.1	43	-8	35	-16	52	1
Belmonte de Miranda	41	-10	18	-33	27	-24
Somiedo	0	0	17	17	25	25



ÁREA V	5.955	1.322	3.004	-1.629	4.474	-159
D.V.1	5.466	1.363	2.811	-1.292	4.186	83
Gijón	5.466	1.363	2.811	-1.292	4.186	83
ZB V.1	249	-3	89	-163	132	-120
Carreño	249	-3	89	-163	132	-120
ZB V.2	211	-67	104	-174	155	-123
Villaviciosa	211	-67	104	-174	155	-123
ÁREA VI	789	-136	421	-504	627	-298
ZB VI.1	109	0	99	-10	147	38
Colunga	59	-15	33	-41	49	-25
Caravia	0	0	5	5	8	8
Ribadesella	39	4	60	25	89	54
ZB VI.2	316	-97	105	-308	156	-257
Llanes	273	-94	89	-278	133	-234
Ribadedeva	42	-4	16	-30	23	-23
ZB VI.3	181	-56	104	-133	155	-82
Piloña	82	-37	58	-61	86	-33
Parres	103	-15	46	-72	69	-49
ZB VI.4	136	-9	73	-72	109	-37
Ponga	12	2	6	-4	9	-1
Amieva	22	2	10	-10	16	-4
Cangas de Onís	96	-19	45	-70	67	-48
Onís	0	0	12	12	18	18
ZE VI.1	19	-2	40	19	60	39
Cabrales	19	-2	20	-1	30	9
Peñamellera Alta	0	0	9	9	13	13
Peñamellera Baja	0	0	11	11	17	17
ÁREA VII	1.409	278	738	-393	1.099	-32
D.VII.1	707	166	485	-56	722	181
Mieres	707	166	485	-56	722	181
ZB VII.1	260	19	113	-128	168	-73
Lena	260	19	113	-128	168	-73
ZB VII.2	419	70	140	-209	209	-140
Aller	419	70	140	-209	209	-140
ÁREA VIII	1.132	160	707	-265	1.053	81
D.VIII.1	804	70	355	-379	529	-205
Langreo	804	70	355	-379	529	-205
ZB VIII.1	154	37	195	78	291	174
San Martín del Rey Aurelio	154	37	195	78	291	174
ZB VIII.2	141	20	157	36	233	112
Laviana	128	24	131	27	195	91
Sobrescobio	24	7	13	-4	19	2
Caso	0	0	13	13	19	19



Las consecuencias de cada escenario serían:

1. Escenario 1, inercial: las necesidades residenciales se incrementarían de forma notable en todo el territorio asturiano, pero más donde, lógicamente, más crece la población. Son las comarcas metropolitanas, muy especialmente, las que requerirían mayor número de plazas. Hay que subrayar que, al introducirse las proyecciones de población, que son desiguales y multiplicarlas por las ratios actuales, los resultados de Zonas Básicas no siempre suman el total del Área correspondiente, ni estas suman el total de Asturias.

En el conjunto de Asturias serían necesarias 3.180 plazas residenciales adicionales sobre las 15.197 autorizadas a diciembre de 2019.

En el Área I se mantendría el número de plazas, aumentado esencialmente en las Zonas Básicas 1 y 2.

En el Área II se mantendría el número de plazas, reduciéndose en Tineo y aumentando en la ZEI (Ibias).

En el Área III desaparecerían 810 plazas, concentradas en los concejos urbanos.

El Área IV necesitaría 777 plazas, mayormente en Oviedo, con 522 y su alfoz, manteniéndose, más o menos estables, en el resto del Área, con una reducción significativa en villas como Grado o Nava.

