



Mobilecare

Social dialogue as a tool to improve the
conditions of functioning of intra-EU labour
mobility in home-based care services

INFORME NACIONAL DE ESPAÑA

Ángel Lozano Hidalgo
Project Expert in Spain
CSIT ÚNION PROFESIONAL

Madrid, 23.01.2025



**Co-funded by
the European Union**

El **Informe Nacional de España** del proyecto MOBILECARE se estructura en cuatro apartados: Análisis de escritorio; análisis de las encuestas online realizadas; análisis de las entrevistas realizadas; y conclusiones extraídas del *grupo focal* realizado.

Para comparara, brevemente, los datos obtenidos en la fase de encuestas online y en la de entrevistas, al final de ese capítulo, incluimos algunos comentarios comparativos entre ambas fases.

No disponer de una plantilla de metodología común para todos los socios (excepto en lo referido a la fase de análisis de escritorio) quizás pueda alterar algunos de los objetivos perseguidos en esta fase de investigación que, en cualquier caso, también nos son desconocidos.

Finalmente, es necesario señalar la limitación de espacio para redactar el presente *Informe Nacional* lo que nos ha obligado a limitar buena parte de nuestros comentarios y aspectos que creemos de interés, en especial, referidos al análisis de escritorio.

I.- Análisis de Escritorio

Realizamos nuestro análisis de escritorio de acuerdo con la propuesta realizada por el experto coordinador del proyecto en su documento “*Methodology of the research phase*”, en cuya página 4 realiza una “sugerencia de 10 preguntas de investigación” que recomienda contestar. En nuestro análisis, agrupamos esas preguntas en cinco bloques temáticos que resumimos, a continuación, como primera parte de nuestro *Informe Nacional*.

I: Marco Legislativo: Cuestiones 1, 2, 3 y 6

En este primer bloque nos referimos a la conceptualización del diálogo social en España, abordando, en segundo lugar, el marco legislativo de la atención de cuidados asistenciales, en especial, domiciliarios en nuestro país.

1. ¿Cómo se integra institucionalmente el diálogo social en la política social de su país?

En España, diferenciamos entre dos tipos de diálogo social: uno de carácter tripartito, al que denominamos con ese término de *diálogo social*, y otro bipartito, al que identificamos con la *negociación colectiva* que se realiza “entre los representantes de los trabajadores y empresarios” para establecer las “condiciones de trabajo de los empleados”, configurándose como un derecho reconocido en la *Constitución Española* y desarrollado en el *Estatuto de los Trabajadores*.

El **diálogo social tripartito** se identifica con la concertación social y tiene un marcado carácter político. Su objetivo es la codeterminación de las políticas públicas por los gobiernos, las organizaciones de empleadores y las confederaciones sindicales, con el fin de alcanzar consenso en grandes temas de política económica y social que tengan la consideración de interés general o interés público (frente a la *negociación colectiva* que regula las condiciones de empleo de los trabajadores pactadas entre empresarios y sindicatos). Entre estos temas se encuentran la salud y los servicios sociales, donde se incluye la atención social domiciliaria de las personas dependientes, tanto en centros asistenciales (públicos y privados) como en el domicilio particular.

El *diálogo social* se desarrolla a través de la creación de un órgano paritario y tripartito, que garantiza la participación institucional de las organizaciones sindicales y empresariales más representativas, con las mismas facultades de defensa y promoción de intereses económicos y sociales, y cuyo resultado son los *pactos sociales*.

2. **¿Dónde se ubican, institucionalmente, los servicios de atención domiciliaria? ¿Es un servicio público?**
3. **¿Cuál es el papel del Estado a la hora de proporcionar acceso universal y asequible a los servicios de atención domiciliaria?**
6. **¿Cuál es el nivel de regulación del servicio de cuidados domiciliarios?**

Contestamos estas tres preguntas propuestas, de manera conjunta.

El artículo 43 de la *Constitución Española* establece el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de todos los ciudadanos y la competencia de los poderes públicos de su organización y tutela, concretándose sus principios y criterios sustantivos en la *Ley 14/1986, General de Sanidad*, que define, entre otros aspectos: La financiación pública, universalidad y gratuidad de los servicios sanitarios en el momento del uso; o la descentralización política de la sanidad en las Comunidades Autónomas (Regiones).

Como desarrollo de lo anterior, se configura el **Sistema Nacional de Salud (SNS)** que es el conjunto coordinado de los Servicios de Salud del Estado y de las Comunidades Autónomas (CC.AA.), Regiones, que integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con la ley, son responsabilidad de los poderes públicos. Una parte de este Sistema son los cuidados asistenciales domiciliarios.

