



CUIDADORES PROFESIONALES EN ESPAÑA: FORMACIÓN, EMPLEABILIDAD Y OPORTUNIDADES DE EMPLEO



Para la Dependencia



Este documento ha sido elaborado por Enterprising Solutions for Health para Fundación Caser para la Dependencia en abril de 2010

I. ÍNDICE

I.1. ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. ÍNDICE	3
1.1. ÍNDICE DE CONTENIDOS	3
1.2. ÍNDICE DE TABLAS	6
1.3. ÍNDICE DE FIGURAS	13
2. INTRODUCCIÓN	15
3. METODOLOGÍA	19
3.1. Contextualización y análisis de la situación actual. Itinerario personalizado de inserción laboral.	19
3.2. Análisis cualitativo del entorno laboral: la visión empresarial.	23
3.3. Análisis de iniciativas de formación y empleo a nivel internacional. Revisión de la literatura.	30
3.4. Discusión de Expertos.	35
4. ANTECEDENTES	37
4.1. Los nuevos yacimientos de empleo.	37
4.2. Factores que determinan las nuevas oportunidades de empleo en el sector de los cuidados profesionales.	42
4.2.1. La evolución demográfica y el progresivo envejecimiento.....	43
4.2.2. La necesidad social de atención a la dependencia.....	47
4.2.3. Los cambios sociales y la incorporación de la mujer al mercado laboral.....	49
4.2.4. La evolución de las políticas de atención a la dependencia.....	51
5. LA PROSPECCIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE EMPLEO EN EL SECTOR SOCIOSANITARIO Y DE LA DEPENDENCIA.	77
5.1. Evolución del sector desde una perspectiva económica.	78
5.2. El mercado laboral en el sector sociosanitario.	81
5.2.1. El mercado laboral y la Contabilidad Nacional de España en el periodo 2000-2008.	82

5.2.2.	El mercado laboral y la Contabilidad Regional de España 2000-2007 por Comunidad Autónoma.....	84
5.2.3.	El empleo y el Sistema Nacional de Seguridad Social. Periodo 2006-2008.....	87
5.2.4.	El mercado laboral y los registros del Servicio Estatal Público de Empleo. Periodo 2006-2008.....	88
6.	LA ORIENTACIÓN PROFESIONAL Y LOS PERFILES PROFESIONALES EN EL SECTOR.....	99
7.	LA CUALIFICACIÓN PROFESIONAL DE LOS CUIDADORES PROFESIONALES. LAS NECESIDADES FORMATIVAS EN EL SECTOR.....	111
7.1.	Sistema nacional de las cualificaciones profesionales.....	112
7.2.	Formación Reglada y Programas de Cualificación Profesional Inicial.....	114
7.2.1.	Modalidades. Oferta formativa actual.....	115
7.2.2.	Evolución en los últimos años.....	119
7.3.	El Subsistema de Formación para el Empleo. La integración de la formación ocupacional y continua.....	121
7.3.1.	Formación ocupacional para desempleados.....	121
7.3.2.	Evolución en los últimos años.....	123
7.3.3.	Programas mixtos de formación y empleo (ETCOTE).....	124
7.3.4.	Formación continua para ocupados.....	130
7.3.5.	La nueva oferta formativa actual: Los certificados de profesionalidad.....	137
7.4.	Formación transversal y competencias clave.....	144
7.5.	Reconocimiento de las competencias profesionales adquiridas a través de la experiencia profesional.....	147
7.6.	Nuevos perfiles profesionales derivados de la implantación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.....	152
7.7.	Fórmulas innovadoras de formación para el empleo en la dependencia..	153
8.	EMPLEABILIDAD Y BÚSQUEDA ACTIVA DE EMPLEO. LA INSERCIÓN LABORAL DE LOS CUIDADORES PROFESIONALES.....	157
8.1.	El mercado laboral de las actividades relacionadas con los cuidados profesionales.....	161
8.2.	La Búsqueda Activa de Empleo.....	175
8.3.	Las fórmulas de empleo. El empleo asalariado y el autoempleo.....	176

8.3.1.	El empleo por cuenta ajena o asalariado.....	177
8.3.2.	El empleo en el sector público.....	182
8.3.3.	El empleo en el sector privado.....	184
8.3.4.	El empleo por cuenta propia. El Autoempleo y la Economía Social.....	189
9.	ANÁLISIS CUALITATIVO DEL ENTORNO LABORAL: LA VISIÓN EMPRESARIAL.....	193
10.	ANÁLISIS DE INICIATIVAS DE FORMACIÓN Y EMPLEO A NIVEL INTERNACIONAL.....	205
10.1.	Resultados de la información científica.....	205
10.2.	Portales institucionales. Repositorio institucional de las principales fuentes consultadas.....	206
10.3.	Resultados de la búsqueda por países.....	208
11.	DISCUSIÓN.....	225
11.1.	Aspectos relativos a la definición de cuidador profesional.....	225
11.2.	Aspectos relativos al mercado laboral.....	226
11.3.	Aspectos relativos a los perfiles profesionales y la formación.....	226
11.4.	Aspectos relativos al puesto de trabajo.....	227
11.5.	Aspectos relativos al modelo empresarial SAD.....	228
11.6.	Aspectos relativos a la implantación de la ley.....	228
11.7.	Aspectos relativos a la Administración.....	229
11.8.	General.....	230
12.	CONCLUSIONES.....	231
13.	ANEXO I. COMPOSICIÓN DE LAS MESAS DE TRABAJO PARA EL ANÁLISIS CUALITATIVO DEL SECTOR.....	233
14.	ANEXO II. GRUPO DE EXPERTOS PARA LA SESIÓN DE DISCUSIÓN Y VALIDACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO.....	235
15.	BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES CONSULTADAS.....	237

I.2. ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Instituciones consultadas para la elaboración del informe.....	20
Tabla 2. Datos analizados, por institución.....	22
Tabla 3. Estrategia de búsqueda global por términos en PubMed.....	32
Tabla 4. Búsqueda combinada.....	33
Tabla 5. Tasa de población de 65 y más años en relación con el total UE.....	43
Tabla 6. Evolución de la población de 65 y más años (millones de personas).....	44
Tabla 7. Evolución del padrón de habitantes por tramos de edad y regiones. Periodo 1999-2008.....	45
Tabla 8. Evolución de la Población activa según genero.....	50
Tabla 9. Número de usuarios e Índice de cobertura de Servicios Sociales (2004).....	56
Tabla 10. Proyección del numero personas con discapacidad para las actividades de la vida diaria por grados de necesidad de cuidados y grandes grupos de edad (España, 2010).....	60
Tabla 11. Estimación del potencial de generación neta de empleo del Sistema Nacional de Dependencia (empleos equivalentes a jornada completa) España, 2010.....	61
Tabla 12. Previsión de generación neta de empleo del Sistema Nacional de Dependencia (puesto de trabajo) España, 2005-2010.....	61
Tabla 13. Incidencia Potencial sobre el empleo de la Implantación del Sistema Nacional de Dependencia (empleos equivalentes a jornada completa). España, 2005-2010.....	62
Tabla 14. Número de usuarios y plazas de algunos Servicios Sociales para personas mayores e índice de cobertura. Enero 2008.....	66
Tabla 15. Indicadores de Servicios Sociales para personas Mayores. Centros Residenciales. España. 2002- 2008.....	67
Tabla 16. Indicadores de Servicios Sociales para personas mayores. Servicio Pública de Ayuda a Domicilio. 2002-2008.....	67
Tabla 17. Información histórica acumulada incorporada al SISSAD. Situación a 1 de febrero de 2010.....	68
Tabla 18. Perfil de la persona solicitante.....	69
Tabla 19. Personas beneficiaras con prestaciones en relación a la población de la CCAA. Datos publicados el 1 de febrero de 2010.....	71

Tabla 20. Actividades sanitarias y veterinarias, y de servicios sociales. Clasificación Nacional de Actividades Empresariales 1993 (CNAE-93).....	78
Tabla 21. Evolución del Valor Añadido Bruto a precios básicos (precios corrientes). 79	
Tabla 22. Contribución del sector sociosanitario al Valor Añadido Bruto a precios básicos (precios corrientes) del sector servicios y el conjunto de la economía. Periodo 2000-2008.....	80
Tabla 23. Tasas interanuales de variación de volumen del V.A.B. a precios básicos. Periodo 2000-2008.....	81
Tabla 24. Evolución de los puestos de trabajo totales 2000-2008.....	82
Tabla 25. Contribución del sector sociosanitario al empleo en el sector servicios.....	83
Tabla 26. Evolución de los puestos de trabajo asalariado 2000-2008.....	84
Tabla 27. Evolución del peso de los puestos de trabajo asalariado sobre el total. 2000-2008.....	84
Tabla 28. Evolución de los puestos de trabajo totales asociados al sector sociosanitario 2000-2007, por CCAA.....	85
Tabla 29. Evolución de los puestos de trabajo asalariados asociados al sector sociosanitario 2000-2007, por CCAA.....	86
Tabla 30. Evolución de la tasa de asalariados en el sector sociosanitario. 2000-2007, por CCAA.....	87
Tabla 31. Evolución de la afiliación media al Sistema de la Seguridad Social en el sector sociosanitario.	88
Tabla 32. Evolución de los contratos anuales totales acumulados. Periodo 2006-2008.	89
Tabla 33. Evolución de los contratos indefinidos (iniciales más convertidos). Periodo 2006-2008.....	90
Tabla 34. Evolución de la contratación en la ocupación de “Trabajadores de los servicios personales”. Periodo 2006-2008.....	91
Tabla 35. Peso relativo de la ocupación de “Trabajadores de los servicios personales”. Periodo 2006-2008.....	92
Tabla 36. Porcentaje de contratos firmados por mujeres. Periodo 2006-2008.....	93
Tabla 37. Evolución del número de personas demandantes de empleo. Periodo 2006-2008.....	94
Tabla 38. Paro registrado en el sector sociosanitario. Periodo 2006-2008.	94

Tabla 39. Contribución de las actividades del sector sociosanitario al paro registrado. Periodo 2006-2008.	95
Tabla 40. Paro registrado en las actividades del sector sociosanitario según género. Periodo 2006-2008.	95
Tabla 41. Contribución de las actividades del sector sociosanitario al paro registrado femenino. Periodo 2006-2008.	96
Tabla 42. Total puestos ofrecidos a través de los Servicios Públicos de Empleo. Periodo 2006-2008.	96
Tabla 43. Colocaciones registradas en los Servicios Públicos de Empleo. Periodo 2006-2008.	97
Tabla 44. Perfil ocupacional de Auxiliar de Enfermería.	102
Tabla 45. Perfil ocupacional de Cuidador de discapacitados físicos y psíquicos.	103
Tabla 46. Perfil ocupacional de Gerocultor.	104
Tabla 47. Perfil ocupacional de Animador sociocultural.	105
Tabla 48. Perfil ocupacional de Monitor de Actividades Físicas y Deportivas.	106
Tabla 49. Perfil ocupacional de Auxiliar de ayuda a domicilio.	109
Tabla 50. Categorías profesionales del ámbito de la dependencia, cualificaciones y titulaciones.	114
Tabla 51. Ficha FP grado medio en Cuidados Auxiliares de Enfermería.	117
Tabla 52. Ficha FP grado medio en Atención Sociosanitaria	118
Tabla 53. Evolución de los alumnos matriculados en “Atención Sociosanitaria”. Periodo 2003-2008.	119
Tabla 54. Evolución de los alumnos matriculados en “Cuidados Auxiliares de Enfermería”. Periodo 2003-2008.	120
Tabla 55. Alumnos matriculados en títulos relacionados con las ocupaciones de cuidadores. Periodo 2003-2008.	120
Tabla 56. Evolución de las matriculas por especialidades. Periodo 2003-2008.	121
Tabla 57. Especialidades relacionadas con el sector de la dependencia de la familia profesional de la Sanidad	122
Tabla 58. Especialidades relacionadas con el sector de la dependencia de la familia profesional de los Servicios Socioculturales y a la Comunidad.	122
Tabla 59. Alumnos que finalizaron acciones de formación ocupacional por especialidades formativas. Periodo 2008-2009.	123

Tabla 60. Evolución del número de alumnos en acciones de formación ocupacional por especialidades formativas, género y edad. Periodo 2008-2009.....	124
Tabla 61. Características de las Escuelas Taller, Casas de Oficio y Talleres de Empleo.	126
Tabla 62. Oferta formativa de los programas de escuelas taller y casas de oficio y talleres de empleo relacionados con el sector sociosanitario.....	127
Tabla 63. Acciones de formación continua en el ámbito de la dependencia.	134
Tabla 64. Formación Continua de oferta en Cuidados sanitarios auxiliares. Periodo 2005-2007.....	136
Tabla 65. Ficha técnica del certificado de profesionalidad en Atención Sociosanitaria a personas dependientes en instituciones.....	140
Tabla 66. Ficha técnica del certificado de profesionalidad en Atención sociosanitaria a personas en el domicilio.....	142
Tabla 67. Actividades sanitarias y de servicios sociales. Clasificación Nacional de Actividades Empresariales 2009 (CNAE-2009).....	158
Tabla 68. Evolución de la población activa por ramas de actividad. Periodo 2008-2009.	162
Tabla 69. Contribución de los cuidados profesionales a la población activa. Periodo 2008-2009.....	162
Tabla 70. Evolución de la población activa en el ámbito de los cuidados profesionales según género. Periodo 2008-2009.....	163
Tabla 71. Evolución de la población activa de cuidadores. Periodo 2008-2009.....	163
Tabla 72. Evolución de la ocupación por ramas y sectores de actividad. Periodo 2008-2009.....	164
Tabla 73. Contribución de los cuidados profesionales al empleo. Periodo 2008-2009.	165
Tabla 74. Evolución de la población ocupada en los cuidados profesionales según género. Periodo 2008-2009.....	165
Tabla 75. Evolución de la población ocupada en los cuidados profesionales según rama de actividad. Periodo 2008-2009.....	166
Tabla 76. Evolución del paro estimado por ramas y sectores de actividad. Periodo 2008-2009.....	167

Tabla 77. Contribución de los cuidados profesionales al desempleo. Periodo 2008-2009.....	168
Tabla 78. Evolución del desempleo en los cuidados profesionales según género. Periodo 2008-2009.	168
Tabla 79. Evolución desempleo en los cuidados profesionales según rama de actividad. Periodo 2008-2009.....	169
Tabla 80. Evolución de la tasa de paro el ámbito de los cuidados profesionales. Periodo 2008-2009.	170
Tabla 81. Evolución de los demandantes de empleo parados (paro registrado) por sectores de actividad. Periodo Enero 2009 – Enero 2010.....	171
Tabla 82. Contribución de actividades relacionadas con los cuidados profesionales al paro registrado. Periodo Enero 2009 – Enero 2010.....	172
Tabla 83. Evolución de los demandantes parados de empleo en cuidados profesionales según género. Periodo Enero 2009 – Enero 2010.....	173
Tabla 84. Evolución de los demandantes de empleo parados (paro registrado) en cuidados profesionales. Periodo Enero 2009 – Enero 2010.....	173
Tabla 85. Evolución del paro registrado en asistencia en establecimientos residenciales según género. Periodo Enero 2009 - Enero2010.....	174
Tabla 86. Evolución del paro registrado en actividades de servicios sociales sin alojamiento según género. Periodo Enero 2009 – Enero 2010.....	174
Tabla 87. Evolución del empleo asalariado total por ramas y sectores de actividad. Periodo 2008-2009.	177
Tabla 88. Contribución de los cuidados profesionales al empleo asalariado. Periodo 2008-2009.....	178
Tabla 89. Evolución del empleo asalariado en cuidados profesionales según género. Periodo 2008-2009.	178
Tabla 90. Evolución del empleo asalariado en cuidados profesionales según ramas de actividad. Periodo 2008-2009.....	179
Tabla 91. Peso de la afiliación a la seguridad social en el ámbito de los cuidados profesionales. Periodo Enero 2009 – Enero 2010.....	180
Tabla 92. Evolución de la afiliación media al régimen general de la seguridad social en el ámbito de los cuidados profesionales. Periodo Enero 2009 – Enero 2010.....	181

Tabla 93. Evolución de la contratación por ramas y sectores de actividad. Periodo Enero 2009 – Enero 2010.	181
Tabla 94. Contribución de los cuidados profesionales al empleo público. Periodo 2008-2009.	183
Tabla 95. Contribución de los cuidados profesionales al empleo privado. Periodo 2008-2009.	186
Tabla 96. Número de empresas dedicadas a actividades asociadas a los cuidados profesionales. Periodo 2008-2009.	188
Tabla 97. Evolución de la dimensión de las empresas dedicadas a actividades de cuidados profesionales. Periodo 2008-2009.	189
Tabla 98. Evolución de la afiliación media al Régimen Especial de Trabajadores Autónomos de la Seguridad Social por rama de actividad. Periodo Enero 2009-2010.	190
Tabla 99. Evolución de la afiliación medial al Régimen Especial de Trabajadores Autónomos de la Seguridad Social en el ámbito de los cuidados profesionales. Periodo Enero 2009-2010.	190
Tabla 100. Evolución de las empresas según fórmula jurídica.	191
Tabla 101. Instituciones consultadas para la elaboración del informe.	207
Tabla 102. Países representados en la búsqueda y de los que se han encontrado iniciativas.	209
Tabla 103. Situación actual e iniciativas detectadas en Alemania.	210
Tabla 104. Situación actual e iniciativas detectadas en Australia.	211
Tabla 105. Situación actual e iniciativas detectadas en Canadá.	212
Tabla 106. Situación actual e iniciativas detectadas en Dinamarca.	212
Tabla 107. Situación actual e iniciativas detectadas en Escocia.	213
Tabla 108. Situación actual e iniciativas detectadas en Estados Unidos.	214
Tabla 109. Situación actual e iniciativas detectadas en Finlandia.	216
Tabla 110. Situación actual e iniciativas detectadas en Francia.	216
Tabla 111. Situación actual e iniciativas detectadas en Grecia.	217
Tabla 112. Situación actual e iniciativas detectadas en Holanda.	217
Tabla 113. Situación actual e iniciativas detectadas en Irlanda.	217
Tabla 114. Situación actual e iniciativas detectadas en Italia.	218
Tabla 115. Situación actual e iniciativas detectadas en Reino Unido.	218



Tabla I 16. Situación actual e iniciativas detectadas en Suecia.....	219
Tabla I 17. Situación actual e iniciativas detectadas en Rumania.....	220

I.3. ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Itinerario personalizado de inserción laboral.	20
Figura 2. Características de los nuevos yacimientos de empleo.....	38
Figura 3. Evolución del porcentaje de la población de 65 y más años.	46
Figura 4. Pirámide de la población Española.	47
Figura 5. Personas con discapacidad por grupos de edad EDSSI999 y EDAD2008 (Tasas por mil habitantes).	49
Figura 6. Evolución del número de usuarios del servicio público de ayuda a domicilio en España. 1985-2004.	57
Figura 7. Solicitudes en relación a la población de las CCAA.....	69
Figura 8. Edad de la persona solicitante.	70
Figura 9. Evolución del número de prestaciones concedidas de diciembre de 2007 a diciembre de 2009.	71
Figura 10. Número de alumnos formados en las escuelas taller y casas de oficio del sector sociosanitario según género. Periodo 2001-2004.....	128
Figura 11. Número de alumnos formados en los talleres de empleo del sector sociosanitario según género. Periodo 2001-2004	128
Figura 12. Porcentaje de inserción medio de los alumnos formados en las escuelas taller y las casas de oficio.	129
Figura 13. Porcentaje de inserción medio de los alumnos formados en los talleres de empleo.	130
Figura 14. Objetivos en materia de cualificación.....	148
Figura 15. Evolución mercado laboral en el ámbito de los cuidados profesionales en términos de actividad y desempleo. Periodo 2008-2009.	167
Figura 16. Métodos de búsqueda activa de empleo utilizados por personas desempleadas.	176
Figura 17. Mercado laboral en el sector público. Periodo 2008-2009.....	182
Figura 18. Evolución oferta pública de empleo según género. Periodo 2008-2009... 	183
Figura 19. Evolución empleo público en el sector de los cuidados profesionales por ramas de actividad. Periodo 2008-2009.....	184
Figura 20. Empleo en el ámbito de los cuidados profesionales por cuenta ajena. Periodo 2008-2009.	185

Figura 21. Empleos generados por el sector empresarial privado según género. Periodo 2008-2009.....	186
Figura 22. Evolución empleo privado en el sector de los cuidados profesionales por ramas de actividad. Periodo 2008-2009.....	187
Figura 23. Distribución de la búsqueda científica.	206

2. INTRODUCCIÓN

La figura de los cuidadores profesionales está llamada a convertirse en una pieza clave para el desarrollo y éxito del actual Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (SAAD), garante del derecho de la ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y la atención en situación de dependencia y regulado por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Dicha ley define al cuidador profesional como el trabajador que proporciona cuidados en una institución pública o entidad, con y sin ánimo de lucro, o el profesional autónomo que presta servicios a personas en situación de dependencia, ya sea en su hogar o en un centro.

Han pasado 17 años desde que la Comisión Europea aprobara y publicara el documento titulado “Crecimiento, competitividad y empleo. Retos y pistas para entrar en el siglo XXI”, en el que se señalaba el sector de los cuidados a las personas como uno de los “Nuevos Yacimientos de Empleo” con mayor potencial generador de puestos de trabajo. Desde entonces, muchas han sido las expectativas generadas para aquellas personas que deseaban incorporarse al mercado laboral en el ámbito de los cuidados profesionales, perspectivas de empleo que se han ido acrecentando con el paso de los años, tanto por el desarrollo de programas e iniciativas comunitarias impulsadas desde el seno de la Unión Europea, como por la ejecución de proyectos promovidos o gestionados por instituciones y entidades u organizaciones públicas, privadas o sin ánimo de lucro.

En este periodo, las diferentes administraciones y organizaciones que conforman el entorno socioeconómico de nuestro país, con implantación nacional, regional o local, han llevado a cabo numerosas y diversas actuaciones dirigidas a impulsar el sector de los cuidados profesionales en el ámbito sociosanitario, incluyéndose entre ellas iniciativas de índole política, social, económica y laboral. Sin embargo, la inexistencia de un marco de referencia nacional para el desarrollo de este sector, ha supuesto un desigual comportamiento territorial de la demanda y la oferta de estos servicios, de la creación de empleo en las actividades económicas asociadas e incluso de la oferta formativa disponible y, con ello, del nivel de cualificación profesional de los trabajadores del sector.

La creación del SAAD configura el necesario marco de referencia nacional para el desarrollo de los cuidados profesionales y de las cualificaciones profesionales relacionadas con su desempeño. En este sentido, en el artículo 36.1 de la propia Ley 39/2006, de 14 de diciembre, se establece la obligación del sector público de proporcionar la “formación básica y permanente de los profesionales y cuidadores que asistan a las personas dependientes”, dictaminando para ello que los poderes públicos determinarán las cualificaciones profesionales idóneas para el ejercicio de las funciones relacionadas con el catálogo de servicios incluido en la Ley, promoviendo las acciones formativas necesarias para garantizar la implantación y calidad de los mismos.

Precisamente, y de manera paralela a lo sucedido en este sector, la entrada en vigor de la Ley Orgánica 5/2002, de 19 de junio, de las Cualificaciones y de la Formación Profesional, supuso un gran impulso para la ordenación de un sistema integral de formación profesional, estableciendo un marco de referencia nacional para el necesario desarrollo de las Cualificaciones Profesionales y de una oferta formativa adaptada a las necesidades de los trabajadores, las empresas y los sectores, una oferta recientemente reforzada también mediante el Real Decreto 395/2007, de 23 de marzo, por el que se regula el subsistema de formación profesional para el empleo, integrando los anteriores subsistemas de formación ocupacional y continua.

Por vez primera, España cuenta con el desarrollo normativo necesario para garantizar el derecho de la ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y la atención en situación de dependencia, para avalar la calidad de los servicios prestados a los usuarios y para mejorar la empleabilidad de los trabajadores del sector a través del desarrollo de las cualificaciones profesionales necesarias para el desempeño de los cuidados profesionales.

Sin lugar a dudas, es el momento oportuno para analizar “La empleabilidadⁱ y las oportunidades de empleo de los cuidadores profesionales” y determinar las perspectivas reales de inserción laboral de las personas que trabajan o desean trabajar en este sector.

ⁱSe denomina empleabilidad al potencial que tiene un determinado individuo de encontrar empleo. Entre los factores que entran en juego se encuentra la formación, la experiencia y las cualidades y actitudes personales.

Para ello, se han seguido los pasos que estos trabajadores deberían dar en el marco de un itinerario personalizado de inserción laboral en el sector, recorriendo cada una de las etapas que conforman un itinerario tipo.

Antes de empezar con el itinerario, se ha llevado a cabo una etapa previa en la que se ha realizado un análisis de la evolución de las expectativas del sector desde su propuesta a nivel europeo como nicho de oportunidades de empleo, describiendo los avances producidos y los obstáculos encontrados en su desarrollo, señalando además los factores que determinan su crecimiento futuro.

Posteriormente en la primera etapa del itinerario, se ha llevado a cabo una prospección del sector sociosanitario en su conjunto, tanto en términos económicos como laborales, haciendo especial hincapié en el ámbito de los cuidados profesionales.

En una segunda etapa, se estudiaron los diferentes perfiles profesionales en los que se fundamentan las expectativas de crecimiento del sector y, con ello, las oportunidades de empleo de los cuidadores profesionales.

La tercera etapa, permitió profundizar en la mejora de la empleabilidad de los cuidadores profesionales a través del análisis de las cualificaciones profesionales existentes en el sector y la evolución de la oferta formativa dirigida a estos trabajadores.

La cuarta etapa, analizó la evolución reciente del mercado laboral de los cuidadores profesionales, desde las diferentes perspectivas de su actividad laboral, haciendo un exhaustivo estudio de las diferentes vías de inserción laboral y las oportunidades de empleo en ellas generadas.

Todo lo anterior se ha contrastado con la visión de los empresarios y trabajadores del sector, vista desde el lado de la demanda y la oferta de empleo, realizando un estudio de campo con los actores implicados en realizar las actividades asociadas a los cuidados profesionales.

El recorrido por este itinerario de inserción laboral permite dilucidar las oportunidades de empleo y la mejora de la empleabilidad en el sector de los cuidados profesionales, contribuyendo a la generación de una mejor percepción de su evolución y proporcionando una nueva herramienta de análisis para quienes trabajan o desean trabajar en este sector.

Posteriormente, se analizaron distintas iniciativas desarrolladas a escala internacional en el ámbito de la empleabilidad y la formación de los cuidadores profesionales con el fin de evaluar su aplicabilidad en España.

Para enriquecer la interpretación de los resultados se creó un grupo nominal de expertos para la discusión de los mismos.

3. METODOLOGÍA

La metodología empleada para la realización del estudio se divide en cuatro grandes apartados:

1. Contextualización y análisis de la situación actual. Itinerario personalizado de inserción laboral.
2. Análisis cualitativo del entorno laboral: la visión empresarial.
3. Análisis de iniciativas de formación y empleo a nivel internacional. Revisión de la literatura.
4. Establecimiento de conclusiones y propuestas de mejora. Reunión de Expertos.

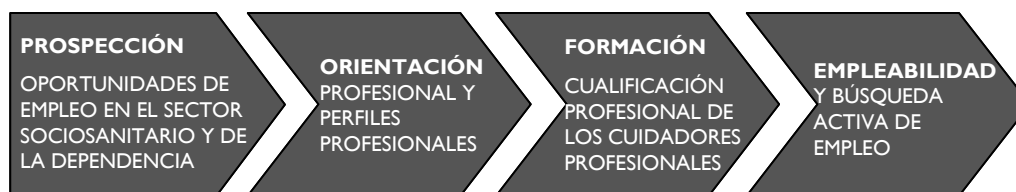
3.1. Contextualización y análisis de la situación actual. Itinerario personalizado de inserción laboral.

Con el fin de contextualizar el ámbito del estudio, se ha realizado una búsqueda exhaustiva de la documentación necesaria en las instituciones relevantes en materia de dependencia, siguiendo un itinerario personalizado de inserción laboral distribuido en cuatro fases (Figura 1, Tabla 1 y Tabla 2):

1. **Prospección:** Estudio del estado actual del mercado laboral en el sector sociosanitario. Análisis de la evolución del sector desde una perspectiva económica y de la creación de los puestos de trabajo durante el periodo 2006-2008.
2. **Orientación:** Análisis de la diversidad de perfiles profesionales existentes en la actualidad y los necesarios para dar cobertura a la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
3. **Formación:** Estudio de las posibilidades de formación existentes actualmente para convertirse en cuidador profesional. Detección de las necesidades del sector de personal cualificado y la formación necesaria para cubrirlas.
4. **Empleabilidad y búsqueda activa de empleo:** Análisis de las distintas formas en las que se puede trabajar como cuidador profesional, tanto por cuenta propia (creación de

empresas/autónomo/cooperativa) como por cuenta ajena (posibilidades de trabajo en el sector público y privado). Estudio de la evolución mensual del empleo generado para los cuidadores profesionales en el año 2009.

Figura I. Itinerario personalizado de inserción laboral.



Fuente: Elaboración propia.

Tabla I. Instituciones consultadas para la elaboración del informe.

Instituciones	Enlace	Información obtenida
Comisión Europea	http://ec.europa.eu/regional_policy/innovation/innovating/jobs.htm	Nuevos yacimientos de empleo
Ministerio de Sanidad y Política Social	http://www.msps.es/politicaSocial/portada/home.htm	Documentación sobre discapacidad y dependencia
IMERSO Portal mayores SAAD	http://www.imerso.es/ http://www.imersomayores.csic.es/ http://www.imerso.es/dependencia_01/index.htm	Informes sobre la situación actual de la dependencia en España. Normativa existente.
Servicios Regionales de Empleo e Institutos de empleo	http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdeempleo/ http://inaem.aragon.es/portal/page/portal/INA http://www.madrid.org http://www.carm.es/ http://www.lanbide.net/ http://www.oficinadetreball.cat/ http://www.caib.es/ http://www.empleaextremadura.com/ http://trabajo.xunta.es/ http://www.jcyl.es/ http://trabajastur.com/trabajastur/ http://www.sepecam.jccm.es/ http://www.larioja.org/ http://www.empleacantabria.com http://www2.gobiernodecanarias.org/empleo/portal/portallnicio2.html http://www.navarra.es http://www.ocupacio.gva.es:7017/portal/web/home/inicio	Informes sobre formación y perfiles cuidadores profesionales

Instituciones	Enlace	Información obtenida
Sindicatos CCOO, UGT	http://www.ccoo.es http://www.ugt.es/index1.html	Informes sobre formación y perfiles cuidadores profesionales
Fundación Tripartita	http://www.fundaciontripartita.org	Informes sobre formación continua
Ministerio de Educación Instituto Nacional de Cualificaciones	http://www.educacion.es/educacion/que-estudiar/formacion-profesional.html http://www.educacion.es/educa/incual/ice_incual.html	- Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales - Programas de Formación profesional - Programas de Cualificación Profesional Inicial
Servicio Público de Empleo Estatal	http://www.sepe.es/	Informes de certificados profesionalidad Empleo y formación:
Ministerio de Trabajo e Inmigración Red trabaja	http://www.tt.mtin.es/eu2010/es/index.html https://www.redtrabaja.es/es/redtrabaja/portal/index.jsp	Escuelas Taller, Casas de oficio y Talleres de empleo, Formación profesional para el empleo, Fundación Tripartita para la Formación en el Empleo

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2. Datos analizados, por institución.

Institución	Enlace	Tipo de datos
Instituto Nacional de Estadística	http://www.ine.es/	<ul style="list-style-type: none"> - Valor añadido bruto a precios básicos: precios corrientes. Periodo 2006-2008 - Valor añadido bruto a precios básicos: tasas interanuales de variación de volumen. 2006-2008 - Puestos de trabajo totales. 2006-2008 - Puestos de trabajo asalariados 2006-2008 - Producto interior bruto a precios de mercado y sus componentes (oferta) 2006-2008 - Encuesta de población activa 2009, datos desagregados según nueva CNAE - Directorio central de empresas. Empresas por CCAA, actividad principal (grupos CNAE 2009) y estrato de asalariados 2008-2009
Servicio Público de Empleo Estatal	http://www.sepe.es/	<ul style="list-style-type: none"> - Estadística de Contratos. Datos acumulados del año 2006, 2007 y 2008 - Estadística de Demandantes de Empleo. Puestos de trabajo y colocaciones 2006, 2007 y 2008
Seguridad Social	http://www.seg-social.es/Internet_1/index.htm	<ul style="list-style-type: none"> - Situación de afiliados medios en alta por sectores de actividad a dos dígitos (CNAE-93) 2006-2008 - Situación de afiliados medios en alta por sectores de actividad a dos dígitos (CNAE-2009)

Fuente: Elaboración propia.

3.2. Análisis cualitativo del entorno laboral: la visión empresarial.

Una vez realizado el análisis bibliográfico para determinar la situación actual de los cuidadores profesionales en España, se realizó un estudio de benchmarking con los profesionales del sector (empresas, trabajadores, administraciones públicas, expertos en formación y empleo, asociaciones sin ánimo de lucro). Para su realización se planificaron 2 mesas de trabajo que reunieron a los agentes implicados en el mismo. La primera de ellas se centró en obtener la visión de los empresarios y la segunda la de los trabajadores. El objetivo de las mismas fue contrastar lo que ellos observan con los resultados previos del análisis realizado. La metodología empleada se dividió en dos fases:

I. Sondeo y selección de los agentes que participaron en el estudio.

a. Universo.

Una vez estudiado el sector se procedió a la definición del universo del estudio. Para ello, se analizaron las distintas empresas que se dedican al sector de ayuda a domicilio y atención de personas dependientes, tanto en el ámbito residencial como domiciliario de las cuales se seleccionaron 50. También se detectaron los municipios que proporcionan este tipo de servicios, así como los organismos de formación que imparten cursos de Auxiliar de Ayuda a Domicilio o Cuidador profesional.

Tras la realización de una investigación de aproximación al objeto de estudio y las pertinentes entrevistas exploratorias con los actores implicados en el sector, se concluyó que las categorías que debían formar parte de universo fueran las siguientes:

- **Empresarios y/o directivos de empresas relacionadas con el sector.**

Este grupo lo conforman las personas propietarias, gestoras o directivos de empresas vinculadas al sector de los cuidadores profesionales a domicilio, o en pleno ejercicio de labores de responsabilidad empresarial, las cuales puedan actuar como portavoces de las empresas que representan, mostrando experiencias profesionales y personales, necesidades, intereses, actitudes corporativas, etc., en nombre de la entidad, así como la percepción y competencia existente entre el conjunto de empresas del sector.

Estos perfiles fueron los que compusieron mayoritariamente la primera mesa de discusión ya que en ella se pretendió fundamentalmente dar a conocer la visión y perspectiva del mundo empresarial del sector en cuestión, su situación actual y su posible evolución futura.

Para el cumplimiento del objetivo de la creación de un discurso grupal representativo en la mesa de discusión, el empresario y/o directivo debía encarnar a una empresa de reconocido prestigio y sectorialmente trascendente en el ámbito de su competencia.

- **Trabajadores.**

Este grupo estuvo formado por personas pertenecientes a empresas y entidades públicas y privadas, centros de servicios sociales e instituciones que desarrollan en ellas unas actividades profesionales relacionadas siempre con los Servicios de Ayuda a Domicilio.

Con el fin de obtener resultados cualitativamente trascendentes como consecuencia de una mayor plasmación discursiva de la población o universo estudiado, se consideraron a aquellos trabajadores que contaban con una experiencia laboral en cuidados profesionales en domicilio igual o superior a 3 años.

Los trabajadores compusieron de una forma más representativa la segunda mesa en cuestión, ya que con ella se pretendió conocer cuestiones como la demanda de profesionales, su visión personal y profesional del sector o la formación que poseen entre otras cuestiones.

Para otorgar mayor representatividad al grupo de discusión, se consideraron “trabajadores” a aquellos que formaban parte de la gestión y ejecución del Servicio de Ayuda a Domicilio en sus tres vertientes de contratación:

- Sistema público: supone la contratación directa de los trabajadores por parte de cualquier Administración local, regional o nacional.
- Sistema mixto: forma de puesta en marcha de los servicios a través de la contratación y gestión pública y privada de los servicios.

- Sistema de concesión: prestación del servicio mediante concesión por parte de la Administración a una empresa privada a la que se le asignan los recursos económicos previstos para la ejecución del Servicio de Ayuda a Domicilio.

- **Expertos docentes.**

Son aquellos profesionales dedicados a impartir formación en materias específicas o relacionadas con programas formativos que ofrezcan como salida profesional la asistencia en domicilio. Se determinaron dos grandes grupos que hacen frente a la formación de forma diferenciada:

- Formadores profesionales que prestan servicios de formación de carácter reglada, es decir, reconocida por el Ministerio de Educación.
- Docentes que desarrollan su labor en formación no reglada. Dentro de este conjunto se incluye una amplia oferta formativa, donde se encuentran desde los cursos de formación desarrollados y/o promovidos por administraciones o entidades públicas, hasta los cursos de formación de carácter privado sin reconocimiento oficial. No obstante, ésta última opción incluye reconocimientos de las Corporaciones de Derecho Público representativas de intereses económicos y profesionales, como por ejemplo los Colegios Profesionales.

- **Administración Pública.**

Agrupar a las personas que forman parte de alguna entidad de carácter público, asumiendo responsabilidades y tareas propias de la puesta en marcha de la Ley de Dependencia. Entre estas acciones, se recogen todas aquellas incluidas en el procedimiento de aplicación de la Ley (Ley 39/2006). Los pasos que se suceden para la puesta en marcha del Servicio de Ayuda a Domicilio, ofrecen una abundante variedad de perfiles útiles para conformar la reunión de grupo.

Los distintos niveles que encarnan a las personas que ofrecen representatividad para la categoría “Administración” incluyen principalmente cargos de carácter técnico y profesionales, así como funcionarios de carrera por oposición. El motivo por el que ambos están incluidos en la misma categoría es la presunción de la capacidad a mostrar los intereses, inquietudes y capacidades del sector

público. No obstante, esta diversidad no obstaculiza sino que enriquece las visiones y el potencial discurso a desarrollar en la reunión de grupo.

Por tanto, la categoría “Administración” incluyó a trabajadores del Servicio Público de Empleo, trabajadores sociales, personal sanitario del Servicio de Salud (médicos y enfermeros), así como psicólogos del Departamento de Valoración.

- **Perfil especial.**

Este perfil lo conformaron personas que ejercen actividades profesionales o complementarias de forma remunerada y/o voluntaria relacionados con el Servicio de Ayuda a Domicilio, pero sin pertenecer a Administraciones Públicas o empresas privadas propiamente dichas.

Esta categoría recogió fundamentalmente a asociaciones u organizaciones sin ánimo de lucro, que sirven como mediadores o dispensan cuidados a domicilio. Fue necesario contar con este perfil especial, con el fin de recoger a un sector importante de la prestación de cuidados domiciliarios y que precisan de personal que ejecuten estos servicios.

b. Selección de los componentes de las mesas de discusión.