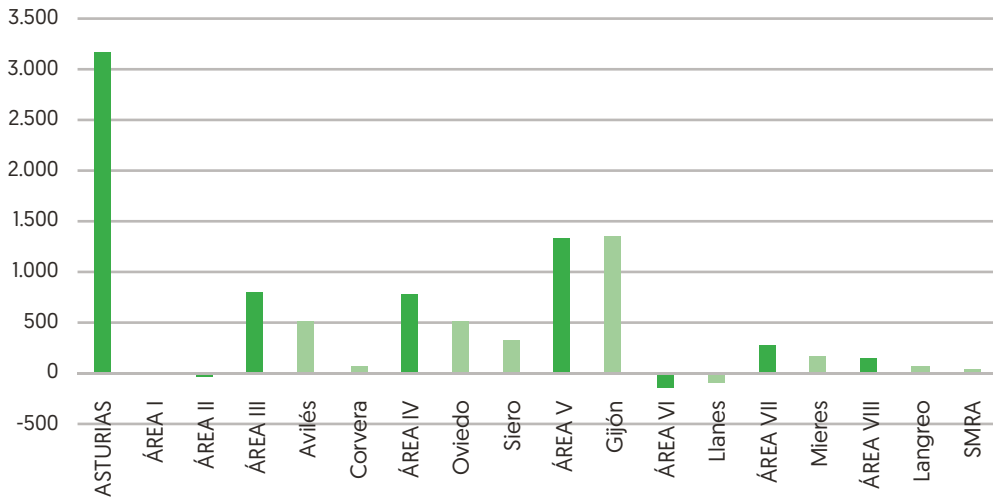
El Área V presenta resultados muy similares a la IV. Se requerirían 1.322 plazas, manteniéndose en Carreño y reduciéndose en Villaviciosa.

El Área VI mantendría una reducción en la demanda, de forma más o menos homogénea en todo su territorio.

En el Área VII se necesitarían 278 plazas, muy especialmente en Mieres, pero también en Aller.

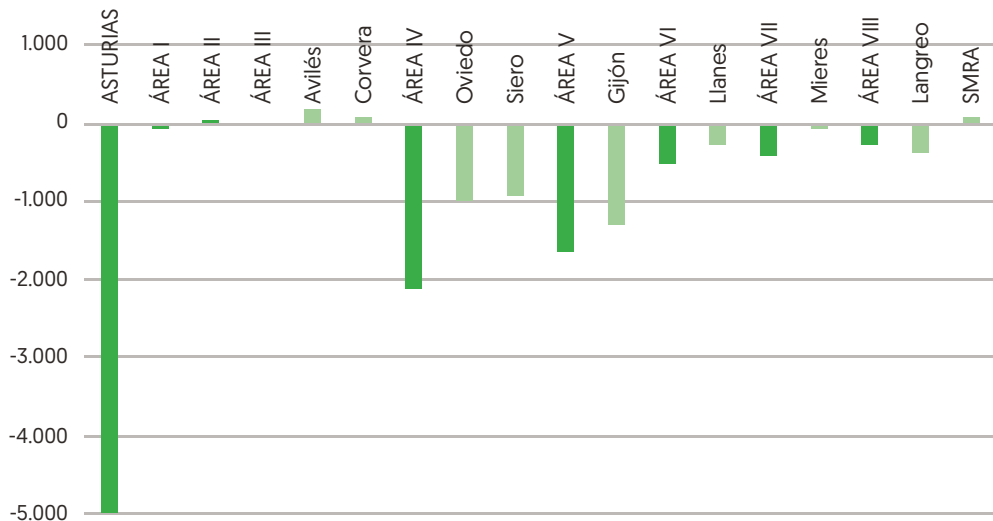
En el Área VIII serían 160 las plazas requeridas, distribuidas de forma más o menos proporcional a la población de sus concejos.

Gráfico 20. Escenario 1: ajustes de plazas en Áreas de Servicios Sociales y principales concejos



2. Escenario 2, utópico: supondría una disminución general en el número de plazas, que se reducirían en 4.986. Dado que, aun respondiendo a lo que manifiestan las potenciales personas usuarias del sistema, se trata de un escenario “utópico” que no entramos a detallar.