Además, el Sistema Público de Servicios Sociales se configura con los servicios de intervención social profesional, competencia de las CCAA (Regiones) puestos a disposición de la ciudadanía para responder a situaciones de especial necesidad [dependencia de las personas mayores o con discapacidad, protección familiar, cuidado de la infancia, etc.] y se erigen como uno de los pilares del Estado de Bienestar.

Dentro de este marco nos referimos a la protección de las personas mayores, por ser objetivo del proyecto. El ordenamiento jurídico español otorga una serie de prioridades y una especial protección a las personas ante ciertas situaciones o riesgos, en las que se puede ver inmerso el sector de la población de mayor edad, estableciéndose unos derechos específicos como: no ser discriminado por razón de edad; derecho a la vida y a la integridad física y moral; derecho a la protección de la persona mayor; a acceder a prestaciones sociales y asistenciales y a ser atendido al encontrarse en situación de dependencia, entre otros.

Para la protección de las personas mayores y de su asistencia social, disponemos de un organismo estatal, el *Instituto de Mayores y Servicios Sociales, IMSERSO*.

Por último, como elemento concreto del desarrollo de la protección y asistencia a las personas mayores, debemos citar La Estrategia Estatal de Cuidados (20.10.2022), desarrollada en el marco de la *Estrategia Europea de Cuidados*, con una hoja de ruta en la que destacan: El *Plan de Choque de Dependencia 2021-2023*, que impulsa el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), que es el conjunto de servicios y prestaciones económicas destinados a la promoción de la autonomía personal, la atención y protección a las personas en situación de dependencia, a través de servicios públicos y privados concertados debidamente acreditados, y contribuye a la mejora de las condiciones de vida de los ciudadanos; y el *componente 22 del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia* sobre la transformación del modelo de cuidados de larga duración que tiene como objetivo principal la modernización del conjunto de los servicios sociales y el refuerzo de las políticas de cuidado y apoyo, con inversiones por un total de 3.500M€ durante el periodo 2021-2023.

II.- Papel de los interlocutores sociales: Cuestiones 4 y 5

4. ¿Cuál es el papel de los interlocutores sociales (empleadores y sindicatos) a la hora de proporcionar acceso universal y asequible a servicios de atención domiciliaria?

El papel de los interlocutores sociales se concreta en el diálogo social tripartito fruto del cual, por ejemplo, es el Acuerdo de la Mesa de Diálogo Social en Autonomía Personal y Dependencia, firmado por el gobierno de la Nación, los sindicatos y las organizaciones empresariales, el 18 de marzo de 2021, que ha tenido, entre otros desarrollos, la aprobación, por el gobierno de la Nación, de la primera Ley estatal sobre Servicios Sociales (el 17 de enero de 2023) donde se establecen unos mínimos comunes estatales en materia de servicios sociales; se reducen las barreras de acceso a la protección social; y se posibilita la movilidad territorial, entre otras medidas.

5. ¿Cuál es el papel de las ONGs a la hora de proporcionar acceso universal y asequible a los servicios de atención domiciliaria?

Como hemos señalado, el *Sistema Nacional de Salud* y todo lo concerniente al cuidado de las personas dependientes forman un conjunto de servicios públicos y privados entre los que se encuentran ONGs que reciben subvenciones públicas para prestar esos servicios o que disponen de sistemas de autofinanciación, como puede ser *Caritas Española* o *Cruz Roja Española*.

Además, junto a las ONGs, tenemos que citar la existencia de lo que se denominan “*entidades y asociaciones colaboradoras*”, como *EULEN* (grupo de ámbito internacional: España, Portugal, USA y países latinoamericanos) o *ASISPA* (asociación privada sin ánimo de lucro que dispone de ayuda a domicilio, teleasistencia y residencias), entre otras, que participan con los Ayuntamientos, mediante subvenciones recibidas desde las Administraciones Públicas.

III.- Normativa para el ejercicio profesional de cuidador en la atención domiciliaria: Cuestión 7

7. ¿Existen normas nacionales para la prestación del servicio de atención domiciliaria?

Respondemos esta cuestión desde dos perspectivas diferentes: desde la atención domiciliaria como un instrumento de servicio público; y desde la perspectiva del trabajador cuidador y prestador de esa atención.

a) La atención domiciliaria como servicio público, es el tipo de asistencia o cuidados que se prestan, en el domicilio, a aquellas personas que, debido a su estado de salud no pueden desplazarse al centro de salud, distinguiendo entre una atención sanitaria y otra no sanitaria.