Con el fin de realizar un acercamiento fidedigno y válido a las empresas de interés para el presente estudio, se establecieron una serie de criterios de selección de primer nivel y segundo nivel que permitieron concretar las empresas que por sus características y servicio ofrecían un mayor y más óptimo interés para el proyecto.

- **Criterios de primer nivel**

- Selección de actividad, es decir, entre las entidades que poseen una actividad comercial vinculada con los servicios sanitarios o asistenciales, selecciona a aquellas empresas que realizan tareas de asistencia a domicilio.
- Naturaleza de la empresa o entidad privada. Esto no excluye el disfrute de concesiones de servicios a entidades o corporaciones de naturaleza pública, hecho que no desvirtúa su carácter privado y representativo de intereses particulares. La no consideración de las entidades públicas no empobrece, sino que enriquece el enfoque, ya que el perfil de la

Administración Pública está diferenciado de forma intencionada con el fin de lograr una mayor representatividad de la muestra.

- Papel de la empresa en el mercado de los servicios a domicilio.
- Prestigio de las entidades.

Una vez aplicado este primer filtro se obtuvieron 50 empresas que posteriormente fueron sometidas al siguiente filtro.

- **Criterios de segundo nivel.** Las empresas seleccionadas deben:

- Contar con un equipo de valoración multidisciplinar para la valoración de las personas dependientes.
- Poseer un plan individualizado de seguimiento de la persona dependiente, con el objetivo de que se realice una valoración continua en función de los posibles cambios que se vayan produciendo en la evolución de la persona dependiente.
- Desarrollar la actividad de Servicio de Ayuda a Domicilio a personas dependientes pertenecientes a los tres grados de dependencia reconocidas por el Ministerio de Sanidad, es decir, gran dependencia, dependencia severa y dependencia moderada.
- Ofrecer servicios integrales, prestados por diferentes profesionales que cubran todas las necesidades psicológicas, sociosanitarias y personales del dependiente.
- Poseer una significativa cadena de difusión que las hacen ser referentes dentro del ámbito de su sector con capacidad para llegar a un público objetivo mayor dentro de la zona geográfica donde desarrollen su actividad.

Una vez aplicado este segundo filtro se obtuvieron 17 empresas que posteriormente fueron sometidas al siguiente filtro.

Para la selección final se les hizo entrega de un cuestionario en el que se realizaban una serie de cuestiones relativas a las actividades de la empresa y de los trabajadores con el fin de acotar mejor las empresas y trabajadores más representativos del sector. Éste sirvió de

filtro definitivo con el que se obtuvo a los representantes de las empresas y de los trabajadores, que finalmente estuvieron presentes en las mesas de discusión.

Además de los empresarios y trabajadores seleccionados en base a estos criterios, ambas mesas contaron con los distintos perfiles descritos en el apartado anterior. Estos fueron seleccionados tras un proceso de investigación y buscando siempre una adecuación de sus perfiles a los intereses del estudio. La composición final de las mesas de trabajo se muestra en el anexo I.

c. Desarrollo de las mesas de discusión.

Una vez realizada la selección, se diseñaron las reuniones de grupo. Posteriormente se elaboró el guión que se siguió en ambas mesas de discusión. Las reuniones se llevaron a cabo en Sevilla los días 26 y 28 de enero de 2010. Ambas fueron grabadas con cámara fija y audio para poder verificar y auditar los resultados.

2. Tratamiento de la información obtenida e interpretación de los datos.

Para realizar el tratamiento de la información obtenida en las dos reuniones de grupo, se utilizó el análisis de metodología Benchmarking, mediante el cual se valoraron no sólo los resultados obtenidos en las encuestas filtro propuestas, sino también y fundamentalmente las conclusiones obtenidas en dichas reuniones.

El proceso se llevó a cabo en las siguientes fases:

- Codificación e interpretación de los resultados obtenidos en ambas reuniones de grupo. Se realizó una labor de condensación e interpretación de las opiniones mostradas por los expertos en la mesa de reunión, para proceder a su posterior tratamiento.
- Comparación de resultados obtenidos. Una vez elaboradas e interpretadas las opiniones mostradas por las personas que conformaron las dos mesas de reunión, se procedió a efectuar un proceso concreto de comparación de los resultados obtenidos. Para ello, y con el objetivo de conseguir un mejor tratamiento

metodológico de la información resultante, se consideró adecuado dividir en tres grupos las opiniones mostradas por los intervinientes en cada una de las mesas.

- Opinión de todos: aquellas impresiones mostradas por cualquier componente de la mesa, que posteriormente fueron secundadas o ratificadas de una u otra forma por más del 50% de los presentes.
 - Opinión de perfiles: son aquellas ideas mostradas por cada uno de los perfiles concretos que conformaron las mesas de discusión, es decir, empresarios, trabajadores, expertos docentes y perfil especial.
 - Opiniones no válidas: Son aquellas manifestaciones realizadas por un participante en el desarrollo de la reunión que tras su exposición, no fueron apoyadas por una mayoría suficiente de intervinientes y que por tanto, al ser minoritarias, no se consideraron de interés o relevancia para el presente estudio.
- Cruce de resultados. Una vez agrupadas las opiniones de las dos mesas de discusión en los tres grupos anteriormente mencionados, se procedió a realizar una comparativa entre ambas mesas de la información resultante en cada una de ellas. Así, se llevó a cabo un cruce de resultados que llevaron a la obtención de resultados concluyentes. De esta forma, si una misma idea era aceptada y ratificada por la mayoría de ambas mesas, ésta era tratada como una opinión mayoritaria y consensuada, y por tanto, considerada como una conclusión final de todo el sector en cuestión. Seguidamente, si otra opinión era apoyada sólo por un perfil de los participantes, ésta era clasificada como una conclusión concreta perteneciente u originaria de cada perfil existente, es decir, la opinión sería o de empresarios, o de trabajadores, o de administración o del perfil especial.
- Verificación de los resultados. Finalmente, una vez ya agrupadas y clasificadas las opiniones según su origen y nivel de consenso en las mesas, con objeto de conseguir una mayor objetividad y certeza en los resultados, se procedió a la fase de verificación de la información resultante. Para ello, se inició un proceso de selección de expertos en la materia, buscando siempre que tuvieran un perfil profesional similar o aproximado a los componentes de los grupos de discusión, con el objetivo de poder confirmar y verificar todas las conclusiones finales obtenidas, así como despejar dudas sobre cuestiones polémicas o poco

representativas de la realidad, desestimando cualquier conclusión o idea errónea que no haya sido objeto de su aprobación.

- Organización de los resultados obtenidos. Finalmente, los resultados obtenidos se organizaron con respecto al guión que se siguió en las reuniones, con el fin de poder llevar a cabo el contraste con los datos analizados previamente.

3.3. Análisis de iniciativas de formación y empleo a nivel internacional. Revisión de la literatura.

Para completar los resultados obtenidos en el estudio se realizó un análisis de las distintas iniciativas que se han llevado a cabo a escala internacional, tanto en el ámbito de la formación como en el de la empleabilidad de los cuidadores profesionales. Para ello, se realizó una revisión sistemática de la literatura existente en la materia. La metodología empleada ha seguido un proceso de búsqueda, lectura y clasificación de las iniciativas por países.

Método de la revisión:

Selección de los recursos de información y búsqueda de la literatura científica e institucional.

I. Información científica sobre la formación y empleo de cuidadores profesionales en otros países.

Se utilizaron las siguientes fuentes electrónicas:

- Bases de datos electrónicas de producción científica que permitieron identificar aquellos estudios sobre el estado del conocimiento de la revisión de interés:
 - Medline (PubMed).
 - Embase
- Otras fuentes de información documentales específicas:
 - Centre for Reviews and dissemination.

- DARE (Database of Abstracts of Reviews of Effects): Recoge exclusivamente revisiones sistemáticas tanto cuantitativas como cualitativas.
- HTA (Health Technology Assessment): indiza varios miles de informes de tecnologías sanitarias elaborados por las agencias de evaluación.
- NHS (National Health Service).
- SCIE (Social Care Institute of Excellence): Incorpora un buscador específico para la asistencia social.

2. Conocimiento del estado actual de la formación y empleo en cuidadores profesionales en otros países.

Se realizaron las búsquedas en portales institucionales que permitieron identificar principales instituciones de servicios de atención a la dependencia. Para la identificación de portales se utilizaron buscadores de directorios institucionales (Google Directorio, Intute).

Se creó un repositorio institucional por países para extraer la información de interés.

3. Criterios de búsqueda.

Se utilizaron los siguientes términos para las búsquedas de documentos en las fuentes de información bibliográfica, instituciones y portales institucionales:

ÁMBITO DE ATENCIÓN: “dependency”, “elderly”, “social care policy”, “integrated care”, “service utilization”, “social care”, “social care networks”.

ACTIVIDAD: “formal care”, “formal caregiver”, “professional care”, “caregiving”.

FORMACIÓN: “training”, “formation”, “education”.

EMPLEO: “employed caregiver”, “employment”.

Para las fuentes de información bibliográfica se realizó la siguiente estrategia de búsqueda (Tabla 3 y Tabla 4).

Tabla 3. Estrategia de búsqueda global por términos en PubMed.

Base de datos	Límites	Estrategia de Búsqueda	Resultados
ÁMBITO DE ACTUACIÓN			
Pubmed Database	English, French, Spanish, published in the last 10 years, Field: Title/Abstract	"dependency", "elderly", "social care policy", "integrated care", "service utilization", "social care", social care network	90861
Términos Mesh	English, French, Spanish, published in the last 10 years, Field: Title/Abstract	"Aged"[Mesh] OR "Frail Elderly"[Mesh] OR "Health Services for the Aged"[Mesh]	674183
ACTIVIDAD			
PubMed Database	English, French, Spanish, published in the last 10 years, Field: Title/Abstract	"formal care", "formal caregiver", "professional care",	15342
Término Mesh	English, French, Spanish, published in the last 10 years, Field: Title/Abstract	"Caregivers"[Mesh]	9059
FORMACIÓN			
	English, French, Spanish, published in the last 10 years, Field: Title/Abstract	"training", "formation"	340611
	English, French, Spanish, published in the last 10 years, Field: Title/Abstract	"education "[Subheading] OR "Staff Development"[Mesh]	69242
EMPLEO			
Término Mesh	English, French, Spanish, published in the last 10 years, Field: Title/Abstract	"Employment"[Mesh] OR "Occupational Health Services"[Mesh]	18790

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4. Búsqueda combinada.

Base de datos	Fórmula de Búsqueda (Límits. English, French, Spanish, published in the last 10 years, Field: Title/Abstract)	Resultados
PubMed	"dependency" OR elderly" OR "social care policy" OR "integrated care" OR "service utilization" OR. "social care" OR social care network AND "Aged"[Mesh] OR "Frail Elderly"[Mesh] OR "Health Services for the Aged"[Mesh] AND "formal care" OR "formal caregiver" OR "professional care" OR "Caregivers"[Mesh]	1732
PubMed	"formal care" OR "formal caregiver" OR "professional care" OR "Caregivers"[Mesh] AND "Employment"[Mesh] OR "Occupational Health Services"[Mesh]	463
PubMed	"dependency" OR elderly" OR "social care policy" OR "integrated care" OR "service utilization" OR. "social care" OR social care network AND "Aged"[Mesh] OR "Frail Elderly"[Mesh] OR "Health Services for the Aged"[Mesh] AND "formal care" OR "formal caregiver" OR "professional care" AND "Caregivers"[Mesh] AND "training" OR "formation AND "education "[Subheading] OR "Staff Development"[Mesh]	364
PubMed	"dependency" OR elderly" OR "social care policy" OR "integrated care" OR "service utilization" OR. "social care" OR social care network AND "Aged"[Mesh] OR "Frail Elderly"[Mesh] OR "Health Services for the Aged"[Mesh] AND "formal care" OR "formal caregiver" OR "professional care" OR "Caregivers"[Mesh] "Employment"[Mesh] OR "Occupational Health Services"[Mesh]	39
EMBASE	'caregiver'/exp OR caregiver AND ('employment'/exp OR employment) AND ([english]/lim OR [french]/lim OR [spanish]/lim) AND ([embase]/lim OR [embase classic]/lim) AND [2000-2010]/py AND social care	198
Centre Of Review and Dissemination	formal care" OR "formal caregiver" OR "professional care" OR "Caregivers"[Mesh] "Employment"[Mesh] OR "Occupational Health Services"[Mesh]	44
SCIE	"training" AND "education" AND "employment" AND "social care provision" AND "formal care"	32

Fuente: Elaboración propia.

4. Criterios de selección de los documentos de la revisión

Tras las estrategias de búsqueda y una vez obtenidas las referencias de documentos, se exportaron a un gestor de referencias (RefWork) con el fin de esquematizar el total de resultados.

Las referencias fueron clasificadas por: Autor, título, lugar de publicación, año, tipo de documento, fuente bibliográfica, resumen, texto completo (sí/ no), país, iniciativas de formación, iniciativas de empleo, soluciones aportadas.

La primera identificación de los recursos de interés se hizo por título y abstract. Posteriormente se hizo una lectura de todos los resúmenes encontrados para clasificarlos y hacer un análisis de resultados atendiendo al objetivo global de la revisión. Se eliminaron los artículos e informes de instituciones que por el contenido presentado en el resumen no cumplían los criterios de la revisión y aquellos de los que no se pudo extraer el texto completo. Se solicitaron textos completos de los artículos considerados de interés y de aquellos en los que tras la lectura del abstract, no se podía predecir el cumplimiento de criterios de selección. Finalmente se eliminaron textos repetidos. Se consultaron otras fuentes de las referencias de los artículos de mayor impacto y de las revisiones encontradas sobre algunos de los aspectos de interés en la búsqueda.

La búsqueda en portales e instituciones se realizó siguiendo los mismos criterios de búsqueda por los términos claves definidos en la estrategia y que dirigieron la búsqueda hacia una mayor presentación de resultados.

La lectura final de los documentos fue realizada por los miembros del grupo de la revisión. Se seleccionaron los textos siguiendo los siguientes criterios:

- Documentos en inglés, francés, español.
- Publicados en la última década, a excepción de algunos de interés en años anteriores.
- Presentación de iniciativas en formación y empleo en cuidadores profesionales.

5. Presentación de resultados.

A partir de las referencias seleccionadas se analizaron por países la situación actual y las nuevas iniciativas de formación y empleo dirigidas a los cuidadores profesionales. Además, se estudiaron los diversos proveedores de servicios: público, no público, privado, asociaciones, fundaciones, etc., del sector.

La presentación de resultados se focalizó fundamentalmente a:

- La descripción de los perfiles profesionales de los cuidadores.
- Los niveles de oferta y demanda de trabajo en el sector.

- La escasez de formación en el sector.
- Las iniciativas y buenas prácticas desarrolladas en los países, experiencias, actividades desarrolladas, programas, etc.

3.4. Discusión de Expertos.

Para enriquecer los resultados obtenidos en este estudio, se realizó una sesión de discusión del mismo a la que se invitaron a expertos relevantes en el ámbito de la dependencia y en el ámbito de la formación en el sector.

4. ANTECEDENTES

4.1. Los nuevos yacimientos de empleo.

El impulso de los denominados “Nuevos Yacimientos de Empleo” (NYE) en el seno de la Comisión Europea, supuso el reconocimiento oficial por parte de las instituciones europeas de la importancia, entre otros, de los servicios relacionados con la vida cotidiana, especialmente de los asociados con los cuidados profesionales, como importantes nichos de oportunidades de empleo.

En el documento “Crecimiento, competitividad y empleo. Retos y pistas para entrar en el siglo XXI”, conocido como Libro Blanco de Delors, se apostaba por el potencial generador de empleo de actividades relacionadas con la satisfacción de las nuevas necesidades sociales originadas por las profundas transformaciones demográficas, sociales y culturales en décadas anteriores.

Estos cambios, fundamentados en ciudadanos-usuarios-consumidores cada vez más preparados, más conscientes de sus derechos, más exigentes en la calidad de los servicios, con nuevas necesidades no satisfechas por el sector público ni por las ofertas del mercado, generaban ya entonces, en 1993, una importante demanda de servicios relacionados con:

- Actividades de la vida cotidiana (servicios a domicilio, de atención a la infancia y la tercera edad, de aprovechamiento de las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación).
- Servicios de mejora de la calidad de vida (mejora de la vivienda, la seguridad, el transporte colectivo, la revalorización de los espacios públicos urbanos, el comercio de proximidad).
- Servicios culturales y de ocio (el turismo rural y cultural, los medios locales de comunicación, el patrimonio y el desarrollo cultural).
- Servicios medioambientales (la protección de espacios, la gestión de residuos y del agua, el control y la reglamentación medioambientales)¹.

Así, esta propuesta ofrecida por la Comisión Europea no consistía en un abanico de nuevas profesiones u ocupaciones, sino que iba más allá, abarcando todas las actividades necesarias para satisfacer las nuevas necesidades sociales, fueran éstas individuales o colectivas, que se presentaban ya entonces como fuente de empleo por su grado de concentración territorial².

En esta propuesta se constataban las oportunidades que estas nuevas necesidades ofrecían en términos de empleo a través del desarrollo de nuevos productos y servicios en el marco de la economía de mercado, señalando además, la importancia de su desarrollo para generar empleo en el ámbito local. En este sentido, la Comisión apostaba por las oportunidades de empleo centradas en el desarrollo local, fundamentadas en la vinculación entre las características socioeconómicas y las nuevas necesidades específicas existentes en cada territorio.

Desde 1993 y a pesar del compromiso y esfuerzo tanto de la Comisión Europea como de los estados y regiones que la conforman, los obstáculos encontrados en el desarrollo de los NYE han sido de diversa naturaleza, tanto de índole cultural como institucional o financiero, encontrando dificultades vinculadas a la formación y a la cualificación profesional, a aspectos jurídicos, etc.,... barreras que a lo largo de los años han impedido que la demanda se manifestara plenamente y/o que la oferta se pudiera estructurar y consolidar^{2,3} (Figura 2).

Figura 2. Características de los nuevos yacimientos de empleo.



Fuente: Elaboración propia basado en Boletín Equal 2007.

Entre los principales obstáculos detectados en relación a la formación y a la cualificación profesional se encuentran (Jiménez, 1998)²:

- Condiciones de trabajo que no van acompañadas de expectativas de cualificación y que desincentivan la formación y la continuidad de los trabajadores.
- Déficit de formación y profesionalización de gestión de actividades de los ámbitos socioculturales y de asistencia, así como dificultades de adaptación de la oferta formativa a la que se dirige.
- Falta de polivalencia de los contenidos formativos en el ámbito de las profesiones con alto contenido relacional en sectores como el desarrollo cultural o la asistencia a personas.

En este sentido, los NYE venían a constatar que la consecución de una economía al servicio del empleo debería apoyarse no sólo en el crecimiento económico, sino también en la formación, la flexibilidad, la iniciativa y la descentralización³.

La estrategia europea de empleo ha venido exigiendo por parte de los estados un continuo esfuerzo inversor en recursos humanos, sobre todo en el ámbito de la formación profesional y en el fomento del empleo, a través de una organización más flexible, la promoción de iniciativas a nivel regional y local, la reducción de los costes no salariales de la mano de obra y una política de empleo más efectiva. La Unión Europea, ha puesto de manifiesto que, la búsqueda de un crecimiento basado en la creación de empleo debe apoyarse en tres grandes pilares:

- El refuerzo de las iniciativas locales para la búsqueda de una respuesta a las nuevas necesidades de las personas y las empresas;
- La acentuación del papel ciudadano dentro de la empresa en la búsqueda de nuevos métodos de apoyo a la creación de empleo, que vayan más allá del papel económico tradicionalmente concedido a la misma, haciendo de ella un verdadero actor del desarrollo local;
- La reducción del coste indirecto del trabajo, con el fin de facilitar la inserción de los desempleados menos cualificados, reduciendo los costes que las contrataciones de baja cualificación suponen para las empresas.

Por estas razones, en los sucesivos Consejos Europeos, a partir del celebrado en Essen en diciembre de 1994, se ha estado diseñando una estrategia europea de empleo basada en el establecimiento de medidas que fomenten el crecimiento y la generación de empleo con el fin de facilitar la estabilidad macroeconómica, aumentar la solidaridad social y la igualdad de oportunidades, centrando sus esfuerzos en favorecer el acceso al empleo de los colectivos más vulnerables.

Entre otras actuaciones, a través de las acciones financiadas por el artículo 10 del FEDER, el artículo 6 del FSE^{4,5,6} o las estrategias dirigidas al impulso de iniciativas locales de desarrollo y de empleo (ILDE)^{7,8}, la Comisión Europea ha promovido la elaboración de estrategias regionales o locales y propiciado la realización de proyectos piloto para la creación de empleos de iniciativa local relacionados con el desarrollo de los NYE, muchos de ellos en el ámbito de las actividades cotidianas y, concretamente, de los cuidados profesionales a las personas.

Las iniciativas y proyectos desarrollados a través de los distintos programas europeos han evidenciado que la creación de puestos de trabajo duraderos en este sector depende del carácter innovador y profesional del servicio prestado. La elección de una estructura empresarial adaptada a la situación local condiciona también la durabilidad de los puestos de trabajo. Además, el desarrollo de este sector ha estado protagonizado por una cada vez más importante creación de empresas privadas, microempresas, en su mayoría con fórmulas de autoempleo y economía social, y asociaciones sin fines de lucro.

Varios ejemplos en distintos países demuestran que la adaptación de las iniciativas empresariales a las condiciones de la zona donde se han implantado ha determinado el éxito o el fracaso de las mismas.

En Italia, el éxito del sector se fundamentó en la creación de entidades muy grandes (Cooperativas Sociales), creándose 30.000 nuevos puestos de trabajo entre 1993 y 1997, un aumento de empleo basado en un crecimiento del número de empresas de 2.126 a 3.857, no aumentando apenas el tamaño de las plantillas. En el sector privado se produjo un fenómeno similar. Entre 1988 y 1995, las empresas de más de 100 empleados perdieron 200.000 puestos de trabajo al año, mientras que las empresas de menos de 100 empleados aumentaron su creación de empleo en 250.000 puestos de trabajo⁷.

Por el contrario, la multiplicación de pequeñas iniciativas de unos cuantos puestos de trabajo cada una, requiere de más tiempo de consolidación. Esto se comprueba en el caso de Francia y el cheque de empleo-servicio introducido en 1995, una iniciativa que más que ayudar a la creación neta de puestos de trabajo introdujo una perturbación en el sector, y tuvieron que pasar 18 meses desde su implementación para que empezara a aumentar de manera significativa la demanda de los hogares. En Dinamarca, un año después de la puesta en marcha del programa experimental de servicios a domicilio se habían creado menos de 900 puestos de trabajo y sólo al cabo de 8 meses se comenzó a producir un progreso perceptible.

En el desarrollo de este tipo de servicios también han sido numerosas las experiencias en las que se han impulsado subvenciones al consumo o sistemas de cofinanciación de los gastos de los hogares, evidenciándose en la práctica totalidad de los casos que esta vía es ineficaz por sí sola si no va acompañada de otro tipo de iniciativas. Entre otros instrumentos utilizados podemos destacar⁷:

- Prestación económica para una cofinanciación privado-pública (el consumidor paga sólo una parte del precio del servicio). Se han implementado a escala nacional (Francia y Bélgica), regional (España) o municipal (Finlandia). Se ha demostrado empíricamente que para su eficacia la prestación debe complementarse con una garantía de calidad del servicio y un control de la formación del personal y de las condiciones de trabajo.
- Deducciones fiscales para los hogares consumidores de estos servicios (Alemania).
- Subvenciones para las empresas prestadoras de servicios y creadoras de empleo (Holanda).

Como puede comprobarse, los servicios de ayuda a domicilio y, en general, el cuidado a las personas mayores y/o dependientes ha sido considerado como un NYE o sector emergente con un importante potencial generador de empleo desde la Comisión Europea y por el conjunto de estados miembros de la Unión Europea. Los ejemplos estudiados en España, Francia, Alemania, Dinamarca, Holanda o Italia, entre otros, así lo demuestran.

También se ha comprobado que las claves para el éxito de estas iniciativas se encuentran en la adaptación del modelo de empresa a la realidad socioeconómica del país, región o territorio y la profesionalidad y cualificación de los profesionales que finalmente realizan la prestación de los servicios, poniéndose de manifiesto el carácter determinante del desarrollo de programas de formación profesional que fomenten la correcta cualificación de los proveedores de los servicios a domicilio, dentro de los cuales se encuentran los profesionales de los cuidados a las personas mayores y/o dependientes.

4.2. Factores que determinan las nuevas oportunidades de empleo en el sector de los cuidados profesionales.

Como se ha visto anteriormente, los factores que han dado lugar a la aparición de nuevas necesidades, en torno a las cuales se articulaban los NYE y, entre ellos, los cuidados profesionales, son de índole socioeconómica, demográfica y cultural. Éstos se encuentran, a menudo, estrechamente relacionados y, en su conjunto, tienen importantes consecuencias en los modos de vida de la población.

Las transformaciones estructurales experimentadas por la sociedad occidental en los últimos lustros, se convierten, a su vez, en factores de cambio que están propiciando nuevas oportunidades de empleo. En el ámbito de este estudio, el de los cuidadores profesionales, los cuatro factores determinantes son: la evolución demográfica y el progresivo envejecimiento, la necesidad social de atención a la dependencia, los cambios sociales y la incorporación de la mujer al mercado laboral y la evolución de las políticas de atención a la dependencia.

A continuación se analiza en qué medida cada uno de estos factores contribuye a generar nuevas oportunidades de empleo en el sector de los cuidados profesionales.

4.2.1. La evolución demográfica y el progresivo envejecimiento.

En la actualidad, el proceso de envejecimiento de la población es un fenómeno que afecta a todos los países europeos. Siguiendo el informe elaborado por el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) en 2004 sobre “La protección de las situaciones de dependencia en España”, en el ámbito de la Unión Europea la población con 65 o más años pasará del 16,2% al 20,6% del total poblacional en el año 2020 (Tabla 5)⁹, un envejecimiento progresivo que también afectará a España.

Tabla 5. Tasa de población de 65 y más años en relación con el total UE.

País	2000	2020
Alemania	16,1	21,7
Austria	15	19,9
Bélgica	17	19,8
Dinamarca	15	18,6
España	17	19,8
Finlandia	14,9	23,1
Francia	16	20,6
Grecia	17	20,6
Irlanda	11	14,5
Italia	18	23,2
Luxemburgo	14,6	17,9
Países Bajos	14	18,9
Portugal	15	17,9
Reino Unido	16	18,9
Suecia	17,3	22,1
Total UE	16,2	20,6

Fuente: “La protección de las situaciones de dependencia en España” CERMI 2004

Siguiendo el mismo informe, para el año 2050 el número de personas de 65 y más años será de 11.600.000 personas en España, lo que habrá supuesto un aumento del 75,7% respecto al año 2000 y un incremento superior en 8,2 puntos al aumento medio en la UE de los 15 (Tabla 6).

Tabla 6. Evolución de la población de 65 y más años (millones de personas).

País	2000	2020	2050	Increment. % 2000 - 2050
Alemania	13,6	18,3	21,6	58,9
Austria	1,3	1,7	2,3	76,9
Bélgica	1,7	2,2	2,7	58,8
Dinamarca	0,8	1,1	1,2	50
España	6,6	8,0	11,6	75,7
Finlandia	0,8	1,2	1,3	62,5
Francia	9,4	13,9	16,6	76,6
Grecia	1,8	2,2	3,1	72,2
Irlanda	0,4	0,6	1,1	175,1
Italia	10,3	13,2	16,1	56,3
Luxemburgo	0,1	0,1	0,1	--
Países Bajos	2,2	3,3	4,3	95,4
Portugal	1,5	2,0	2,9	93,3
Reino Unido	9,3	11,7	15,4	65,6
Suecia	1,5	2,0	2,3	53,3
Total UE	61,3	80,6	102,7	67,5

Fuente: "La protección de las situaciones de dependencia en España" CERMI 2004

En este sentido, el informe apuntaba que dicho aumento se debería en gran medida a un incremento de las personas incluidas en altos tramos de edad, ya que los individuos de 85 y más años irían tomando un protagonismo cada vez más creciente¹⁰.

El envejecimiento de la población plantea un reto en términos de efectivos disponibles en el mercado de trabajo. El proceso de creciente envejecimiento de la población española está reflejando una tendencia a largo plazo donde la oferta de mano de obra disponible difícilmente va a poder ser suficiente para atender la necesaria demanda de las empresas ni garantizar el mantenimiento del actual sistema de pensiones. De hecho, este proceso ya ha comenzado a hacerse sentir en el último ciclo de crecimiento económico y las importantes entradas de inmigrantes son una prueba fehaciente del mismo.

Para analizar el proceso de envejecimiento, resulta de especial interés el análisis de lo sucedido en la última década por CCAA, utilizando para ello los datos oficiales de población, provenientes de la explotación estadística del Padrón de Habitantes (INE). Según éstos, en el periodo 1999-2008 la población total española aumentó en un 14,81%. En este mismo periodo la población de 65 y más años en España experimentó un aumento del 13,26% pudiendo observarse que ciertas CCAA superan para este tramo de edad el porcentaje de aumento registrado para el total de la población.

En un análisis más desglosado por tramos de edad, el crecimiento entre 65-79 años fue de un 5,47%, y para la población de 80 y más años el aumento fue del 40,10% (Tabla 7).

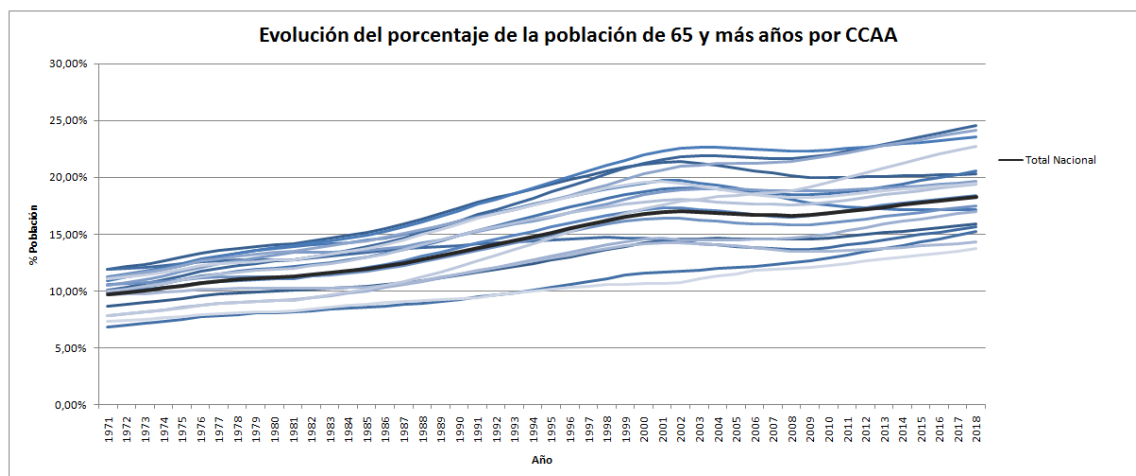
Tabla 7. Evolución del padrón de habitantes por tramos de edad y regiones. Periodo 1999-2008.

	Población con edad entre 65-79 años				Población de 80 y más años			
	1999	2008	Var	% Var	1999	2008	Var	% Var
España	5.223.662	5.509.140	285.478	5,47	1.515.899	2.123.785	607.886	40,10
Andalucía	828.131	901.209	73.078	8,82	211.941	295.237	83.296	39,30
Aragón	193.852	179.659	-14.193	-7,32	59.952	82.412	22.460	37,46
Asturias	176.551	162.470	-14.081	-7,98	52.512	72.845	20.333	38,72
Baleares	93.656	106.153	12.497	13,34	29.794	39.527	9.733	32,67
Canarias	152.387	205.596	53.209	34,92	41.872	57.429	15.557	37,15
Cantabria	75.257	74.112	-1.145	-1,52	24.158	33.183	9.025	37,36
Castilla-La Mancha	262.969	252.870	-10.099	-3,84	78.210	109.165	30.955	39,58
Castilla y León	409.040	384.899	-24.141	-5,90	136.337	185.433	49.096	36,01
Cataluña	827.082	850.870	23.788	2,88	243.289	345.085	101.796	41,84
Com. Valenciana	526.648	606.271	79.623	15,12	140.104	207.089	66.985	47,81
Extremadura	154.809	148.809	-6.000	-3,88	43.740	58.254	14.514	33,18
Galicia	407.666	425.501	17.835	4,37	136.114	177.361	41.247	30,30
Com. De Madrid	583.485	649.778	66.293	11,36	171.102	245.643	74.541	43,57
Murcia	130.205	145.128	14.923	11,46	32.376	48.900	16.524	51,04
Navarra	73.247	73.730	483	0,66	23.924	33.289	9.365	39,14
País Vasco	277.745	290.100	12.355	4,45	75.937	111.564	35.627	46,92
La Rioja	39.388	39.333	-55	-0,14	11.931	17.845	5.914	49,57

Fuente: Elaboración propia basada en Padrón de Habitantes 1999-2008 (INE)

De acuerdo con las proyecciones demográficas de la población de 65 y más años para el periodo 1971-2018 (Figura 2), el fenómeno del envejecimiento va a continuar en los próximos años, en los que la población mayor seguirá incrementándose a la vez que disminuirá la proporción de personas en edades jóvenes.

Figura 3. Evolución del porcentaje de la población de 65 y más años.



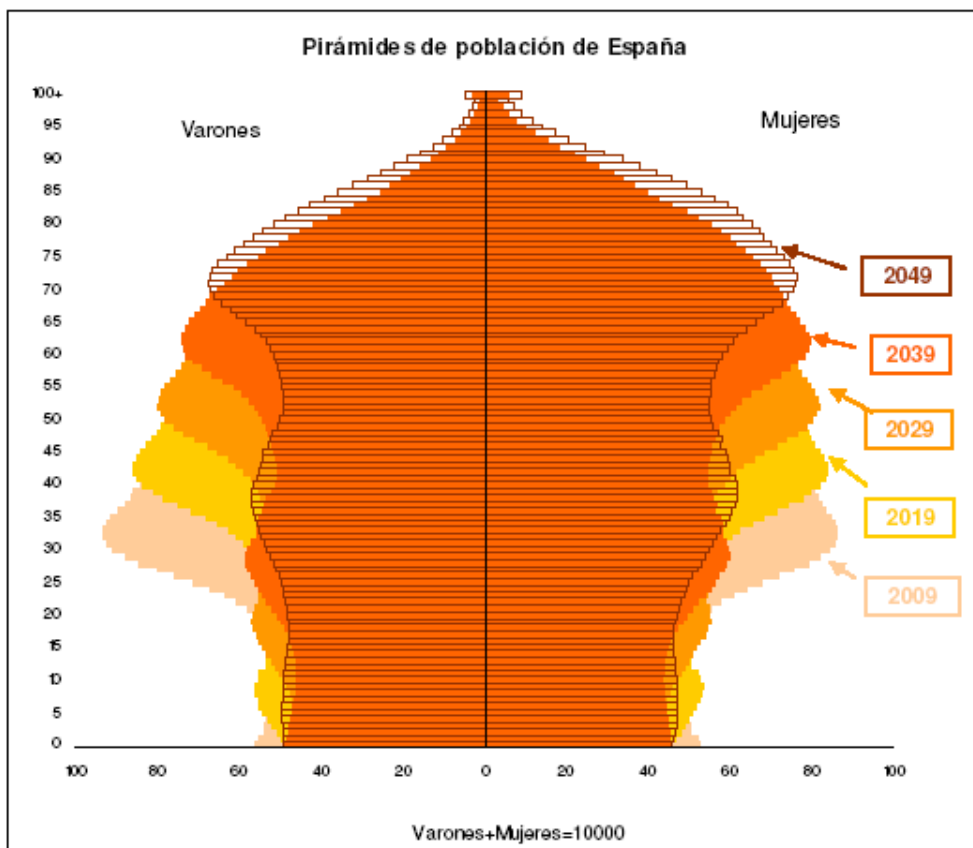
Fuente: Elaboración propia a partir de las estimaciones inter-censales para el periodo 1971-2001; estimaciones de población actual a partir del censo 2001 para el periodo 2002-2008; proyecciones de población a corto plazo 2008-2018. INE.

Todos los indicadores señalan que se va a producir un envejecimiento importante de la población española, que se traducirá en un incremento de la ratio de dependencia (porcentaje que supone la población de 65 y más años respecto de la de 15 a 64 años) de casi 8 puntos (pasando de 24,8 a 32,5) conforme a una hipótesis moderada, que prevé una pequeña recuperación de la tasa de fecundidad y un incremento constante de la inmigración.

La simulación realizada muestra también el progresivo envejecimiento al que se enfrenta nuestra estructura demográfica, que se observa de forma evidente en la evolución de la pirámide poblacional de España resultante (Figura 4).

De hecho, los mayores crecimientos absolutos y relativos en los próximos 40 años se concentrarían en las edades avanzadas. Concretamente, el grupo de edad de mayores de 64 años se duplicaría en tamaño y pasaría a constituir el 31,9% de la población total de España.

Figura 4. Pirámide de la población Española.



Fuente: INE Proyección Población a partir explotación Padrón Habitantes

4.2.2. La necesidad social de atención a la dependencia.

La atención a la dependencia se ha convertido en un reto social con carácter prioritario y las previsiones actuales nos indican que las dimensiones de este reto tenderán a ser cada vez mayores, sobre todo si tenemos en cuenta, por un lado, el ya mencionado aumento de la esperanza de vida y del envejecimiento de la población, y, por otro, el continuo crecimiento del porcentaje de personas que, como consecuencia de procesos patológicos o accidentes sobrevenidos, presenta algún tipo de discapacidad que, antes o después, disminuirá su capacidad de autonomía derivando en una situación de dependencia.

Uno de los posibles efectos del mayor grado de envejecimiento futuro es el aumento de las personas con discapacidad, ya que la edad es un factor determinante en la aparición de este fenómeno.¹¹.

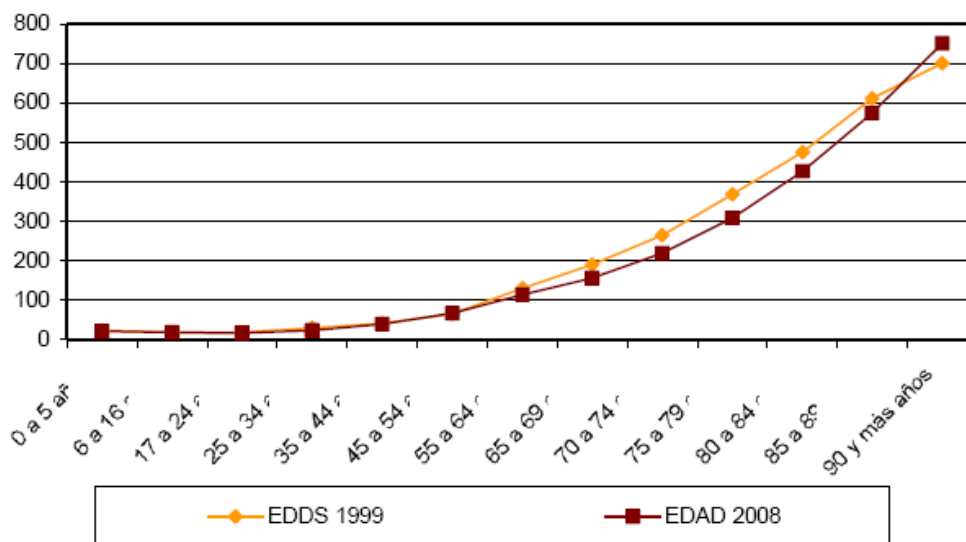
Además, el aumento de la longevidad ha coincidido con importantes cambios sociales que han llevado a que instituciones sociales y políticas deban ajustar sus objetivos a la nueva realidad, que demanda más protección social y un mayor apoyo a las personas que se encuentran en situación de dependencia.