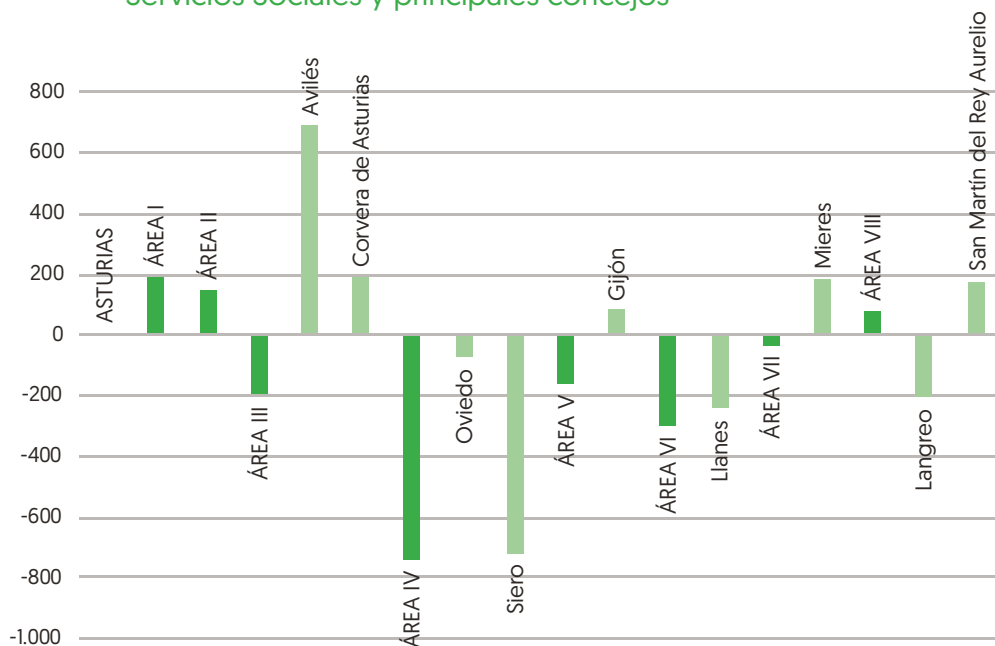
Gráfico 21. Escenario 2: ajustes de plazas en Áreas de Servicios Sociales y principales concejos





3. Escenario 3, realista: el número de plazas residenciales se mantendría. Sin embargo, se produciría una reorganización del sistema, reequilibrando el territorio con mayor dotación en algunos ámbitos “rurales” y creciendo menos o reduciéndose en los urbanos.

Gráfico 22. Escenario 3: ajustes de plazas en Áreas de Servicios Sociales y principales concejos



Así, el Área I requeriría 190 nuevas plazas, esencialmente en las Zonas Básicas 1 y 3.

El Área II necesitaría 148 plazas adicionales, esencialmente en Tineo, Allande y Degaña. A pesar del fuerte rechazo detectado en el Suroccidente hacia el modelo residencial, la dotación estimada no cubriría la demanda de quienes prefieren una solución residencial a su dependencia más las personas que la consideran un mal menor.

El Área III requeriría 820 nuevas plazas residenciales, situadas esencialmente en Avilés, como consecuencia del fortísimo envejecimiento esperado, ya apuntado en el epígrafe 3. La Comarca del Nalón –Muros de Nalón, Pravia, Soto del Barco– experimentaría, por el contrario, una reducción de necesidades.

El Área IV reduciría su capacidad residencial en 741 plazas, concentrada sobre todo en Oviedo, Siero y Comarca de la Sidra. La fortísima reducción de plazas en Siero sería consecuencia de la amplísima dotación actual [38 plazas por 100 mayores de 80 años] que se explican por su pertenencia al alfoz de Oviedo, desde donde llegan muchas de las personas residentes. Por tanto, ha de tomarse este dato con una visión metropolitana o, al menos comarcal.



En el Área V, las plazas se mantendrían estables en Gijón, reduciéndose en Carreño y Villaviciosa, esencialmente como consecuencia de la elevada dotación actual que, en Carreño, alcanza las 26 plazas por 100 mayores de 80 años.

En el Área VI las necesidades de plazas disminuirían en 298 unidades, muy especialmente en Llanes, donde la fuerte dotación actual y una cierta reducción de efectivos demográficos amplifican mutuamente su efecto.

En el Área VII el número de plazas requeridas se mantendría estable, equilibrándose el crecimiento requerido en Mieres con el descenso que se produciría en Aller.

Por último, en el Área VIII se demandarían 81 plazas, reduciéndose en Langreo y necesitándose en San Martín del Rey Aurelio.

Más allá de las proyecciones, que seguramente puedan hacerse con otros parámetros o utilizando ratios distintas, lo cierto es que en la estimación intermedia o “realista”, se contemplan proyecciones demográficas que consideramos razonables y ratios de dotación similares a los de países como Francia y equiparables cuando no superiores, a los recomendados por organizaciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS). Y toman en consideración, desde luego, el parecer de los asturianos y las asturianas. Cabría proponer una especie de modelo “de la España vaciada”, donde algunas provincias registran ratios que superan las 20 plazas por 100 mayores de 80 años, muy por encima de las 17 que dispone Asturias. No parece que, a escala de Área de Servicios Sociales, estemos ante una proyección irreal.