La atención sanitaria se realiza por profesionales sanitarios a pacientes con enfermedades que requieren atención hospitalaria, pero que se puede prestar en el domicilio particular, donde, además de las necesidades sanitarias se les atiende en actividades relacionadas con actividades de su vida diaria (ayudar a bañar, vestir y mover a los pacientes; apoyo para la preparación de alimentos, etc.).

La atención domiciliaria no sanitaria se presta mediante cuidadores profesionales que se encargan del cuidado integral de estas personas dependientes, mediante lo que denominamos servicio de ayuda a domicilio, SAD, constituido por el conjunto de actuaciones llevadas a cabo en el domicilio de las personas en situación de dependencia con el fin de atender sus necesidades de la vida diaria e incrementar su autonomía, favoreciendo la permanencia en el mismo, que se presta desde los Municipios.

Los profesionales del servicio SAD necesitan disponer, para su ejercicio profesional, del *Certificado de Profesionalidad en Atención Socio Sanitaria en Instituciones Sociales* o el *de Atención Socio Sanitaria en Domicilio*.

Finalmente, debemos señalar que en España, disponemos, desde 2007, de un "*Convenio Especial de los cuidadores no profesionales de las personas en situación de dependencia que sean perceptores de la prestación económica*", por el que se establecen una serie de condiciones para aquellas personas que, sin ostentar una cualificación profesional habilitante para estas funciones, cuidan a personas de su entorno de manera "*no profesional*". Por este *convenio especial* los cuidadores "no profesionales" reciben una acción protectora de jubilación y de incapacidad permanente y muerte y supervivencia, derivadas de accidente, cualquiera que sea su carácter, o de enfermedad, con independencia de su naturaleza, que se pueda producir en el cuidado de esas personas.

IV.- Necesidades de atención domiciliaria de personas dependientes: Cuestiones 8 y 9

8. ¿Cuál es la demanda de servicios de atención domiciliaria? ¿Cómo se satisface? (atención institucional, familiar, hospitales, ...)

9. ¿Cuál es el nivel de oferta de la atención domiciliaria?

Los últimos datos estadísticos nacionales y regionales (de fecha 31.12.2022), publicados por los organismos gubernamentales en España, resumen la situación en nuestro país y darían respuesta a las dos cuestiones planteadas por el experto:

- La población a la que se dirigen estos servicios, personas de 65 y más años, asciende a 9.687.776 y representa el 19,99% del total.
- Servicios de Atención Domiciliaria: Su principal objetivo es la permanencia de las personas mayores en su domicilio para evitar el desarraigo de su entorno y cuenta con dos actuaciones:
 - El *Servicio de Teleasistencia*, que cuenta con 988.623 personas usuarias, un 10,20% de las personas mayores. Es un servicio altamente feminizado, el 75% son mujeres, y cuenta con un elevado porcentaje de personas usuarias de 80 y más años (69,7%).
 - El *Servicio de Ayuda a Domicilio*, que atiende a 534.321 personas mayores, un 5,52% de las personas de 65 y más años. En este servicio, el 71,9% de las personas usuarias son mujeres y el 68,9% supera los ochenta años.

Además de estos servicios de exclusiva atención en el domicilio, disponemos de otros servicios mixtos o residenciales, que también creemos necesario comentar:

- Servicios de Participación Social, con 3.739 *Centros de Mayores*, que cuentan con 3.771.465 personas asociadas, el 38,93 % de los mayores. Es el servicio con una menor feminización: el 57,7% de sus socios son mujeres.
- Servicios de Atención Diurna, denominados *Centros de Día*, que ofrecen atención psicosocial a personas mayores en situación de dependencia, con una oferta de 105.447 plazas distribuidas en 3.545 centros. De las 66.421 personas usuarias, el 68,7% son mujeres y el 66,5% superan los ochenta años.
- Servicios de Atención Residencial, que ofrecen alojamiento y manutención a las personas mayores de manera permanente o temporal. Con una oferta de 5.991 centros con un total de 407.947 plazas. De las 275.616 personas usuarias, el 69,9% son mujeres y el 77,8%, supera los 80 años.

V.- Origen de las personas que trabajan en la atención domiciliaria: Cuestión 10

10. ¿Por qué la atención domiciliaria la proporcionan cuidadores extranjeros de otros Estados miembros y de terceros países?

Para responder a esta cuestión tenemos que diferenciar los dos tipos de atención domiciliaria a los que nos hemos referido: La institucional no sanitaria (ayuda a domicilio) y la “familiar”.