Según la encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia (EDAD-2008), elaborada por el INE, el número total de personas residentes en hogares españoles que declaran tener alguna discapacidad asciende a 3.847.900, lo que supone un 8,5% de la población.

En la última década se ha podido observar que el número de personas con discapacidad ha crecido en 320.000. Sin embargo, dado que el crecimiento de las personas con discapacidad ha sido menor que el del total de la población, la tasa de discapacidad ha registrado una disminución del 0,5% (del 9,0% en 1999 al 8,5% en 2008). Este resultado contradictorio encuentra explicación en el hecho de que, a pesar de haberse producido un considerable aumento de la población mayor de 65 años, la mejora de las condiciones sociales y de salud ha hecho que el número de personas con dependencia sea menor de lo esperado.

La disminución de la tasa de discapacidad se produce en todos los tramos de edad comprendidos entre los 16 y los 90 años. Los mayores descensos tienen lugar entre las personas de 75 a 79 años (del -16,2%) y en el grupo de edad de 80 a 84 años (del -10,2%) (Figura 5).

Figura 5. Personas con discapacidad por grupos de edad EDSS1999 y EDAD2008 (Tasas por mil habitantes).



Fuente: INE. Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia. 2008.

En todas las comunidades se mantiene el mismo perfil por género y edad que se encuentra a nivel nacional; es decir, mayor número de mujeres que de hombres con discapacidad así como tasas femeninas inferiores a las masculinas para los grupos de edad hasta 44 años y superiores a partir de los 45 años.

En un total de 3,3 millones de hogares españoles reside al menos una persona que afirma tener una discapacidad, lo que supone un 20,0% de los hogares españoles. En 608.000 de estos hogares la persona con discapacidad vive sola. No obstante, el caso más frecuente es el hogar de dos miembros dónde uno de ellos presenta alguna discapacidad.

4.2.3. Los cambios sociales y la incorporación de la mujer al mercado laboral.

Como ya se ha estudiado en líneas precedentes, los cambios sociales que se han producido en Europa y en el conjunto de las sociedades occidentales han sido muy profundos y han afectado intensamente al mercado de trabajo, la economía y los estilos de vida de los ciudadanos.

Entre las principales transformaciones sociales que han afectado al empleo y, en general, a la actividad económica, podemos señalar¹²:

- La modificación de las pirámides demográficas causada por el aumento de la esperanza de vida,
- La baja tasa de natalidad,
- La importante, aunque aún insuficiente, incorporación de la mujer en el mercado de trabajo y la consiguiente transformación de las estructuras familiares.

Esta última, la incorporación de la mujer al mercado del trabajo, es una de las transformaciones sociales más profundas que han tenido lugar en España en las últimas décadas: la tasa de actividad femenina ha experimentado un cambio substancial debido a la gradual y continua incorporación de las mujeres españolas al mercado laboral, un cambio que puede ser constatado tomando como referencia los datos de la Encuesta de Población Activa (EPA) elaborada por el INE.

En este sentido, tomando como referencia lo sucedido en los últimos 4 años, e incluso a pesar del carácter disuasorio de la crisis económica que España viene sufriendo desde el II Trimestre de 2007, la población activa femenina ha crecido en un 15,42%, más de cuatro veces el crecimiento de la actividad laboral de los hombres, protagonizando las mujeres hasta 3 de cada 4 nuevas incorporaciones al mercado laboral español (Tabla 8).

Tabla 8. Evolución de la Población activa según género.

EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN ACTIVA SEGÚN GÉNERO 2005-2009						PERIODO 2005-2009	
	2005TIV	2006TIV	2007TIV	2008TIV	2009TIV	VAR	%VAR
TOTAL	21.155.500	21.812.400	22.404.500	23.064.700	22.972.500	1.817.00	8,59
HOMBRES	12.370.700	12.595.100	12.876.300	13.029.500	12.833.200	462.500	3,74
MUJERES	8.784.800	9.217.300	9.528.100	10.035.200	10.139.300	1.354.500	15,42

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Población Activa. INE, 2009

Además, en este periodo 2005-2009 la población femenina inactiva laboralmente se redujo en un -4,58%, abandonando la inactividad un total de 445.000 mujeres. Así, puede concluirse que 1 de cada 3 mujeres incorporadas al mercado laboral en los últimos cuatro años provenía de una situación de inactividad laboral.

A pesar de esta evolución seguida y de las nuevas circunstancias sociales y económicas, todavía hoy continúa existiendo una clara desigualdad entre sexos en el reparto de las tareas

desempeñadas en el interior de los hogares y en el cuidado del creciente número de personas mayores dependientes, constituyendo este hecho una fuente de tensión sobre la viabilidad futura del actual modelo de cuidados de larga duración¹³.

Hasta ahora la asistencia a mayores ha sido proporcionada por los miembros de la familia. La solidaridad familiar sigue estando muy presente en nuestra sociedad y también la responsabilidad atribuida a las mujeres de ser las encargadas de atender a las personas con necesidad de cuidados, tanto dentro como fuera de la familia. Según estudios realizados por el IMSERSO, quienes realizan los cuidados son mujeres entre los 45 y los 69 años (con una edad media de 52 años). El 75% de estas cuidadoras no desarrollan actividad laboral alguna y en muchos casos tampoco les sería posible compatibilizar una tarea laboral fuera del hogar con el cuidado de sus familiares dependientes¹⁴.

Sin embargo, esta forma de solidaridad familiar se está haciendo cada vez menos factible. Resulta evidente que el actual sistema de apoyo informal a las personas dependientes supone un grave obstáculo para la plena incorporación de la mujer al mundo del trabajo. El número de mujeres con el perfil antes citado que pasará a trabajar fuera de casa cambiará del 40% actual a un 75% en los próximos años. Por tanto el este sistema actual de apoyo informal se plantea a medio y largo plazo como un modelo insostenible en el tiempo.

4.2.4. La evolución de las políticas de atención a la dependencia.

A continuación se analizan los distintos cambios que ha sufrido el sector de la dependencia en España en los últimos 20 años y cómo han evolucionado los servicios que desde las administraciones públicas se han ofrecido a las personas en situación de dependencia.

Existen dos hitos fundamentales que marcan el sector, la elaboración y publicación del Libro Blanco de la Dependencia y la entrada en vigor de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, aprobada en el año 2006¹⁵. Esta última ha dado lugar a una serie de cambios normativos que implican acuerdos de mínimos en torno al sistema de servicios con el fin de garantizar “el contenido común de derechos para todos los ciudadanos en cualquier parte del territorio nacional”.

Estos dos hechos contribuyen de forma significativa a la generación de empleos en el sector de los cuidados profesionales a personas dependientes.

4.2.4.1 El sector de la dependencia en España.

La evolución seguida en España por el sector de los cuidados profesionales se puede apreciar claramente a través del comportamiento de la demanda potencial de los servicios a domicilio, constatando un crecimiento considerable en los últimos años.

Analizando la evolución de los servicios ofrecidos en España, se observa que, hasta finales de 1995, éstos provenían fundamentalmente de las acciones promovidas por las distintas administraciones y las políticas estaban dirigidas al mantenimiento del anciano en su propio domicilio durante el mayor tiempo posible, como alternativa al internamiento en residencias y a la integración social. Los programas de actuación del IMSERSO se dividían en¹⁶:

- Programa de integración social, orientada a conseguir una atención desinstitucionalizada.
- Programa de estancias diurnas, recurso desarrollado en centros de día, a través de los que se buscaba cubrir las necesidades de las personas mayores en situación de cierta dependencia.
- Programa de ayuda a domicilio, el cual consistía en cuidados básicos de carácter personal, doméstico y social. La ejecución de este programa se realizaba con personal dependiente del IMSERSO o bien a través de acciones concertadas con entidades públicas o privadas. La financiación era compartida por el IMSERSO, las entidades concertantes y la aportación de los propios beneficiarios en función de sus ingresos.

En el caso de los servicios públicos de ayuda a domicilio, el acceso venía definido por una serie de criterios fijados por la Administración, tales como el nivel de renta o las condiciones familiares. Factores como el hecho de vivir solo, tener una edad entre 70 y 79 años (las personas mayores de 80 años eran las que primero obtenían plaza en una residencia pública), determinaban una mayor probabilidad de recibir atención domiciliaria pública. Así, y a modo de ejemplo, el nivel de

ingresos no tenía excesiva influencia sobre la probabilidad de que un sujeto dependiente utilizara o no los servicios de ayuda a domicilio (al igual que en la atención privada)¹⁷.

Sin embargo, a pesar del crecimiento experimentado (se estimó en 1995 que 70.000 ancianos se beneficiaban de los servicios en toda España y que había 14.000 personas ocupadas a tiempo completo), la extensión, intensidad, diversificación y calidad de las prestaciones del Servicio de Ayuda a Domicilio eran claramente insuficientes para cumplir los objetivos definidos por el Plan Gerontológico Nacional aprobado en 1991¹⁶.

En el informe publicado por el CERMI en 2004, se señalaba la existencia de un número importante de personas con discapacidad severa que no recibían la atención necesaria, debiéndose esta situación a la ausencia de servicios de rehabilitación próximos a su lugar de residencia o la imposibilidad familiar para acercar al usuario a estos servicios. Estos problemas eran más acusados en el medio rural, especialmente en las zonas donde la población está más diseminada⁹.

La escasa integración en la planificación, financiación y provisión de los diferentes recursos para la atención a la dependencia (centros residenciales, centros de día, asistencia domiciliaria, teleasistencia) ha dificultado la continuidad de la asistencia y generado ineficiencias en el uso de los recursos. Entre los principales puntos débiles detectados en la atención a la dependencia con anterioridad a la aprobación de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de Dependencia se podían constatar¹⁸:

- Inadecuación y precariedad de los Sistemas de Información los Servicios Sociales.
- Inexistencia de una única puerta de entrada de Servicios Sociales para el ciudadano.
- Recursos asistenciales poco adaptados a las necesidades de los usuarios.
- Falta de planificación en el desarrollo de los recursos asistenciales para la atención a la dependencia.
- Criterios de acceso e instrumentos de valoración no homogéneos entre CCAA.
- Dificultades legales para configurar el modelo de financiación de la atención a la dependencia por parte del Estado sin alterar la competencia de las CCAA.

- Falta de visión y gestión global de la atención a la dependencia, segmentando las actuaciones en compartimentos estancos (residencial, ayuda a domicilio, teleasistencia).
- Deficiencias en la formación e inadecuada retribución de los profesionales del sector.
- Dificultades para la captación y retención de profesionales (personal auxiliar, enfermeros y facultativos).

En 2004, los principales proveedores de cuidados en el domicilio eran los familiares, recayendo esta responsabilidad en la mayoría de los casos en las mujeres, los empleados domésticos (muchos de ellos inmigrantes) y el personal provisto por los servicios sociales (en su mayor parte servicios públicos) que apenas representaban al 2,5% de los cuidadores¹⁹.

Para las situaciones de permanencia en el domicilio, con apoyo principal de familiares, se establecieron medidas de conciliación de la vida laboral y familiar, objeto de la Ley 39/1999, de 5 de noviembre, que planteaba la reducción de jornada por motivos familiares y la excedencia por cuidado de familiares, incorporadas al Estatuto de los Trabajadores (arts. 37.5 y 46.3).

En el caso de los recursos sociales disponibles en este sector de actividad, destacaban especialmente¹⁹:

- La teleasistencia, orientado principalmente a situaciones de emergencia de las personas más vulnerables. Su utilización sin otros apoyos requería que los usuarios tuvieran capacidad para, al menos, las actividades básicas de la vida diaria, salvo en esas circunstancias de emergencia.
- Centros diurnos destinados a personas con discapacidad intelectual, enfermedad mental o de edad avanzada. Para las dos primeras contingencias, destacan los centros ocupacionales, con funciones de terapia y de preparación profesional tentativa.
- Centros para la “tercera edad”, se desarrollaron los clubes y hogares, con funciones de ocio y dispensación de algunos cuidados y tratamientos. Posteriormente, se inició el despliegue de centros de día y algunos de noche para situaciones de discapacidad y/o envejecimiento con graves limitaciones y

frecuentemente acreedoras de terapias de rehabilitación de mantenimiento (terapia ocupacional, fisioterapia, terapia cognitiva, etc.).

- Estancias temporales o “de respiro”, necesarias para que los cuidadores familiares pudieran atender necesidades propias y circunstanciales: vacaciones, enfermedades, viajes, etc.

Este análisis pone de manifiesto que en el periodo 1995-2004, la asistencia a las personas mayores y/o dependientes no ha sido adecuada. Las soluciones que se les han proporcionado han sido de carácter sectorial e intentando resolver los problemas según se han ido observando. No existía garantía de universalidad en los servicios y, en numerosos casos, personas con gran dependencia quedaban desatendidas.

Aún así, y a pesar del incipiente desarrollo del sector, la confluencia de los factores aludidos al comienzo de este apartado supuso una cierta, aunque insuficiente, creación de empleo, fundamentada en el crecimiento de la demanda de servicios. Con carácter general, se ha constatado que en este periodo no se daban las circunstancias necesarias para que el sector de los cuidados profesionales en España pudiera dar respuesta a las expectativas generadas en términos de empleo, no contando la demanda existente con una oferta capaz de satisfacer las nuevas necesidades detectadas.

En España no existió un marco de referencia nacional en el ámbito de la dependencia hasta el año 2004, cuando con la elaboración y publicación del “Libro Blanco” se produjo un hito sin precedentes en el desarrollo del sector y de los cuidados profesionales, analizando los recursos disponibles para cubrir las necesidades detectadas, describiendo las pautas a seguir para la implantación de un sistema de atención integral a la dependencia y estimando, además, el potencial de crecimiento del sector en términos de empleo.

En su propósito de situar los servicios y recursos existentes, el Libro Blanco de la Dependencia define, por ejemplo, los servicios de ayuda a domicilio a las personas mayores como “un programa individualizado, de carácter preventivo y rehabilitador, en el que se articulan un conjunto de servicios y técnicas de intervención profesionales consistentes en atención personal, doméstica, de apoyo psicosocial y familiar y relaciones con el entorno, prestados en el domicilio

de una persona mayor dependiente en algún grado”. Por primera vez se constata la importancia del carácter integral de los servicios a domicilio y, en general, de los cuidados profesionales.

Este estudio recoge que tanto los expertos de diferentes organismos internacionales como los profesionales de los cuidados defienden la priorización de los sistemas de atención en el domicilio. En este sentido, en España durante los últimos años, se ha realizado un esfuerzo que se traduce en la generalización de servicios sociales destinados a la atención de las personas mayores en situaciones carenciales y de dependencia²⁰.

Sobre el sistema de servicios sociales existente en 2004, el Libro Blanco de la Dependencia señalaba que las competencias de los servicios sociales eran ostentadas por las CCAA. Además, precisaba que, de la evolución de dichos servicios en el periodo 1985-2004, se desprende que el número total de usuarios por CCAA había ido creciendo paulatinamente, alcanzando en 2004 un total de 686.475, siendo el índice de cobertura total observado de 9,43 (Tabla 9, Figura 5).

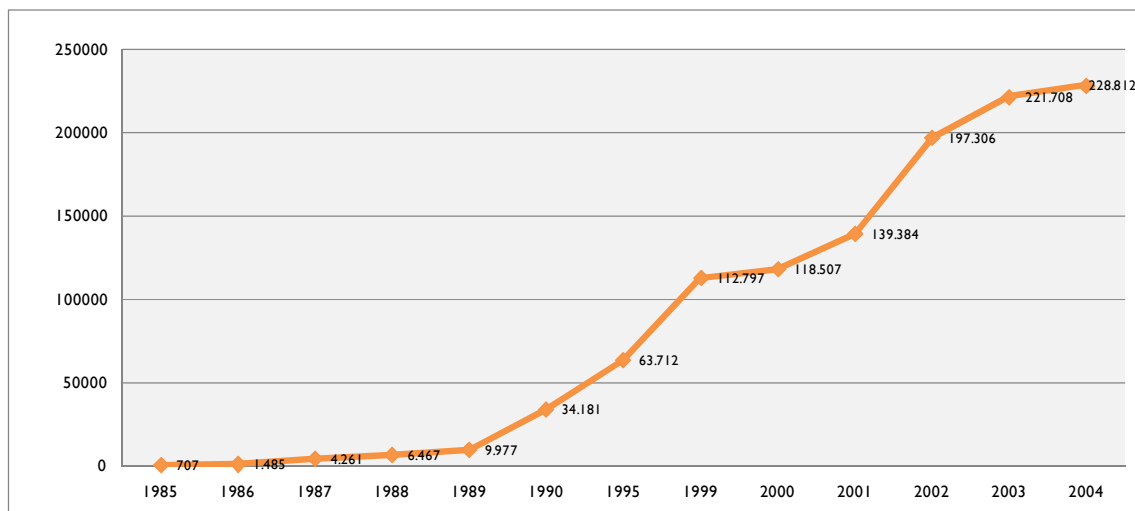
Tabla 9. Número de usuarios e Índice de cobertura de Servicios Sociales (2004).

	SAD	Teleasistencia	Centro de día	de Servicios residenciales	Total
España	228.812	148.905	33.709	275.049	686.475
Índice de cobertura	3,14	2,05	0,46	3,78	9,43

Fuente: Libro Blanco de la Dependencia 2004

Igualmente, se constataba que, a pesar de este crecimiento, los servicios seguían siendo insuficientes en relación con el número de personas mayores con problemas de dependencia; de hecho, en ese año el 93% de las personas mayores que vivían en domicilios y necesitaban cuidados de larga duración eran todavía atendidos por su familia, sin el apoyo de los servicios sociales.

Figura 6. Evolución del número de usuarios del servicio público de ayuda a domicilio en España. 1985-2004.



Fuente: IMSERSO. Las personas mayores en España 2004.

También se apreciaban entonces importantes diferencias entre CCAA, tanto respecto al grado de implementación y desarrollo como en términos de costes, soportes normativos y calidad de la atención en los servicios. Además, se constataba el escaso peso de los servicios de atención en domicilio en relación a la representatividad de los centros residenciales.

El sistema organizativo-competencial y de coordinación sociosanitaria de los servicios sociales existente en España no permitía la continuidad de los cuidados que solicitaban las personas en situación de dependencia y dificultaba la necesaria coordinación entre los diferentes niveles de los recursos sociales y los vinculados al sistema sanitario.

Además, y a pesar del papel polivalente y dinámico que cumplen los trabajadores de los servicios sociales, tanto por su estrecha relación con la persona como con la familia de ésta y otros profesionales sociosanitarios, todavía existía entonces un importante déficit de profesionalización de estos servicios, presentando los trabajadores del sector bajos niveles de cualificación que determinaban también bajos niveles de remuneración y altas tasas de temporalidad.

Respecto a los Servicios de Ayuda a Domicilio (SAD), el Libro Blanco de la Dependencia señalaba que éstos representaban el recurso más demandado por la población mayor y la opción

mejor valorada por los cuidadores no profesionales (el 91,6% de ellos lo consideraba la solución más adecuada)²⁰.

El número total de usuarios del SAD en enero de 2004 era de 228.812, atendiendo entonces a tres de cada 100 personas mayores de 65. En cuanto a la intensidad horaria, la media española para 2004 se situaba en 16,43 horas al mes (algo más de cuatro horas a la semana). Por otro lado, en la mayoría de las CCAA los servicios prestados se centraban en las tareas domésticas, excepto en algunos casos en los que la mayor parte de los servicios se dedicaban a los cuidados personales. En cuanto al precio público por hora de servicio, el precio medio para 2004 en el SAD era de 10,83 euros.

En 2004, se observó que las prestaciones disponibles eran incapaces de resolver las necesidades de las personas en situación de dependencia y de sus familias cuidadoras. Esta realidad provocaba en muchas ocasiones la claudicación de los cuidadores informales y la demanda inapropiada de la solución residencial.

El Libro Blanco de la Dependencia también constató que la oferta residencial en España se basaba en un modelo de gestión y financiación mixta (público / privado). El 24,6% de las plazas residenciales eran públicas (en 1994 este porcentaje alcanzaba el 32,5%). En la oferta de plazas residenciales era muy importante el número de plazas para personas sin problemas de dependencia, sólo el 60% de ellas se destinaban a personas en situación de dependencia. En cuanto a los costes, los precios variaban excesivamente entre Comunidades Autónomas, concertándose plazas para personas con dependencias en menos de 11.000 euros en ciertas CCAA y alcanzando este coste los 27.000 euros en otras. Para obtener una plaza pública de residencia existía lista de espera de manera generalizada. Sin embargo, un número importante de plazas privadas se encontraban vacantes, debido a su alto precio.

En cualquier caso, una de las principales contribuciones de este documento fue la de aportar “claridad” en el potencial de generación de empleo del sector de la dependencia. Muchos estudios realizados con anterioridad habían descrito este potencial, pero ninguno de ellos había realizado una descripción tan pormenorizada en términos de crecimiento neto del empleo en este sector.

En este sentido, este informe analizaba el potencial de crecimiento del sector señalando que los retornos económicos y sociales que se derivarían de la implantación de un Sistema Nacional

de Dependencia requerirían de una nueva planificación en términos de la calidad asistencial, de la ratio de cobertura y de la ratio de profesionales del sector, apuntando que la formación de los profesionales del sector y la incorporación de nuevas profesiones, entre las que señalaba las relacionadas con los cuidados profesionales, serían determinantes para el desarrollo del sector y su capacidad para generar empleo.

También matizaba que esta mayor profesionalización dependía en gran medida de una mejor remuneración de su trabajo, un mayor reconocimiento y valoración social que la obtenida hasta esos momentos por este tipo de profesiones, elegidas en muchos casos como último recurso de subsistencia o última vía de inserción en el mercado laboral.

Entre los efectos de la implantación de un sistema de atención a la dependencia el Libro Blanco destacaba que éste:

- Debería crear nuevos empleos en los ámbitos público y privado por el resultado del desarrollo de los programas de atención.
- Facilitaría la incorporación al mercado laboral de la población laboralmente inactiva por estar dedicada al cuidado de personas dependientes.
- Haría aflorar empleos que se venían realizando de forma sumergida o irregular.
- Generaría mayor eficiencia en las prestaciones sanitarias y/o económicas.

Para estimar el potencial de generación de empleo del SAAD, el Libro Blanco se basaba en proyecciones que establecían que para 2010 se superaría la cifra de 1.245.000 personas dependientes, estimando también que entonces el número de personas no dependientes pero con necesidad de ayuda para realizar tareas domésticas y aquéllas con discapacidad moderada para alguna actividad básica de la vida diaria, estaría en torno a los 1,77 millones de personas (Tabla 10).

A partir de la hipótesis y realizando una asignación óptima de recursos para las personas dependientes que quedarían cubiertas por el Sistema Nacional de Dependencia, fijando para cada grupo de edad y grado de dependencia los porcentajes de población dependiente que sería atendida por los diferentes recursos, servicios y programas, en el Libro Blanco de la Dependencia se estimaron las siguientes ratios de empleo a jornada completa:

- En Residencias: 0,5 trabajadores por cada usuario para mayores dependientes, y 0,6 trabajadores por cada usuario para personas con discapacidad gravemente afectadas.
- En Centros de Día: 0,35 trabajadores por cada usuario.
- En Ayuda a Domicilio se consideran tres ratios diferentes, según intensidad horaria por grado de dependencia:
 - Gran dependencia: 0,7 trabajadores por cada usuario.
 - Dependencia severa: 0,51 trabajadores por cada usuario.
 - Dependencia moderada: 0,21 trabajadores por cada usuario.
- Servicio de asistente para la autonomía personal: 0,7 trabajadores por cada usuario.
- En Teleasistencia: un trabajador por cada 100 usuarios.

Tabla 10. Proyección del número de personas con discapacidad para las actividades de la vida diaria por grados de necesidad de cuidados y grandes grupos de edad (España, 2010).

	6 a 64 años	65 a 79 años	80 años y más	Total
Personas dependientes				
3.Gran dependencia	31.652	47.655	144.149	223.457
2.Dependencia severa	82.956	110.841	226.539	420.336
1.Dependencia moderada	200.052	213.839	188.745	602.636
Total	314.660	372.335	559.434	1.246.429
Personas con necesidad de ayuda para realizar tareas domésticas y/o discapacidad para alguna ABDVD				
A)Discap. Moderada para alguna ABDVD	307.008	285.691	264.679	857.378
B)Discapacidad para alguna AIVD	316.302	319.392	278.467	914.161
Total	623.310	605.083	543.147	1.771.539
Total personas con discapacidad para las actividades de la vida diaria				
Total	937.970	977.418	1.102.580	3.017.968

Fuente: Libro Blanco de la Dependencia 2004.

Con estas estimaciones y la aplicación de los ratios descritos, en el Libro Blanco de la Dependencia se estimó que, en el horizonte de 2010, la generación neta de empleo alcanzaría los 330.000 puestos de trabajo, de los cuales 262.735 serían puestos de trabajo equivalentes a jornada completa (Tabla 11, Tabla 12).

Tabla 11. Estimación del potencial de generación neta de empleo del Sistema Nacional de Dependencia (empleos equivalentes a jornada completa) España, 2010.

	Generación bruta de empleo	Estimación empleo actual	Generación neta de empleo
Recursos formales	352.235	88.500	262.735
Residencia	172.120	60.000	112.120
Centro día	30.911	10.500	20.411
Ayuda a Domicilio	129.527	18.000	111.527
Asistente personal para la autonomía	10.614	-	10.614
Teleasistencia	9.065	1.000	8.065

Fuente: Libro Blanco de la Dependencia 2004.

Tabla 12. Previsión de generación neta de empleo del Sistema Nacional de Dependencia (puesto de trabajo) España, 2005-2010.

	Previsión de creación de puestos de trabajo a jornada completa	Previsión de creación de puestos de trabajo a tiempo parcial	Previsión de Generación neta de puestos de trabajo
2005	7.870	5.463	13.333
2006	41.231	28.622	69.853
2007	77.604	53.871	131.475
2008	125.987	87.458	213.445
2009	168.759	117.150	285.909
2010	195.039	135.393	330.432

Fuente: Libro Blanco de la Dependencia 2004.

Además de esta creación de puestos de trabajo directos, la puesta en marcha del Sistema Nacional de Dependencia propuesto generaría empleo en otras actividades relacionadas: empleo inducido en construcción, adaptación y equipamiento de nuevos recursos, empleo para los proveedores de centros y servicios, generación de empleo en la atención de las personas con necesidad de ayuda para realizar tareas domésticas y/o discapacidad moderada para alguna actividad básica de la vida diaria, cuidadores familiares que podrían incorporarse al mercado laboral, etc. (Tabla 13).

Tabla 13. Incidencia Potencial sobre el empleo de la Implantación del Sistema Nacional de Dependencia (empleos equivalentes a jornada completa). España, 2005-2010.

	Número de empleos equivalentes a jornada completa
Previsión de generación neta de empleo directo	262.735
Estimación de la generación de empleo inducido en construcción, Adaptación y equipamiento de nuevos recursos	20.000
Estimación de la generación de empleo indirecto(proveedores de Centros y servicios)	40.000
Estimación de la a floración de empleo sumergido	80.000
Potencial de generación de empleo en la atención de las personas con necesidad de ayuda para realizar tareas domesticas y/o discapacidad moderada para alguna actividad básica de la vida diaria	50.000
Estimación de la generación de empleo derivada de la implantación del Sistema Nacional de Dependencia	452.735
Cuidadores familiares que podrían incorporarse al mercado laboral	115.000
Otros efectos potenciales sobre la tasa de actividad	115.000

Fuente: Libro Blanco de la Dependencia 2004.

4.2.4.2 La Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y la Atención a personas en situación de dependencia.

Transcurridos casi dos años desde la publicación del Libro Blanco de la Dependencia y las propuestas en él recogidas, se aprobó y entró en vigor la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia ²¹, conocida como la Ley de la Dependencia. Con ella, se daba luz verde a la creación de un SAAD y se reconocía como universal el derecho de todas las personas mayores o con discapacidad que no puedan valerse por sí mismas a ser atendidas por las Administraciones Públicas, garantizándoles el acceso a los servicios sociales públicos y a las prestaciones económicas más adecuadas a sus necesidades.

Por tanto, el SAAD, regido por el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, se constituyó como uno de los instrumentos fundamentales para mejorar la situación de los servicios sociales, respondiendo a la necesidad de atender a las situaciones de dependencia y a la promoción de la autonomía personal, favoreciendo la mejora de la calidad de vida y la igualdad de oportunidades. El SAAD nace con tres finalidades esenciales:

1. Garantizar las condiciones básicas y el contenido común del derecho a la atención a las situaciones de dependencia y promoción de la autonomía personal.
2. Integrar todos los centros y servicios, tanto públicos como privados, en una red de utilización pública.
3. Promover la autonomía personal de todas las personas en situación de dependencia.

La situación de dependencia se clasifica en grados y niveles, en función de la autonomía de las personas y de la intensidad del cuidado que se requiere:

- Grado I. Dependencia moderada: necesidad de ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día.
- Grado II. Dependencia severa: necesidad de ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, no requiere el apoyo permanente de un cuidador.
- Grado III. Gran dependencia: necesidad de ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, que por la pérdida total de autonomía mental o física, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona.

La implantación de esta Ley se ha ejercitado progresivamente, de modo gradual y se ha realizado de acuerdo con el siguiente calendario:

- En 2007, personas valoradas con Grado III de gran dependencia, niveles 2 y 1.
- En 2008-2009, personas con Grado II de dependencia severa, nivel 2.
- En 2009-2010, personas con Grado II de dependencia severa, nivel 1.
- En 2011-2012, personas con Grado I de dependencia moderada, nivel 2.
- En 2013-2014, personas con Grado I de dependencia moderada, nivel 1.

El Sistema de Atención a la Dependencia incluye las siguientes prestaciones¹⁵:

Servicios de atención que distingue el SAAD.

- Servicio de Prevención de las situaciones de dependencia

- Servicio de Teleasistencia
- Servicio de Ayuda a Domicilio:
 - Atención de las necesidades del hogar
 - Cuidados personales
- Servicio de Centro de Día y de Noche:
 - Centro de Día para mayores
 - Centro de Día para menores de 65 años
 - Centro de Día de atención especializada
 - Centro de Noche
- Servicio de Atención Residencial:
 - Residencia de personas mayores dependientes
 - Centro de atención a personas en situación de dependencia con varios tipos de discapacidad

La intensidad de protección de cada uno de los servicios prestados ha sido objeto de desarrollo reglamentario a través del Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, sobre criterios para determinar la intensidad de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la Ley 39/2006.

Prestaciones económicas de atención a la dependencia contempladas por la Ley¹⁵.

- Prestación económica vinculada al servicio. La prestación económica, que tiene carácter periódico, se reconoce, en los términos que se establecen, únicamente cuando no sea posible el acceso a un servicio público o concertado de atención y cuidado, en función del grado y nivel de dependencia y de la capacidad económica del beneficiario, de acuerdo con lo previsto en el convenio celebrado entre la Administración General del Estado y la correspondiente CCAA. Esta prestación económica de carácter personal está, en todo caso, vinculada a la adquisición de un servicio.
- Prestación económica para cuidados en el medio familiar y apoyo a cuidadores no profesionales. Excepcionalmente, cuando el beneficiario esté siendo atendido por su entorno familiar, y se reúnan las condiciones establecidas en el artículo 14.4, se reconoce una prestación económica para cuidados familiares.

- Prestación económica de asistencia personal. La prestación económica de asistencia personal tiene como finalidad la promoción de la autonomía de las personas con gran dependencia. Su objetivo es contribuir a la contratación de una asistencia personal, durante un número de horas, que facilite al beneficiario el acceso a la educación y al trabajo, así como una vida más autónoma en el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria.

A finales del año 2009, y casi tres años después de la entrada en vigor de la Ley, tanto su implantación como el desarrollo del SAAD han seguido una lenta trayectoria, habiéndose conseguido importantes avances pero quedando por delante todavía numerosos retos a alcanzar para su efectivo cumplimiento. Así lo han hecho constar los diferentes informes realizados por el CERMI, el Observatorio Nacional de la Dependencia y el IMSERSO^{22,23,24}. En lo referente a los profesionales del sector, estos informes ponen de manifiesto su escasez, proponiendo que se conceda carácter prioritario a la formación de los profesionales vinculados a los servicios de atención a la dependencia.

4.2.4.3 Desarrollo del SAAD en España.

El SAAD se ha ido desarrollando de distinta forma en las CCAA, produciendo diferencias en la implantación de la Ley en el conjunto del territorio nacional.

El estudio de la evolución del SAAD se ha llevado a cabo a partir del informe realizado en 2008 por el IMSERSO y publicado bajo el título “Las personas mayores en España”, en el que se constata el nivel de prestación de servicios sociales por Comunidades, sus características y la evolución seguida en los últimos años.

Atendiendo a este informe se observa que, en el conjunto nacional para el año 2008, los servicios públicos de atención domiciliaria atendieron a un total de 753.995 personas mayores, se cubrieron 339.079 plazas en servicios residenciales y 63.446 plazas en Centros de Día, prestándose servicios de teleasistencia a 395.917 personas (Tabla 14).

Tabla 14. Número de usuarios y plazas de algunos Servicios Sociales para personas mayores e índice de cobertura. Enero 2008.

Ámbito Territorial	Usuarios SAD	Usuarios Teleasistencia	Plazas Centros Día	Plazas Residenciales
Andalucía	46.924	65.261	7.943	35.591
Aragón	11.316	14.248	1.672	15.999
Asturias	10.712	8.960	1.325	10.716
Baleares	4.738	5.504	984	4.795
Canarias	9.251	3.148	2.078	11.276
Cantabria	3.826	6.233	738	4.896
Castilla y León	27.624	20.218	3.306	38.789
Castilla-La Mancha	28.111	31.078	2.486	24.465
Cataluña	57.034	59.339	12.746	58.149
C. Valenciana	22.305	29.537	6.929	26.321
Extremadura	20.506	9.138	2.301	9.509
Galicia	10.018	7.209	3.441	16.626
Madrid	71.343	106.894	11.480	48.747
Murcia	4.699	6.500	1.354	5.572
Navarra	3.660	6.303	614	6.386
País Vasco	21.891	14.333	3.560	18.096
La Rioja	3.001	1.103	394	2.751
Ceuta	828	578	46	188
Melilla	291	333	49	207
España	358.078	395.917	63.446	339.079

Fuente: Las personas mayores en España. Informe 2008²⁵.

El índice de cobertura por servicios fue mayor en el Servicio de Ayuda a Domicilio (4,69%) que en los servicios residenciales (4,44%), superados ambos por el presentado por los servicios de teleasistencia (4,72%).

Por su parte, la oferta plazas de atención residencial fue de 339.079 plazas, públicas y privadas. El 97% de ellas (329.311 plazas) se encontraban en los 5.091 centros residenciales existentes, y las restantes 9.768 plazas estaban disponibles en sistemas alternativos de alojamiento (viviendas tuteladas principalmente o acogimiento familiar y apartamentos residenciales)²⁵ (Tabla 15).

En el periodo 2002-2008 el número de plazas disponibles aumentó en 99.550 plazas, debido sobre todo al incremento de plazas concertadas y privadas, incrementándose el índice de cobertura en estos servicios en 0,97 puntos.

La oferta de servicios sociales a domicilio dirigidos a personas mayores ha seguido también una evolución creciente. Entre enero de 2002 y 2008, el número de usuarios del SAD aumentó en

160.772 usuarios. El número de personas mayores atendidas por el SAD a enero de 2008 fue de 358.078 personas (Tabla 16).

Tabla 15. Indicadores de Servicios Sociales para personas Mayores. Centros Residenciales. España. 2002- 2008.

	En-02	En-03	En-04	En-05	En-06	En-07	En-08	2008/2007	2008/2002
Población > 65	7.169.439	7.276.620	7.301.009	7.332.267	7.447.761	7.529.879	7.633.807	103.928	464.369
Nº total plazas	239.761	251.926	266.392	293.134	298.828	311.730	329.311	17.581	99.550
PI Públicas	61.374	62.577	65.560	70.616	72.996	73.116	76.599	3.493	15.225
PI Concertadas	37.955	43.599	48.282	52.180	58.905	68.706	78.828	10.122	40.973
PI Privadas	140.532	145.650	165.550	160.338	166.927	169.908	173.984	3.976	33.352
Índice cob. Tot. plazas	3,34	3,46	3,56	3,86	4,00	4,14	4,31	0,17	0,97
PI Púb + concertadas	1,38	1,46	1,56	1,67	1,76	1,88	2,04	0,16	0,65
PI. Privadas	1,96	2,00	2,09	2,19	2,23	2,26	2,28	0,02	0,32
Nº total centros	4.800	4.890	4.998	5.129	5.013	5.213	5.091	-122	291
C. Tit. Pública	640	817	1.002	1.009	1.059	1.261	1.019	-242	379
C. Tit. Privada	4.160	4.073	3.886	4.100	3.954	3.952	4.072	120	-88

Fuente: Las personas mayores en España. Informe 2008²⁵

Por último, y en relación a la intensidad horaria, definida como número de horas de atención mensuales por usuario, el promedio nacional en 2008 fue de 16,94 horas/mes/usuario (cuatro horas semanales)²⁵.

Tabla 16. Indicadores de Servicios Sociales para personas mayores. Servicio Pública de Ayuda a Domicilio. 2002-2008.