Debe considerarse, en todo caso, que el sistema requiere una evolución.

Por un lado, las recomendaciones de la UE, ya citadas reiteradamente, nos llevan a un escenario que prima lo domiciliario en materia de cuidados de larga duración.

Además, las preferencias de las futuras personas usuarias conducen a nuevas formas para este tipo de establecimientos residenciales, desde espacios personales, individualizados, que garanticen la independencia personal a asegurar su medicalización, bien interna, bien coordinada con el sistema de salud, pasando por un aspecto más hotelero o residencial, tendiendo hacia algo a medio camino entre la residencia actual y el *cohousing*; parecidas a las “viviendas especiales” suecas, por ejemplo.

Por otra parte, y si bien el tamaño medio, 72 plazas, en Asturias, puede considerarse adecuado, la desviación sobre él es muy amplia, con muchos establecimientos pequeños y otros de gran tamaño.

Por último, iniciativas como el *cohousing*, aunque tenderán a crecer, especialmente mientras el sistema no de respuesta a esas necesidades residenciales por parte de determinados estratos sociales, no dejarán de ser residuales, como ocurre, en cierto modo, en Escandinavia, los Países Bajos o California. Varias de las iniciativas con las que se ha contactado, han reconocido dificultades en la captación de socios/as y escisiones internas, que parecen retrasar sine die su puesta en marcha.

Todo apuntaría a la conveniencia de actualizar el sector. Por una parte, llegando a las zonas menos dotadas en equipamientos residenciales. De otra reconvirtiendo el sistema hacia otro



predominante domiciliario, donde la atención residencial jugará, sin duda, un rol capital, pero menos que en la actualidad.

En este sentido, la reducción de capacidad que cabría esperar en algunas Zonas de Servicios Sociales deberían servir para reestructurar un sector que, aún presentando una media de plazas por establecimiento de 72 plazas, muy adecuado al ideal, presenta sin embargo una enorme dispersión en torno a ese valor, con muchas residencias pequeñas, casi micro, y otras de enorme tamaño. Por otra parte, la reducción de plazas podría lograrse reduciendo el número de camas por establecimiento, caminando poco a poco hacia las habitaciones individuales o, a lo sumo, dobles.

Y debe hacerse asegurando la capacidad total de atención del sistema, sin eliminar plazas residenciales sin desarrollar en paralelo a la atención domiciliaria. Al mismo tiempo, debería formarse nuevo personal y, a la vez, reconvertir al actual, con especial atención a las personas cuidadoras informales.

Por último, somos conscientes de que todo este proceso no podrá lograrse sin una buena y correcta financiación, quizá caminando hacia un sistema de seguros de dependencia paralelos a la Seguridad Social. Porque la mejora en la atención residencial requerirá una mejora en los convenios, la atención domiciliaria, personal y personal, además, formado. Y financiar, cuando sea preciso, la adaptación de las viviendas, el cuidado por parte de familiares cuando corresponda o se desee o la prestación de servicios complementarios. Y hacerlo, quizá, mediante sistemas de ayudas personales para que, cada dependiente lo emplee como mejor determine. Algo que, a si ver requerirá mejorar los mecanismos de control del fraude.

Todos los países que han implantado sistemas LTCI [Seguro de Dependencia] lo han hecho en tiempos económicamente bonancibles: 1995, 2000, 2005,... siempre en fase alta del ciclo económico. Por desgracia, la situación de las finanzas públicas es la que es, como lo es la de empresas y trabajadores/as para costear las nuevas prestaciones.

Se avecina, por tanto, un escenario complejo, donde la demanda LTC subirá y la oferta va a ser escasa o cara. El envejecimiento poblacional es un reto, como decíamos al inicio, que requerirá enormes dosis de audacia, pero también de prudencia y sabiduría, así como de sentido de comunidad, para proporcionarle la respuesta más ajustada.

7. RECOMENDACIONES

1. Ir hacia un modelo de atención domiciliaria hasta donde sea posible, involucrando a sociedad, familia y a la propia persona dependiente en el cuidado.

- Las recomendaciones de la Comisión Europea apuntan en ese sentido.
- Los países que se ajustan al estándar renano, continental o nórdico de bienestar, también Japón, tienden a avanzar en estos modelos. Es el modelo mediterráneo el que camina en dirección hacia lo residencial. El francés, con una EHPAD muy potentes, se parecería más al modelo español, pero con el objetivo de la atención domiciliaria y una financiación mucho más intensa.
- Es la opción preferida por una gran mayoría de los asturianos y las asturianas de entre 55 y 75 años.
- Las soluciones alternativas para personas mayores es preferida por quienes utilizan o han utilizado la opción residencial, prefiriendo la domiciliaria.