La atención domiciliaria institucional “no sanitaria” (donde se incluye el servicio de ayuda a domicilio) es prestada por cuidadores profesionales que se encargan del cuidado integral de personas dependientes, que no presentan patologías que haría necesario una atención sanitaria. Las personas trabajadoras que prestan estos servicios son contratadas por instituciones públicas (en especial los Ayuntamientos) y derivados a realizar diversas funciones de cuidados a personas dependientes en los domicilios particulares de los usuarios que las necesitan. En consecuencia: disponen de contrato de trabajo; tienen una titulación que les habilita para el ejercicio de su profesión; sus condiciones laborales se regulan por convenio colectivo; y su nacionalidad puede ser europea o de un tercer país en cuyo caso dispondrán del correspondiente permiso de trabajo y residencia y la homologación de su cualificación profesional.

En el caso de la atención domiciliaria familiar (contratación de una persona “cuidadora”, directamente por parte de la persona usuaria o de sus familiares), es frecuente que no dispongan de titulación habilitante para el cuidado de personas en la línea que hemos señalado; que tengan una vinculación contractual con una categoría laboral (empleada de hogar) inadecuada; y que haya dudas sobre el cumplimiento por parte de sus

empleadores de las condiciones de empleo establecidas, entre otras situaciones que serán analizadas de forma pormenorizada en otros apartados de este *Informe Nacional*.

En España, la mayoría de cuidadores de personas en el domicilio del usuario, proceden de latinoamérica (por tanto son inmigrantes) y, desde Europa, suelen venir de Bulgaria y Rumanía, si bien no son trabajadores desplazados, sino contratados. También hay una presencia, aunque minoritaria, de personas de Marruecos (también inmigrantes).

Los motivos de por qué son estas personas extranjeras las que prestan cuidados asistenciales son diversos, aunque podemos concretar los siguientes:

- Las personas procedentes de latinoamérica, por la facilidad del idioma al ser el mismo que en España, además del carácter "cariñoso" de estas personas en el trato con las personas mayores.
- Las personas europeas procedentes de Rumanía y Bulgaria, por la existencia de una amplia población de estos países en España, siendo culturas ya arraigadas. Además de la similitud idiomática en el caso de las personas de Rumania.
- En el caso de las personas procedentes de Marruecos, la cercanía fronteriza y la existencia de una amplísima población de este país con relativa facilidad de adaptación a nuestro país.

II.- Análisis del Cuestionario online

Ante la ausencia de un cuestionario común para el conjunto de socios, hemos elaborado nuestro propio cuestionario de recogida de datos, partiendo de lo que creemos más adecuado desde la perspectiva de España. Además, no haber tenido conocimiento de la no existencia de un cuestionario común para todos los socios, hasta el día 20 de diciembre, ha retrasado la recogida de estos datos.

El cuestionario de España consta de 8 preguntas de "datos de identificación personal" que nos ha servido para establecer el perfil de las personas encuestadas; y de 10 cuestiones "de investigación" con respuestas cerradas y con subpreguntas en algunos de los casos.

Se han recogido 36 encuestas, de manera online, a través de una plataforma creada por nuestra Organización para este propósito, habiéndose publicado noticias informativas para acercar la encuesta a los trabajadores.

A continuación, resumimos los resultados obtenidos del análisis de estas encuestas.

Perfil de la persona encuestada:

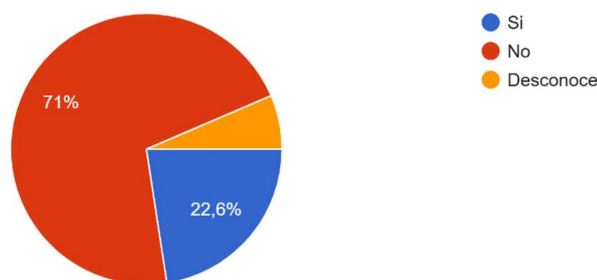
Mujer (75%), de nacionalidad española (94%), de entre 35 y 54 años de edad (61%), que lleva trabajando en el área de los cuidados asistenciales más de tres años (86%), con un contrato indefinido de jornada completa (74%); que dispone de la titulación habilitante para el desempeño de su puesto de trabajo (97%) que se encuentra situado en un centro asistencial público (en el 86% de los casos); y afiliada a un sindicato en el 88% de los casos.