	En-02	En-03	En-04	En-05	En-06	En-07	En-08	2008/2007	2008/2002
Población > 65	7.169.439	7.276.620	7.301.009	7.332.267	7.477.761	7.529.979	7.633.807	103.929	464.368
Nº usuarios	197.306	221.706	228.812	256.992	306.801	330.371	358.078	27.707	160.772
Índice cobertura	2,75	3,05	3,13	3,51	4,09	4,39	4,69	0,30	1,94
Precio Púb/hora €	9,50€	10,68€	10,83€	11,61€	12,12€	12,79€	12,71€	-0,69%	33,75%
Intensidad horaria	16,97	19,09	16,43	16,25	16,28	16,61	16,94	0,33	0,06

Fuente: Las personas mayores en España. Informe 2008²⁵

Atendiendo a los datos del SISAAD (Sistema de Información del SAAD), desde que entrara en vigor la Ley hasta el pasado 1 de febrero de 2010, se han presentado 1.306.239 solicitudes,

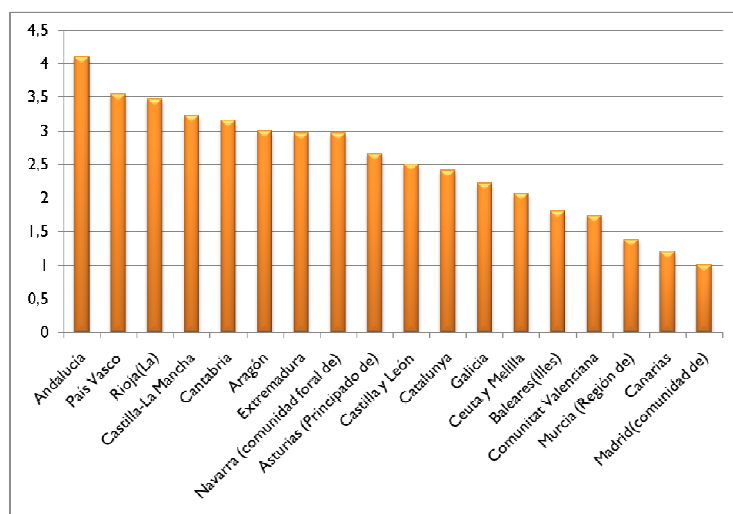
realizándose 1.156.560 dictámenes y reconociéndose 637.839 prestaciones. Hasta esta fecha, un total de 856.475 personas han podido ser beneficiarias con derecho a prestación (Tabla 17).

Tabla 17. Información histórica acumulada incorporada al SISSAD. Situación a 1 de febrero de 2010.

ÁMBITO TERRITORIAL	Solicitudes		Dictámenes		Personas beneficiarias con derecho a prestación		Prestaciones	
	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%
Andalucía	381.557	20,21	317.075	27,40	224.811	26,25	211.387	33,14
Aragón	45.443	3,48	39.077	3,38	29.865	3,49	23.208	3,64
Principado de Asturias	34.232	2,62	26.829	2,32	19.291	2,25	13.099	2,05
Illes Balears	23.544	1,80	19.349	1,67	14.645	1,71	7.653	1,20
Canarias	28.077	2,15	20.925	1,81	17.216	2,01	7.000	1,10
Cantabria	20.787	1,59	19.095	1,65	14.932	1,74	11.723	1,84
Castilla y León	72.656	5,56	66.333	5,74	50.868	5,94	47.124	7,39
Castilla-La Mancha	75.070	5,75	62.475	5,40	44.304	5,17	34.012	5,33
Catalunya	201.294	15,41	195.561	16,91	152.093	17,76	90.612	14,21
Comunitat Valenciana	97.828	7,49	93.972	8,13	66.163	7,73	30.351	4,76
Extremadura	36.418	2,79	27.226	2,35	20.651	2,41	15.154	2,38
Galicia	73.295	5,61	63.430	5,48	50.963	5,95	33.600	5,27
Madrid (comunidad de)	69.149	5,29	69.398	6,00	54.878	6,41	30.991	4,86
Murcia	24.417	1,87	24.352	2,11	24.352	2,84	17.287	2,71
Navarra	22.235	1,70	20.519	1,77	12.585	1,47	10.733	1,68
País Vasco	84.299	6,45	76.072	6,58	47.762	5,58	44.146	6,92
La Rioja	12.455	0,95	11.920	1,03	9.307	1,09	8.042	1,26
Ceuta y Melilla	3.483	0,27	2.953	0,26	1.789	0,21	1.737	0,27
TOTAL	1.306.239	100,00	1.156.560	100,00	856.475	100,00	637.839	100,00

Fuente: IMSERSO 2010.

Figura 7. Solicitudes en relación a la población de las CCAA.



Fuente: IMSERSO 2010.

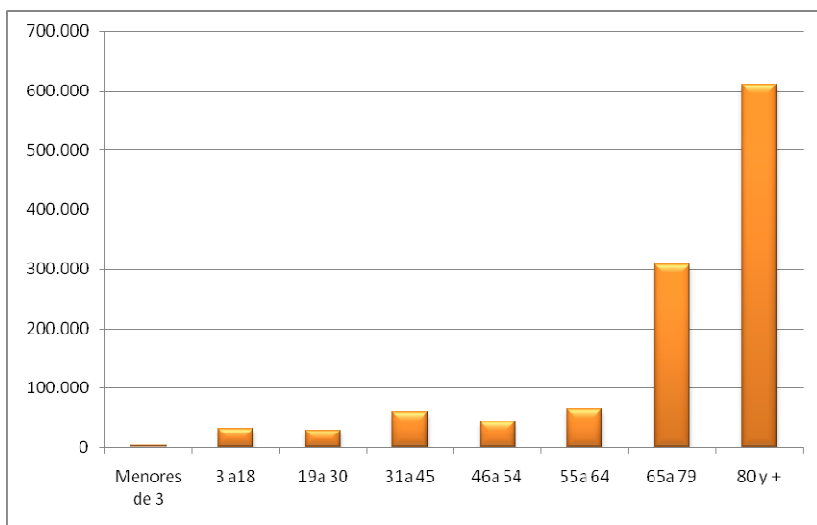
Atendiendo al perfil de las personas solicitantes, el 66% de las solicitudes han sido protagonizadas por mujeres y el 52% de las personas solicitantes son mayores de 80 años (Tabla 18, Figura 8).

Tabla 18. Perfil de la persona solicitante.

		MUJER	HOMBRE	SIN ESPECIFICAR	TOTAL
Sin especificar	Nº	5.632	2.797	9.907	18.336
	%	0,75	0,71	39,36	1,57
Menores de 3	Nº	1.843	1.936	40	3.819
	%	0,25	0,49	0,16	0,33
3 a 18	Nº	12.816	18.008	361	31.185
	%	1,71	4,59	1,43	2,68
18 a 30	Nº	12.578	15.475	667	28.720
	%	1,08	3,94	2,65	2,47
31 a 45	Nº	26.130	30.831	1.503	58.464
	%	3,50	7,86	5,97	5,02
46 a 54	Nº	20.759	21.961	854	43.594
	%	2,78	5,60	3,39	3,74
55 a 64	Nº	32.820	29.439	973	63.232
	%	4,39	7,50	3,87	5,43
66 a 79	Nº	196.661	107.572	3.263	307.496
	%	26,31	27,42	12,96	26,40
80 y más	Nº	438.238	164.274	7.602	610.114
	%	58,63	41,87	30,20	52,37
TOTAL	Nº	747.477	392.313	25.170	1.164.960
	%	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: IMSERSO 2010.

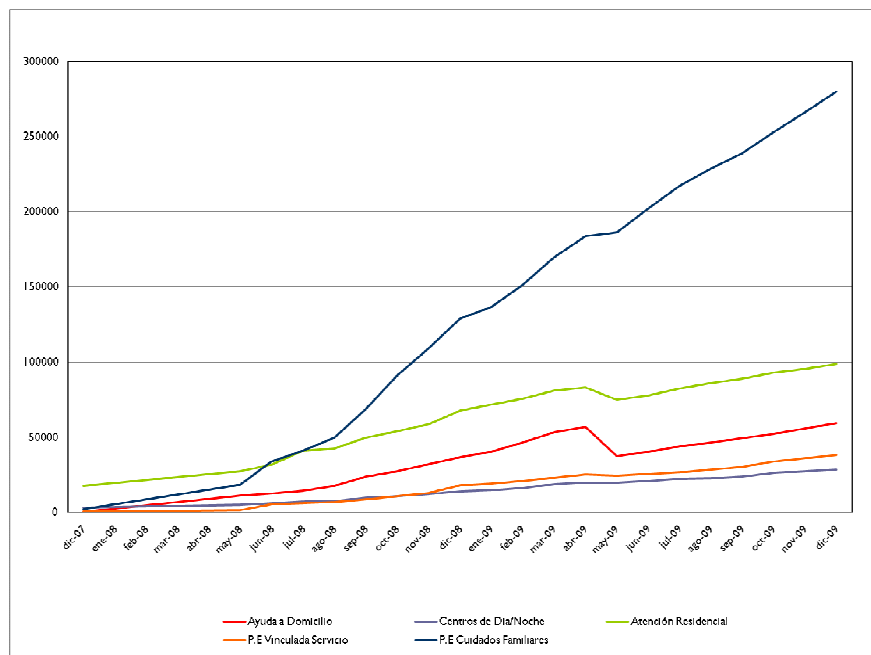
Figura 8. Edad de la persona solicitante.



Fuente: IMSERSO 2010.

Los datos correspondientes a enero de 2010, ponen de manifiesto que el 22,77% de los dictámenes realizados, se corresponden con el Grado III, gran dependencia. Si se analizan las personas que ya han sido beneficiarias de prestaciones, puede comprobarse que, en este mismo mes, había 505.098 personas beneficiarias con prestaciones, siendo la ratio media de prestaciones por personas beneficiarias de 1,08. En este análisis destaca especialmente el hecho de que el 49,99% de las prestaciones reconocidas sean para cuidados familiares en el entorno (Tabla 19, Figura 9).

Figura 9. Evolución del número de prestaciones concedidas de diciembre de 2007 a diciembre de 2009.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del IMSERSO, diciembre 2007-diciembre 2009.

Tabla 19. Personas beneficiarias con prestaciones en relación a la población de la CCAA. Datos publicados el 1 de febrero de 2010.

ÁMBITO TERRITORIAL	Población CCAA		Personas Beneficiarias con Prestaciones	
	Nº	%	Nº	% Población CCAA
Andalucía	8.302.923	17,76	150.199	1,81
Aragón	1.345.473	2,88	20.379	1,51
Principado de Asturias	1.085.289	2,32	10.935	1,01
Illes Balears	1.095.426	2,34	5.662	0,52
Canarias	2.103.992	4,50	6.809	0,32
Cantabria	589.235	1,26	11.003	1,87
Castilla y León	2.563.521	5,48	37.495	1,46
Castilla-La Mancha	2.081.313	4,45	25.514	0,52
Catalunya	7.475.420	15,99	76.699	1,03
Comunitat Valenciana	5.094.675	10,90	25.411	0,52
Extremadura	1.102.410	2,36	13.137	1,19
Galicia	2.796.089	5,98	29.721	1,06
Comunidad de Madrid	6.386.932	13,66	27.286	0,43
Región de Murcia	1.445.520	3,09	13.568	0,94
Comunidad foral de Navarra	630.578	1,35	8.320	1,32
País Vasco	2.172.175	4,65	33.727	1,55
La Rioja	321.702	0,69	5.868	1,82
Ceuta y Melilla	152.134	0,33	1.354	0,90
TOTAL	46.745.807	100,00	505.098	1,08

Fuente: IMSERSO 2010.

Por último, destacar que el número de cuidadores no profesionales registrados en el convenio especial de la Seguridad Social actualmente asciende a 104.403 obligatorios y 530 voluntarios.

4.2.4.4 Previsiones de creación de empleo en el sector sociosanitario.

A pesar del distinto comportamiento en las CCAA y las necesidades de profesionalización del sector a las que se hacía alusión con anterioridad, la creación y desarrollo del SAAD ha supuesto un importante avance para el conjunto de los servicios prestados a la dependencia.

Según el estudio de Deloitte¹⁸ "Perspectivas de futuro de los servicios de atención a la dependencia: el Servicio de Ayuda a Domicilio", realizado en 2008, la demanda de horas de atención domiciliaria en 2010 sería de 12,4 millones al mes en todo el país, previendo una demanda de servicios de ayuda a domicilio que hará posible llegar a la cifra de 446.600 usuarios. Para el año 2015, y tras la implantación progresiva de la Ley, este estudio estima que 1.394.857 dependientes estarán cubiertos por el SAAD.

Este informe señala que, ante este panorama, los principales retos del sector son la capacitación de los profesionales, el control de calidad de los servicios prestados, el incremento de las actividades prestadas en prevención y fomento de la autonomía personal, la equidad y homogeneidad en la prestación y el acceso a los servicios y el aumento de las actividades preventivas.

En el mismo sentido, el informe realizado en noviembre de 2009 por Adecco Medical & Science y la Federación de Residencias y Servicio de Atención a los Mayores (LARES) señala la necesidad de una mayor especialización profesional que aglutine a psicólogos, pedagogos, médicos, enfermeros, terapeutas, trabajadores sociales, auxiliares geriátricos, auxiliares de enfermería, cuidadores de discapacitados físicos y psíquicos o auxiliares de ayuda a domicilio entre otros perfiles para dar respuestas a las nuevas necesidades que a día de hoy está demandando el mercado²⁶.

Todo lo visto en el presente apartado pone de manifiesto la realidad actual, evidenciando que el número de personas mayores de 65 años está aumentando y lo va a hacer aún en mayor medida.

Ante esta evidencia es razonable pensar que el aumento previsto de población en personas de 65 y más años y, sobre todo, en aquellas mayores de 80 años, unido al hecho de que cada vez habrá menos familiares con disponibilidad para cuidar de estas personas, tendrá un efecto muy positivo en relación a las demandas de servicios sociales realizadas por el conjunto de la sociedad. La estrecha relación entre el grado de envejecimiento de una sociedad, la presencia de discapacidades y el grado de dependencia conforman un factor determinante en la demanda de servicios relacionados con el sector sociosanitario y, en concreto, con el sector de los cuidados profesionales, cuyas oportunidades de empleo se verán notablemente incrementadas por las previsiones de crecimiento del grado de envejecimiento de la población.

De hecho, las mayores necesidades de las personas en situación de dependencia (lo sean en razón de la propia discapacidad o por la edad) vienen a coincidir en el tiempo con la crisis del modelo de cuidados informales a través de la familia, que tiene su origen en los cambios en las estructuras familiares, lo que acarrea mayores demandas de cuidados profesionales o formales. Ante esta nueva realidad en los próximos años las nuevas familias empezarán a demandar la expansión de los servicios formales (atención domiciliaria, centros de día, cuidadores profesionales, etc.) conscientes de que éstos son la única vía efectiva de lograr compaginar la actividad laboral y los cuidados requeridos por las personas mayores²⁷.

Para responder a estas nuevas necesidades, el Libro Blanco de la Dependencia supuso un hito en el desarrollo de este sector, en general, y en el de los cuidados profesionales, en particular. No en vano, no sólo determinó la evolución y situación de estos sectores hasta el año 2004 sino que, además, describió las líneas a seguir en el desarrollo de sus actividades principales, como los servicios de ayuda a domicilio y los servicios residenciales, estimando el resultado de estas actuaciones sobre el mercado laboral de los profesionales del sector.

La posterior aprobación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, por su parte, está contribuyendo a la mejora en el cuidado y la atención de los dependientes, favoreciendo la implantación de los cuidados profesionales e

intentando dar respuesta a las necesidades de la población. Sin embargo, la Ley se está enfrentando a diversas dificultades en su puesta en marcha como: las diferencias en la implantación del sistema en las distintas CCAA y las necesidades de cualificación profesional en el sector para garantizar la calidad de los servicios prestados.

En conclusión, los principales factores referidos a la evolución de las políticas de atención a la dependencia son los siguientes:

- El concepto de envejecimiento activo implica una concepción más compleja de las políticas de salud y bienestar en la medida que estén más orientadas a favorecer las oportunidades de los mayores para decidir por sí mismos y para participar socialmente.
- Ello se concreta en la necesidad de diferenciar y abordar, en la práctica, dos líneas de intervención complementarias: la vinculada con la dependencia que tiene por objetivo minimizar la pérdida de función, y por otra, la relativa a la autonomía que supone un refuerzo por mejorar la autoestima de la persona dependiente. Estas líneas de intervención han de trascender la teoría para convertirse en ejes del trabajo cotidiano del personal de atención.
- La evolución del estado del bienestar junto con la mayor exigencia entre los ciudadanos, también los mayores, implica la exigencia de unos estándares suficientes de calidad en la prestación de estos servicios.

Con respecto al futuro, y de cara al mercado laboral, una parte importante del nuevo empleo a crear, sobre todo en el ámbito de los puestos de trabajo de los programas de ayuda a domicilio y de asistente personal para la autonomía, y determinados perfiles en residencias, centros de día y otros recursos institucionales, podrá ser desempeñado a tiempo parcial, lo que, además de traducirse en un número mayor de puestos de trabajo generados, favorecerá el acceso al empleo de trabajadores con cargas familiares y de otros colectivos con especiales dificultades de inserción, colectivos, por otra parte, especialmente necesitados de una adecuada cualificación.

Los principios que han de regir las acciones con los mayores (dignidad, independencia, autorrealización, participación y cuidados asistenciales) requieren de los profesionales del sector una formación y una actitud acorde a los mismos. Esta necesidad deber ser contemplada y

desarrollada por los organismos públicos responsables de esta atención, ofreciendo directrices y sugerencias para afrontar el tema de la formación y la cualificación de las ocupaciones y profesionales del sector.

Los cuatro factores estudiados determinan y justifican las importantes expectativas de creación de empleo existentes en el sector de los cuidados profesionales, pero también determinan y corroboran la necesidad de realizar una fuerte apuesta por el desarrollo de las ocupaciones relacionadas con los perfiles profesionales demandados por la sociedad, necesarios para garantizar la calidad de los servicios prestados en el marco de la Ley y del Servicio de Ayuda a Domicilio.

5. LA PROSPECCIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE EMPLEO EN EL SECTOR SOCIOSANITARIO Y DE LA DEPENDENCIA.

En el apartado anterior se han estudiado las expectativas generadas por el sector de los cuidados profesionales a lo largo de los últimos años y los avances producidos para incrementar su potencial generador de empleo, así como los factores que determinan que este sector tenga este potencial. Como continuación lógica del anterior, en este apartado se presenta una exhaustiva prospección del comportamiento del sector sociosanitario como referente de las actividades desarrolladas por los cuidadores profesionales.

El sector sociosanitario estudiado en este apartado se corresponde con el epígrafe 85 de la CNAE 93, las actividades que comprende se especifican en la siguiente tabla (Tabla 20):

Tabla 20. Actividades sanitarias y veterinarias, y de servicios sociales. Clasificación Nacional de Actividades Empresariales 1993 (CNAE-93).

85 ACTIVIDADES SANITARIAS, VETERINARIAS Y DE SERVICIOS SOCIALES		
851 Actividades sanitarias	8511 Actividades hospitalarias	
	8512 Actividades médicas	
	8513 Actividades odontológicas	
	8514 Otras actividades sanitarias	85141 Actividades sanitarias de profesionales independientes (excepto médicos) 85142 Actividades de servicio de ambulancia 85143 Laboratorios de análisis clínicos de anatomía patológica y similares 85144 Otras actividades sanitarias
852 Actividades veterinarias		
853 Actividades de servicios sociales	8531 Actividades de prestación de servicios sociales con alojamiento	85311 Acogimiento de ancianos con alojamiento 85312 Acogimiento de personas con minusvalías con alojamiento 85313 Acogimiento de menores con alojamiento 85314 Acogimiento de mujeres con alojamiento 85315 Otro acogimiento con alojamiento
	8532 Actividades de prestación de servicios sociales sin alojamiento	85321 Actividades de servicios sociales a personas con minusvalías 85322 Guarderías 85323 Actividades de servicios sociales a domicilio 85324 Promoción de la convivencia 85325 Otros servicios sociales sin alojamiento

Fuente: Clasificación Nacional de Actividades Empresariales 1993 (CNAE-93)

Para el desarrollo de la labor de prospección se ha tenido en cuenta el comportamiento del sector sociosanitario tanto en términos económicos como laborales, haciendo especial énfasis en el análisis desde la perspectiva de los cuidados profesionales. Se ha comparado con el sector servicios que es en el que se incluye este sector y con el total del mercado laboral.

5.1. Evolución del sector desde una perspectiva económica.

Aunque el objetivo final del presente estudio es analizar la evolución del subsector de los cuidados profesionales, resulta conveniente describir el crecimiento económico experimentado por el conjunto del sector sociosanitario, al que se encuentra adscrita esta rama de actividad. Esta visión de carácter global, aunque sucinta, permitirá que el estudio cuente con una perspectiva

general que lo sitúe en las mejores condiciones para la interpretar correctamente los diferentes análisis que se realizan.

Así, teniendo en cuenta los datos facilitados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) a través de la Contabilidad Nacional de España, se puede apreciar que el sector sociosanitario ha evolucionado muy positivamente en el periodo 2000-2008, hasta incluso llegar a doblar la aportación que éste realizaba a comienzos de este periodo al conjunto del Valor Añadido Bruto a precios básicos (V.A.B.). Concretamente, este sector ha aumentado en 29.937 millones de euros su aportación en términos de V.A.B. al conjunto de la economía nacional, creciendo así en un 103,28%, un balance muy superior al experimentado en el conjunto del sector servicios (81,52%) y aún mayor si se toma como referencia el crecimiento global del conjunto de los sectores en este periodo (74,59%) (Tabla 21).

Tabla 21. Evolución del Valor Añadido Bruto a precios básicos (precios corrientes).

	2000-2004	% Variación	2004-2006	% Variación	2006-2008	% Variación
Actividades asociadas al sector sociosanitario	11.976	41,32	7.457	18,20	10.504	21,69
Servicios	130.164	34,36	81.741	16,06	96.874	16,40
Valor Añadido Bruto a precios básicos	186.109	32,62	120.157	15,88	119.328	13,61

Fuente: Elaboración propia a partir de Contabilidad Nacional de España. INE, 2008.

Este comportamiento se ha traducido en una cada vez mayor aportación del sector sociosanitario al Valor Añadido Bruto del sector servicios y del conjunto de sectores que conforman la economía nacional. Así, en el periodo 2000-2008 ha aumentado su peso relativo en el sector servicios desde un 7,65% en el año 2000 hasta un 8,57% en el año 2008, lo que supone un aumento de su contribución al sector en términos de V.A.B. a precios básicos de casi un 12%. Además el sector sociosanitario ha aumentado todavía en mayor medida su peso sobre el conjunto de la economía nacional, representando al final del periodo casi un 6% y habiendo crecido para ello su contribución en hasta un 16,43% en tan sólo ocho años (Tabla 22).

Tabla 22. Contribución del sector sociosanitario al Valor Añadido Bruto a precios básicos (precios corrientes) del sector servicios y el conjunto de la economía. Periodo 2000-2008.

	CONTRIBUCION DEL SECTOR SOCIOSANITARIO AL VALOR ANADIDO BRUTO A PRECIOS BASICOS (PRECIOS CORRIENTES) DEL SECTOR SERVICIOS Y EL CONJUNTO DE LA ECONOMIA PERIODO 2000-2008										PERIODO 2000-2008	
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007 (P)	2008 (A)	VARIACION	% VARIACION	
Contribución al sector servicios	7,65	7,45	7,58	7,94	8,05	8,22	8,20	8,30	8,57	0,92	11,99	
Contribución al conjunto de la economía	5,08	4,96	5,08	5,33	5,41	5,52	5,52	5,65	5,92	0,83	16,43	

Fuente: Elaboración propia a partir de Contabilidad Nacional de España. INE, 2008.

Si se sitúa este análisis en el contexto del estudio, relacionándolo con los momentos más determinantes para el impulso de los servicios asistenciales y de los cuidados personales, podemos tomar como referencia los años 2004 (Libro Blanco de la Dependencia) y 2006 (Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia) para establecer diferentes tramos de análisis en el periodo 2000-2008.

Así, puede comprobarse que tanto el periodo 2000-2004 como en los que transcurren entre los años 2004-2006 y 2006-2008 el crecimiento del sector sociosanitario ha superado ampliamente al que se ha producido en los ámbitos del sector servicios o del conjunto de la economía. Sin embargo, destaca especialmente el aumento producido en el sector sociosanitario tras la aprobación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia en el año 2006, creciendo en los dos años siguientes en un 21,69%, de manera muy superior al crecimiento del 18,20% experimentado en los dos años anteriores a la aprobación de la ley. Al contrario, este aumento tan significativo no se ha producido ni en el sector servicios, con niveles similares al periodo 2004-2006 ni en el conjunto de la economía, que presentó un crecimiento significativamente inferior.

No en vano, si se tienen en cuenta las tasas interanuales de variación del V.A.B. por ramas de actividad, a precios básicos, se puede comprobar que desde el año 2001, y tan sólo con la salvedad del año 2006, los ritmos de crecimiento interanual del sector sociosanitario han sido muy superiores a los experimentados en el sector servicios y en el conjunto de la economía nacional en estos términos, especialmente en este caso. Cabe destacar igualmente el hecho de que el crecimiento en este sector no sólo ha sido más continuado sino que, además, ha finalizado el periodo 2000-2008 con tasas de crecimiento muy superiores a las que presentaba en el año de

inicio, ocurriendo precisamente lo contrario en el sector servicios y en el conjunto de la economía nacional (Tabla 23).

Tabla 23. Tasas interanuales de variación de volumen del V.A.B. a precios básicos. Periodo 2000-2008

	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
Actividades asociadas al sector sociosanitario	1,8	4,1	5,7	4,7	5,5	3,9	5,7	5,5
Servicios	3,6	3,0	3,0	3,8	4,3	4,5	5,0	2,2
Valor Añadido Bruto a precios básicos	3,7	2,5	2,7	3,1	3,3	4,1	3,9	1,1

Fuente: Elaboración propia a partir de Contabilidad Nacional de España. INE, 2008.

Las diferentes perspectivas de análisis acometidas, en términos macroeconómicos, señalan que el sector sociosanitario no sólo ha experimentado un notable crecimiento a lo largo de los últimos años sino que, además, este crecimiento ha sufrido en menor medida los efectos de la crisis económica que comenzó a notar el conjunto de la economía nacional a partir del II Trimestre de 2007, consolidando las tasas de crecimiento interanuales que venía experimentando en años anteriores.

5.2. El mercado laboral en el sector sociosanitario.

El crecimiento experimentado por el sector sociosanitario en términos económicos se ha traducido en una importante creación de empleo en los últimos años. El análisis del comportamiento de este sector en relación a la creación de empleo puede acometerse desde diferentes perspectivas y utilizando para ello diversas fuentes estadísticas. En este apartado se analiza el comportamiento de la oferta y la demanda de empleo en el periodo 2000-2008, haciendo hincapié en las variables utilizadas habitualmente para el análisis del comportamiento del mercado laboral:

- Contabilidad Nacional de España. Puestos de trabajo: evolución 2000-2008 y contribución al sector servicios. Puestos de trabajo asalariados: evolución 2000-2008 y contribución al sector servicios.

- Contabilidad Regional de España. Puestos de trabajo y puestos de trabajo asalariados: evolución 2000-2007.
- Sistema Nacional de Seguridad Social. Afiliación media régimen general y RETA: evolución 2006-2008
- Servicio Estatal Público de Empleo. Contratos anuales acumulados: evolución 2006-2008 y peso del sector. Contrato indefinidos: evolución 2006-2008 y peso del sector. Contratos en la ocupación “Trabajadores de los servicios personales”: evolución 2006-2008, peso relativo, por género. Demandantes de empleo: evolución 2006-2008. Paro registrado: evolución 2006-2008, contribución, por género. Puestos ofrecido a través de los Servicios Públicos de Empleo y Colocaciones registradas.

5.2.1. El mercado laboral y la Contabilidad Nacional de España en el periodo 2000-2008.

Si se toma como referencia la Contabilidad Nacional de España puede comprobarse que, en el mismo periodo 2000-2008 analizado en el apartado anterior, se crearon 484.100 nuevos **puestos de trabajo** en el sector sociosanitario, suponiendo este hecho un crecimiento del empleo de casi un 52%, más del doble del experimentado en el conjunto del mercado laboral (25,05%) y muy superior al registrado en el sector servicios (35,08%) (Tabla 24).

Tabla 24. Evolución de los puestos de trabajo totales 2000-2008.

	Periodo 2000-2008			
	2000	2008 (A)	Variación	%Variación
Actividades asociadas al sector sociosanitario	931.300	1.415.400	484.100	51,98
Servicios	11.063.600	14.944.500	3.880.900	35,08
Total	17.180.200	21.484.200	4.304.000	25,05

Fuente: Elaboración propia a partir de Contabilidad Nacional de España. INE, 2008.

Tan positiva evolución en términos de creación de puestos de trabajo ha llevado consigo un cada vez mayor **peso del sector sociosanitario en términos de empleo** tanto en el sector servicios como en el conjunto del mercado laboral. De hecho, tomando como referencia ambos ámbitos, la importancia de este sector ha ido creciendo de manera continuada hasta representar el 9,47% de los puestos de trabajo en el sector servicios, creciendo esta representatividad en un

12,51% en tan sólo ocho años, y hasta representar el 6,59% del mercado laboral en su conjunto, creciendo para ello su peso relativo en hasta un 21,53% (Tabla 25).

Tabla 25. Contribución del sector sociosanitario al empleo en el sector servicios.

	2000	2008 (A)	Periodo 2000-2008	
			Variación	%Variación
Contribución al sector servicios	8,42	9,47	1,05	12,51
Contribución al conjunto del mercado laboral	5,42	6,59	1,17	21,53

Fuente: Elaboración propia a partir de Contabilidad Nacional de España. INE, 2008.

Sin lugar a dudas, esta mayor representatividad ha sido una consecuencia directa del hecho de que hasta el 12,5% de los puestos de trabajo creados en el sector servicios entre los años 2000 y 2008 se han creado en el sector sociosanitario, alcanzando este porcentaje el 21,53% para el conjunto de puestos creados en el conjunto del mercado laboral (Tabla 25). En este sentido, cabe destacar igualmente el hecho de que el 16,68% de los nuevos puestos de trabajo creados en el conjunto del mercado laboral en los dos últimos años se han creado en el sector sociosanitario, lo que pone de manifiesto el importante potencial de generación de empleo de este sector en el presente y en un futuro próximo.

Por otra parte, atendiendo a la **evolución** de los **puestos de trabajo asalariados** en el periodo 2000-2008, siguiendo las estadísticas facilitadas por la Contabilidad Nacional, el empleo asalariado en el sector sociosanitario ha experimentado un crecimiento en estos años del 54,17%, casi el doble del registrado a nivel nacional (28,40%) y muy por encima del crecimiento producido en el sector servicios (36,70%).

El hecho de que el sector sociosanitario haya protagonizado el 13,58% de los **puestos de trabajo asalariados** creados en el sector servicios, y hasta el 11,54% de los creados en el conjunto del mercado laboral, ha supuesto un importante impulso a la representatividad de esta área de actividad en el mercado laboral, incrementando su **peso en el sector** servicios en hasta un 12,78% y en el conjunto del empleo en un 20,07%, situándose el sector sociosanitario en 2008 en un 7,27% de los puestos de trabajo asalariados en España (Tabla 26).

Tabla 26. Evolución de los puestos de trabajo asalariado 2000-2008.

	2000	2008 (A)	Periodo 2000-2008	
			Variación	% Variación
Actividades asociadas al sector sociosanitario	872.100	1.344.500	472.400	54,17
Servicios	9.479.800	12.959.100	3.479.300	36,70
Total	14.412.600	18.506.100	4.093.500	28,40
Aportación sobre servicios	9,20	10,37	1,17	12,77
Aportación sobre total	6,05	7,27	1,12	20,07

Fuente: Elaboración propia a partir de Contabilidad Nacional de España. INE, 2008.

Si se toma en consideración que el porcentaje de puestos de trabajo asalariados creados es un indicador de probada validez para el análisis de la capacidad de creación de empleo de un sector, merece especial interés el hecho de que el 97,58% de los puestos de trabajo creados en el sector sociosanitario en el periodo 2000-2008 fueron puestos asalariados, superando ligeramente la media del mercado laboral (95,11%) y ampliamente la que presentaba entonces el sector servicio (89,65%). Esta evolución ha supuesto que al finalizar el año 2008 casi el 95% de los puestos de trabajo de este sector eran asalariados, superando ampliamente la tasa de asalariados del sector servicios y del conjunto del mercado laboral, que apenas alcanzaban el 86,71% y 86,14%, respectivamente (Tabla 27).

Tabla 27. Evolución del peso de los puestos de trabajo asalariado sobre el total. 2000-2008.

	2000	2008 (A)	% Empleo asalariado creado sobre el total
Servicios	85,68	86,71	89,55
Total	83,89	86,14	95,11

Fuente: Elaboración propia a partir de Contabilidad Nacional de España. INE, 2008.

5.2.2. El mercado laboral y la Contabilidad Regional de España 2000-2007 por Comunidad Autónoma.

El comportamiento del sector sociosanitario en términos de creación de puestos de trabajo ha sido desigual en cada una de las CCAA que conforman el territorio nacional, aunque en todas ellas se han producido incrementos muy significativos.

Tomando como referencia el periodo 2000-2007, último dato disponible desagregado por CCAA, en el conjunto de España, el volumen de **puestos de trabajo** asociados al sector sociosanitario experimentó un aumento del 47,89% (Tabla 28).

Tabla 28. Evolución de los puestos de trabajo totales asociados al sector sociosanitario 2000-2007, por CCAA.

	2000	2007	VAR	% VAR
España	931.300	1.377.300	446.000	47,89%
Andalucía	142.900	206.700	63.800	44,65%
Aragón	32.200	45.600	13.400	41,61%
Principado De Asturias	20.700	29800	9.100	43,96%
Illes Balears	18.400	26.600	8.200	44,57%
Canarias	38.200	56.200	18.000	47,12%
Cantabria	12.000	19.600	7.600	63,33%
Cataluña	162.100	259.600	97.500	60,15%
Castilla-La Mancha	35.100	51.400	16.300	46,44%
Castilla y León	60.700	84.500	23.800	39,21%
Extremadura	23.600	35.900	12.300	52,12%
Galicia	51.000	71.400	20.400	40,00%
La Rioja	6.500	9.700	3.200	49,23%
Comunidad de Madrid	127.900	194.300	66.400	51,92%
Región de Murcia	22.400	33.800	11.400	50,89%
Comunidad Foral de Navarra	22.400	32.400	10.000	44,64%
País Vasco	60.100	84.500	24.400	40,60%
Comunitat Valenciana	91.700	130.100	38.400	41,88%

Fuente: Elaboración propia a partir de Contabilidad Regional de España. INE, 2008.

En relación a la creación de **puestos de trabajo asalariados** en el sector sociosanitario, en el periodo 2000-2007 el aumento medio nacional fue del 49,71% (Tabla 29).

Tabla 29. Evolución de los puestos de trabajo asalariados asociados al sector sociosanitario 2000-2007, por CCAA.

	2000	2007	VAR	% VAR
Castilla y León	60.700	84.500	23.800	39,21%
Galicia	51.000	71.400	20.400	40,00%
País Vasco	60.100	84.500	24.400	40,60%
Aragón	32.200	45.600	13.400	41,61%
Comunitat Valenciana	91.700	130.100	38.400	41,88%
Principado de Asturias	20.700	29800	9.100	43,96%
Illes Balears	18.400	26.600	8.200	44,57%
Comunidad Foral de Navarra	22.400	32.400	10.000	44,64%
Andalucía	142.900	206.700	63.800	44,65%
Castilla-La Mancha	35.100	51.400	16.300	46,44%
Canarias	38.200	56.200	18.000	47,12%
España	931.300	1.377.300	446.000	47,89%
La Rioja	6.500	9.700	3.200	49,23%
Región de Murcia	22.400	33.800	11.400	50,89%
Comunidad de Madrid	127.900	194.300	66.400	51,92%
Extremadura	23.600	35.900	12.300	52,12%
Cataluña	162.100	259.600	97.500	60,15%
Cantabria	12.000	19.600	7.600	63,33%

Fuente: Elaboración propia a partir de Contabilidad Regional del España. INE, 2008.

Por otro lado, en el año 2007 la **tasa media de puestos de trabajo asalariados** en España se situaba en el **94,79%** para el sector sociosanitario, una tasa que había crecido en un **1,23%** desde el año 2000 (Tabla 30).

Tabla 30. Evolución de la tasa de asalariados en el sector sociosanitario. 2000-2007, por CCAA.

	2000	2007	VAR	% VAR
España	93,64%	94,79%	1,15%	1,23%
Andalucía	93,84%	94,87%	1,03%	1,10%
Aragón	91,61%	93,42%	1,81%	1,97%
Principado de Asturias	94,20%	95,97%	1,77%	1,88%
Illes Balears	91,85%	93,61%	1,76%	1,92%
Canarias	92,15%	93,95%	1,80%	1,96%
Cantabria	95,83%	96,94%	1,11%	1,15%
Cataluña	94,39%	95,53%	1,15%	1,21%
Castilla-La Mancha	90,88%	93,00%	2,11%	2,32%
Castilla y León	95,22%	96,09%	0,87%	0,92%
Extremadura	94,07%	95,54%	1,48%	1,57%
Galicia	93,14%	94,26%	1,12%	1,20%
La Rioja	95,38%	97,94%	2,55%	2,68%
Comunidad de Madrid	94,68%	95,57%	0,89%	0,94%
Región de Murcia	95,09%	95,27%	0,18%	0,19%
Comunidad Foral de Navarra	96,43%	96,60%	0,18%	0,18%
País Vasco	94,84%	95,62%	0,78%	0,82%
Comunitat Valenciana	89,86%	91,08%	1,23%	1,36%

Fuente: Elaboración propia a partir de Contabilidad Regional de España. INE, 2008.

5.2.3. El empleo y el Sistema Nacional de Seguridad Social. Periodo 2006-2008.

El volumen de afiliación al Sistema Nacional de la Seguridad Social es otro indicador eficaz para el análisis de la evolución del mercado laboral y, concretamente, del empleo. Tomando como referencia la **afiliación media al Régimen General de la Seguridad Social**, ésta experimentó un incremento en el sector sociosanitario del 29,50% en tan sólo dos años, justamente los siguientes a la aprobación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Este incremento fue más acusado en el primer año de vigencia de la Ley, en el periodo 2006-2007, con un aumento del 20,29% en tan sólo un año, y más suave en el año 2008, posiblemente influenciado también por los mayores efectos negativos de la desaceleración económica experimentada a lo largo de ese año. Cabe destacar que los años estudiados en este periodo son el 2007 y el 2008, ya que la aprobación de la ley se produjo en diciembre de 2006. Los datos acumulados de dicho año se utilizan únicamente para calcular la evolución de los indicadores estudiados.

Por otro lado, y aunque de manera menos acusada, es igualmente destacable el incremento producido en la **afiliación al Régimen Especial de Trabajadores Autónomos (RETA)** en el

ámbito de las actividades asociadas al sector sociosanitario. De hecho, en tan sólo dos años el autoempleo en este sector aumentó en un 8,19%, un incremento que fue más acusado en el año 2007 que en el 2008, influenciado éste también por la incertidumbre derivada de la crisis económica. En cualquier caso, es significativo que mientras la afiliación media al Régimen General en 2008 aumentó un 54% menos que en 2007, la afiliación al RETA sólo disminuyó en un 26% de un año a otro, un hecho que indica también las potencialidades de este sector en términos de generación de autoempleo (Tabla 31).

Tabla 31. Evolución de la afiliación media al Sistema de la Seguridad Social en el sector sociosanitario.