2. El modelo tiende a moverse, además, hacia fórmulas de copago más o menos universal, donde es la sociedad la que hace frente al grueso del coste. Sin embargo, la encuesta dibuja un modelo presente que obliga a considerables esfuerzos por parte de la persona dependiente y sus familias, al modo de los tiempos previos a la consolidación del pilar sanitario o de pensiones. Por ello, se recomienda:

- Un cambio en la orientación del sistema, desde una filosofía esencialmente individual o familiar, a otra comunitaria, donde todos y todas, sociedad a través de los estados, personas beneficiarias y familia, ponen su parte en los cuidados de las personas mayores dependientes.
- Una clarificación de la cartera de prestaciones por dependencia, extremadamente





compleja de comprender para operadores y personas beneficiarias, así como una posible armonización del sistema a nivel nacional.

3. No hay conciencia social de las deficiencias del modelo. Se ve natural el ahorro o contemplar la posibilidad de enajenar patrimonio y ahorros para recibir una buena atención en la última fase de la vida.
4. El modelo residencial, que seguirá siendo potente y necesario, debería reorientar algunas de sus características:
 - Evitar los macro y microcentros, orientándose centros organizados en unidades de convivencia de tamaño reducido que mejoren la calidad de la estancia al tiempo que garantizan costes de explotación razonables.
 - Hacia modelos de formato más hogareño en detrimento de los de aspecto institucional.
 - En este sentido, y aunque no haya sido objeto de la encuesta, todo apunta a que en otros países se tiende a las habitaciones individuales (95% en Suecia, en torno a la mitad en Francia), que preservan mejor la intimidad y generan una mayor sensación de hogar.
 - Hay una división de opiniones casi 50/50 entre quienes prefieren medicalizar residencias y quienes optan por un buen concierto con el centro de salud más cercano. Pero lo que se considera esencial es un buen servicio médico.
 - Todo parece apuntar a que, si bien se acepta el actual modelo, por lo que supone de mejora sobre lo que había, algunos sectores sociales comienzan a reclamar un cambio en su orientación.
5. Todo apunta a que las necesidades de dotaciones residenciales para dependientes son muy distintas en función de los distintos territorios de la región.
 - Los núcleos urbanos –Oviedo, Gijón y Cuencas– donde el modelo residencial parece saturado, con dotaciones elevadísimas, deberían avanzar hacia soluciones que permitan avanzar hacia la “vivienda con cuidados”. Del mismo modo, apunta en ellos un pequeño nicho para iniciativas alternativas al institucional residencial, como el *cohousing*. Pero como fenómenos minoritarios, al modo en que sucede en Escandinavia o California. En todo caso, son fórmulas con recorrido potencial.
 - Algunas zonas urbanas metropolitanas –Avilés y su comarca; alfoz de Oviedo– presentan, por su demografía, potencial de crecimiento del modelo residencial.
 - El ámbito rural –especialmente Oriente– presentan un potencial de crecimiento, amparado en su baja tasa de dotaciones y en el enorme número de personas que no tendrán familia cercana –hijos/as o pareja– a los que recurrir en el futuro para su cuidado, aunque sea puntual y a domicilio. Sin embargo, es donde mayor rechazo suscita el modelo residencial.
6. El escaso aprecio al modelo residencial en áreas rurales, combinado con la insuficiencia de cuidadores/as, podría constituir un acicate a la experimentación.
 - Núcleos-covivienda: muchos núcleos en Asturias, con poblaciones entre los 50 y los 500 habitantes, personas mayores en proporción sorprendente, podrían funcionar a modo de comunidad de personas mayores, con personal de atención –sanitario,



asistencial– contribuyendo al rejuvenecimiento, con las limitaciones que se quiera, de esos núcleos.