Cuestionario de investigación:

- El 86% dice conocer la existencia del convenio colectivo que regula sus condiciones laborales y profesionales. De éstos:
 - El 48% considera que su convenio colectivo establece unas condiciones laborales adecuadas, frente al 42 % que dice que no.
 - El 71% cree que su convenio no se aplica correctamente y en toda su extensión por parte del empresario. Tan solo el 22% considera que esa aplicación sí es adecuada.

b) ¿Considera usted que su convenio colectivo se aplica correctamente y en toda su extensión por parte de su empresario?

31 respuestas

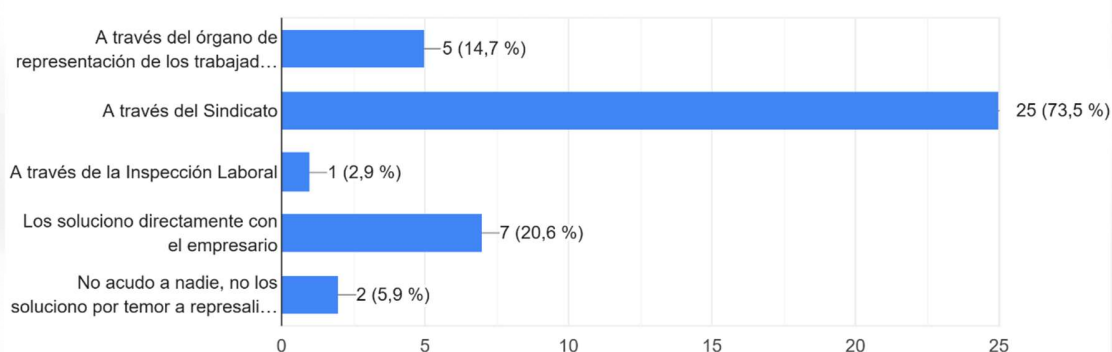


- El mismo 71% (frente al 22%) considera que su convenio es insuficiente para garantizar los derechos de las personas trabajadoras en el sector de cuidados asistenciales.
- El 86% de encuestados afirma disponer de representación de los trabajadores (comité de empresa o sindicato) en su lugar de trabajo.

- La atención que los trabajadores reciben por parte del comité de empresa es valorada como de útil por el 41% de encuestados; de adecuada por el 26% y como inadecuada por el 18%.
- En cuanto a la valoración por parte de los sindicatos, el 44% dice que es útil; el 41% que es adecuada y el 9% la considera inadecuada.
- Partiendo de la situación de sobrecarga física y emocional que supone el trabajo de cuidados asistenciales, los trabajadores encuestados reconocieron que:
 - Al 58% se le realiza una revisión anual sobre su estado de salud, frente al 42% que no la realiza.
 - El 64% dice no recibir formación para prevenir riesgos laborales y cuidados de su salud, frente al 36% que sí recibirían esa formación que valoran como aceptable en el 61% de los casos, frente a la “no adecuada” en el 23% y un 16% reconoce que esa formación recibida es buena.
- La canalización de conflictos laborales o profesionales se realiza a través del sindicato por el 62% de las personas encuestadas. El 17% soluciona esas situaciones directamente con el empresario y el 13% lo hace a través del comité de empresa.

6.- ¿A través de qué organización u organismo canaliza sus problemáticas laborales y/o profesionales? [Si utiliza varias vías distintas, elija la que considera más importante o eficaz]

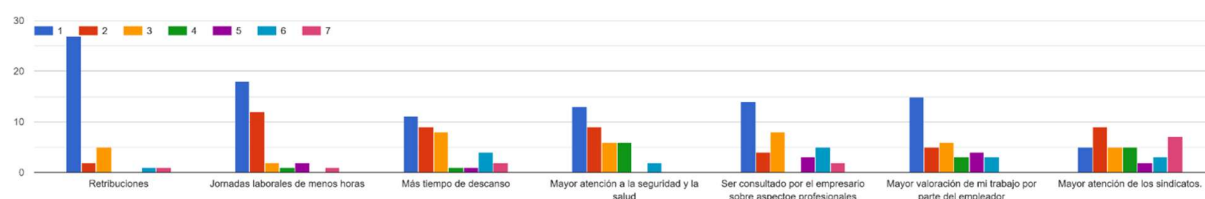
34 respuestas



- Se plantearon siete factores que sería necesario mejorar, pidiendo que se ordenasen en orden de importancia, con el siguiente resultado: 1) retribuciones; 2) jornadas laborales de menos horas; 3) mayor valoración del trabajo realizado por parte del empresario; 4) ser consultado por el empresario sobre cuestiones profesionales y de organización; 5) proporcionar mayor atención a la seguridad y

la salud en el lugar de trabajo; 6) disponer de más tiempo de descanso; y 7) tener mayor atención por parte de los sindicatos.