	2006	2007	2008	2006-2007		2007-2008		2006-2008	
				Var	%Var	Var	%Var	Var	%Var
Afiliación media al régimen general	969.478	1.166.182	1.255.487	196.704	20,29	89.305	7,66	286.009	29,50
Afiliación media al régimen especial de trabajadores autónomos	74.947	78.482	81.088	3536	4,72	2.605	3,32	6.141	8,19

Fuente: Elaboración propia a partir de Sistema Nacional de la Seguridad Social, 2008.

5.2.4. El mercado laboral y los registros del Servicio Estatal Público de Empleo. Periodo 2006-2008.

Los datos estadísticos facilitados por el Servicio Estatal Público de Empleo son de gran utilidad para analizar la evolución del empleo y su estabilidad, tomando como referencia las contrataciones realizadas en el mercado laboral, y la evolución de la demanda de empleo.

Para profundizar en el análisis del comportamiento del mercado laboral en el sector sociosanitario se estudia la **evolución de los contratos y la demanda de empleo** en el ámbito de las “Actividades Sanitarias / Veterinarias y de Servicios Sociales”, correspondiente a la CNAE 93, un área de actividad que aglutina las relacionadas con el ámbito sociosanitario.

En este sentido, analizando la **evolución de los contratos anuales acumulados** en el periodo 2006-2008, desde la entrada en vigor de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, puede apreciarse que en este periodo el nivel de contratación realizada en el sector sociosanitario experimentó un incremento del 18,78%,

especialmente significativo si se tiene en cuenta que en el sector servicios, al que se adscribe esta área de actividad, las contrataciones se redujeron en un -7,19%, cobrando aún mayor importancia si se tiene en cuenta que en el conjunto del mercado laboral las contrataciones acumuladas anualmente se redujeron aún en mayor medida, en un -10,39%. Al igual que en el apartado anterior, los años estudiados en este periodo son el 2007 y el 2008, ya que la aprobación de la ley se produjo en diciembre de 2006. Los datos acumulados de dicho año se utilizan únicamente para calcular la evolución de los indicadores estudiados

Este comportamiento corrobora las conclusiones que se han extraído de las fuentes estadísticas hasta ahora analizadas: el sector sociosanitario presenta mayor nivel de creación de empleo que el conjunto de actividades y una menor afectación de las consecuencias del decrecimiento económico. De hecho, en el año 2008 se firmaron 37.988 contrataciones más que en el año anterior, mientras en el sector servicios se firmaron 1.150.133 contrataciones menos y en el conjunto del mercado laboral hasta 2.020.871 contrataciones menos.

Al igual que en los anteriores análisis, este mejor comportamiento tiene como consecuencia directa un cada vez mayor **peso** del empleo en el sector sobre el conjunto del sector servicios y del mercado laboral. En este caso, en el nivel de contrataciones realizadas, el peso del sector sociosanitario en el sector servicios ha aumentado en casi un 28% y respecto al conjunto del mercado laboral lo ha hecho en un 32,55% (Tabla 32).

Tabla 32. Evolución de los contratos anuales totales acumulados. Periodo 2006-2008.

	2006	2007	2008	2006-2007		2007-2008		2006-2008	
				VAR	% VAR	VAR	% VAR	VAR	% VAR
Activ. sanitarias/veterinar servic. social	83.850	92.066	87.737	8.216	9,80	-4.329	-4,70	3.887	4,64
Servicios	1.590.247	1.659.036	1.447.027	68.789	4,33	-212.009	-12,78	-143.220	-9,01
Total mercado laboral	2.177.245	2.220.384	1.902.605	43.139	1,98	-317.779	-14,31	-274.640	-12,61
Sobre servicios	5,27	5,55	6,06	0,28	5,25	0,51	9,26	0,79	14,99
Sobre el mercado laboral	3,85	4,15	4,61	0,30	7,67	0,47	11,21	0,76	19,74

Fuente: Elaboración propia a partir de las Estadísticas del Servicio Estatal Público de Empleo

Estudiando el comportamiento de la contratación laboral con respecto a la estabilidad de la misma se observa que, el **volumen** de **contratos indefinidos** firmados en el periodo 2006-2008, incluyendo la contratación indefinida inicial y la realizada por conversión de contratos

temporales en indefinidos, experimentó un aumento en el sector sociosanitario del 4,64%, mientras en el sector servicios disminuyó en un -9,01% y en el conjunto del mercado laboral hasta en un -12,61%.

En el año 2007 la **contratación indefinida** en el sector sociosanitario había aumentado en un 9,80%, muy por encima de lo sucedido en servicios (4,33%) y en el conjunto del mercado laboral (1,98%). Al contrario, en el 2008, la contratación indefinida se redujo en un -4,70%, casi tres veces menos que en el sector servicios (-12,78%) y tres veces menos que en el conjunto del mercado (-14,31%). La consecuencia directa de este mejor comportamiento es una mayor aportación de contratos indefinidos al sector servicios, casi un 15% más, y al mercado laboral, casi un 20% más (Tabla 33).

Tabla 33. Evolución de los contratos indefinidos (iniciales más convertidos). Periodo 2006-2008.

	2006	2007	2008	2006-2007		2007-2008		2006-2008	
				VAR	% VAR	VAR	% VAR	VAR	% VAR
Activ. sanitarias/veterinar servic. Social	83.850	92.066	87.737	8.216	9,80	-4.329	-4,70	3.887	4,64
Servicios	1.590.247	1.659.036	1.447.027	68.789	4,33	-212.009	-12,78	-143.220	-9,01
Total mercado laboral	2.177.245	2.220.384	1.902.605	43.139	1,98	-317.779	-14,31	-274.640	-12,61
% Sobre servicios	5,27	5,55	6,06	0,28	5,25	0,51	9,26	0,79	14,99
% Sobre el mercado laboral	3,85	4,15	4,61	0,30	7,67	0,47	11,21	0,76	19,74

Fuente: Elaboración propia a partir de las Estadísticas del Servicio Estatal Público de Empleo

Abandonando el estudio basado en la CNAE-93, ahora el análisis se centrará en la **ocupación “Trabajadores de los servicios personales”** que se corresponde con el epígrafe 51 de la Clasificación Nacional de Ocupaciones de 1994. Las ocupaciones incluidas en este epígrafe son las siguientes:

51 Trabajadores de los servicios personales:

- 511 Auxiliares de enfermería y asimilados:
 - 5111 Auxiliares de enfermería hospitalaria.
 - 5112 Auxiliares de enfermería de atención primaria.
 - 5113 Asistentes domiciliarios.
- 512 Trabajadores que se dedican al cuidado de personas y asimilados (excepto auxiliares de enfermería):
 - 5121 Empleados para el cuidado de niños.

- 5129 Otros empleados en el cuidado de personas y asimilados.
- 513 Peluqueros, especialistas en tratamiento de belleza y trabajadores asimilados:
 - 5130 Peluqueros, especialistas en tratamiento de belleza y trabajadores asimilados.
- 514 Trabajadores que atienden a viajeros y asimilados:
 - 5141 Azafatas o camareros de avión y de barco.
 - 5142 Revisores, controladores de coches-cama y cobradores de los transportes.
 - 5143 Guías y azafatas de tierra.
- 515 Mayordomos, ecónomos y asimilados:
 - 5150 Mayordomos, ecónomos y asimilados.
- 519 Otros trabajadores de servicios personales:
 - 5191 Ayudas de cámara y asimilados.
 - 5192 Empleados de pompas fúnebres y embalsamadores.
 - 5199 Otros diversos trabajadores de servicios personales.

De esta forma, en el análisis del **nivel de contratación** de los “Trabajadores de los servicios personales”, se puede apreciar que la contratación en ésta aumentó en el periodo 2006-2008 en un 16,06%, lo que supone un comportamiento muy favorable respecto al descenso producido en el sector servicios (-7,19%) y en el mercado laboral (-10,39%).

Además, en términos de **estabilidad en el empleo**, el volumen de **contrataciones indefinidas** realizadas a “Trabajadores de los servicios personales” aumentó en un 0,74%, que si bien es un incremento reducido debe entenderse que éste cobra aún mayor importancia si se tiene en cuenta el descenso producido en el sector servicios (-9,01%) y en el conjunto del mercado laboral (-12,61%) (Tabla 34).

Tabla 34. Evolución de la contratación en la ocupación de “Trabajadores de los servicios personales”. Periodo 2006-2008.

		2006	2007	2008	2006-2008	
					Var	% Var
Trabajadores de los servicios personales	Total	794.564	881.183	922.193	127.629	16,06
	Indefinidos	76.966	80.670	77.533	567	0,74
	% Indefinidos	9,69	9,15	8,41	-1,28	-13,20
Conjunto del mercado laboral	Total	18.526.772	18.622.108	16.601.237	-1.925.535	-10,39
	Indefinidos	2.177.245	2.220.384	1.902.605	-274.640	-12,61
	% Indefinidos	11,75	11,92	11,46	-0,29	-2,48

Fuente: Elaboración propia a partir de las Estadísticas del Servicio Estatal Público de Empleo

Al igual que con anterioridad se comprobaba en el caso de las actividades relacionadas con el conjunto del sector socio-sanitario, el comportamiento favorable de la **contratación laboral** de los “Trabajadores de los servicios personales” tiene como consecuencia directa un aumento del peso de esta ocupación en el volumen de las contrataciones realizadas en el conjunto del mercado laboral. En este caso, y en el periodo 2006-2008, tras la aprobación de la Ley, el aumento de representatividad ha sido de un 29,52% sobre el conjunto de las contrataciones realizadas y de un 15,28% sobre las contrataciones indefinidas (Tabla 35).

Tabla 35. Peso relativo de la ocupación de “Trabajadores de los servicios personales”. Periodo 2006-2008.

				2006-2007		2007-2008		2006-2008	
	2006	2007	2008	Var	% Var	Var	% Var	Var	% Var
Sobre contratación total	4,29	4,73	5,55	0,44	10,33	0,82	17,39	1,27	29,52
Sobre contratación indefinida	3,54	3,63	4,08	0,10	2,78	0,44	12,16	0,54	15,28

Fuente: Elaboración propia a partir de las Estadísticas del Servicio Estatal Público de Empleo

En el ámbito del sector socio-sanitario y, concretamente, del empleo creado en torno a la ocupación de los trabajadores de los servicios personales, adquiere especial trascendencia el comportamiento del empleo femenino. En este sentido, el análisis de las contrataciones realizadas en el periodo 2006-2008 desde una perspectiva de género establece el papel que las mujeres desempeñan en el ámbito de los servicios personales y, en consecuencia, de los cuidados profesionales.

Así, en 2008, el 85,31% de las **contrataciones** realizadas a trabajadores de los servicios personales fueron protagonizadas por **mujeres**, frente al 47,09% registrado en el conjunto del mercado laboral. Además, las mujeres firmaron hasta el 85,58% de las contrataciones indefinidas realizadas en esta ocupación, mientras que este porcentaje se reduce hasta el 47,06% en el mercado laboral. Esta realidad pone de manifiesto la importancia de este sector en el ámbito del empleo femenino y viceversa, incluso a pesar de que en el periodo 2006-2008 haya aumentado ligeramente la presencia masculina en este ámbito de actividad laboral (Tabla 36).

Tabla 36. Porcentaje de contratos firmados por mujeres. Periodo 2006-2008.

					2006-2007		2007-2008		2006-2008	
		2006	2007	2008	Var	% Var	Var	% Var	Var	% Var
En la ocupación "Trabajadores de los servicios personales"	Total	85,99	79,55	85,31	-6,43	-7,48	5,76	7,24	-0,68	-0,79
	Indefinidos	85,58	80,23	85,58	-5,35	-6,25	5,35	6,67	0,00	0,00
En el conjunto del mercado laboral	Total	44,85	42,67	47,09	-2,18	-4,87	4,42	10,36	2,23	4,98
	Indefinidos	44,71	43,58	47,06	-1,13	-2,52	3,48	7,98	2,35	5,25

Fuente: Elaboración propia a partir de las Estadísticas del Servicio Estatal Público de Empleo

Por otro lado, los registros del Servicio Estatal Público de Empleo en términos de **demanda de empleo** proporcionan una información exhaustiva del comportamiento del mercado laboral. La evolución de los registros de demandantes de empleo y, especialmente, de los demandantes parados, explican la realidad de cada uno de los sectores de actividad y del mercado laboral, poniendo de manifiesto la capacidad de los sectores para atraer la oferta de empleo y para satisfacer las expectativas generadas en cada ámbito. A continuación se analizan los indicadores principales del desempleo desde esta perspectiva.

Volviendo a los datos desagregados de la CNAE, en el periodo 2006-2008, desde la aprobación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y teniendo en cuenta las expectativas de empleo generadas con su desarrollo, el número de **personas demandantes de empleo** en el sector sociosanitario ha aumentado en un 16,21%, menos de la mitad que el aumento experimentado en el sector servicios (36,28%) y muy por debajo del aumento experimentado en el conjunto del mercado laboral (43,24%). Además de este menor incremento, hay que destacar que en el año 2007 se produjo un ligero descenso de la demanda de empleo en el sector, mientras en el sector servicios y en el conjunto del mercado se produjeron sendos aumentos. Se percibe un mejor comportamiento del sector sociosanitario frente al sector servicios, lo que indica las posibilidades de inserción en este sector derivado de la implantación de la Ley (Tabla 37).

Tabla 37. Evolución del número de personas demandantes de empleo. Periodo 2006-2008

	2006	2007	2008	2006-2007		2007-2008		2006-2008	
				Var	% Var	Var	% Var	Var	% Var
Actividades Sanitarias/ veterinarias serv sociales	88.957	88.620	103.373	-337	-0,38	14.753	16,65	14.416	16,21
Servicios	1.728.021	1.794.888	2.354.868	66.867	3,87	559.980	31,20	626.847	36,28
Total actividad económica	2.957.667	3.079.957	4.236.594	122.290	4,13	1.156.637	37,55	1.278.927	43,24

Fuente: Elaboración propia a partir de las Estadísticas del Servicio Estatal Público de Empleo

El **paro registrado** en el sector sociosanitario aumentó en un 21,83% en el periodo 2006-2008, menos de la mitad de cómo lo hiciera en el sector servicios (45%) y en el conjunto del mercado laboral (54,68%). Al igual que sucediera en términos de demanda de empleo, el paro registrado en el sector experimentó una ligera disminución en el año 2007, a pesar de los aumentos también registrados en los otros ámbitos de análisis. Este hecho corrobora con carácter general que, a pesar de los primeros efectos de la crisis manifestados en el segundo semestre de 2007, el buen comportamiento del sector sociosanitario en términos de empleo y contratación laboral contribuía a reducir el desempleo registrado en este ámbito de actividad (Tabla 38).

Tabla 38. Paro registrado en el sector sociosanitario. Periodo 2006-2008.

	2006	2007	2008	2006-2007		2007-2008		2006-2008	
				Var	% Var	Var	% Var	Var	% Var
Actividades Sanitarias/ veterinarias serv. sociales	56.751	56.337	69.138	-414	-0,73	12.801	22,72	12.387	21,83
Servicios	1.224.869	1.284.250	1.776.050	59.381	4,85	491.800	38,29	551.181	45,00
Total actividad económica	2.022.873	2.129.547	3.128.963	106.674	5,27	999.416	46,93	1.106.090	54,68

Fuente: Elaboración propia a partir de las Estadísticas del Servicio Estatal Público de Empleo

En cualquier caso, este menor aumento del paro registrado en el ámbito sociosanitario en el periodo 2006-2008 ha supuesto una disminución de casi un -16% del **peso** de las personas desempleadas en estas actividades sobre las inscritas en el sector servicios y de hasta un -21,24% sobre el conjunto del mercado laboral, disminuciones que han sido más acusadas a lo largo de 2008 (Tabla 39).

Tabla 39. Contribución de las actividades del sector sociosanitario al paro registrado. Periodo 2006-2008.

	2006	2007	2008	2006-2007		2007-2008		2006-2008	
				Var	%Var	Var	%Var	Var	%Var
Sobre el sector servicios	4,63	4,39	3,89	-0,25	-5,32	-0,49	-11,26	-0,74	-15,98
Sobre el conjunto del mercado laboral	2,81	2,65	2,21	-0,16	-5,70	-0,44	-16,48	-0,60	-21,24

Fuente: Elaboración propia a partir de las Estadísticas del Servicio Estatal Público de Empleo

Por otro lado, e incidiendo en la importancia de analizar el comportamiento del mercado laboral en el sector sociosanitario desde una perspectiva de género, en el periodo 2006-2008 el **paro registrado de las mujeres** en este sector aumentó en un 19,90%, muy por debajo de cómo lo hiciera el desempleo masculino en este sector (35,09%). En 2008, las mujeres continuaban protagonizando el desempleo en este sector, aunque lo hacían en menor medida que en años anteriores al registrarse una cada vez mayor incorporación de los hombres a este sector, lo que ha supuesto que las mujeres hayan pasado de representar el 87,30% del desempleo en actividades sociosanitarias en 2006 a suponer el 85,92% en 2008 buscar la tabla con estos datos (Tabla 40).

Tabla 40. Paro registrado en las actividades del sector sociosanitario según género. Periodo 2006-2008.

	2006	2007	2008	2006-2007		2007-2008		2006-2008	
				Var	% Var	Var	% Var	Var	% Var
Total	56.751	56.337	69.138	-414	-0,73	12.801	22,72	12.387	21,83
Hombres	7.205	7.000	9.733	-205	-2,85	2.733	39,04	2.528	35,09
Mujeres	49.546	49.337	59.405	-209	-0,42	10.068	20,41	9.859	19,90
% Mujeres	87,30	87,57	85,92	0,27	0,31	-1,65	-1,89	-1,38	-1,58

Fuente: Elaboración propia a partir de las Estadísticas del Servicio Estatal Público de Empleo, 2008.

A pesar del aumento del desempleo femenino en el sector sociosanitario en el periodo 2006-2008, el peor comportamiento de otros sectores se ha traducido en un menor **peso del desempleo femenino** ligado a este sector respecto al desempleo de las mujeres en el sector servicios, en hasta un -9%, y en el conjunto del mercado laboral, en hasta un -5,89% (Tabla 41).

Tabla 41. Contribución de las actividades del sector sociosanitario al paro registrado femenino. Periodo 2006-2008.

	2006	2007	2008	2006-2007		2007-2008		2006-2008	
				Var	% Var	Var	% Var	Var	% Var
Sobre el sector servicios	6,00	5,76	5,46	-0,24	-4,02	-0,30	-5,19	-0,54	-9,00
Sobre el conjunto del mercado laboral	4,07	3,96	3,83	-0,10	-2,49	-0,14	-3,49	-0,24	-5,89

Fuente: Elaboración propia a partir de las Estadísticas del Servicio Estatal Público de Empleo

Los Servicios Públicos de Empleo llevan a cabo una labor de intermediación entre la oferta y la demanda de empleo gestionando para ello los puestos ofrecidos por las empresas a tal efecto. En este ámbito de actuación, en el periodo 2006-2008 aumentaron los **puestos ofrecidos por las empresas del sector sociosanitario para su gestión por los Servicios Públicos de Empleo** en un 5,48%, al tiempo que los ofrecidos por las empresas del sector servicios se redujeron en un -9,38% y los ofrecidos por el conjunto de empresas españolas lo hicieron en hasta un -21,23%.

En tan sólo dos años, el **peso de puestos ofrecidos por las empresas** del sector sociosanitario sobre los ofrecidos en el sector servicios creció en un 16,40% y sobre los ofrecidos en el conjunto del mercado laboral en hasta un 33,91%. Esta mayor relevancia pone manifiesto dos cuestiones contradictorias: de un lado, una mayor capacidad para generar puestos a ofertar y, de otro, una mayor incapacidad para cubrir los puestos y una mayor necesidad de acudir a los servicios públicos para seleccionar a los candidatos idóneos (Tabla 42).

Tabla 42. Total puestos ofrecidos a través de los Servicios Públicos de Empleo. Periodo 2006-2008.

	2006	2007	2008	2006-2007		2007-2008		2006-2008	
				Var	% Var	Var	% Var	Var	% Var
Activ. Sector sociosanitario	2.045	2.480	2.157	435	21,27	-323	-13,02	112	5,48
Servicios	34.452	34.647	31.220	195	0,57	-3.427	-9,89	-3.232	-9,38
Conjunto del mercado laboral	52.650	48.862	41.470	-3.788	-7,19	-7.392	-15,13	-11.180	-21,23
% sobre servicios	5,94	7,16	6,91	1,22	20,59	-0,25	-3,48	0,97	16,40
%Sobre mercado laboral	3,88	5,08	5,20	1,19	30,67	0,13	2,48	1,32	33,91

Fuente: Elaboración propia a partir de las Estadísticas del Servicio Estatal Público de Empleo

También en el ámbito de **gestión de los Servicios Públicos de Empleo, el número de colocaciones registradas** en éstos en el ámbito del sector sociosanitario aumentó en el

periodo 2006-2008 en un 26,79%, registrándose en 2008 hasta 15.295 colocaciones más que en 2006, con lo que este indicador corrobora los resultados anteriores, especialmente si se tiene en cuenta que el volumen de colocaciones en el sector servicios y en el conjunto del mercado laboral disminuyeron en un -10,79% y en un -12,12%, respectivamente (Tabla 43).

Tabla 43. Colocaciones registradas en los Servicios Públicos de Empleo. Periodo 2006-2008.

	2006	2007	2008	2006-2007		2007-2008		2006-2008	
				Var	% Var	Var	% Var	Var	% Var
Activ. Sector sociosanitario	57.092	66.388	72.387	9.296	16,28	5.999	9,04	15.295	26,79
Servicios	842.888	849.261	751.972	6.373	0,76	-97.289	-11,46	-90.916	-10,79
Conjunto del mercado laboral	1.243.877	1.223.197	1.093.148	-20.680	-1,66	-130.049	-10,63	-150.729	-12,12
% Sobre servicios	6,77	7,82	9,63	1,04	15,41	1,81	23,14	2,85	42,12
% Sobre mercado laboral	4,59	5,43	6,62	0,84	18,25	1,19	22,01	2,03	44,27

Fuente: Elaboración propia a partir de las Estadísticas del Servicio Estatal Público de Empleo

Los indicadores estudiados en este apartado, muestran que el sector sociosanitario ha observado un crecimiento continuo, tanto en términos económicos como laborales, durante el periodo 2000-2008. Este crecimiento ha sido aún más acusado durante los años 2006-2008, periodo que se corresponde con la implantación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Cabe destacar que todo ello se ha producido a pesar de la desaceleración observada en el mercado español, cuyos efectos empezaron a notarse durante el segundo trimestre del año 2007.

Durante este mismo periodo también se ha observado un aumento en el número de ofertas de empleo por parte de las empresas, constatándose además, un crecimiento en el número de estas ofertas que han sido gestionadas por los servicios públicos de empleo. Esta mayor relevancia pone manifiesto dos cuestiones, por un lado, una mayor capacidad para generar puestos a ofertar y, por el otro, una mayor incapacidad para cubrir los puestos y una mayor necesidad de acudir a los servicios públicos para seleccionar a los candidatos idóneos.

Paradójicamente, también se ha producido un aumento en el número de demandantes de empleo en el sector debido al “efecto llamada”, provocando un aumento del paro en el mismo. Este hecho contrasta con la afirmación anterior, dando fuerza al argumento de que en una importante proporción las personas demandantes de empleo no cumplen los requisitos deseados por las empresas que buscan candidatos.

Finalmente, el análisis del sector sociosanitario desde una perspectiva de género, pone de manifiesto que dicho sector tiene una clara predominancia femenina, aunque en los últimos años, se observa un ligero aumento del número de hombres en el mismo.

6. LA ORIENTACIÓN PROFESIONAL Y LOS PERFILES PROFESIONALES EN EL SECTOR.

Como se ha comprobado en los análisis realizados en los apartados anteriores, el sector que se está analizando ha sufrido una transformación lenta pero profunda en los últimos años, una transformación determinada por avances derivados del desarrollo de nuevas políticas sociales, de la implantación del nuevo SAAD y de la detección de nuevas necesidades, una transformación que aún no ha finalizado y cuyo desarrollo está aún por definir para dar respuesta a los nuevos retos planteados.

Igualmente, se ha contrastado que la evolución del envejecimiento y la incidencia de la discapacidad en la sociedad, la incorporación de la mujer al mercado laboral o el desigual grado de implantación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia en las CCAA suponen en la actualidad importantes retos que afrontar en el seno de la sociedad y de las políticas desarrolladas por el sector público, constituyéndose, al mismo tiempo, como factores determinantes para el desarrollo y crecimiento del sector de los cuidados profesionales en un futuro próximo, tanto en términos económicos como de creación de empleo.

En este sentido, el desarrollo del sector en términos de empleo pasa ineludiblemente por la identificación de las nuevas demandas del sector y los perfiles profesionales necesarios para dar respuestas a estas demandas, factores claves para el desarrollo de una adecuada orientación profesional de la fuerza de trabajo para cubrir las verdaderas necesidades reales del sector. De hecho, las transformaciones producidas en los últimos años han tenido como consecuencia directa una nueva configuración de los servicios a prestar, una apuesta por el carácter integral de los mismos y una demanda de nuevas capacidades y habilidades relacionadas con su prestación.

En la actualidad, se requieren nuevos perfiles profesionales que puedan proporcionar cuidados a las personas mayores y/o dependientes, mejorando su calidad de vida y promoviendo su autonomía personal, tanto en el ámbito residencial como domiciliario.

En este apartado se analizan la diversidad de los perfiles profesionales existentes y necesarios, centrandó la atención en los profesionales que se dedican al cuidado y atención directa de personas con cualquier tipo de dependencia, profesionales que actúan como mediadores, sirviendo de puente y apoyo para que las personas con dependencia puedan retomar su autonomía o realizar en mejor medida las actividades relacionadas con la vida diaria, con su vida personal, social o laboral²⁸.

A pesar de que existen diferentes tipologías de profesionales que inciden en la atención de personas dependientes, en este estudio se ha optado por una clasificación obedeciendo al centro de actuación profesional, un criterio utilizado en la propia Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y desarrollado recientemente también en la aprobación de Certificados Profesionales relacionados con el sector de los cuidados profesionales.

Teniendo como referencia el catálogo de prestaciones regulados por la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las Personas en situación de Dependencia, se describirán los perfiles de profesionales en los ámbitos residenciales y de ayuda a domicilio.

- **Servicio de Asistencia Residencial:** “El servicio de atención residencial ofrece, desde un enfoque biopsicosocial, servicios continuados de carácter personal y sanitario; se prestará en los centros residenciales habilitados al efecto según el tipo de dependencia, grado de la misma e intensidad de cuidados que precise la persona”. “La prestación de este servicio puede tener carácter permanente, cuando el centro residencial se convierta en la residencia habitual de la persona, o temporal, cuando se atiendan estancias temporales de convalecencia o durante vacaciones, fines de semana y enfermedades o periodos de descanso de los cuidadores no profesionales. El servicio de atención residencial será prestado por las Administraciones Públicas en centros propios y concertados”.
- **Servicio de Centro de día y de Noche:** “El servicio de Centro de Día o de Noche ofrece una atención integral durante el periodo diurno o nocturno a las personas en situación de dependencia, con el objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal y apoyar a las familias o cuidadores. En

particular, cubre, desde un enfoque biopsicosocial, las necesidades de asesoramiento, prevención, rehabilitación, orientación para la promoción de la autonomía, habilitación o atención asistencial y personal”.

La tipología de centros incluirá:

- Centro de Día para mayores
- Centro de Día para menores de 65 años
- Centro de Día de atención especializada
- Centro de Noche

El objetivo y servicios asociados a los Servicios Residenciales y Centros de Día son²⁹:

- Promocionar las relaciones de convivencia de los usuarios, la participación y ayuda a la plena integración social, teniendo como fin último el bienestar y calidad de vida del mayor. Los servicios que prestan son:

- **Servicios de organización y soporte**
 - a. Alojamiento
 - b. Vestido, lavado y costura
 - c. Manutención
 - d. Peluquería
 - e. Limpieza general
- **Servicios de socialización**
 - a. Vacaciones estivales
 - b. Salidas y excursiones
 - c. Fiestas conmemorativas
 - d. Actividades de talleres
 - e. Voluntariado
- **Servicios Complementarios**
 - a. Jardinería
 - b. Mantenimiento de instalaciones
 - c. Asistencia espiritual
 - d. Servicios administrativos
 - e. Servicio de transporte
 - f. Servicios de seguridad (nocturno)
 - g. Cafetería
 - h. Urgencias médicas
- **Asistencia personalizada**
 - a. Acompañamiento
 - b. Ayuda para desplazamiento
 - c. Ayuda para vestirse
 - d. Ayuda para alimentarse
 - e. Ayuda para eliminación
 - f. Ayuda para higiene corporal
 - g. Ayuda para la movilización
- **Atenciones técnicas**
 - a. Atención médica
 - b. Atención psicológica
 - c. Atención social
 - d. Rehabilitación física o psicomotricidad
 - e. Rehabilitación y adaptación funcional
 - f. Cuidados de enfermería técnicos
 - g. Odontología
 - h. Podología
 - i. Dietética
 - j. Atención psiquiátrica
- **Otros servicios**
 - a. Apoyo y asesoramiento a familias

Atendiendo a los objetivos y funciones relacionados en este tipo de servicios en instituciones, los perfiles profesionales en estos centros se resumen en las tablas siguientes (Tabla 44, Tabla 45, Tabla 46, Tabla 47, Tabla 48)^{28 30 31 32 33 34 35}.

Tabla 44. Perfil ocupacional de Auxiliar de Enfermería.

NOMBRE:		AUXILIAR DE ENFERMERÍA
TAREAS Y FUNCIONES:		
<p>Desarrollar intervenciones de atención física, sociosanitaria y psicosocial dirigidas a personas en situación de dependencia en entornos residenciales.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lavar, asear y realizar la higiene de los residentes en función de sus necesidades. ▪ Preparar y administrar medicamentos por vía oral, rectal y tópica. ▪ Distribuir las comidas. ▪ Apoyar la ingesta en los pacientes que lo requieran. ▪ Ayudar a la deambulación (cambios posturales, asistencia al ejercicio físico) ▪ Preparar a los residentes en caso de traslado. ▪ Movilizar a los residentes que lo requieran. ▪ Promover hábitos de autocuidado de los residentes. ▪ Promover los hábitos saludables en cuanto a la alimentación e higiene personal. ▪ Control vigila/sueño. ▪ Colaborar y/o aplicar técnicas de prevención de accidentes y primeros auxilios. ▪ Verificar la existencia del material necesario para la realización de las consultas. ▪ Realizar las operaciones necesarias para la correcta exploración y observación del residente. ▪ Mantener el orden y la limpieza de la habitación del residente. ▪ Realizar limpieza, desinfección y esterilización del material e instrumental de las consultas. ▪ Detectar las necesidades psicológicas básicas y conductas anómalas en los residentes. ▪ Prestar apoyo psicológico básico al residente. ▪ Promover la participación de los residentes en asociaciones y grupos de ayuda. ▪ Establecer una comunicación eficaz con los residentes y su familia. ▪ Llevar a cabo un trabajo cooperativo, dentro de un enfoque multidisciplinario. ▪ Recibir y emitir comunicación verbal necesaria para la coordinación con otras unidades del centro. ▪ Procesar la información necesaria para realizar las consultas. ▪ Comunicar las incidencias que se produzcan sobre la salud de los usuarios y su evolución. ▪ Realizar cuidados “postmortem” según protocolos. 		
COMPETENCIAS TÉCNICAS:		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conocimientos del sector residencial y de atención a personas dependientes. ▪ Conocimiento de técnicas de aseo de terceras personas. ▪ Conocimientos de primeros auxilios: capacidad para realizar una primera intervención sanitaria. ▪ Conocimiento sobre administración de medicamentos. ▪ Conocimiento sobre manipulación de alimentos: distribución de alimentos, y ayuda a la ingesta. ▪ Conocimiento de técnicas de movilización, traslados y deambulación de personas imposibilitadas. ▪ Mantenimiento del orden y la limpieza de la habitación del usuario. ▪ Atención al usuario en sus necesidades afectivas y sociales (apoyo psicosocial) ▪ Participación en actividades de ocio ▪ Promoción de hábitos saludables y de autocuidado, etc. ▪ Técnicas de gestión de conflictos: Habilidad para el manejo de situaciones de enfrentamiento explícito y/o implícito, entre terceras personas, con objeto de asegurar la integridad física y el nivel de bienestar psicológico y social necesario de todos los afectados. ▪ Gestión de información confidencial. ▪ Conocimientos para la confección de informes. 		
COMPETENCIAS GENERICAS:		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Empatía. ▪ Orientación al usuario. ▪ Habilidades de Sociabilidad. ▪ Habilidades de Comunicación ▪ Adaptación – Flexibilidad. ▪ Autocontrol y estabilidad emocional. ▪ Capacidad de análisis – síntesis. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Planificación y organización. ▪ Capacidad resolutive. ▪ Iniciativa y Creatividad. ▪ Autodesarrollo ▪ Discreción. ▪ Trabajo en equipo. 	
FORMACIÓN RECOMENDABLE:		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería ▪ Auxiliar de Farmacia Auxiliar de Enfermería en Salud Mental 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Auxiliar de Enfermería en Hospitalización ▪ Auxiliar de Enfermería en Geriatria 	
EXPERIENCIA NECESARIA:		
<p>Mínima: menor o igual a 6 meses Óptima: de 12 a 24 meses</p>		

Fuente: Elaboración propia a partir de diversos informes ^{28 30 31 32 33 34 35}

Tabla 45. Perfil ocupacional de Cuidador de discapacitados físicos y psíquicos.

NOMBRE:	CUIDADOR DE DISCAPACITADOS FÍSICOS Y PSÍQUICOS
TAREAS Y FUNCIONES:	
<p>Proporcionar al discapacitado los cuidados necesarios básicos, favoreciendo la independencia y el bienestar del dependiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ayuda para la higiene personal. ▪ Controlar los hábitos alimenticios, planificando los menús según los requisitos de salud. ▪ Supervisión en la toma de medicamentos. ▪ Ayuda para la comunicación. ▪ Prevenir posibles situaciones de riesgo para el paciente. <p>Ayuda a la movilidad y mantenimiento físico del paciente</p>	
COMPETENCIAS TÉCNICAS:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conocimiento de técnicas de movilización, traslados y deambulación de personas imposibilitadas. ▪ Conocimiento de técnicas de aseo de terceras personas. ▪ Conocimiento sobre manipulación de alimentos: distribución de alimentos, y ayuda a la ingesta. ▪ Conocimiento sobre administración de medicamentos. ▪ Conocimientos de primeros auxilios: capacidad para realizar una primera intervención sanitaria 	
COMPETENCIAS GENÉRICAS:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Habilidades de Comunicación. ▪ Orientación al usuario. ▪ Iniciativa y Creatividad. ▪ Autocontrol y estabilidad emocional. ▪ Adaptación a la adversidad. ▪ Trabajo en equipo. ▪ Planificación y organización. 	
FORMACIÓN RECOMENDABLE:	
<p>Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería Técnico Superior de Integración Social Cuidador de discapacitados físicos y psíquicos</p>	
EXPERIENCIA NECESARIA:	
<p>Mínima: menor o igual a 6 meses Óptima: de 12 a 24 meses</p>	

Fuente: Elaboración propia a partir de diversos informes^{28 30 31 32 33 34 35}

Tabla 46. Perfil ocupacional de Gerocultor.

NOMBRE:	GEROCULTOR
TAREAS Y FUNCIONES:	
<p>Asistir al usuario de la residencia en la realización de actividades de la vida diaria que no pueda realizar por sí solo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Higiene personal del usuario. ▪ Limpieza y mantenimiento de los utensilios, camas, ropa, habitaciones. ▪ Ayuda en la alimentación. ▪ Realizar cambios de postura ▪ Acompañamiento en las salidas, paseos, gestiones, excursiones, juegos y tiempo libre. <p>Complementar el trabajo asistencial, educativo, y formativo que recibe el dependiente de los profesionales.</p>	
COMPETENCIAS TÉCNICAS:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conocimiento de técnicas de movilización, traslados y deambulación de personas imposibilitadas. ▪ Conocimiento de técnicas de aseo de terceras personas. ▪ Conocimiento sobre manipulación de alimentos: distribución de alimentos, y ayuda a la ingesta. ▪ Conocimiento sobre administración de medicamentos. 	
COMPETENCIAS GENÉRICAS:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Empatía. ▪ Orientación al usuario. ▪ Habilidades de Sociabilidad. ▪ Habilidades de Comunicación. ▪ Adaptación – Flexibilidad. ▪ Autocontrol y estabilidad emocional. ▪ Capacidad de análisis – síntesis. ▪ Planificación y organización. ▪ Capacidad resolutive. ▪ Iniciativa y Creatividad. ▪ Autodesarrollo. ▪ Discreción. ▪ Trabajo en equipo. 	
FORMACIÓN RECOMENDABLE:	
Auxiliar de Geriatria y gerontología	
EXPERIENCIA NECESARIA:	
<p>Mínima: menor o igual a 6 meses Óptima: de 12 a 24 meses</p>	

Fuente: Elaboración propia a partir de diversos informes^{28 30 31 32 33 34 35}

Tabla 47. Perfil ocupacional de Animador sociocultural.

NOMBRE:	ANIMADOR SOCIOCULTURAL
TAREAS Y FUNCIONES:	
<p>Utilizar recursos comunitarios, culturales, de ocio y de tiempo libre para programar y organizar actividades encaminadas al desarrollo social de las personas dependientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Organizar y planificar actividades de tiempo libre y socioeducativas. ▪ Definir el programa general de actividades de acuerdo con los objetivos establecidos y los recursos disponibles. ▪ Organizar y gestionar los recursos humanos, materiales y económicos de acuerdo con los objetivos que se persigan. ▪ Gestionar la documentación y aplicar procedimientos administrativos. ▪ Controlar y evaluar el programa de actividades ▪ Gestionar y controlar acciones promocionales. <p>Dirigir y Supervisar las actividades de talleres.</p>	
COMPETENCIAS TÉCNICAS:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conocimiento de recursos socioculturales para la programación de actividades de animación y ocupación del tiempo libre. ▪ Conocimiento de técnicas de dinamización de grupos. ▪ Habilidades para incentivar la integración y la participación en las actividades. ▪ Habilidad para priorización gestión y planificación de las tareas. ▪ Habilidades para dar a conocer los servicios y generar una imagen positiva de los mismos. ▪ Conocimientos para la gestión global de la información asociada al servicio. ▪ Confección de informes propios y para terceras personas, archivo, etc. 	
COMPETENCIAS GENÉRICAS:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Empatía. ▪ Iniciativa y Creatividad. ▪ Habilidades de Comunicación. ▪ Planificación y organización. ▪ Adaptabilidad – Flexibilidad. ▪ Habilidades de Sociabilidad. ▪ Trabajo en equipo. ▪ Orientación al usuario. 	
FORMACIÓN RECOMENDABLE:	
<p>Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería. Técnico Superior de Integración Social.</p>	
EXPERIENCIA NECESARIA:	
<p>Mínima: menor o igual a 6 meses Óptima: de 12 a 24 meses</p>	

Fuente: Elaboración propia a partir de diversos informes^{28 30 31 32 33 34 35}

Tabla 48. Perfil ocupacional de Monitor de Actividades Físicas y Deportivas.