- Complementariamente, podrían aplicarse programas de servicios complementarios: comida, mantenimiento del hogar, etc.
 - En muchos casos, la permanencia en la vivienda –muchas veces individual, distribuida en varias plantas, con escaleras no particularmente accesibles, baños en lugares inhabituales, o con peldaños de entrada para proteger el interior– requerirán actuaciones importantes de adaptación. Para ello, sería necesario un programa de adaptación de las viviendas.
7. Todo apunta a la conveniencia de pasar de un modelo de cuidados informales familiares o cuidadores/as a otro más profesionalizado, bien a través de cursos breves o de enseñanzas regladas.
 8. Se detecta un cierto riesgo de crear un sistema dual, en el que las personas con menos recursos utilicen las alternativas residenciales y aquellas con más recursos las domiciliarias, con variantes incluso elitistas.
 9. Se aprecian una serie de frenos a la consolidación del sistema domiciliario.
 - En los hábitats rurales, también en las ciudades, es creciente la población que no tienen hijos/as o viven lejos. Por tanto, si se establece un sistema de atención domiciliaria, tendrá que contar con esa escasez de hijos/as, en un sector donde los cuidados informales por parte de la familia son aún importantes y donde, a la vez, se registra el mayor rechazo al modelo residencial. Y todo ello en combinación con rentas inferiores a la media.
 - La ausencia de hijos/as y la hiperactividad de muchos/as de ellos y ellas convierte el modelo residencial en idóneo, especialmente si las rentas no son elevadas, para el cuidado de la dependencia. Suelen ser las personas ocupadas –55-65 años– las que más recurren a esta alternativa.
 10. Todo ello requerirá de un esfuerzo financiero notable. Y la financiación ha sido siempre el Talón de Aquiles del Sistema de Dependencia en España. Quizá por ello, Asturias, como región envejecida, debería ser pionera en proponer soluciones de futuro, a pesar de las actuales circunstancias tan adversas y poco propicias para este tipo de iniciativas. Quizá piedra angular de todo el sistema, la mejora en la financiación, que debería pasar de un 0,7% del PIB a un 1,5% aproximadamente para aproximarse a la de otros sistemas de atención LTC analizados. Se propone para ello introducir una tasa complementaria a la cuota de Seguridad Social a pagar entre trabajador/a y empresa. En el caso de Asturias, por ejemplo, un recargo de 50€ mensuales por persona ocupada supondrían unos 230K€ adicionales para dependencia. O lo que es lo mismo, algo más de 1.000€ por asturiano/a mayor de 65 años.

8. BIBLIOGRAFÍA

Abellán, A., Aceituno, M. y Ramiro, D. [2017]. *Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia*. Datos de julio de 2017. CSIC-CCHS.

Curry, N., Schelepper, L. y Hemmings, N. [2019]. *What can England learn from the long-term care system in Germany?* Nunnfield Trust.

Anikeeff, M. [2010]. Estimating the Demand for Seniors Housing and Home Health Care. *The Journal of Real Estate Portfolio Management*. Vol. 5, No. 3 [1999], pp. 247-258 [12 pages].

CIS [2014]. *Estudio 3.009 sobre Dependencia*.

Dantuma, S. [2019]. *Elderly care and housing demand in the EU Golden opportunities, but mind the cultural gap*. ING Economic Department, May 2019.

Eurostat. [2020]. *Ageing Europe: looking at the lives of older people in the EU*. Luxemburgo: Publications Office of the European Union.

Elvira, D. et al. [2005]. *Estudio Edad y Vida 2005*. Fundación Edad&Vida.

European Policy Committee. [2016]. *Health Care & Long-Term Care Systems. Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems & Fiscal Sustainability*, published in October 2016 as Institutional Paper 37 Volume 2 - Country Documents.

Galeno Consulting. [2020]. *El sector sociosanitario del Principado de Asturias ante los fondos europeos de sostenibilidad, digitalización y eficiencia energética*. AARTE, ASCEGE.

Gerokon. [2019]. *El caos de la dependencia: una perspectiva desde la gestión*. CEAP.