7.- De los siguientes factores, numere, en orden de prioridad (siendo el 1 el más importante y el 7 el menos importante), los que cree que sería necesario cambiar para mejorar sus condiciones de empleo:

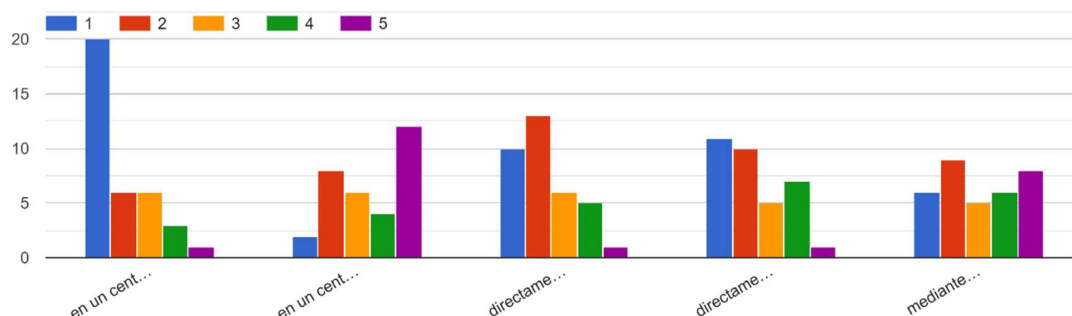


- Existe una falta de motivación y reconocimiento profesionales: El 56% de personas encuestadas se considera “sólo a veces” motivada y reconocida profesionalmente en su lugar de trabajo; frente al 36% que dice no encontrarse motivado ni reconocido “nunca o casi nunca”. Tan solo el 8% dice estar motivado y reconocido con mucha frecuencia.
- El 69% dice no conocer la regulación normativa española sobre la atención asistencial en España, frente al 31% que sí la conocería.

De los que dicen conocer esa regulación normativa, el 64% opina que no es adecuada para cubrir las necesidades de las personas mayores y/o vulnerables, mientras que el 36% la consideran aceptable.

- Por último, se solicitó que se valorasen, en orden de importancia, el lugar y la forma en que se produciría mejor atención a las personas mayores y/o dependientes, obteniéndose que esta atención sería mejor de acuerdo con la siguiente prelación:
 - 1) En un centro asistencial público
 - 2) Directamente en el domicilio de la persona con cuidadores asistenciales directamente contratados por el interesado que presten sus cuidados a tiempo completo
 - 3) Directamente en el domicilio de la persona mediante trabajadores itinerantes de ayuda a domicilio
 - 4) Mediante personas contratadas directamente por el interesado, o su familia, que compaginen tareas de cuidados asistenciales con otras relacionadas con la atención del hogar de la persona.
 - 5) En un centro asistencial privado.

10.1- Valore en orden de prioridad (siendo el 1 el más importante y el 5 el menos importante), dónde cree que se produce mejor atención a las personas dependientes...



III.- Análisis de las Entrevistas

Las ocho entrevistas de España se realizaron el día 17.12.2024, de forma presencial y en un grupo focal moderado por el experto del proyecto, con el objetivo de buscar la interacción entre los participantes como método para generar información cualitativa.

Ante la ausencia de directrices y de una metodología para llevar a cabo estas entrevistas por parte del experto-coordinador del proyecto, el experto del proyecto en España elaboró una serie de cuestiones que sirvieron para orientar la reunión sobre:

- Conocimiento de la normativa asistencial en España y situación del servicio público de servicios sociales;
- Roles del sector público y privado en la atención de las personas mayores;
- Establecimiento de la atención de las personas mayores en función del ámbito donde se realiza (institucional o domicilio particular) y sobre quién presta el servicio (cuidador derivado de una institución o contratado de forma directa por el usuario);
- Cumplimientos de la regulación normativa de los cuidadores de personas mayores: Competencias habilitantes, condiciones de trabajo; actividades desempeñadas, etc.;
- Valoración de cuidadores que trabajan en un domicilio familiar sin las condiciones de empleo, laborales y cualificación técnica necesaria.