NOMBRE:	MONITOR DE ACTIVIDADES FÍSICAS Y DEPORTIVAS
TAREAS Y FUNCIONES:	
<p>Enseñar y dinamizar actividades físico-deportivas y recreativas, adaptándose a las características del medio y de los usuarios.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaborar programas de actividades físicas de acuerdo con las necesidades de los usuarios y con los recursos disponibles. ▪ Obtención de recursos necesarios para la puesta en marcha de actividades físicas y deportivas. ▪ Planificar y organizar las actividades conforme a los objetivos perseguidos para cada usuario. ▪ Explicación de actividades adaptándose a las características de los usuarios. ▪ Asegurarse de la correcta ejecución de las actividades y la calidad del servicio prestado. ▪ Prevenir posibles situaciones de riesgo para el paciente. ▪ Supervisar la idoneidad y seguridad de las instalaciones e implementos para el desarrollo de las actividades. ▪ Aplicar primeros auxilios a enfermos y accidentados, coordinando el traslado en caso necesario. 	
COMPETENCIAS TÉCNICAS:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conocimiento de recursos socioculturales para la programación de actividades. ▪ Conocimiento de técnicas de dinamización de grupos. ▪ Habilidades para incentivar la integración y la participación en las actividades. ▪ Habilidad para priorización gestión y planificación de las tareas. ▪ Conocimientos de primeros auxilios: capacidad para realizar una primera intervención sanitaria. 	
COMPETENCIAS GENERICAS:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacidad innovadora y creativa. ▪ Empatía. ▪ Capacidad de organización y planificación del trabajo. ▪ Conocimientos sobre prevención de riesgos. ▪ Capacidad para adaptarse al entorno, la tarea o contexto, para afrontar nuevas tareas y tomar decisiones. ▪ Capacidad para establecer y priorizar metas y objetivos de trabajo y/o intervención. ▪ Capacidad de reacción ante situaciones inesperadas. ▪ Capacidad para resolver problemas. ▪ Gestión del tiempo. 	
FORMACIÓN RECOMENDABLE:	
<p>Monitor Deportivo. Educación para la salud en el deporte.</p>	
EXPERIENCIA NECESARIA:	
<p>Mínima: menor o igual a 6 meses Óptima: de 12 a 24 meses</p>	

Fuente: Elaboración propia a partir de diversos informes^{28 30 31 32 33 34 35}

- **Servicio de Ayuda a Domicilio:** “El Servicio de Ayuda a Domicilio lo constituye 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, prestadas por entidades o empresas, acreditadas para esta función:
 - Atención a las necesidades del hogar
 - Cuidados personales”

Los objetivos y servicios asociados a los Servicios de Ayuda a Domicilio son:

- Prevenir situaciones de deterioro personal y social.
- Favorecer la adquisición de habilidades que permitan un desenvolvimiento más autónomo en la vida diaria.
- Posibilitar la integración en el entorno habitual de convivencia.
- Apoyar a grupos familiares en sus responsabilidades de atención.
- Evitar y/o retrasar mientras no resulte necesario, el ingreso en centros o residencias.

Los servicios a prestar y las ayudas a realizar a las exigencias de atención según el grado de dependencia pueden incluir:

- **Tareas de atención física:**
 - a. Higiene, aseo y vestido; colaborar en el aseo personal, distinguiendo entre encamados y no encamados.
 - b. Atender al suministro y reposición de alimentos.
 - c. Ayuda en la ingesta de alimentos.
 - d. Preparación y cocinado de alimentos en el domicilio del usuario, adecuados a su estado, condición y necesidades.
 - e. Seguimiento de la medicación y alimentación.
 - f. Apoyo para la movilización dentro del domicilio; realización de movilizaciones y cambios posturales.
- **Tareas en el entorno: (ayuda en las actividades de la casa):**
 - a. Limpieza cotidiana de la vivienda.
 - b. Lavado de ropa en el propio domicilio del usuario, cosido y planchado de la misma.
 - c. Reparaciones menores y manejos de utensilios domésticos y personales.
- **Tareas de coordinación e información con el equipo del servicio:**
 - a. Identificación de las necesidades de los usuarios.
 - b. Planificación, coordinación y ejecución de los casos asistenciales con el equipo de profesionales del SAD.
 - c. Seguimiento de casos.
 - d. Comunicación de incidencias y conflictos observados en el desarrollo de su tarea, incluidos los de carácter sanitario para que se curse la correspondiente petición de asistencia sanitaria.
- **Tareas de atención psicosocial:**
 - Acompañamiento y atenciones en el domicilio y con carácter excepcional acompañamiento nocturno.
 - Ayuda para la movilización externa, que garantice la atención e integración en su entorno habitual.
 - Apoyo a gestiones diversas; realización de compras domésticas a cuenta del usuario del servicio.
 - Facilitar la integración social: entretenimiento personal, compañía, conversación, juegos, actividades psicomotrices, etc.
 - Apoyo dirigido a facilitar la participación en actividades comunitarias de relación familiar o social.
 - Atención psico-social en situaciones de conflicto convivencial y desestructuración familiar.
 - Apoyo a las relaciones intrafamiliares.
 - Ayuda para la comunicación con los demás cuando existen dificultades para expresarse.
 - Apoyo a las familias; apoyar el descanso de la familia.

Atendiendo a los objetivos y funciones relacionados en el ámbito de los servicios de ayuda a domicilio, los perfiles profesionales asociados a estas actividades se resumen en la Tabla 49.

Tabla 49. Perfil ocupacional de Auxiliar de ayuda a domicilio.

NOMBRE:	AUXILIAR DE AYUDA A DOMICILIO
TAREAS Y FUNCIONES:	
<p>Desarrollar intervenciones domiciliarias de atención física y psicosocial dirigidas a personas en situación de dependencia y a su entorno.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ayuda para la higiene personal (atención especial al mantenimiento de la higiene personal para encamados e incontinentes). ▪ Controlar los hábitos alimenticios ▪ Supervisión en la toma de medicamentos ▪ Ayuda para la comunicación ▪ Asistencia inmediata al usuario en caso de emergencia ▪ Ayuda en las actividades de la casa ▪ Ayuda para el transporte fuera del domicilio ▪ Ayuda para el desplazamiento en el interior del domicilio ▪ Ayuda para la administración del dinero y los bienes ▪ Tareas de coordinación e información con el equipo de servicio ▪ Seguimiento de los casos ▪ Comunicación de incidencias y conflictos ▪ Acompañamiento a visitas terapéutica 	
COMPETENCIAS TÉCNICAS:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conocimiento de técnicas de aseo de terceras personas ▪ Conocimiento de manipulación de alimentos, caducidades y elaboración de menús ▪ Conocimiento de primeros auxilios ▪ Conocimientos sobre administración de medicamentos ▪ Conocimientos de técnicas de movilización (traslados y deambulación de personas imposibilitadas) ▪ Conocimientos de labores, productos y aplicaciones de limpieza, lavado y planchado ▪ Conocimiento de los recursos de apoyo social, procesos de atención en la ayuda a domicilio, y tecnologías asociadas a la asistencia domiciliaria ▪ Conocimientos de programas de rehabilitación, ocio y tiempo libre 	
COMPETENCIAS GENÉRICAS:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Empatía ▪ Orientación al usuario ▪ Habilidades de Sociabilidad ▪ Habilidades de Comunicación ▪ Adaptación – Flexibilidad ▪ Autocontrol y estabilidad emocional ▪ Capacidad de análisis - síntesis ▪ Planificación y organización ▪ Capacidad resolutive ▪ Iniciativa y Creatividad ▪ Autodesarrollo ▪ Discreción ▪ Trabajo en equipo 	
FORMACIÓN RECOMENDABLE:	
<p>Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería Auxiliar de Ayuda a Domicilio Auxiliar de Enfermería en Geriatría Cursos Específicos en Actividades Manuales.</p>	
EXPERIENCIA NECESARIA:	
<p>Mínima: menor o igual a 6 meses Óptima: de 12 a 24 meses</p>	

Fuente: Elaboración propia a partir de diversos informes^{28 30 31 32 33 34 35}

Las funciones anteriormente desarrolladas permiten la definición de nuevos diseños de programas específicos de formación para el empleo. Es importante incidir en la necesidad de contar con una oferta formativa proactiva, adaptada a las necesidades presentes y futuras del sector, una oferta que permita la cualificación profesional necesaria para garantizar la calidad de los servicios prestados.

En este sentido, los sistemas públicos y privados de orientación profesional para el empleo y el autoempleo deben hacer un esfuerzo especial por desarrollar itinerarios personalizados de inserción laboral dirigidos a las personas desempleadas para que, a partir de la definición de un perfil profesional generador de oportunidades de empleo, como los que hemos descrito anteriormente, las personas que reciben la orientación sean conscientes de sus necesidades formativas, de sus posibilidades de acceso a una cualificación profesional adecuada a estos perfiles y de las modalidades de oferta disponibles en su entorno.

Entre los perfiles relacionados con los cuidados profesionales, podemos señalar los correspondientes a los servicios prestados por médicos, fisioterapeutas, psicólogos, pedagogos, terapeutas ocupacionales, operadores de teleasistencia, monitores de actividades físicas y deportivas, animadores socioculturales, trabajadores sociales, etc.

En el presente estudio centraremos la atención sobre los perfiles profesionales directamente vinculados a los cuidados y la atención personal; en concreto las dirigidas a la prestación de servicios auxiliares de enfermería y ayuda a domicilio. Estas actividades concentran, por otra parte, el mayor volumen de oportunidades de empleo en el sector, y a su vez presentan, una gran diversidad y heterogeneidad.

7. LA CUALIFICACIÓN PROFESIONAL DE LOS CUIDADORES PROFESIONALES. LAS NECESIDADES FORMATIVAS EN EL SECTOR.

Una vez estudiados los distintos perfiles profesionales necesarios para cubrir las demandas del mercado laboral, y centrandó nuestro estudio en aquellos vinculados directamente al desarrollo de los cuidados profesionales y no a aquellos que intervienen de manera transversal, en este apartado se analizan las distintas posibilidades de formación para los cuidadores profesionales en el ámbito de los cuidados integrales y la atención a la dependencia, como ocurre en el caso de los servicios auxiliares de enfermería y la ayuda a domicilio.

En este ámbito existen distintos entornos de trabajo: los centros de día y de noche, las residencias, los centros sociosanitarios y los servicios a domicilio. Los profesionales que trabajan en dichos entornos están en contacto directo con los usuarios y, por tanto, deben estar cualificados para el desempeño de sus funciones. Existen diversas posibilidades de formación para poder trabajar en este sector, a continuación se describen de forma general las distintas opciones formativas desarrolladas en España³⁶.

Por una parte, se encuentra la formación reconocida por el estado o formación reglada que comprende la formación profesional inicial y los Programas de Cualificación Profesional Inicial.

Por otra parte, dentro de la formación no reglada se encuentra el subsistema de formación para el empleo. Este subsistema incluye las siguientes modalidades formativas:

- Formación Ocupacional para desempleados.
- Programas mixtos de formación y empleo, dentro de los cuales se encuentran:
 - Escuelas Taller y Casas de Oficio
 - Talleres de Empleo.
- Formación Continua para empleados.
- Certificados de profesionalidad.

A continuación se realiza un análisis exhaustivo de las distintas modalidades de formación descritas anteriormente, revisando las posibilidades de obtener una cualificación profesional que permita la inserción profesional en el sector de los cuidados profesionales a las personas en situación de dependencia.

7.1. Sistema nacional de las cualificaciones profesionales

Para conocer la formación existente en el ámbito de la dependencia es fundamental analizar las competencias para las cuales capacita la formación existente en el sector. Esta formación viene regulada por la Ley Orgánica de las Cualificaciones y de la Formación Profesional. La finalidad de esta ley es la creación de un Sistema Nacional de Cualificaciones y Formación Profesional (SNCFP) que dote de unidad, coherencia y eficacia a la planificación, ordenación y administración de esta realidad³⁷.

El SNCFP está constituido por el conjunto de instrumentos y acciones necesarios para promover y desarrollar la integración de las ofertas de la formación profesional, mediante el Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales. Asimismo, busca promover y desarrollar la evaluación y acreditación de las correspondientes competencias profesionales, de forma que se favorezca el desarrollo profesional y social de las personas y se cubran las necesidades del sistema productivo³⁷. Por tanto, el análisis de los distintos tipos de formación se realizará tomando como referencia el SNCFP.

Este Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales, incluye el contenido de la formación profesional asociada a cada cualificación. La Ley Orgánica 5/2002, de las Cualificaciones y de la Formación Profesional, atribuye al Instituto Nacional de las Cualificaciones Profesionales (INCUAL) la responsabilidad de definir, elaborar y mantener actualizado dicho Catálogo y el correspondiente Catálogo Modular de Formación Profesional.

El INCUAL, creado por el Real Decreto 375/1999, de 5 de marzo, es el instrumento técnico, dotado de capacidad e independencia de criterios, que apoya al Consejo General de Formación Profesional para alcanzar los objetivos del Sistema Nacional de Cualificaciones y Formación Profesional. Para ello, entre los objetivos del INCUAL se encuentran la observación de las

cualificaciones y su evolución, la determinación y la acreditación de las cualificaciones, el desarrollo de la integración de las cualificaciones profesionales y el seguimiento y evaluación del Programa Nacional de Formación Profesional.

En el proceso de integrar las distintas ofertas formativas y formas de certificación y acreditación de las competencias y de las cualificaciones profesionales, la misión del Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales es ordenar los módulos formativos en un Catálogo Modular de FP y organizarlos por niveles de cualificación. Los títulos de FP y los Certificados de profesionalidad deberán tener carácter oficial y validez en toda España. Cada título y certificado acreditará las correspondientes cualificaciones profesionales a quienes los hayan obtenido.

El Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales permitirá también la evaluación y la acreditación de las competencias profesionales adquiridas a través de la experiencia laboral o de vías no formales de formación.

Centrando la atención sobre el sector objeto de este estudio, el Acuerdo sobre Criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, publicado en el BOE de 17 de diciembre de 2008, establecía las **categorías profesionales** a desarrollar para garantizar la calidad de servicios relacionados con la **dependencia**. Teniendo en cuenta dichas categorías, se deberá estudiar el desarrollo de las cualificaciones profesionales de los dos grupos siguientes:

- **Cuidador, gerocultor o similar**
- **Auxiliar de ayuda a domicilio**

Las titulaciones que habilitan para el desempeño de estas categorías profesionales son:

- I. Para el desempeño de la categoría de “Cuidador, gerocultor o similar” sería necesaria una titulación relacionada con la **cualificación profesional de Atención Sociosanitaria a Personas Dependientes en Instituciones Sociales**:
 - Título Profesional de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
 - Título Profesional de Técnico de Atención Sociosanitaria

- Certificado de Profesionalidad de Atención Sociosanitaria a Personas Dependientes en Instituciones Sociales.
2. Para el desempeño de la categoría de “Auxiliar de ayuda a domicilio” sería necesaria una titulación relacionada con la **cualificación profesional de Atención Sociosanitaria a Personas en el Domicilio**:
- Títulos Profesionales o certificados de profesionalidad anteriores.
 - Certificado de Profesionalidad de Atención Sociosanitaria a Personas en el Domicilio.

Tabla 50. Categorías profesionales del ámbito de la dependencia, cualificaciones y titulaciones.

Categorías profesionales del ámbito de la dependencia	Cualificación profesional	Titulación
Cuidador, gerocultor o similar	Atención Sociosanitaria a Personas Dependientes en Instituciones Sociales	- Título Profesional de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería - Título Profesional de Técnico de Atención Sociosanitaria - Certificado de Profesionalidad de Atención Sociosanitaria a Personas Dependientes en Instituciones Sociales
Auxiliar de ayuda a domicilio	Atención Sociosanitaria a Personas en el Domicilio	- Título Profesional de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería - Título Profesional de Técnico de Atención Sociosanitaria - Certificado de Profesionalidad de Atención Sociosanitaria a Personas en el Domicilio

Fuente: Elaboración propia a partir del Acuerdo sobre Criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, publicado en el BOE de 17 de diciembre de 2008

7.2. Formación Reglada y Programas de Cualificación Profesional Inicial

Teniendo en cuenta las titulaciones anteriores, a continuación se estudian, por una parte las distintas modalidades formativas existentes en la formación profesional reglada y, por otra, su evolución a partir del número de alumnos que han estudiado dicha formación entre los años 2003 y 2008.

Formación Profesional

El Ministerio de Educación define la Formación Profesional como el “conjunto de enseñanzas del sistema educativo, cuyo valor añadido es la formación práctica adecuada a las necesidades de la economía y a los diferentes sectores productivos”. Esta formación consta de ciclos formativos que tienen una estructura modular, de duración variable y contenidos teórico-prácticos adecuados a los diversos campos profesionales. Se estructura en 26 familias profesionales y en dos grados: ciclos formativos de grado medio y ciclos formativos de grado superior. De las 26 familias profesionales, las que hacen referencia a los cuidadores profesionales son las de Sanidad y Servicios Socioculturales y a la Comunidad³⁸.

Programas de cualificación Profesional Inicial

Dentro de la formación reglada existen también los Programas de Cualificación Profesional Inicial, éstos son una oferta formativa que tiene como objetivo que el alumnado³⁸:

- Alcance las competencias profesionales correspondientes al nivel uno de cualificación del Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales.
- Amplíe sus competencias básicas.
- Consiga una inserción laboral satisfactoria.

Se dirigen a alumnos mayores de dieciséis años que no hayan obtenido el título de Graduado en Educación Secundaria Obligatoria. Se organizan en perfiles profesionales (asociados a los diferentes sectores productivos) y se estructuran en módulos de tres tipos³⁸:

- Módulos específicos referidos a las unidades de competencia correspondientes a cualificaciones del nivel uno del Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales.
- Módulos formativos de carácter general cuyo objetivo es ampliar las competencias básicas y favorecer la transición del sistema educativo al mundo laboral.
- Módulos de carácter voluntario cuya finalidad es la obtención del título de Graduado en Educación Secundaria Obligatoria.

Si el alumno supera los módulos de carácter obligatorio (módulos específicos y módulos de carácter general), de un programa de cualificación profesional, recibirá una certificación académica que dará derecho, a quienes lo soliciten, a un certificado de profesionalidad emitido por la administración laboral. Los alumnos que superen los módulos de carácter voluntario, recibirá el título de Graduado en Educación Secundaria.

La oferta de los programas de cualificación profesional inicial comprende diferentes modalidades y podrán participar en estos programas, bajo la coordinación de las administraciones educativas³⁸:

- Los centros educativos.
- Las corporaciones locales.
- Las asociaciones profesionales.
- Las organizaciones no gubernamentales.
- Entidades empresariales y sindicales.

Existen dos titulaciones que sirven de referente dentro de la **formación profesional reglada para el cuidador profesional**, éstas son:

- **Técnico de grado medio en Cuidados Auxiliares de Enfermería.**
- **Técnico de grado medio en Atención Sociosanitaria.**

La primera de ellas pertenece a la familia profesional Sanidad y la segunda a la de de Servicios Socioculturales y a la Comunidad. Los contenidos de estas titulaciones se definen en las fichas técnicas de las mismas que se presentan a continuación (Tabla 51,Tabla 52)^{39,40}:

Tabla 51. Ficha FP grado medio en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

Duración	Requisitos de acceso	Capacitación adquirida	Plan de formación	Salidas profesionales	Normativa
1.400 horas	<ul style="list-style-type: none"> - Título de Graduado en Educación Secundaria Obligatoria. - Título de Técnico o de Técnico Auxiliar. - Haber superado el segundo curso del Bachillerato Unificado y Polivalente (BUP). - Otros estudios equivalentes a efectos académicos. - Prueba de acceso al ciclo formativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Preparar los materiales y procesar la información de la consulta/unidad en las áreas de su competencia. - Aplicar cuidados auxiliares de enfermería al paciente/cliente. - Cuidar las condiciones sanitarias del entorno del paciente y del material/instrumental sanitario utilizado en las distintas consultas/unidades/servicios. - Colaborar en la prestación de cuidados psíquicos al paciente/cliente realizando, a su nivel, la aplicación de técnicas de apoyo psicológico y de educación sanitaria. - Realizar tareas de instrumentación en equipos de salud bucodental 	<ul style="list-style-type: none"> - Operaciones administrativas y documentación sanitaria. - Técnicas básicas de enfermería. - Higiene del medio hospitalario y limpieza del material. - Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente. - Técnicas de ayuda odontológica/estomatológica. - Relaciones en el entorno del trabajo. - Formación y Orientación Laboral (F.O.L.). - Formación en Centros de Trabajo (F.C.T.). 	<ul style="list-style-type: none"> - Atención primaria y comunitaria: domiciliaria, promoción de la salud, salud bucodental, consultas y residencias de ancianos. - Atención especializada: consultas, hospitalización, urgencias, pediatría, unidades especiales (UVI, UCI, etc.) geriatría, etc. - Centros sanitarios, centros balneoterápicos, departamentos de asuntos sociales de Ministerios, CCAA y Ayuntamientos. 	<ul style="list-style-type: none"> - R.D. 546/95 por el que se establece el título y las enseñanzas mínimas - R.D. 558/95 por el que se establece el currículo

Fuente: Elaboración propia a partir de la información del Ministerio de Educación.

Tabla 52. Ficha FP grado medio en Atención Sociosanitaria

Duración	Requisitos de acceso	Capacitación adquirida	Plan de formación	Salidas profesionales	Normativa
2000 horas	<ul style="list-style-type: none"> - Título de Graduado en Educación Secundaria Obligatoria. - Título de Técnico o de Técnico Auxiliar. - Haber superado el segundo curso del Bachillerato Unificado y Polivalente (BUP). - Otros estudios equivalentes a efectos académicos. - Prueba de acceso al ciclo formativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Organizar, preparar y controlar las intervenciones de atención a las personas y a su entorno. - Desarrollar intervenciones de atención física a personas con necesidades específicas - Desarrollar intervenciones de atención psicosocial a personas con necesidades específicas - Desarrollar las actividades relacionadas con la gestión y funcionamiento de la unidad convivencial - Realizar la Administración, gestión y comercialización en una pequeña empresa o taller. 	<ul style="list-style-type: none"> - Planificación y control de las intervenciones - Atención sanitaria - Higiene - Atención y apoyo psicosocial - Ocio y tiempo libre de colectivos específicos - Apoyo domiciliario - Alimentación y nutrición familiar - Administración, gestión y comercialización en la pequeña empresa - Necesidades físicas y psicosociales de colectivos específicos - Comunicación alternativa - Relaciones en el equipo de trabajo - Formación y orientación laboral - Formación en Centros de Trabajo (F.C.T.). 	<ul style="list-style-type: none"> - Gobernanta/e, supervisor, responsable de planta, dentro de una institución residencial destinada al cuidado de personas con necesidades específicas: mayores, discapacitados, convalecientes y crónicos de larga duración. - Cuidador de personas mayores, discapacitadas físicas, psíquicas o sensoriales, en las diferentes instituciones existentes. - Asistente de atención domiciliaria. 	<ul style="list-style-type: none"> - R.D. 496/2003, de 2 de mayo por el que se establece el título y las enseñanzas mínimas. - R.D. 938/2003 por el que se establece el currículo.

Fuente: Elaboración propia a partir de la información del Ministerio de Educación.

Ambas titulaciones requieren que los alumnos estén en posesión de, al menos, el Título de Graduado en Educación Secundaria Obligatoria o similar, constan de 2.000 horas de enseñanza y su obtención está sujeta a la realización y superación de un periodo de prácticas en empresa. Estas titulaciones capacitan a sus alumnos para trabajar, entre otros, como cuidadores de personas dependientes tanto en domicilio como en ámbito residencial.

7.2.2. Evolución en los últimos años

El número alumnos matriculados en “Atención sociosanitaria” ha ido aumentando paulatinamente a lo largo de los últimos años. Destaca el hecho de que en los tres cursos académicos comprendidos por el periodo 2003-2006 el número de matriculados había aumentado en 3.190 personas y en los dos cursos comprendidos por el periodo 2006-2008 el aumento ha sido de 3.204 personas. Esta evolución evidencia un cada vez mayor volumen de matriculaciones, especialmente protagonizadas por mujeres. De hecho, las mujeres han realizado el 91,71% de las 16.933 matriculaciones registradas en este ciclo formativo entre los años 2003 y 2008 (Tabla 53)⁴¹.

Tabla 53. Evolución de los alumnos matriculados en “Atención Sociosanitaria”. Periodo 2003-2008.

	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2003-2006	2006-2008	
						VAR	VAR	% VAR
Total	269	1.758	3.459	4.784	6.663	3.190	3.204	66,97
Hombres	47	140	267	407	542	220	275	67,57
Mujeres	222	1.618	3.192	4.377	6.121	2.970	2.929	66,92
Pública	269	1.548	2.975	4.092	5.780	2.706	2.805	68,55
Privada	0	210	484	692	883	484	399	57,66

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Estadística de la Educación en España, Ministerio de Educación.

El ciclo formativo de “Cuidados Auxiliares de Enfermería” ha experimentado un aumento de las matriculaciones del 12,37% en el periodo 2003-2008, incrementándose el número de personas matriculadas en 2.835 personas, de las que el 95% son mujeres. En la evolución de este aumento de personas matriculadas merece especial mención el hecho de que hasta 8 de cada 10 nuevas inscripciones se han producido a partir del curso 2006-2007, produciéndose así un notable impulso a la cualificación profesional en este ámbito formativo (Tabla 54)⁴¹.

Tabla 54. Evolución de los alumnos matriculados en “Cuidados Auxiliares de Enfermería”. Periodo 2003-2008.

	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2003-2006	2006-2008	
						VAR	VAR	% VAR
Total	22.926	23.566	23.486	24.768	25.761	560	2.275	9,19
Hombres	2.414	2.252	2.247	2.323	2.554	-167	307	13,22
Mujeres	20.512	21.314	21.239	22.445	23.207	727	1.968	8,77
Pública	13.906	14.085	14.172	15.065	15.898	266	1.726	11,46
Privada	9.020	9.481	9.314	9.703	9.863	294	549	5,66

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Estadística de la Educación en España, Ministerio de Educación.

Si se tiene en cuenta la evolución seguida por las matriculaciones en ambos ciclos formativos, puede comprobarse que éstas aumentaron en el periodo 2003-2008, en conjunto, en un 39,80%, siendo protagonizadas por mujeres hasta un 93% de éstas. En el ámbito de la formación pública se realizaron el 81,3% de las matriculaciones, aunque en los últimos años se ha incrementado la enseñanza privada en torno al 19%, hasta llegar a dar cobertura a casi 1 de cada 3 plazas ofertadas en el curso 2007-2008 y a más de la mitad de las matriculaciones realizadas en el ciclo formativo de “Cuidados auxiliares de enfermería” (Tabla 55)⁴¹.

Tabla 55. Alumnos matriculados en títulos relacionados con las ocupaciones de cuidadores. Periodo 2003-2008.

	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2003-2006	2006-2008	
						VAR	VAR	% VAR
Total	23.195	25.324	26.945	29.552	32.424	3.750	5.479	18,54
Hombres	2.461	2.392	2.514	2.730	3.096	53	582	21,32
Mujeres	20.734	22.932	24.431	26.822	29.328	3.697	4.897	18,26
Pública	14.175	15.633	17.147	19.157	21.678	2.972	4.531	23,65
Privada	9.020	9.691	9.798	10.395	10.746	778	948	9,12

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Estadística de la Educación en España, Ministerio de Educación.

El aumento en un 39,80% de las matriculaciones relacionadas con los ciclos formativos asociados a los cuidados profesionales en el periodo 2003-2008 supera, en su conjunto, al aumento de matriculaciones producidos en sus Familias Profesionales de origen, Sanidad y Servicios Socioculturales y a la Comunidad, destacando especialmente el aumento registrado en el ciclo de “Atención Sociosanitaria”, que ha protagonizado el 69,3% de las nuevas matriculaciones. En este sentido, cabe destacar que 9 de cada 10 nuevas matriculaciones registradas en estas dos

Familias Profesionales han correspondido a estos dos ciclos formativos relacionados con los cuidados profesionales, produciéndose 6 de cada 10 nuevas inscripciones a partir del curso 2006-2007 (Tabla 56) ⁴¹.

Tabla 56. Evolución de las matriculas por especialidades. Periodo 2003-2008.

						2003-2006	2006-2008	
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	VAR	VAR	% VAR
Atención sociosanitaria	269	1.758	3.459	4.784	6.663	3.190	3.204	92,63
Cuidados auxiliares de enfermería	22.926	23.566	23.486	24.768	25.761	560	2.275	9,69
Cuidadores profesionales	23.195	25.324	26.945	29.552	32.424	3.750	5.479	20,33
Familias profesionales San y SSC	29.307	31.552	33.190	36.129	39.407	3.883	6.217	18,73

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Estadística de la Educación en España, Ministerio de Educación.

7.3. El Subsistema de Formación para el Empleo. La integración de la formación ocupacional y continua

Como se ha visto anteriormente, la formación profesional no es la única manera de acceder a este mercado profesional. Por lo tanto, es importante realizar un detallado estudio sobre la situación actual de las otras modalidades de formación existentes en España.

7.3.1. Formación ocupacional para desempleados

La **formación profesional ocupacional** es una Formación Profesional no reglada (es decir, no regulada por la L.O.G.S.E.), destinada a todas aquellas personas que están en situación de desempleo y que necesiten adquirir o perfeccionar su nivel de conocimientos en un determinada ocupación, con el fin de facilitar su inserción en el mercado laboral y contribuir a la promoción del autoempleo. En general se dirige a todas las personas en situación de desempleo que se encuentren en edad laboral (entre 16 y 65 años).

Actualmente existe una amplia programación de formación ocupacional relacionada con el objeto de estudio. En la familia profesional de la Sanidad, existen diversas especialidades

relacionadas con el sector de la dependencia, dentro del área profesional Cuidados Auxiliares, que se muestran en la Tabla 57⁴².

Tabla 57. Especialidades relacionadas con el sector de la dependencia de la familia profesional de la Sanidad

Código	FAMILIA: Sanidad	Horas totales	Fecha Sit Esp ⁱⁱ
SANC01	Atención especializada para enfermos de Alzheimer	250	01/10/97
SANC20	Auxiliar de enfermería en hospitalización	675	30/09/97
SANC3007	Auxiliar de enfermería en geriatría	300	04/01/07
SANC4007	Auxiliar de enfermería en salud mental y toxicomanías	300	04/01/07
SANC5006	Auxiliar de enfermería en rehabilitación	350	06/03/06
SANC70	Técnico en psicomotricidad	400	13/06/03
SAND10	Técnico en dietética y nutrición	700	30/09/97

Fuente: Elaboración propia a partir de la consulta de datos del Servicio Estatal Público de Empleo

En la familia profesional Servicios Socioculturales y a la Comunidad, dentro del área profesional Asistencia Social, existen las siguientes especialidades formativas de uso general, relacionadas con el ámbito de la investigación objeto de estudio (Tabla 58)⁴³.

Tabla 58. Especialidades relacionadas con el sector de la dependencia de la familia profesional de los Servicios Socioculturales y a la Comunidad.

Código	FAMILIA: Servicios socioculturales y a la Comunidad	Horas totales	Fecha Sit Esp
SSCS01	Cuidador de discapacitados físicos y psíquicos	200	02/10/02
SSCS0108	Atención sociosanitaria a personas en domicilio	600	10/09/08
SSCS0208	Atención sociosanitaria a personas dependientes en instituciones	450	10/09/08

Fuente: Elaboración propia a partir de la consulta de datos del Servicio Estatal Público de Empleo

ⁱⁱ Abreviatura de "situación de la especialidad". Esta fecha hace referencia a la elaboración del contenido de la especialidad.

7.3.2. Evolución en los últimos años

En los dos últimos años se ha producido un acusado descenso en el número de personas que finalizaron acciones de formación ocupacional para desempleados en el ámbito de los cuidados profesionales. Concretamente, mientras que en 2008 finalizaron este tipo de acciones un total de 12.065 personas, en el 2009 sólo lo hicieron 10.653 personas, lo que supone una disminución de hasta un -11,70% en el número de personas formadas en este ámbito.

De las siete especialidades formativas ofertadas en el ámbito de los cuidados profesionales, cinco de ellas corresponden a la Familia Profesional de Sanidad y las dos restantes a la Familia Profesional de Servicios Socioculturales y a la Comunidad. De ellas, sólo en dos casos se registraron incrementos en el número de **alumnos formados**, concretamente en las especialidades de “Auxiliar de Enfermería en Geriatría”, con un aumento del 50,57%, y en “Auxiliar de Enfermería en Salud Mental y Toxicomanías”, destacando especialmente el descenso producido en la especialidad de “Auxiliar de Ayuda a Domicilio” con una disminución del -38,53% (Tabla 59).

Tabla 59. Alumnos que finalizaron acciones de formación ocupacional por especialidades formativas. Periodo 2008-2009.

Código		2008	2009	Var	% Var
	TOTAL	12.065	10.653	-1.412	-11,7
SANC3007	Auxiliar de enfermería en geriatría	3.326	5.008	1.682	50,57
SANC4007	Auxiliar de enfermería en salud mental y toxicomanías	271	362	91	33,58
SSCS30	Auxiliar de ayuda a domicilio	3.644	2.240	-1.404	-38,53
SSCS01	Cuidador de discapacitados físicos y psíquicos	1.400	606	-794	-56,71
SANC01	Atención especializada para enfermos de Alzheimer	2.433	1.649	-784	-32,22
SANC20	Auxiliar de enfermería en hospitalización	775	576	-199	-25,68
SANC5006	Auxiliar de enfermería en rehabilitación	216	212	-4	-1,85

Fuente: Elaboración propia a partir de la consulta de datos del Servicio Estatal Público de Empleo

Desde la **perspectiva de género** destaca el importante descenso producido en la participación de las mujeres en este tipo de acciones formativas, reduciéndose en hasta un -14,65% el número de mujeres que finalizaron acciones formativas relacionadas con los cuidados profesionales. Al contrario, cabe destacar el aumento registrado de participación masculina, en un 17,02%, producido fundamentalmente en la especialidad de “Auxiliar de Enfermería en Geriatría”.

Si analizamos el **comportamiento** registrado **por edades**, destaca de manera especial el descenso de participación de jóvenes en este tipo de formación, por encima del descenso general (-18,47%), y la ligera disminución en la participación de personas mayores de 45 años (Tabla 60).

Tabla 60. Evolución del número de alumnos en acciones de formación ocupacional por especialidades formativas, género y edad. Periodo 2008-2009.

Código		Total		Hombres		Mujeres		Jóvenes		Mayores 45	
		Var	% Var	Var	% Var	Var	% Var	Var	% Var	Var	% Var
	TOTAL	-1.412	-11,7	191	17,02	-1.603	-14,65	-491	-18,47	-453	-0,53
SANC3007	Auxiliar de enfermería en geriatría	1.682	50,57	357	131,73	1.325	43,37	168	39,90	411	40,18
SANC4007	Auxiliar de enfermería en salud mental y toxicomanías	91	33,58	29	100	62	25,62	30	60	2	2,63
SSCS30	Auxiliar de ayuda a domicilio	-1.404	-38,53	-71	-24,57	-1.333	-39,73	-228	-49,67	-440	-37,61
SSCS01	Cuidador de discapacitados físicos y psíquicos	-794	-56,71	-73	-36,68	-721	-60,03	-199	-64,82	-177	-56,73
SANC01	Atención especializada para enfermos de Alzheimer	-784	-33,22	-32	-13,68	-752	-34,20	-184	-43,81	-223	-31,36
SANC20	Auxiliar de enfermería en hospitalización	-199	-25,68	-10	-13,51	-189	-26,96	-68	-36,56	-45	-30
SANC5006	Auxiliar de enfermería en rehabilitación	-4	-1,85	-9	-34,62	5	2,63	-10	-25	19	45,24

Fuente: Elaboración propia a partir de la consulta de datos del Servicio Estatal Público de Empleo

7.3.3. Programas mixtos de formación y empleo (ETCOTE)

Existen otras modalidades formativas en el ámbito de los cuidados a las personas dependientes: las Escuelas Taller y las Casas de Oficios. Éstos son centros de trabajo y formación en los que jóvenes desempleados reciben formación profesional ocupacional y además realizan prácticas profesionales, con el fin de que a su término estén capacitados para el desempeño adecuado del oficio aprendido y sea más fácil su inserción en el mundo del trabajo.

Para acceder a este tipo de formación deben cumplirse los siguientes requisitos:

- Estar inscrito en la oficina de empleo como desempleado.

- No haber cumplido los 25 años y ser mayor de 16 años.

Las **Escuelas Taller** tienen una duración de entre uno y dos años y constan de dos etapas:

- En la primera, de seis meses, los alumnos reciben formación profesional teórico práctica, así como los conocimientos necesarios para evitar los riesgos laborales en el trabajo. Durante este período reciben una ayuda económica en concepto de beca de formación.
- En la segunda, de entre seis y dieciocho meses, los alumnos trabajadores suscriben un contrato de trabajo para la formación con la entidad promotora, por el que reciben el 75% del salario mínimo interprofesional vigente cada año, realizan un trabajo de utilidad pública y social y continúan con el proceso formativo iniciado en la primera parte.

Las **Casas de Oficios** tienen una duración de un año y constan de dos etapas:

- En la primera, de seis meses, los alumnos reciben formación profesional teórico práctica, así como los conocimientos necesarios para evitar los riesgos laborales en el trabajo. Durante este período reciben una ayuda económica en concepto de beca de formación.
- En la segunda, de seis meses, los alumnos trabajadores suscriben un contrato de trabajo para la formación con la entidad promotora, por el que reciben el 75% del salario mínimo interprofesional vigente cada año, realizan un trabajo de utilidad pública y social y continúan con el proceso formativo iniciado en la primera parte.

También existen los **Talleres de Empleo**, que consisten en un programa mixto de empleo y formación dirigido a desempleados de veinticinco o más años. Los trabajadores participantes adquieren formación profesional y práctica laboral mediante la realización de obras o servicios de utilidad pública o interés social relacionados con nuevos yacimientos de empleo, posibilitando su posterior inserción laboral tanto por cuenta ajena como mediante la creación de proyectos empresariales o de economía social.

Los Talleres de Empleo son promovidos por entidades públicas o privadas sin ánimo de lucro (Órganos, Organismos Autónomos y otros Entes Públicos de la Administración General del Estado y de las CCAA; Entidades Locales y sus organismos Autónomos; Entidades con

competencias en materia de promoción de empleo, dependientes de Entidades Locales y con titularidad íntegra correspondiente a estas; Consorcios; Asociaciones; Fundaciones y otras Entidades sin ánimo de lucro).

Tienen una duración mínima de 6 meses y máxima de 1 año. Una vez transcurrido el plazo concreto de duración previsto en la resolución aprobatoria del proyecto, se entiende finalizado el Taller de Empleo, por lo que los contratos celebrados nunca pueden sobrepasar el tiempo máximo de duración del proyecto.