- Hellqvist, K. y Lidbrink, M. [2010]. *Quality of long-term care in residential facilities*. Peer Review. Achieving quality long-term care in residential facilities, Germany.
- Iwagami, M. y Tamiya, N. [2019]. The Long-Term Care Insurance System in Japan: Past, Present, and Future. *JMA Journal*. 2019:2 (1): 67-69.
- King, D. et al. [2010]. *Projections of demand for residential care for older people in England - Report for BUPA*. PSSRU Discussion Paper 2624 May 2010.
- Morral, P. y Chausalet, T. [2012]. *Forecasting long-term care demand with incomplete information: A grey modelling approach*. Conference: Computer-Based Medical Systems (CBMS), 2012 25th International Symposium. Proceedings of the IEEE Symposium on Computer-Based Medical Systems.
- Peterson, E. [2017]. Eldercare in Sweden; an overview. *Revista de Derecho Social y Empresa*. N°8, diciembre de 2017.
- Riedel, M. [2018]. *Bypassing or catching up on Austrian standards? Peer Review on "Germany's latest reforms of the long-term care system"*. DG Employment, Social Affairs and Inclusion.
- Spasova, S. et al. [2018]. *Challenges in long-term care in Europe: a study of national policies 2018*. Bruselas: Comisión Europea.
- Zigante, V. [2018]. *Informal care in Europe*. LSEConsulting. Bruselas: Comisión Europea.

Webgrafía





- Ministry of Health, Labour and Welfare. [2021]. *Aims of Establishing Long-term Care Insurance* en Ministry of Health, Labour and Welfare, sitio web: <https://www.mhlw.go.jp/english/topics/elderly/care/>
- NHS. [2021]. *Care homes* en NHS, sitio web: <https://www.nhs.uk/conditions/social-care-and-support-guide/care-services-equipment-and-care-homes/care-homes/>
- Ocu. [2021]. *Las residencias de mayores examinadas por las familias* en Consumo y Familia: Derechos del consumidor, sitio web <https://www.ocu.org/consumo-familia/derechos-consumidor/noticias/residencias-mayores>
- Portail national d'information pour les personnes âgées et leur proches. [2021]. *Portail national d'information pour les personnes âgées et leur proches*, sitio web: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/>
- Sweden Sverige. [2021]. *Elderly Care en Sweden*, de Sweden Sverige, sitio web: <https://sweden.se/society/elderly-care-in-sweden/#>

NÚMEROS PUBLICADOS



SERIE NORMATIVA Y PROCEDIMIENTOS

-  01. CUADERNO RECOPIULATORIO DE LEGISLACIÓN RELATIVA A MENORES DE EDAD
-  02. MANUAL DE PROCEDIMIENTO DEL SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN EL PRINCIPADO DE ASTURIAS




SERIE ESTUDIOS E INVESTIGACIONES

-  01. EVALUACIÓN SOCIOECONÓMICA DEL SALARIO SOCIAL BÁSICO EN ASTURIAS. EVOLUCIÓN, PERFILES, PROCESOS DE SALIDA Y RETORNO ECONÓMICO
-  02. LAS MEDIDAS DE INCORPORACIÓN VINCULADAS AL SALARIO SOCIAL BÁSICO EN ASTURIAS. SITUACIÓN, EVOLUCIÓN Y PERSPECTIVAS
-  03. EL ENVEJECIMIENTO DE LAS PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL
-  04. PREVISIÓN DE DEMANDA DE CUIDADOS RESIDENCIALES PARA PERSONAS MAYORES EN ASTURIAS

SERIE PLANES Y PROGRAMAS

-  01. ESTRATEGIA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO (ESTRENA). PRINCIPADO DE ASTURIAS 2018-2021
-  02. PLAN SOCIOSANITARIO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS 2019-2021

SERIE DOCUMENTOS TÉCNICOS

-  01. PROTOCOLO SOCIOSANITARIO PARA LA PROMOCIÓN DEL BUEN TRATO Y LA DETECCIÓN E INTERVENCIÓN ANTE EL MALTRATO A PERSONAS MAYORES
-  02. PROTOCOLO SOCIOSANITARIO PARA LA PROMOCIÓN DEL BUEN TRATO Y LA DETECCIÓN E INTERVENCIÓN ANTE EL MALTRATO A PERSONAS MAYORES. GUÍA DE ACTUACIÓN DESDE EL ÁMBITO DE SERVICIOS SOCIALES: CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES Y UNIDADES DE TRABAJO SOCIAL
-  03. PROTOCOLO SOCIOSANITARIO PARA LA PROMOCIÓN DEL BUEN TRATO Y LA DETECCIÓN E INTERVENCIÓN ANTE EL MALTRATO A PERSONAS MAYORES. GUÍA DE ACTUACIÓN DESDE EL ÁMBITO DE SERVICIOS SOCIALES: CENTROS, PROGRAMAS O SERVICIOS DE ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES

IDENTIFICACIÓN DE LA COLECCIÓN

SERIES

NORMATIVA Y PROCEDIMIENTOS

ESTUDIOS E INVESTIGACIONES

PLANES Y PROGRAMAS

DOCUMENTOS TÉCNICOS

ICONOS TEMÁTICOS



SERVICIOS SOCIALES



INCLUSIÓN SOCIAL



PERSONAS CON DIVERSIDAD
FUNCIONAL



PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA Y
PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA



INFANCIA



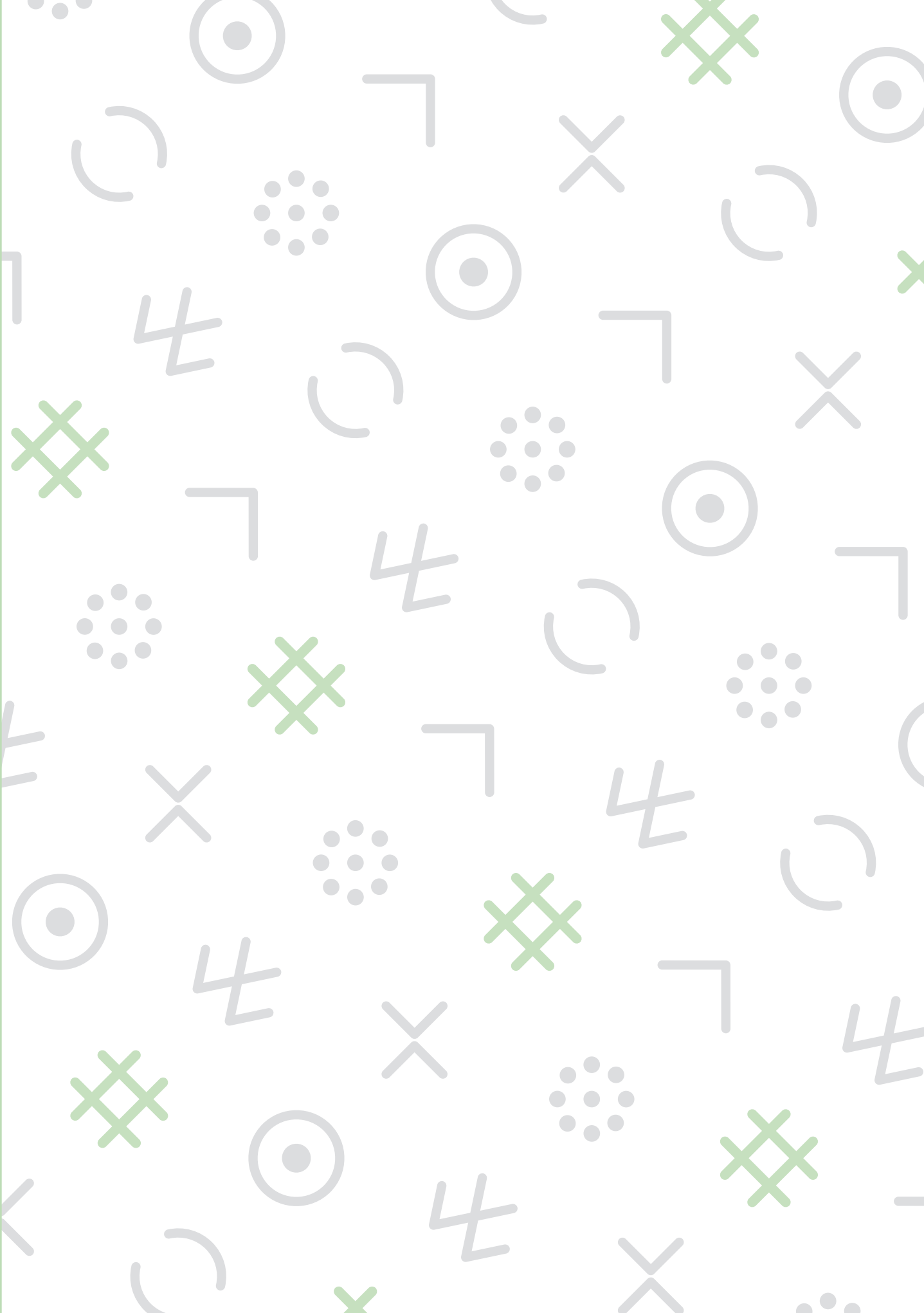
PERSONAS MAYORES



VIVIENDA



SOCIOSANITARIO





Gobierno del Principado de Asturias

Consejería de Derechos Sociales y Bienestar