Perfil de las personas entrevistadas:

Las personas participantes tienen una edad de entre 35 y 55 años, predominando el género femenino (62% frente al 38% de hombres) y con las siguientes ocupaciones:

- El 25% representantes de entidades públicas y privadas que trabajan en el sector asistencial.
- El 63% trabajadores: de ellos, el 40% trabajadoras autónomas (inmigrantes que cuidan a personas mayores en sus domicilios particulares) y el 60% trabajadores del sector público (residencias y ayuda a domicilio)
- el 12% representante de un sindicato.

Conclusiones extraídas de las Entrevistas.-

- **Deficiente conocimiento sobre la regulación de la atención asistencial en España:** Ampliamente conocida por el representante del sector público y, en alguna medida, por el representante de la empresa privada, el del sindicato y uno de los trabajadores del sector residencial público.
- **Deficiencias en la atención de las personas mayores en los ámbitos institucionales del sector público:**
 - Plantillas de trabajadores cortas, con faltas de cobertura de ausencias en la atención directa que provocan sobrecarga del trabajo y deterioran la calidad del servicio que debe prestarse.
 - Falta de inversiones para reformar algunos centros residenciales para garantizar una mejor calidad del servicio y atención de los residentes
 - Compras de material necesario para los cuidados (pañales, lencería de cama, vestuario, etc.) de calidad inferior a la adecuada
 - Poca calidad de algunos alimentos, servidos por proveedores, no adecuados a estándares de calidad prefijados.
 - Necesidad de reestructurar la asistencia de los cuidados ante el paulatino deterioro de las personas residentes.
- **Deficiencias graves en el funcionamiento del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, instrumento clave del sistema público de servicios sociales:** Tardanza en realizar las valoraciones de las personas dependientes; escasez de recursos reales para su atención y amplio espacio temporal entre la valoración y la percepción de las ayudas y subsidios correspondientes.

- **Necesidad de mayores recursos en el sector público, complementado por el sector privado para la atención de las personas mayores**, considerando una población cada vez más envejecida.
- **Necesidad de establecer mejoras en las condiciones laborales existentes en el sector privado de atención asistencial:** Peores condiciones retributivas, menos jornadas de descanso, ausencia de conciliación de su vida laboral y personal y, en general, mayores cargas de trabajo.
- **Falta de relaciones personales y profesionales entre trabajadores y superiores jerárquicos:** Nula empatía de los jefes hacia los trabajadores; ausencia de elementos motivadores que den satisfacción al trabajo que desempeñan; nula participación de los trabajadores en los sistemas de organización del trabajo o en la solución de situaciones sobrevenidas.
- A pesar de valorarse positivamente la atención asistencial domiciliaria por permitir mantener a la persona en su entorno, **se concluyó que era mejor la atención que se dispensaba en un centro residencial** donde se podían atender situaciones de patologías, cuidados sanitarios, fisioterapia, actividad cultural, socialización y desarrollo cognitivo y motriz de las personas con opciones de terapias grupales que no existían en el ámbito domiciliario.
- **Para realizar funciones de cuidados asistenciales es necesario disponer de la titulación o cualificación necesaria.** Esta situación se cumple en el sector público y privado institucional, aunque, en muchos casos, los trabajadores realizan funciones de categorías superiores para las que no estaban preparados y por las que no recibían la correspondiente remuneración. Pero no siempre se cumple en la atención domiciliaria donde no se exigen estas cualificaciones por los usuarios ni se controlan los trabajos realizados.
- **Las condiciones laborales son mejores y su cumplimiento es más garantista en el sector público** que en el privado, siendo casi inexistentes en las contrataciones directas por parte del usuario.
- **La contratación en el ámbito de los cuidados asistenciales en el domicilio particular se produce, con frecuencia, en la categoría de “empleada del hogar”** con funciones, condiciones y retribuciones que nada tienen que ver con las de cuidado asistencial realizadas; pudiéndose producir situaciones de economía sumergida, de fraude en la contratación o de intrusismo profesional.
- **Existe falta de atención y defensa de los intereses de las personas trabajadoras en domicilios particulares por parte de los sindicatos**

- **Existe falta de control y vigilancia sobre la contratación, la cualificación profesional y las condiciones laborales de los cuidadores domiciliarios, por parte de la autoridad laboral y los sindicatos.**

Comentarios sobre los resultados obtenidos en la fase de encuestas y en la de entrevistas:

En el análisis de estas dos fases de investigación hemos observado una serie de **coincidencias**, que destacamos a continuación:

- Existen deficiencias sobre el conocimiento de la regulación de la atención asistencial en España.
- Existen deficiencias de gestión política en la atención que se presta a las personas mayores en los ámbitos institucionales del sector público.
- Existen deficiencias en el funcionamiento de instrumentos clave en la atención a personas dependientes, como el SAAD (Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia).
- Existe falta de relaciones personales y profesionales entre los trabajadores de cuidados asistenciales y sus superiores jerárquicos. [Esta situación referida en las entrevistas llevadas a cabo, también está presente en las preguntas online sobre la falta de motivación y la ordenación de aspectos que deben ser mejorados, donde esa relación personal aparece en las opciones 3 y 4 de las siete mejoras planteadas].
- Existe coincidencia en señalar la atención en cuidados asistenciales en centros residenciales del sector público, como la mejor opción; si bien se valora positivamente la atención en el domicilio particular prestada por cuidadores profesionales y a “tiempo completo”.
- Existe coincidencia en la obligatoriedad de disponer de una titulación o competencias habilitantes específicas para los cuidadores asistenciales; si bien, mientras este control se ejerce en el sector público, no se vigila en el caso de los cuidadores asistenciales domiciliarios donde, además, se advertían contrataciones en categorías laborales diferentes a las de cuidador (en concreto, de “empleadas del hogar”).

También existe un importante número de diferencias, quizás motivadas por los diferentes perfiles de las personas encuestadas y entrevistadas y por las diferentes cuestiones planteadas en cada una de esas actuaciones. Las **diferencias** más llamativas, son las siguientes:

- Aunque en las entrevistas se afirma que existen buenas condiciones laborales en el sector público (mejores que las del sector privado o para los cuidadores en el domicilio), en las encuestas online se produce una valoración negativa de la aplicación de esas condiciones laborales y se afirma que son insuficientes para garantizar los derechos de los cuidadores asistenciales (el 71% de los encuestados en ambos casos). No obstante, el 48% de encuestados afirma que las condiciones laborales son aceptables.
- Mientras que en las entrevistas se afirma que “es necesario que exista un sector privado de asistencia que complemente al sector público”; la valoración que se hace de este servicio privado ocupa el último lugar en cuanto al criterio sobre “*dónde se produciría mejor atención a las personas mayores y/o dependientes*”.
- Por último, mientras en las encuestas online se reconoce la existencia de representación de los trabajadores (comité de empresa y sindicatos) en los centros de trabajo, en el 86% de las respuestas, con una valoración útil o adecuada; en las entrevistas se detectó una falta de atención y defensa de los intereses de los trabajadores en domicilios particulares; así como una ausencia de control y vigilancia por parte de las autoridades competentes.

IV.- Conclusiones del Grupo Focal: Recomendaciones y Buenas Prácticas



El Grupo Focal se realizó el 18.12.2024, coincidiendo en él, algunos participantes en las entrevistas realizadas el día anterior, con el objetivo de dar una continuidad a los debates producidos en aquellas.

El experto presentó las líneas de un Documento Político de Recomendaciones y Buenas Prácticas de España, destacando dos aspectos muy diferentes: El papel del diálogo social y su influencia en la mejora de condiciones de los servicios

asistenciales; y el reto de establecer mejoras concretas para los cuidadores de personas en sus domicilios particulares.

En el debate, se tomó en consideración la diferencia entre el diálogo social tripartito y la negociación colectiva (diálogo social bipartito), acordándose que el documento político de Recomendaciones y Buenas Prácticas, contemplase dos bloques diferenciados para mantener esa diferencia:

Un primer bloque sobre “Actuaciones de mejora en el marco del *Diálogo Social Tripartito*”, como políticas estratégicas del ámbito asistencial y desde el ámbito de las personas cuidadoras, con propuestas diferenciadas para el marco Europeo y nacional.

Y un segundo bloque de “Actuaciones de mejora en la condiciones laborales de las personas trabajadoras de atención asistencial y domiciliaria”, con propuestas centradas en mejoras de las condiciones de empleo y de trabajo de los cuidadores domiciliarios, partiendo de la amplia y consolidada estructura de las relaciones laborales en España, con garantías de participación de los trabajadores en la mejora de estas relaciones laborales que respondan, debidamente, a satisfacer sus necesidades profesionales y sus condiciones de trabajo.

ÁNGEL LOZANO HIDALGO
Project Expert in Spain
CSIT UNIÓN PROFESIONAL
Madrid, 23 de enero de 2025



Mobilecare
Social dialogue as a tool to improve the
conditions of functioning of intra-EU labour
mobility in home-based care services



verband für
häusliche betreuung
und pflege e.V.



Co-funded by
the European Union

"Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only, and do not necessarily reflect those of the European Union or European Commission. Neither the European Union nor the granting authority can be held responsible for them."