Durante el desarrollo del Taller de Empleo, los participantes, además de suscribir un contrato con la entidad promotora desde su inicio, reciben una formación profesional ocupacional adecuada a la ocupación a desempeñar, en alternancia con el trabajo y la práctica profesional.

Tabla 61. Características de las Escuelas Taller, Casas de Oficio y Talleres de Empleo.

Programas mixtos de formación y empleo (ETCOTE)	Requisitos de acceso	Duración	Etapas
Escuelas Taller	- Inscrito como desempleado. - Entre 16 y 25 años	Entre 1 y 2 años	1º. 6 meses, formación profesional teórico práctica con una ayuda económica en concepto de beca de formación 2º. entre seis y dieciocho meses, contrato de trabajo para la formación con la entidad promotora, por el que reciben el 75% del salario mínimo interprofesional
Casas de Oficio	- Inscrito como desempleado. - Entre 16 y 25 años	1 año	1º. 6 meses, formación profesional teórico práctica con una ayuda económica en concepto de beca de formación 2º. 6 meses, contrato de trabajo para la formación con la entidad promotora, por el que reciben el 75% del salario mínimo interprofesional
Talleres de Empleo	- Inscrito como desempleado. - ≥ 25 años	Entre 6 meses y 1 año	1º. contrato con la entidad promotora (entidades públicas o privadas sin ánimo de lucro) desde su inicio

Fuente: Elaboración propia a partir de la consulta de datos del Servicio Estatal Público de Empleo

La oferta formativa de los programas de escuelas taller y casas de oficio y talleres de empleo relacionados con el sector sociosanitario se muestran en la Tabla 62:

Tabla 62. Oferta formativa de los programas de escuelas taller y casas de oficio y talleres de empleo relacionados con el sector sociosanitario.

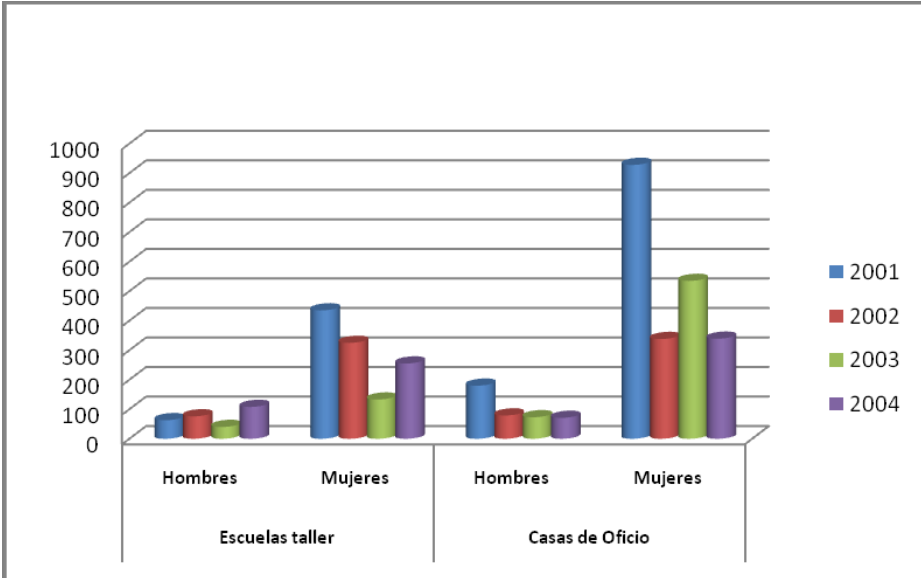
Familia profesional	Área profesional	Especialidad
Salud	Cuidados auxiliares	Atención geriátrica
		Atención en salud mental
		Atención al disminuido
		Masaje y recuperación funcional
		Técnicos en urgencias sanitarias
Servicios socioculturales y a la comunidad	Asistencia social	Ayuda a domicilio
		Atención a la infancia
		Atención a colectivos marginales
		Auxiliar de trabajo social
		Dinamización sociolaboral
		Asistente personal para la autonomía

Fuente: Elaboración propia a partir de la consulta de datos del Servicio Estatal Público de Empleo

El INEM, en su informe realizado entre los años 2001 y 2004, estudia la inserción laboral de los alumnos tanto de la Escuelas Taller y las Casas de Oficio como los de los Talleres de Empleo⁴⁴.

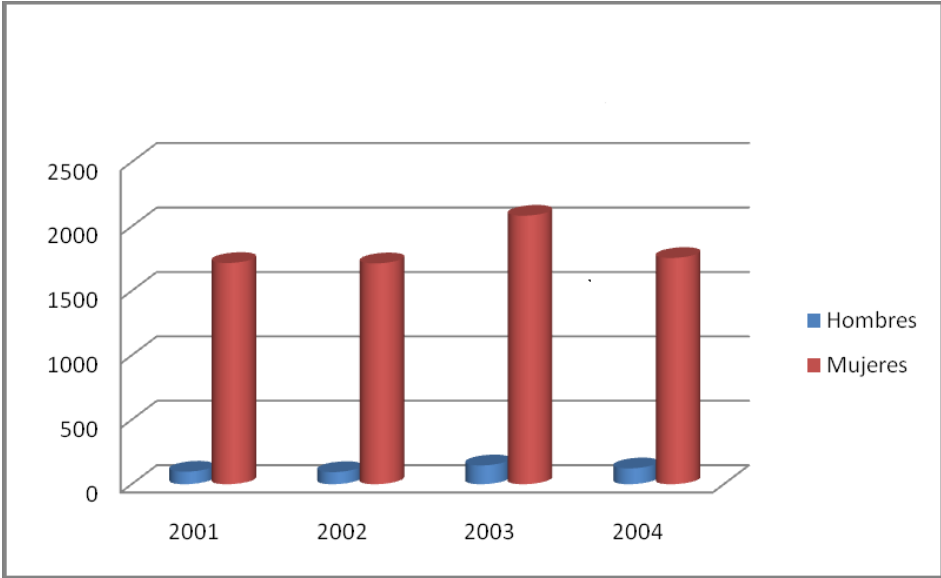
En la Figura 10 y Figura 11, se observa que al igual que en la formación profesional inicial este tipo de talleres son realizados en su mayoría por mujeres (de los 3.978 **alumnos formados** en las escuelas taller y casas de oficio el 82,65% eran mujeres, así como el 94,05% de los 7.731 alumnos asistentes a los talleres de empleo). Este hecho puede ser debido a que en los requisitos para acceder a este tipo de formación se favorezca la incorporación de las mujeres.

Figura 10. Número de alumnos formados en las escuelas taller y casas de oficio del sector sociosanitario según género. Periodo 2001-2004.



Fuente: Elaboración propia a partir del informe del INEM - Escuelas Taller y Casas de Oficio, Talleres de Empleo: Inserción laboral 2004. Evaluación de resultados.

Figura 11. Número de alumnos formados en los talleres de empleo del sector sociosanitario según género. Periodo 2001-2004



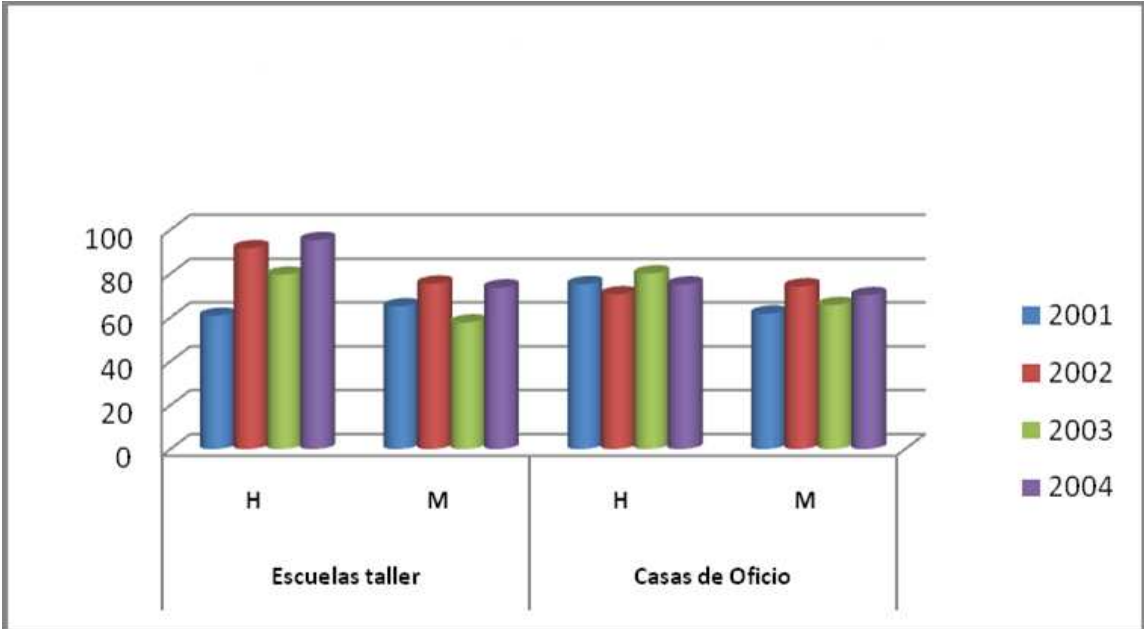
Fuente: Elaboración propia a partir del informe del INEM - Escuelas Taller y Casas de Oficio, Talleres de Empleo: Inserción laboral 2004. Evaluación de resultados.

Los gráficos muestran que no ha habido ningún patrón definido de crecimiento o disminución en el número de alumnos formados tanto en las escuelas taller y las casas de oficio como los

talleres de empleo, esto puede ser debido a que las instituciones que organizan estos cursos hayan priorizados otros sectores distintos al socio-sanitario en los años en los que el número de alumnos disminuye.

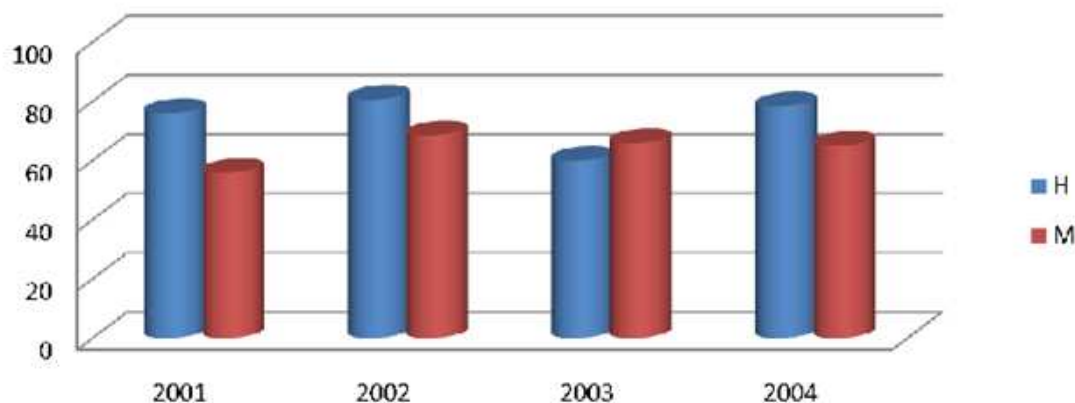
La Figura 12 y Figura 13 muestran los **porcentajes de inserción laboral** de los alumnos de las escuelas taller, las casas de oficio y los talleres de empleo durante el periodo 2001-2004. Se observa en ambos casos que la inserción laboral de los hombres ha sido ligeramente superior a las de las mujeres. Este hecho se explica por el menor número de hombres formados, lo que implica que hay menos individuos que deban ser absorbidos por el mercado laboral.

Figura 12. Porcentaje de inserción medio de los alumnos formados en las escuelas taller y las casas de oficio.



Fuente: Elaboración propia a partir del informe del INEM - Escuelas Taller y Casas de Oficio, Talleres de Empleo: Inserción laboral 2004. Evaluación de resultados.

Figura 13. Porcentaje de inserción medio de los alumnos formados en los talleres de empleo.



Fuente: Elaboración propia a partir del informe del INEM - Escuelas Taller y Casas de Oficio, Talleres de Empleo: Inserción laboral 2004. Evaluación de resultados.

Aun así los porcentajes de inserción laboral para este tipo de formación son muy elevados ya que la media de inserción en estos cuatro años para las escuelas taller fue de un 69,37% mientras que para los talleres de empleo fue de un 63,59%. Estos porcentajes de inserción pueden deberse, en parte, a que este tipo de formación debe tener un compromiso de contratación, pero también a las crecientes demandas de este tipo de perfil en el mercado.

7.3.4. Formación continua para ocupados

La Fundación Tripartita define la formación Profesional Continua como “el conjunto de acciones formativas que desarrollan las empresas, los trabajadores o sus respectivas organizaciones, dirigida tanto a la mejora de competencias y cualificaciones, como a la recualificación de los trabajadores ocupados que permitan compatibilizar la mayor competitividad de las empresas con la formación individual del trabajador”⁴⁵.

La formación continua se integra en el subsistema de formación para el empleo, regulado por el Real Decreto 395/2007, de 23 de marzo, (BOE n. 87, 11/04/2007) y por las diferentes disposiciones que lo desarrollan. Esta normativa deroga el anterior Real Decreto 1046/2003, de 1 de agosto, que regulaba la Formación Continua, dirigida exclusivamente a trabajadores ocupados.

El nuevo Real Decreto contempla diferentes iniciativas de formación, que serán desarrolladas por órdenes ministeriales; las publicadas hasta el momento son⁴⁶:

- **Acciones formativas de las empresas y permisos individuales de formación. (Formación de demanda).** Son las que las empresas planifican y gestionan para sus trabajadores; utilizan para su financiación la cuantía para formación que se asigna a cada empresa en función de su plantilla. Esta iniciativa de formación comprende también los Permisos individuales de formación, que tienen por objeto el que los trabajadores puedan realizar acciones formativas reconocidas por una titulación oficial, sin coste para la empresa donde prestan sus servicios. Las empresas disponen de un crédito para financiar la formación de sus trabajadores cuyo importe se obtiene al aplicar a la cuantía ingresada por cada empresa el año anterior, en concepto de cuota de formación profesional, el porcentaje que anualmente se establece. Las empresas que concedan permisos individuales de formación dispondrán de un crédito adicional según lo dispuesto en el artículo 13.3 del Real Decreto 395/2007 en el artículo 23 de la Orden reguladora de esta iniciativa.
- **Planes de formación dirigidos prioritariamente a trabajadores ocupados (Formación de oferta).** La convocatoria de subvenciones para la formación dirigida prioritariamente a los trabajadores ocupados en el ámbito estatal contempla la firma de convenios de colaboración para la realización de distintos tipos de planes de formación:
 - Intersectoriales, para la adquisición de competencias transversales a varios sectores económicos. Incluyen la formación de la representación legal de los trabajadores necesaria para el ejercicio de sus funciones.
 - Intersectoriales dirigidos a trabajadores y socios de la economía social.
 - Intersectoriales para trabajadores autónomos.
 - Sectoriales, dirigidos a trabajadores de un sector productivo concreto y al reciclaje y recualificación de trabajadores procedentes de otro sector en situación de crisis.

Estas ayudas podrán ser solicitadas por:

- Organizaciones empresariales y sindicales más representativas en el ámbito estatal.
- Organizaciones empresariales y sindicales más representativas en un sector económico a nivel estatal y los entes paritarios creados o amparados en la negociación colectiva.
- Organizaciones de la economía social con suficiente implantación en el ámbito estatal.
- Asociaciones de trabajadores autónomos con suficiente implantación en el ámbito estatal

Esta iniciativa de formación está contemplada en la Orden ORDEN TAS/718/2008, que regula el subsistema de formación profesional para el empleo en materia de formación de oferta, y cuenta con la participación del Fondo Social Europeo.

- **Acciones de apoyo y acompañamiento a la formación.**

Si se centra la atención en el sector de la dependencia, y según el informe realizado por Comisiones Obreras (CCOO) en 2005 “Formación y Ley de Autonomía Personal”, se observa que existe un marcado déficit en la formación continua ofertada a las personas empleadas en este sector. Las principales necesidades detectadas se dividen en las relativas a las empresas, a los trabajadores y a la formación en sí⁴⁷.

Respecto de las empresas, cabe destacar la necesidad de incrementar la participación de las empresas del sector, en especial de las PYMEs, en el sistema de formación continua, ya que en 2004 sólo accedían a él el 10,8% del total siendo, además, las empresas grandes las que más utilizan las ayudas de formación continua y sus trabajadores los que resultan más beneficiados por la formación⁴⁷.

En el marco de las actuaciones de difusión del modelo de formación continua, se deberá hacer especial hincapié en llegar a las PYMES del sector para lograr un incremento de su participación, bien a nivel individual o como empresas agrupadas, dado que el mayor número de ellas (59,3%) se encontraba en el tramo de plantilla de entre 10 y 49 trabajadores.

Las necesidades detectadas con respecto a los trabajadores, fueron sobre todo las relacionadas con la cualificación. Teniendo en cuenta que el perfil tipo del trabajador del sector se corresponde con el de “mujer, no cualificada, del área de producción”, la formación continua es de gran importancia para que los empleados de este ámbito de actividad alcancen los niveles de conocimientos técnicos requeridos, la capacitación profesional necesaria y el perfil profesional más adecuado para cada puesto. La formación continua en este sector adquiere más relevancia por la carencia de estudios reglados de gerontología.

En relación con la formación, los datos sobre estructuración de la formación y ocupaciones asociadas a los servicios prestados por las distintas tipologías de empresas pone de manifiesto la necesidad de iniciar actuaciones que adecuen la oferta ocupacional a las necesidades detectadas.

Por su parte, la Fundación Tripartita, en su informe titulado “Sistema para la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia. Necesidades Formativas” establece las acciones de formación continua más adecuadas para cubrir las necesidades de actualización y reciclaje de las ocupaciones del sector (Tabla 63)⁴⁵.

Tabla 63. Acciones de formación continua en el ámbito de la dependencia.

FORMACIÓN EN EL ÁREA DE SANIDAD	
Aspectos psicológicos del envejecimiento: las demencias	La intervención con vendajes, sondas, curas y colostomías
Cuidados específicos a personas con Alzheimer	Podología
Cuidados paliativos en mayores con enfermedades terminales	Prevención de trastornos dorso-lumbares
Diabetes en los mayores: atención e intervención	Primeros auxilios: actuación en caso de emergencia
Curso básico de gerocultoras/es	Quiromasaje
Curso básico de ayuda a domicilio	Técnicas de movilización postural y ejercicio físico
Efectos secundarios de la medicación en el anciano	Tratamiento médico de úlceras, escaras y otras heridas crónicas
El cuidado de los mayores con enfermedades infecto-contagiosas	Manipulador de alimentos en los centros de atención a mayores
El proceso de envejecimiento	Dietética y nutrición para la tercera edad
Enfermedades orgánicas más frecuentes en la vejez	Tratamientos en el mayor con enfermedad crónica
Fisioterapia y rehabilitación en la tercera edad	Tratamientos médicos en mayores asistidos
La enfermedad de Parkinson en los mayores	
FORMACIÓN EN EL ÁREA SOCIAL	
Marco general básico de los servicios sociales	Técnicas de animación sociocultural en actividades con la tercera edad
Terapia ocupacional en mayores	
FORMACIÓN REFERIDA AL ÁREA DE DIRECCIÓN, ORGANIZACIÓN, LEGISLACIÓN Y CALIDAD DEL SERVICIO	
Básico de legislación aplicable en centros de servicios sociales para mayores	Gestión de la calidad en un centro de atención social
Dirección de marketing y comercial en centros sociosanitarios	Gestión de recursos humanos en un centro de servicios sociales
Dirección técnica de los centros de servicios sociales	Gestión económico-financiera de un centro de acción social
Calidad de atención a clientes y eficacia en la atención telefónica	Habilidades directivas para la gestión de un centro de servicios sociales
Gestión de la farmacia	Habilidades sociales en el trato con los mayores
La preservación de la intimidad y la confidencialidad en el centro	Gestión de la información
FORMACIÓN REFERIDA A LA INTERVENCIÓN CON FAMILIAS	
Programas para la intervención para la integración de los familiares del mayor	Preparación y acompañamiento en la muerte y el duelo
FORMACIÓN REFERIDA A ASPECTOS DE LOS PROFESIONALES	
El estrés del cuidador	El trabajo en equipo en centros de atención a la tercera edad
La salud laboral y la prevención de riesgos laborales en el centro de atención a mayores	Entorno específico de la acción sociosanitaria a la tercera edad
Humanización del servicio a la tercera edad	
FORMACIÓN DIRIGIDA A CENTROS RESIDENCIALES	
Específica del área sanitaria y social	
Movilización de personas mayores y ergonomía	Auxiliar de geriatría
Movilización de ancianos	Movilización de ancianos: ejercicios de autoayuda para la prevención de lesiones
Tratamiento y prevención de escaras	Nutrición y dietética
Autoprotección y sensibilización medioambiental en centros de la tercera edad	Atención al anciano: higiene postural y prevención de lesiones de espalda

Cuidarse para cuidar	Movilización e higiene postural
Prevención y manejo de demencias y enfermedades psiquiátricas	Enfermedades orgánicas más frecuentes en la vejez
Habilidades sociales en el trato con el anciano	Prevención y atención sociosanitaria
Valoración geriátrica	Mediación familiar
Auxiliar de ayuda a domicilio	Técnicas para el auxiliar de ayuda a domicilio
Ubicación al Servicio de Ayuda a Domicilio	
Formación transversal	
Las relaciones laborales en el sector de los servicios sociales	Contabilidad y finanzas para directivos no financieros
Atención al cliente	Calidad de empresas de servicios gerontológicos
Estrés profesional	Técnicas de mediación social
Gestión de tesorería	Gestión de presupuestos
Desarrollo de directivos	Habilidades avanzadas de dirección
Habilidades sociales y asertividad	Habilidades de comunicación
Seguimiento, evaluación y coordinación	Iniciación a la informática
Ofimática	Programa informático de gestión
Internet y correo electrónico	Inglés
Actuaciones en caso de emergencia. Extinción de incendios	Curso básico de extinción de incendios en hospitales
Prevención de riesgos laborales	Organización y preparación de simulacros
Habilidades sociales y control de estrés	Investigación de accidentes
Comunicación telefónica	Técnicas de venta
Formación relacionada	
Cocina básica	Mantenimiento higiénico sanitario en instalaciones con riesgo de legionella
Prevención y control de la legionelosis	Carnet de manipulador de alimentos
Manipulación de alimentos	Asesoramiento de cocina
FORMACIÓN DIRIGIDA A EMPRESAS DE SERVICIOS SOCIALES A DOMICILIO	
Formación específica	
Auxiliar de ayuda a domicilio	Terapia de la risa
Curso superior de coordinadores del servicio de ayuda a domicilio	Prevención de riesgos específicos en la ayuda a domicilio
Técnicas de mediación social	Acompañamiento en la muerte
Fundamentos básicos de centros residenciales	Danzaterapia
Alzheimer y demencias	Prevención de úlceras
Prevención de úlceras: la correcta movilización del paciente	Curso superior de desarrollo individual del coordinador del SAD: técnicas de comunicación
Burnout: gestión del estrés	
Formación transversal	
Negociación y técnicas de venta aplicadas al cierre de franquicias	Primeros auxilios
Formación relacionada	
Manipulación de alimentos	Manipulación higiénico-alimentaria

Fuente: Elaboración propia basado en Sistema para la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia. Necesidades Formativas. Fundación Tripartita, 2007

Este compendio incluye, tanto formación relacionada con los aspectos puramente sociosanitarios, como formación en temas más transversales relacionados con el desarrollo de habilidades emocionales o gestión de empresas.

Según los datos obtenidos de los informes realizados por la Fundación Tripartita durante el periodo 2005-2007, el número total de alumnos formados en cuidados auxiliares sanitarios fue de 14.514. Se observó un aumento en el número de alumnos cada año, de hecho el número de alumnos formados en 2007 fue 2,5 veces mayor que el formado en 2005 (Tabla 64). Sin embargo, si se centra la atención en el número medio de horas recibidas por cada alumno se observa que en el año 2006 es cuándo más horas se impartieron por alumno (61,50) y el año 2007 es el año en el que menos horas se impartieron (27,50)^{48,49,50}.

Tabla 64. Formación Continua de oferta en Cuidados sanitarios auxiliares. Periodo 2005-2007.

Año	Formación de oferta	Participantes formados	Duración media (h)
2005	Cuidados sanitarios auxiliares	2.990	38,10
	Total servicios	74.224	53,40
2006	Cuidados sanitarios auxiliares	4.190	61,50
	Total servicios	109.826	70,40
2007	Cuidados sanitarios auxiliares	7.334	27,50
	Total servicios	-	-

Fuente: Elaboración propia a partir de los Informes anuales de la Fundación Tripartita

El programa o plan de formación continua debe orientarse a partir de los perfiles teniendo en cuenta el tipo de servicio sobre el que se va a actuar, y enfatizar en competencias principalmente orientadas a:

- El desarrollo de habilidades personales, relacionadas especialmente con la capacidad de liderazgo.
- El desarrollo de habilidades sociales y profesionales relacionadas con el trabajo en equipo, la toma de decisión, la resolución de problemas, la capacidad de adaptación e innovación y la gestión de conflictos.
- El diseño y desarrollo de planes y programas a partir del análisis de necesidades.
- El conocimiento de la legislación, normativa sobre el ámbito del trabajo dentro del sector y la prevención de riesgos laborales.
- La calidad de la gestión, y específicamente lo relacionado con la organización, la planificación del trabajo y la gestión del tiempo.
- El dominio de las tecnologías que se incorporan al ámbito laboral.

Además, la formación debe incluir estrategias para abordar los sentimientos de inseguridad, baja autoestima, que se ha descrito manifiestan prioritariamente en profesionales de mando intermedio, auxiliares, monitores, administrativos.

La falta de reconocimiento social y profesional, las bajas retribuciones, los altos niveles de rotación y temporalidad, la sobrecarga de horas de trabajo, inciden en la profesionalidad y profesionalización de estos trabajadores⁵¹.

Igualmente, hay que hacer un esfuerzo por incrementar los incentivos (factor motivacional) para la realización de las actividades de formación, teniendo en cuenta que principalmente el impulso de formación descrito por los profesionales es: a) adaptación (mejora de la tarea profesional, adaptarse a las demandas, mejora de la convivencia en el trabajo, comprender mejor a los usuarios), y b) desarrollo (adquirir más formación, falta de formación); por el contrario el auto-reconocimiento (interés personal, cargo que ocupa, seguridad en las intervenciones o cuidados, liberar estrés), es el que menos respuesta obtiene.

7.3.5. La nueva oferta formativa actual: Los certificados de profesionalidad

El Real Decreto 34/2008, de 18 de enero, que entró en vigor el 1 de febrero, regula los certificados de profesionalidad, que acreditan las correspondientes cualificaciones profesionales a quiénes los obtengan.

Cada certificado de profesionalidad acredita una cualificación profesional del Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales (CNCP).

Estos certificados tienen validez en todo el territorio nacional y son expedidos por el servicio Público de Empleo Estatal y por la Administración laboral competente de cada comunidad autónoma. La Administración del Estado, los expide cuando no existe traspaso de competencias en esta materia o en los supuestos en los que la legislación le haya reservado competencias ejecutivas en materia de formación profesional para el empleo.

Con la entrada en vigor de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y su puesta en marcha se detectó una falta de profesionales cualificados para proporcionar los cuidados a las personas dependientes establecidos por la ley. Para solventar este problema surge el Real Decreto 1379/2008, de 1 de agosto, por el que se establecen **dos certificados de profesionalidad de la familia profesional Servicios Socioculturales y a la Comunidad** que se incluyen en el repertorio nacional de certificados de profesionalidad.

Los certificados de profesionalidad regulados por este real decreto son los siguientes:

- **Atención sociosanitaria a personas en el domicilio.** Este sustituye a su antecedente de Auxiliar de ayuda a domicilio, Real Decreto 331/1997, de 7 de marzo, por el que se establece el certificado de profesionalidad de la ocupación de Auxiliar de ayuda a domicilio que, en consecuencia, queda derogado.
- **Atención sociosanitaria a personas dependientes en instituciones.**

Para su obtención, las administraciones públicas competentes convocarán las mencionadas pruebas y facilitarán, en su caso, la formación mínima necesaria para la adquisición de las competencias clave suficientes para el aprovechamiento de la formación de los certificados de profesionalidad.

Estarán exentos de la realización de estas pruebas:

1. Quienes estén en posesión de un certificado de profesionalidad del mismo nivel del módulo o módulos formativos y/o del certificado de profesionalidad al que desean acceder.
2. Quienes deseen acceder a un certificado de profesionalidad de nivel 3 y estén en posesión de un certificado de profesionalidad de nivel 2 de la misma familia y área profesional.
3. Quienes deseen acceder a un certificado de profesionalidad de nivel 2 y estén en posesión de un certificado de profesionalidad de nivel 1 de la misma familia y área profesional.
4. Quienes cumplan el requisito académico de acceso a los ciclos formativos de grado medio para los certificados de profesionalidad de nivel 2 y a los ciclos

formativos de grado superior para los niveles 3, o bien hayan superado las correspondientes pruebas de acceso reguladas por las administraciones educativas.

5. Quienes tengan superada la prueba de acceso a la universidad para mayores de 25 años.

Además de los módulos de formación teórica, el presente real decreto dispone en su artículo 5 la obligatoriedad de realizar un módulo de formación práctica en centros de trabajo. Éste deberá realizarse preferentemente una vez superados el resto de los módulos formativos de cada certificado de profesionalidad, si bien también podrá desarrollarse simultáneamente a la realización de aquéllos. En ningún caso se podrá programar este módulo de forma independiente. Estarán exentos de realizar este módulo los alumnos de los programas de formación en alternancia con el empleo, en el área del correspondiente certificado, así como quienes acrediten una experiencia laboral de al menos tres meses, que se corresponda con las capacidades recogidas en el citado módulo del certificado de profesionalidad.

Las solicitudes de exención de este módulo por su correspondencia con la práctica laboral se realizarán de acuerdo con lo regulado por las administraciones laborales competentes, que expedirán un certificado de exención del mismo.

En las Tabla 65 y Tabla 66 se muestran las fichas técnicas de los dos certificados de profesionalidad ya mencionados. Éstas incluyen los módulos tanto teóricos como prácticos que deben realizarse u homologarse para obtener las correspondientes certificaciones:

Tabla 65. Ficha técnica del certificado de profesionalidad en Atención Sociosanitaria a personas dependientes en instituciones.

FICHA DE CERTIFICADO DE PROFESIONALIDAD						
SSCS0208 ATENCIÓN SOCIO SANITARIA A PERSONAS DEPENDIENTES EN INSTITUCIONES (RD 1379/2008, de 1 de agosto)						
COMPETENCIA GENERAL: Atender a personas dependientes en el ámbito sociosanitario en la institución donde se desarrolle su actuación, aplicando las estrategias diseñadas por el equipo interdisciplinar competente y los procedimientos para mantener y mejorar su autonomía personal y sus relaciones con el entorno						
NIV	Cualificación prof. de referencia	Unidades de competencia			Ocupaciones o puestos de trabajo relacionados	
2	SSC320_2 Atención sociosanitaria a personas dependientes en instituciones (RD 1368/07 de 10 de octubre de 2007)	UCI016_2	Preparar y apoyar las intervenciones de atención a las personas y a su entorno en el ámbito institucional indicadas por el equipo interdisciplinar			5129.003.0 Cuidador de minusválidos físicos, psíquicos y sensoriales Cuidador de personas dependientes en instituciones Gerocultor
		UCI017_2	Desarrollar intervenciones de atención física dirigidas a personas dependientes en el ámbito institucional			
		UCI018_2	Desarrollar intervenciones de atención sociosanitarias dirigidas a personas dependientes en el ámbito institucional			
		UCI019_2	Desarrollar intervenciones de atención psicosocial dirigidas a personas dependientes en el ámbito institucional			
Correspondencia con el Catálogo Modular de Formación Profesional					Duración	
H.Q.	Módulos certificados	H. CP	Unidades formativas		Horas	Máx horas distancia
120	MF1016_2. Apoyo en la organización de intervenciones en el ámbito institucional	100	UF0127. Apoyo en la recepción y acogida en instituciones de personas dependientes		30	20
			UF0128. Apoyo en la organización de actividades para personas dependientes en instituciones		70	50
90	MF1017_2. Intervención en la atención higiénico-sanitaria en instituciones	70			70	30
90	MF1018_2. Intervención en la atención sociosanitaria en instituciones	70			70	30
150	MF1019_2. Apoyo psicosocial, atención relacional y comunicación	130	UF0129. Animación social a personas dependientes en instituciones		30	15
			UF0130. Mantenimiento y mejora de las actividades diarias de personas dependientes en instituciones		50	20
			UF0131. Técnicas de comunicación con personas dependientes en instituciones		50	20
	MP0029. Módulo de prácticas profesionales no laborales en instituciones	80			80	
450			Duración del certificado de profesionalidad		450	185
					Total %	41,11

FICHA DE CERTIFICADO DE PROFESIONALIDAD				
SSCS0208 ATENCIÓN SOCIO SANITARIA A PERSONAS DEPENDIENTES EN INSTITUCIONES				
(RD 1379/2008, de 1 de agosto)				
Criterios de Acceso Demostrar o acreditar un nivel de competencia que asegure la formación mínima necesaria para cursar el módulo de aprovechamiento		Prescripciones de los formadores		
		Titulación requerida	Exp. Prof. Requerida	
			Con tit	Sin tit
MF1016_2	Comunicación en lengua castellana Competencia matemática	Licenciado en Medicina y Cirugía Diplomado en Enfermería Licenciado en Psicología o Psicopedagogía Diplomado en Trabajo Social Diplomado en Educación Social Técnico Superior en Integración Social Certificado de Profesionalidad de nivel 3 de la familia profesional de Servicios socioculturales en el área de Asistencia Social	1 año	3 años
MF1017_2	Comunicación en lengua castellana Competencia matemática	Licenciado en Medicina y Cirugía Diplomado en Enfermería	1 año	3 años
MF1018_2	Comunicación en lengua castellana Competencia matemática	Licenciado en Medicina y Cirugía Diplomado en Enfermería Licenciado en Psicología o Psicopedagogía Diplomado en Trabajo Social Diplomado en Educación Social	1 año	3 años
MF1019_2	Comunicación en lengua castellana Competencia matemática	Licenciado en Medicina y Cirugía Diplomado en Enfermería Licenciado en Psicología o Psicopedagogía Diplomado en Trabajo Social Diplomado en Educación Social Técnico Superior en Integración Social Certificado de Profesionalidad de nivel 3 de la familia profesional de Servicios socioculturales en el área de Asistencia Social	1 año	3 años
Espacio formativo		Superficie m² 15 alumnos	Superficie m² 25 alumnos	
Aula Polivalente		30	60	
Aula-taller sociosanitaria		50	90	

Fuente: Ministerio de Trabajo e Inmigración

El certificado de profesionalidad en atención sociosanitaria a personas dependientes en instituciones capacita a su poseedor para atender a personas dependientes en el ámbito sociosanitario en la institución donde se desarrolle su actuación, aplicando las estrategias diseñadas por el equipo interdisciplinar competente y los procedimientos para mantener y mejorar su autonomía personal y sus relaciones con el entorno. Este certificado comprende 450 horas de formación de las cuales 80 deben ser prácticas, tal y como se establece en el Real Decreto.

Por su parte, el certificado de profesionalidad en atención sociosanitaria a personas en domicilio, acredita a la persona que lo ha obtenido para ayudar en el ámbito sociosanitario en el

domicilio a personas con especiales necesidades de salud física, psíquica y social, aplicando las estrategias y procedimientos más adecuados para mantener y mejorar su autonomía personal y sus relaciones con el entorno. La duración total de horas necesarias para obtener esta certificación es de 600, de las cuales 120 deben ser prácticas.

Tabla 66. Ficha técnica del certificado de profesionalidad en Atención sociosanitaria a personas en el domicilio.

FICHA DE CERTIFICADO DE PROFESIONALIDAD					
SSCS0208 ATENCIÓN SOCIO SANITARIA A PERSONAS EN DOMICILIO (RD 1379/2008, de 1 de agosto)					
COMPETENCIA GENERAL: Ayudar en el ámbito sociosanitario en el domicilio a personas con especiales necesidades de salud física, psíquica y social, aplicando las estrategias y procedimientos más adecuados para mantener y mejorar su autonomía personal y sus relaciones con el entorno					
NIV	Cualificación prof. de referencia	Unidades de competencia		Ocupaciones o puestos de trabajo relacionados	
2	SSC320_2 Atención sociosanitaria a personas en domicilio (RD 295/2004 de 20 de febrero de 2007)	UC0249_2	Desarrollar intervenciones de atención física domiciliaria dirigidas a personas con necesidades de atención sociosanitaria	51130024 Auxiliar de ayuda a domicilio 51130024 Asistente de atención domiciliaria Cuidador de personas mayores, discapacitadas, convalcientes en domicilio	
		UC0250_2	Desarrollar intervenciones de atención psicosocial domiciliaria dirigidas a personas con necesidades de atención sociosanitaria		
		UC0251_2	Desarrollar las actividades relacionadas con la gestión y el funcionamiento de la unidad convivencial		
Correspondencia con el Catálogo Modular de Formación Profesional				Duración	
H.Q.	Módulos certificados	H. CP	Unidades formativas	Horas	Máx horas distancia
230	MF0249_2 Higiene y atención sanitaria domiciliaria	100	UF0119. Características y necesidades de atención higiénico-sanitarias de las personas dependientes	70	40
			UF0120. Administración de alimentos y tratamientos a personas dependientes en domicilio	50	20
			UF0121. Mejora de las capacidades físicas y primeros auxilios para las personas dependientes en domicilio	50	20
270	MF0250_2. Atención y apoyo psicosocial domiciliario	70	UF0122. Mantenimiento y rehabilitación psicosocial de las personas dependientes en domicilio	80	40
			UF0123. Apoyo a las gestiones cotidianas de las personas dependientes	50	30
			UF0124. Interrelación, comunicación y observación con la persona dependiente y su entorno	80	40

FICHA DE CERTIFICADO DE PROFESIONALIDAD

SSCS0208 ATENCIÓN SOCIOSANITARIA A PERSONAS EN DOMICILIO

(RD 1379/2008, de 1 de agosto)

100	MF0251_2. Apoyo domiciliario y alimentación familiar	70	UF0125. Gestión, aprovisionamiento y cocina en la unidad familiar de personas dependientes	60	20
			UF0126. Mantenimiento, limpieza y organización del domicilio de personas dependientes	40	10
	MP0028. Módulo de prácticas profesionales no laborales en instituciones	120		120	
600		Duración del certificado de profesionalidad		600	220
Total %					36,66
Criterios de Acceso		Prescripciones de los formadores			
		Titulación requerida	Exp. Prof. Requerida		
Demostrar o acreditar un nivel de competencia que asegure la formación mínima necesaria para cursar el módulo de aprovechamiento			Con tit	Sin tit	
		MF0249_2	Comunicación en lengua castellana Competencia matemática	Licenciado en Medicina y Cirugía Diplomado en Enfermería Técnico Superior en Dietética Técnico Superior en Integración Social Técnico Superior en Educación Infantil Certificado de Profesionalidad de nivel 3 de la familia profesional de Servicios socioculturales y a la Comunidad	I año
MF0250_2.	Comunicación en lengua castellana Competencia matemática			Licenciado en Medicina y Cirugía Licenciado en Pedagogía, Psicología Sociológica o Psicopedagogía Maestro en todas sus especialidades Diplomado en Trabajo Social Diplomado en Educación Social Técnico Superior en Integración Social Técnico Superior en Animación sociocultural Técnico Superior en Educación Infantil Técnico Superior en Interpretación de lengua de signos Certificado de Profesionalidad de nivel 3 de la familia profesional de Servicios socioculturales y a la Comunidad	I año

FICHA DE CERTIFICADO DE PROFESIONALIDAD				
SSCS0208 ATENCIÓN SOCIOSANITARIA A PERSONAS EN DOMICILIO (RD 1379/2008, de 1 de agosto)				
MF0251_2.	Comunicación en lengua castellana Competencia matemática	Técnico Superior en Dietética Técnico Superior en Restauración Técnico Superior en Alojamiento Técnico Superior en Integración Social Técnico Superior en Educación Infantil Certificado de Profesionalidad de nivel 3 de la familia profesional de Servicios socioculturales y a la Comunidad Certificado de Profesionalidad de nivel 3 de la familia profesional de Hostelería y turismo en el área de hostelería	1 año	3 años
Espacio formativo		Superficie m ² 15 alumnos	Superficie m ² 25 alumnos	
Aula Polivalente		30	50	
Aula-taller sociosanitaria		60	90	
Taller de apoyo domiciliario		40	40	
Certificado de profesionalidad que deroga				
Auxiliar de Ayuda a Domicilio (RD 331/97)				

Fuente: Ministerio de Trabajo e Inmigración

7.4. Formación transversal y competencias clave

En un informe realizado por LARES Andalucía (Asociación Andaluza de Residencias y Servicios de Atención a los Mayores) se establece que la formación de los profesionales que intervienen en los cuidados, ha de integrar no sólo el objetivo de una óptima cualificación profesional para la atención de la dependencia o la discapacidad, sino también el de preparar a estos profesionales para promover un incremento en la autonomía de las personas atendidas.

Para conseguir estos objetivos, el estudio indica que, se deberán analizar y priorizar los niveles de formación en función del grado de intervención y la posición de cada profesional con la persona dependiente, clasificando los contenidos en tres grandes apartados⁵²:

Conocimientos sociológicos y sociales de la dependencia:

- Conocimiento de teorías y métodos de diagnóstico individual o de la comunidad.
- Conocimiento de teorías y técnicas de planificación, organización y gestión en el trabajo social.
- Conocimiento actualizado de normativa de servicios sociales, así como también conocimiento de las normativas vigentes referentes a prestaciones sociales y los derechos individuales de las diferentes tipologías de usuarios.
- Conocimiento del análisis y la comprensión de las necesidades sociales existentes, así como de las problemáticas emergentes.
- Conocimiento actualizado de las instituciones públicas y privadas gestoras de servicios sociales para el análisis y la optimización de los recursos desde la vertiente asistencial.
- Conocimiento de los diversos modelos familiares, sus dinámicas y sus cambios ante las problemáticas sociales.

Conocimientos específicos de teorías, técnicas y herramientas para la atención a la dependencia (grupos profesionales más próximos a la persona dependiente):

- Conocimiento de técnicas del método del trabajo en equipo.
- Conocimiento de técnicas de evaluación de sus intervenciones en el ámbito del trabajo individual y el trabajo comunitario.
- Conocimiento actualizado de herramientas informáticas u otras nuevas tecnologías.
- Conocimiento de técnicas de dinámicas de grupo: la comunicación en el grupo y la animación de grupos.
- Conocimiento de teorías y técnicas de planificación, organización y gestión en el trabajo social desde la vertiente educativa.
- Conocimiento de técnicas de evaluación de sus intervenciones en el ámbito del trabajo individual grupal y comunitario.
- Ética y deontología.

Conocimientos para la asistencia de la salud de la persona dependiente:

- Profundización en geriatría, psiquiatría y atención a la dependencia.
- Enfermedades prevalentes.
- Síndromes geriátricos y psicogeriátricos.
- Síndromes de las enfermedades invalidantes.
- Nociones de oncología.
- Nociones de cuidados paliativos. Terapias farmacológicas y no farmacológicas.
- Prevención básica aplicada.
- Comunicación y escucha en relación con la persona atendida, la familia y el equipo de profesionales.
- Soporte a los cuidadores.
- Soporte para la elaboración de duelos.
- Metodología de trabajo interdisciplinar y en equipo.
- Valoración integral y plan individual de atención integral.
- Elaboración e implementación de planes terapéuticos.
- Responsabilizarse del proceso de atender y cuidar a la persona de manera individualizada, mediante métodos sistematizados y organizados.
- El conocimiento de las funciones de las otras figuras profesionales que intervienen en un servicio.
- La asunción de la responsabilidad de sus decisiones y acciones correspondientes a los ámbitos de cada profesión, centrando su praxis profesional en el respeto de las personas con dependencia y sus familias.

7.5. Reconocimiento de las competencias profesionales adquiridas a través de la experiencia profesional

El acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del sistema para la autonomía y atención a la dependencia, publicado en la resolución de 2 de diciembre de 2008, subraya la **necesidad de profesionales cualificados en el cuidado a personas dependientes** y establece los criterios que deben cumplir centros, servicios y entidades que se dediquen a la atención de personas en situación de dependencia. Esto lo hace basándose en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia que establece que la competencia para acreditar centros, servicios y entidades corresponde a las CCAA en su ámbito competencial (artículo 16), si bien se encomienda al Consejo Territorial la fijación de criterios comunes de acreditación (artículo 34.2).

La resolución arriba mencionada establece, en el Artículo tercero, apartado b), los requisitos que deben reunir los centros en relación a sus recursos humanos: “Los requisitos y estándares sobre recursos humanos irán dirigidos a garantizar la adecuada prestación del servicio, tanto en número de profesionales, como en su formación y actualización para el desempeño del puesto de trabajo”⁵³.

Concretamente, para el caso de los cuidadores dispone que⁵³:

“Los Cuidadores y Cuidadoras, Gerocultores y Gerocultoras o categorías profesionales similares deberán acreditar la cualificación profesional de Atención Sociosanitaria a Personas Dependientes en Instituciones Sociales, creada por el Real Decreto 1368/2007, de 19 de octubre (BOE de 25 de octubre), según se establezca en la normativa que la desarrolle.

A tal efecto, se considerarán los títulos de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería establecido por el Real Decreto 546/1995, de 7 de abril (BOE de 5 de junio) o Técnico de Atención Sociosanitaria, establecido por el Real Decreto 496/2003, de 2 de mayo (BOE de 24 de mayo), y el Certificado de Profesionalidad, de Atención Sociosanitaria a Personas Dependientes en Instituciones Sociales, regulado por el Real Decreto 1379/2008, de 1 de agosto (BOE de 9 de septiembre) o por las vías equivalentes que se determinen.

Quienes realicen las funciones de asistencia personal a personas con gran dependencia, previstas en el artículo 19 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia y los/as Auxiliares de Ayuda a Domicilio, deberán acreditar la cualificación profesional de Atención Sociosanitaria a Personas en el Domicilio, creada por el Real Decreto 295/2004, de 20 de febrero (BOE de 9 de marzo), según se establezca en la normativa que la desarrolla.

A tal efecto, se considerarán las titulaciones o los certificados de profesionalidad referidos en el apartado anterior en relación con los Cuidadores y Cuidadoras, Gerocultores y Gerocultoras y el certificado de profesionalidad de Atención Sociosanitaria a Personas en el Domicilio, regulado por el Real Decreto 1379/2008, de 1 de agosto (BOE de 9 de septiembre).

También se podrán admitir, con la transitoriedad que las administraciones competentes establezcan en sus normativas de acreditación, los certificados de acciones de formación profesional para el empleo impartidas en cada Comunidad Autónoma.”

Los requisitos relativos a las cualificaciones profesionales anteriormente reseñados serán exigibles progresivamente, en los porcentajes sobre los totales de las respectivas categorías profesionales de las correspondientes plantillas que se detallan en la Figura 14:

Figura 14. Objetivos en materia de cualificación.

Categoría Profesional	Año 2011	Año 2015
Cuidador, Gerocultor o similar	35%	100%
Asistente Personal	35%	100%
Auxiliar de Ayuda a Domicilio	35%	100%

Fuente: BOE núm. 303. 17/12/2008. Resolución de 2 de diciembre de 2008, de la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad⁵³

Estos porcentajes podrán reducirse en un 50% cuando se acredite la no existencia de demandantes de empleo en la zona que reúnan los requisitos de cualificación profesional anteriormente reseñados. Esta posibilidad de reducción no será aplicable a partir de 2015, siempre que se haya desarrollado el sistema de acreditación de la experiencia profesional.

La Entidad prestadora de los servicios, con la participación de la Representación Legal de los Trabajadores, deberá elaborar y desarrollar planes de formación para el conjunto de sus trabajadores.

La formación impartida deberá ser adecuada a los puestos de trabajo desempeñados para facilitar la homologación o el acceso a las cualificaciones estipuladas en este acuerdo.

El número de profesionales se adecuará a la tipología, a la intensidad de la prestación de cada recurso del Sistema y a los servicios que prestan, en base a unas ratios previamente establecidas y publicadas en este acuerdo. Las ratios se aplicarán en cada Centro en relación proporcional al número de usuarios del mismo y la valoración del grado de dependencia de cada uno de ellos.

Como ya se ha dicho anteriormente, no hay suficientes profesionales cualificados para cubrir la demanda que el cumplimiento de estos requisitos estipula. Para solventar este problema, la solución pasa por la acreditación de las competencias profesionales adquiridas con la experiencia laboral, a través de la obtención de un certificado de profesionalidad.

En líneas precedentes se han analizado los dos certificados de profesionalidad surgidos a raíz de la implantación de la ley:

- Certificado de Profesionalidad de Atención Sociosanitaria a Personas Dependientes en Instituciones Sociales, regulado por el Real Decreto 1379/2008.
- Certificado de Profesionalidad de Atención Sociosanitaria a Personas en el Domicilio, regulado por el Real Decreto 1379/2008, de 1 de agosto (BOE de 9 de septiembre)

La acreditación de las competencias profesionales a través de estos certificados daría lugar a un aumento de profesionales cualificados que pudieran cubrir las necesidades actuales del sector. Por esta razón, el gobierno ha puesto en marcha la “hoja de ruta” para el impulso de la Formación Profesional. El objetivo de la misma es atraer a 200.000 estudiantes más a la FP de Grado Medio y hacer efectiva la educación a lo largo de toda la vida mediante la estrecha colaboración entre el ámbito educativo y el laboral⁵⁴.

Para llegar a la consecución de estos retos, la "hoja de ruta" se asienta en cuatro ejes primordiales: la excelencia en la educación, el reconocimiento de la experiencia, la ampliación de la oferta y el carácter europeo de la nueva Formación Profesional⁵⁴.

El primer paso de la hoja de ruta será el **reconocimiento de la experiencia laboral**. Para ello, se ha aprobado el **Real Decreto 1224/2009**, de 17 de julio, de reconocimiento de las competencias profesionales adquiridas por experiencia laboral.

El procedimiento de acreditación de la experiencia tendrá tres fases, que incluirán:

- 1º. Asesoramiento individualizado sobre la conveniencia de que el candidato acceda a la fase de evaluación, una vez analizada su trayectoria profesional.
- 2º. Evaluación para cada una de las áreas de competencia en las que el candidato se haya inscrito, de la que se encargará una Comisión formada por al menos 5 personas, tendrá por objeto comprobar si demuestra la competencia profesional requerida en los criterios y en una situación de trabajo, real o simulada.
- 3º. Acreditación: se expedirá certificación de cada una de las competencias profesionales, acordes con los títulos de FP, que el candidato haya demostrado.

Los asesores y evaluadores deberán tener una experiencia de al menos cuatro años como profesores de la Familia Profesional correspondiente o como profesionales expertos en las áreas de competencia que se pretendan acreditar. Además, recibirán una completa formación para garantizar que la evaluación sigue unos criterios objetivos y comunes para todos.

También se ofrece el servicio de Orientación para la Formación a lo largo de la vida, que proporcionará a todos los candidatos que hayan participado en el proceso para acreditar su competencia laboral un informe que incluirá:

- En el caso de haber acreditado su competencia en un área concreta, recibirán la orientación para completar la formación conducente a un título de Formación Profesional o a un certificado de profesionalidad.
- En el caso de no haber logrado acreditar su competencia, recibirán orientación sobre las posibilidades de formación que deberían cursar para poder acreditarla en posteriores convocatorias.

Este Real Decreto determina el procedimiento único, tanto para el ámbito educativo como para el laboral, para la evaluación y acreditación de las competencias profesionales adquiridas a través de la experiencia laboral o de vías no formales de formación, del que trata el artículo 8.2 de la Ley Orgánica 5/2002.

Además, dicho Real Decreto establece que la gestión del sistema se descentraliza en las CCAA, a las que corresponderá la convocatoria y gestión de los procesos de evaluación y acreditación de competencias. Sin embargo, la Administración General del Estado se reserva la capacidad de convocar estos procesos en aquellos supuestos excepcionales en los que no pueda llevarse a cabo mediante mecanismos de cooperación o coordinación por requerir un grado de homogeneidad que sólo pueda asegurarse mediante atribución de un único titular, que forzosamente ha de ser el Estado, o, en fin, cuando sea necesario recurrir a un ente con capacidad para integrar intereses contrapuestos de diversas CCAA.

Con la aprobación del presente Real Decreto, el Gobierno prevé que, en una primera fase más de 80.000 trabajadores puedan acreditar su experiencia laboral, convalidarla por algunos módulos que componen los ciclos de Formación Profesional y recibir la orientación necesaria para completar esa Formación. Las primeras convocatorias nacionales para estas acreditaciones se centrarán en los empleos relacionados con el sistema de autonomía personal y atención a la dependencia, la educación infantil, y el sector de las energías renovables. Además, se recomienda a las demás administraciones que sigan esta línea en sus convocatorias ya que se trata de sectores con alta demanda en el futuro inmediato⁵⁴.

7.6. Nuevos perfiles profesionales derivados de la implantación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia

Según los datos publicados por el IMSERSO a 1 de febrero de 2010, 505.098 personas vieron reconocido su derecho a la prestación establecida en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Del total de las prestaciones reconocidas un 49,99% se concedieron como prestaciones económicas para los cuidados familiares, frente al 10,76% para ayuda a domicilio y el 22,66% se destinaron a los cuidados en residencia o centros de día o de noche⁵⁵.

Estos datos muestran que casi el 50% de las personas dependientes son atendidas por su entorno más cercano. La Ley promueve la capacitación de estos cuidadores familiares y mejorar las circunstancias que posibiliten su inserción laboral.

Por ambas razones se hace necesario establecer un plan de formación y capacitación profesional de los cuidadores familiares. Éste debe ser compatible con los que establece el SNCFP, de forma que les permita acceder a las certificaciones profesionales descritas anteriormente, fomentando que estas personas adquieran los conocimientos y capacidades necesarias para atender correctamente a la persona dependiente que tienen a su cargo. Además, les facilitará su inserción laboral una vez que su labor como cuidador familiar haya terminado.

Este tipo de perfiles cualificados y con una amplia experiencia como cuidador, están siendo muy demandados en la actualidad, sobre todo en el ámbito de la Ayuda a Domicilio. Esto se debe, por una parte, a la gran demanda de profesionales en este ámbito derivada de la implantación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y, por otra parte, a las capacidades no profesionales que este tipo de cuidadores pueden aportar, tales como la empatía, tanto con la persona dependiente como con sus familiares, u otras habilidades emocionales que mejoran la calidad de los servicios prestados⁵⁶.

7.7. Fórmulas innovadoras de formación para el empleo en la dependencia

Este apartado incluye algunas de las iniciativas que se están llevando a cabo con el fin de dar respuesta a los problemas derivados de la implantación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia ya mencionados.

Se apuesta por la impartición de talleres de recualificación en dependencia y en el fomento para la creación de empresas de economía social o empresas públicas que gestionen instituciones sociales.

En este sentido se han programado **talleres de recualificación en el sector de la dependencia** dirigido a personas desempleadas, fomentando especialmente la participación de la mujer en los mismos. Estas actividades incluyen tanto la formación teórica como la práctica. Esta última se lleva a cabo en instituciones públicas o privadas, con el fin de fomentar la creación de pequeñas empresas o cooperativas orientadas al tercer sector, así como facilitar su inclusión en empresas públicas gestionadas por instituciones sociales. Con esta acción formativa, se pretende fomentar el autoempleo, favorecer la cualificación profesional y contribuir a la creación de empresas de atención sociosanitaria a personas dependientes. De hecho, esta formación conduce a la obtención de los Certificados de Profesionalidad recogidos en el SNCFP.

Además de la formación específica en atención sociosanitaria y gestión empresarial, los talleres incluyen módulos de formación transversal, tales como: prevención en riesgos, igualdad de género, sensibilización medio ambiental e información y orientación profesional.

Es importante destacar también la colaboración entre las distintas administraciones públicas para fomentar la formación e inserción laboral en el sector de la dependencia. En este sentido, las administraciones deben favorecer el desarrollo de iniciativas que se adapten a la realidad socioeconómica y cultural del territorio donde se implanten.

Actualmente en España existen diversas posibilidades de formación para una persona que quiera cualificarse como cuidador profesional. Por una parte se encuentra la formación profesional reglada que incluye los títulos de Técnico de grado Medio en cuidados auxiliares de enfermería y Técnico de grado medio en atención sociosanitaria. Estas titulaciones se imparten a escala nacional y los títulos son válidos en todo el territorio español. El número de alumnos que se han matriculado en estas dos titulaciones ha ido aumentando paulatinamente cada promoción, observándose que las mujeres se inclinan más hacia este tipo de formación que los hombres.

Dentro del subsistema de formación para el empleo, existen distintas opciones. En el ámbito de los cuidados profesionales, la formación ocupacional oferta cursos de diversa índole y con duraciones variables. Estos cursos varían dependiendo de las necesidades de cada CCAA y no están homologados por ninguna institución. También se han puesto en marcha dos certificados de profesionalidad: el de atención sociosanitaria a personas en domicilio y el de atención sociosanitaria a personas dependientes en instituciones, estos títulos permiten obtener una cualificación válida en todo el territorio nacional. Los programas mixtos de formación y empleo incluyen las escuelas taller, las casas de oficio y los talleres de empleo. Son promovidos por entidades públicas o privadas y tienen un alto porcentaje de inserción laboral. Su temática y duración oscilan entre los seis meses y los dos años. Finalmente, se encuentra la formación continua para ocupados. Esta formación oferta cursos de especialización y reciclaje a las personas que ya trabajan como cuidadores profesionales.

Cabe destacar la necesidad de la capacitación de los trabajadores en ciertas competencias clave que no se imparten en la formación tradicional. Éstas son las relacionadas con las habilidades sociales, la gestión del estrés del cuidador, etc.

El Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, pone de manifiesto en 2008 la necesidad de profesionales cualificados en el cuidado a personas dependientes y establece los requisitos y estándares sobre recursos humanos para garantizar la calidad de los centros y servicios del sistema. Para la categoría profesional de cuidadores profesionales o similares, se debe acreditar la cualificación profesional de Atención Sociosanitaria a Personas Dependientes en Instituciones Sociales o en el Domicilio, describiéndose los títulos y certificados de profesionalidad considerados; si bien, de manera transitoria, se pueden admitir los certificados de acciones de formación profesional para el empleo impartidas en cada CCAA.

Este hecho conlleva que, en la actualidad, las personas que trabajan como cuidadores profesionales, ostenten títulos y certificados formativos muy heterogéneos.

Por otro lado, para solventar la insuficiencia de profesionales cualificados para cubrir la demanda que el cumplimiento del acuerdo del Consejo Territorial estipula, se reconoce la necesidad de acreditación de las competencias profesionales adquiridas con la experiencia laboral (RD 1224/2009), a través de la obtención de un certificado de profesionalidad: Certificado de Profesionalidad de Atención Sociosanitaria a Personas Dependientes en Instituciones Sociales (RD 1379/2008) y Certificado de Profesionalidad de Atención Sociosanitaria a Personas en el Domicilio (RD 1379/2008).

8. EMPLEABILIDAD Y BÚSQUEDA ACTIVA DE EMPLEO. LA INSERCIÓN LABORAL DE LOS CUIDADORES PROFESIONALES

Como se ha podido comprobar en el análisis realizado, el sector socio sanitario ha mostrado un comportamiento relativamente favorable respecto al experimentado en el sector servicios y en el conjunto nacional, tanto en términos económicos como en su capacidad para generar empleo.

A través de este itinerario de inserción laboral se ha tenido la oportunidad de contrastar la evolución seguida por este sector, siguiendo un modelo de prospección del mercado laboral en el que se ha tenido en cuenta una amplia diversidad de fuentes estadísticas, comprobando la existencia de nuevas oportunidades de empleo en el sector. Además, se ha analizado la evolución de la oferta de cualificación profesional, como la mejor de las herramientas posibles en el marco de las políticas activas de empleo, para avanzar hacia la inserción laboral en un marco sostenido de creación de empleo.

Una vez completadas las primeras fases de este itinerario, ha llegado el momento de analizar las diferentes vías de inserción laboral y su comportamiento reciente, aportando nuevos elementos de juicio para el estudio. En este sentido, contrastadas las nuevas oportunidades de empleo en el ámbito de la asistencia en servicios residenciales y la prestación de servicios sociales sin alojamiento, nuevas oportunidades conformadas por las actividades relacionadas con los cuidados profesionales, el análisis de las vías de inserción laboral en el sector socio sanitario se completa concretando éstas para las actividades relacionadas con los cuidados profesionales y su relación con el sector socio sanitario y con el conjunto del mercado laboral.

Para acometer este análisis se ha contado con la nueva información facilitada por las distintas fuentes estadísticas disponibles, información ya adaptada a la nueva Clasificación Nacional de Actividades Económicas (CNAE) publicada en 2009 y en la que se describe de manera detallada el comportamiento del mercado laboral en las actividades de asistencia en servicios residenciales y prestación de servicios sociales sin alojamiento que son las que conforman el abanico de ocupaciones relacionadas con los cuidados profesionales.

En este sentido, tanto en los datos facilitados por el INE, a través de la Encuesta de Población Activa (población activa, empleo, desempleo o paro estimado y tasa de paro estimado), como los proporcionados por el SEPE, referidos a paro registrado, o por la Tesorería General de la Seguridad Social, en términos de afiliación al Sistema Nacional de Seguridad Social, tomaremos como referencia las actividades incluidas en la sección Q de la nueva CNAE 2009, Actividades Sanitarias y de Servicios Sociales, y, concretamente, las contempladas en los epígrafes 86 y 87, en las que se incluyen todas aquellas actividades relacionadas de manera directa con los cuidados profesionales, tanto en centros residenciales como en servicios sin alojamiento.

A continuación se describen los epígrafes y subepígrafes mencionados, detallando las actividades incluidas y no incluidas en cada uno de ellos (Tabla 67)⁵⁷.

Tabla 67. Actividades sanitarias y de servicios sociales. Clasificación Nacional de Actividades Empresariales 2009 (CNAE-2009).

Q ACTIVIDADES SANITARIAS Y DE SERVICIOS SOCIALES:	
Esta sección comprende la prestación de servicios sanitarios y sociales. En ella se incluye una amplia variedad de actividades, desde la atención sanitaria que prestan los médicos en hospitales y otros centros, pasando por las actividades de los establecimientos residenciales que prestan cierta atención sanitaria, hasta los servicios sociales en los que no intervienen profesionales sanitarios.	
86 Actividades sanitarias	
Esta división comprende las actividades de los hospitales generales y especializados de corta y larga estancia, los hospitales quirúrgicos, psiquiátricos y para drogodependientes, los sanatorios, los centros de medicina preventiva, los hospitales geriátricos, los manicomios, los centros de rehabilitación, los lazaretos y otras instituciones sanitarias que dispongan de alojamiento y que proporcionan servicios de diagnóstico y tratamiento médico a pacientes internos con una variedad situación médica. Comprende también las consultas y tratamientos realizados por médicos de medicina general, especialistas y cirujanos. Comprende las actividades odontológicas de naturaleza general o especializada, y las actividades de ortodoncia. Además, esta división comprende las actividades relacionadas con la salud humana no realizadas en hospitales o por doctores en medicina en ejercicio, sino por otro personal paramédico legalmente habilitado para tratar a pacientes.	
87 Asistencia en establecimientos residenciales.	
Esta división comprende la prestación de asistencia en establecimientos residenciales en combinación con cuidados de enfermería, de supervisión o de otros tipos, según las necesidades de los residentes. Las instalaciones constituyen una parte significativa del proceso de producción y los cuidados prestados son una mezcla de servicios sociales y sanitarios, siendo estos últimos en su mayor parte servicios de enfermería.	
87.1 Asistencia en establecimientos residenciales con cuidados sanitarios	
87.10 Asistencia en establecimientos residenciales con cuidados sanitarios	
Actividades incluidas	Actividades excluidas
<ul style="list-style-type: none"> - Las residencias de personas mayores con cuidados de enfermería - Los centros de convalecencia - las clínicas de reposo con cuidados de enfermería - Los centros con cuidados de enfermería - Las residencias con cuidados de enfermería 	<ul style="list-style-type: none"> - Los servicios a domicilio prestados por profesionales sanitarios - Las actividades de las residencias para personas mayores sin cuidados de enfermería o con cuidados mínimos de este tipo - Los servicios sociales con alojamiento, como orfanatos, centros de acogida y hogares infantiles, centros de acogida temporal para personas sin hogar

87.2 Asistencia en establecimientos residenciales para personas con discapacidad intelectual, enfermedad mental y drogodependencia	
87.20 Asistencia en establecimientos residenciales para personas con discapacidad intelectual, enfermedad mental y drogodependencia	
Actividades incluidas	Actividades excluidas
<ul style="list-style-type: none"> - Los establecimientos para el tratamiento del alcoholismo o de la drogodependencia - Los centros de convalecencia psiquiátrica - Las residencias para personas con problemas emocionales - Los establecimientos para personas con retraso mental - Los centros de reinserción para personas con problemas mentales 	<ul style="list-style-type: none"> - Los hospitales psiquiátricos - Las actividades de prestación de servicios sociales con alojamiento, como los centros de acogida temporal para personas sin hogar
87.3 Asistencia en establecimientos residenciales para personas mayores y con discapacidad física	
87.31 Asistencia en establecimientos residenciales para personas mayores	
Actividades incluidas	Actividades excluidas
<ul style="list-style-type: none"> - Las comunidades de jubilados con cuidados continuos - Las residencias para personas mayores con cuidados de enfermería mínimos 	<ul style="list-style-type: none"> - Las actividades de las residencias para personas mayores con cuidados de enfermería - Las actividades de prestación de servicios sociales con alojamiento en los que el tratamiento médico o la educación no son elementos importantes
87.32 Asistencia en establecimientos residenciales para personas con discapacidad física	
Actividades incluidas	Actividades excluidas
<ul style="list-style-type: none"> - Los establecimientos para personas asistidas - Las clínicas de reposo sin cuidados de enfermería 	<ul style="list-style-type: none"> - Las actividades de las residencias asistidas para personas mayores - Las actividades de prestación de servicios sociales con alojamiento en los que el tratamiento médico o la educación no son elementos importantes
87.9 Otras actividades de asistencia en establecimientos residenciales	
87.90 Otras actividades de asistencia en establecimientos residenciales	
Actividades incluidas	Actividades excluidas
<ul style="list-style-type: none"> - Las actividades realizadas por turnos y destinadas a prestar asistencia social a niños y a categorías especiales de personas que tienen algún impedimento para valerse por sí mismas, pero en las que el tratamiento médico o la educación no constituyen un elemento importante: los orfanatos, los centros de acogida y hogares infantiles, los centros de acogida temporal para las personas sin hogar, las instituciones que atienden a las madres solteras y a sus hijos. Las actividades pueden ser realizadas por organismos oficiales u organizaciones privadas. - Las actividades de: centros residenciales de reinserción para personas con problemas sociales y personales, centros residenciales de reinserción para delincuentes, las reformatorios residenciales para jóvenes 	<ul style="list-style-type: none"> - La financiación y administración de los programas de Seguridad Social obligatoria - Las actividades de las instalaciones con cuidados de enfermería - Las actividades de los centros residenciales que prestan asistencia a personas mayores o personas con discapacidad - Las actividades relacionadas con la adopción - El alojamiento temporal a las víctimas de catástrofes
88 Actividades de servicios sociales sin alojamiento	
Esta división comprende la prestación de diversos servicios sociales directamente a los clientes. Las actividades de esta división no incluyen servicios de alojamiento, excepto con carácter temporal.	
88.1 Actividades de servicios sociales sin alojamiento para personas mayores y con discapacidad	
88.11 Actividades de servicios sociales sin alojamiento para personas mayores	
Actividades incluidas	Actividades excluidas
<ul style="list-style-type: none"> - Los servicios sociales, de asesoramiento, bienestar social, orientación y otras similares que prestan a personas mayores en su domicilio o en otros lugares, ciertos organismos oficiales u organizaciones privadas, organizaciones de ayuda de tipo nacional o local, así como los especialistas que prestan servicios de consejo y orientación: visitas a las personas, actividades de atención diurna para personas mayores 	<ul style="list-style-type: none"> - La financiación y administración de los programas de seguridad social obligatoria - Las actividades similares a las descritas en esta clase pero con alojamiento incluido

88.12 Actividades de servicios sociales sin alojamiento para personas con discapacidad	
Actividades incluidas	Actividades excluidas
- Los servicios sociales, de asesoramiento, bienestar social, orientación y otras similares que prestan a personas discapacitadas en su domicilio o en otros lugares, ciertos organismos oficiales u organizaciones privadas, organizaciones de ayuda de tipo nacional o local, así como los especialistas que prestan servicios de consejo y orientación: visitas a personas con discapacidad, actividades de atención diurna para personas adultas con discapacidad, la rehabilitación ocupacional y la capacitación de personas con discapacidad, siempre que el componente educativo sea limitado	- La financiación y administración de los programas de Seguridad Social obligatoria - Las actividades similares a las descritas en esta clase pero con alojamiento incluido - Las actividades de cuidado diurno de niños con discapacidad
88.9 Otros actividades de servicios sociales sin alojamiento	
88.91 Actividades de cuidado diurno de niños	
Esta clase comprende también las actividades de las guarderías diurnas para alumnos, incluyendo el cuidado diurno de niños con discapacidad	
88.99 Otros actividades de servicios sociales sin alojamiento n.c.o.p.	
Actividades incluidas	Actividades excluidas
- Los servicios sociales, de asesoramiento, bienestar social, asilo, orientación y otras similares, que prestan a individuos o familias en su domicilio o en otros lugares, ciertos organismos oficiales u organizaciones privadas, organizaciones de auxilio en caso de catástrofes y organizaciones de ayuda de tipo nacional o local, así como los especialistas que prestan servicios de consejo y orientación: <ul style="list-style-type: none"> ▪ las actividades de asistencia social y orientación de niños y adolescentes ▪ los servicios de adopción y prevención de malos tratos a la infancia y a otros colectivos ▪ el asesoramiento sobre el presupuesto familiar, orientación familiar y matrimonial ▪ las actividades de ayuda a la comunidad o al vecindario ▪ la prestación de auxilio a víctimas de catástrofes, refugiados, inmigrantes, etc. incluido su alojamiento temporal o prolongado ▪ la rehabilitación ocupacional y la capacitación de personas desempleadas, siempre que el componente educativo sea limitado ▪ la determinación de las personas con derecho a recibir asistencia social, ayudas para el alquiler de viviendas o cupones para comprar alimentos ▪ los centros de día para personas sin hogar y otros grupos socialmente desfavorecidos ▪ las actividades benéficas como la recaudación de fondos u otras actividades de apoyo a los servicios sociales 	- La financiación y administración de los programas de seguridad social obligatoria - Las actividades similares a las descritas en esta clase pero con alojamiento incluido

Fuente: CNAE, 2009

Es necesario señalar que en estas actividades se incluyen las desarrolladas por profesionales cuyo ámbito laboral se enmarca en las tareas relacionadas con los cuidados profesionales, con independencia de su ocupación o cualificación profesional. Así mismo, indicar que la CNAE-09, como clasificación estadística que es, tiene el objetivo de agrupar unidades homogéneas, en este caso hasta en 4 dígitos, con las limitaciones de concreción que ello supone lógicamente. A este respecto, remarcar que los subepígrafes 87 y 88 hacen referencia a todas las actividades de cuidados profesionales, no sólo las del ámbito de la dependencia, si bien a partir de la implantación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia suponen la contribución mayoritaria. En cualquier caso, esta referencia nos facilitará el análisis de tendencia y comparativo de unas actividades predominantemente ligadas a la dependencia.

Por otro lado y a partir de este momento, cuando se hable de las actividades de cuidados profesionales se hará referencia a los subepígrafos 87 y 88 anteriormente descritos.

8.1. El mercado laboral de las actividades relacionadas con los cuidados profesionales

Para contextualizar la evolución de las diferentes vías de inserción laboral de los cuidadores profesionales previamente se acomete un exhaustivo análisis del comportamiento de esta rama de actividad en el conjunto del mercado laboral, teniendo en cuenta para ello los datos facilitados por la Encuesta de Población Activa (en adelante EPA), elaborada por el Instituto Nacional de Estadística y que se constituye como la fuente oficial de referencia para el análisis global del mercado laboral en España, tanto con carácter interno como en relación con las estadísticas de la Unión Europea proporcionadas por Eurostat.

Entre los diferentes datos facilitados por esta fuente estadística se pueden analizar la evolución reciente de la población laboralmente activa por ramas de actividad, el comportamiento del empleo, el desempleo y la tasa de paro para cada uno de los ámbitos de análisis, tanto con carácter general como desde una perspectiva de género, tomando como referencia la evolución trimestral seguida en los dos últimos añosⁱⁱⁱ. De esta manera, se pueden conocer las oportunidades reales de empleo de los cuidados profesionales en el último año, siendo éstas analizadas desde todas las perspectivas posibles.

De la evolución seguida por la **población laboralmente activa** en los años 2008 y 2009 se desprende que la actividad de los cuidados profesionales, o lo que es lo mismo, el volumen de personas que buscan o tienen empleo en el ámbito de los cuidados profesionales, ha aumentado en hasta un 11,72% en el año 2009, un aumento sensiblemente superior al mostrado en el conjunto de las actividades del sector sociosanitario (2,42%). Este comportamiento es significativamente positivo si se tiene en cuenta que, en este mismo año, la actividad laboral en el sector servicios disminuyó en un -1,22% y un -0,4 % en el conjunto del mercado laboral.

Este indicador establece la capacidad de esta actividad para atraer personas que trabajan o desean trabajar en ella, habiéndose producido en 2009 hasta 49.400 nuevas incorporaciones de

ⁱⁱⁱ Los datos de la EPA de 2008 han sido actualizados con la CNAE de 2009 retroactivamente.

personas para trabajar o buscar trabajo en los cuidados profesionales, superando en un 47% las producidas en el conjunto del sector sociosanitario. Este hecho pone de manifiesto un mayor grado de confianza en las oportunidades de empleo en esta actividad respecto al resto de actividades que conforman el sector sociosanitario (Tabla 68).

Tabla 68. Evolución de la población activa por ramas de actividad. Periodo 2008-2009.

	2008TI	2008TII	2008TIII	2008TIV	2009TI	2009TII	2009TIII	2009TIV	IV TR 2008-2009	
									VAR	% VAR
Actividades relacionadas con los cuidados profesionales	371.400	396.300	415.700	421.600	434.100	438.500	457.500	471.000	49.400	11,72
Actividades sanitarias y de servicios sociales	1.240.700	1.296.800	1.353.700	1.390.200	1.366.300	1.380.300	1.440.700	1.423.800	33.600	2,42
Servicios	14.399.100	14.699.900	14.889.600	14.977.100	14.821.300	14.902.500	14.967.800	14.794.200	-182.900	-1,22
Total mercado laboral	22.576.500	22.806.700	22.945.100	23.064.700	23.101.500	23.082.400	22.993.500	22.972.500	-92.200	-0,40

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Población Activa. INE, 2010

La evolución seguida por la actividad laboral de los cuidados profesionales en los dos últimos años, ha supuesto un aumento continuado de su **peso relativo sobre el sector sociosanitario**, aumentando éste en 2009 en un 9,08%. Esto ha tenido como consecuencia que, al finalizar este año, 1 de cada 3 personas activas en el ámbito sociosanitario se encontraban en el ámbito de los cuidados profesionales, lo que evidencia su importancia en términos laborales y las expectativas generadas en su capacidad de generación de empleo. Igualmente, merece especial mención haber alcanzado hasta el 3,18% del conjunto de activos del sector servicios y el 2,05% del conjunto del mercado laboral, habiendo aumentado su aportación a estos ámbitos en sólo un año en un 13,10% y un 12,17%, respectivamente (Tabla 69).

Tabla 69. Contribución de los cuidados profesionales a la población activa. Periodo 2008-2009.

	2008TI	2008TII	2008TIII	2008TIV	2009TI	2009TII	2009TIII	2009TIV	IV TR 2008-2009	
									VAR	% VAR
Sobre las actividades sanitarias y de servicios sociales	29,93	30,56	30,71	30,33	31,77	31,77	31,76	33,08	2,75	9,08
Sobre los servicios	2,58	2,70	2,79	2,81	2,93	2,94	3,06	3,18	0,37	13,10
Sobre el mercado laboral	1,65	1,74	1,81	1,83	1,88	1,90	1,99	2,05	0,22	12,17

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Población Activa. INE, 2010

Desde la **perspectiva de género**, destaca especialmente el aumento producido en el último año en la actividad laboral de los hombres en el ámbito de los cuidados profesionales, creciendo ésta en un 19,02% en 2009, muy por encima del aumento de la actividad femenina (10,47%), a pesar de lo cual las mujeres continuaban representando a finales de 2009 el 84,46% de los activos en el sector, muestra inequívoca del grado de feminización de la actividad de los cuidados profesionales (Tabla 70).

Tabla 70. Evolución de la población activa en el ámbito de los cuidados profesionales según género. Periodo 2008-2009.

									IV TR 2008-2009	
	2008TI	2008TII	2008TIII	2008TIV	2009TI	2009TII	2009TIII	2009TIV	VAR	% VAR
Total	371.400	396.300	415.700	421.600	434.100	438.500	457.500	471.000	49.400	11,72
Hombres	52.100	49.400	61.600	61.500	64.000	71.800	78.200	73.200	11.700	19,02
Mujeres	319.300	346.900	354.100	360.100	370.100	366.700	379.300	397.800	37.700	10,47
% Mujeres	85,97	87,53	85,18	85,41	85,26	83,63	82,91	84,46	-0,95	-1,12

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Población Activa. INE, 2010

Atendiendo al comportamiento seguido por las ramas de actividad que conforman los cuidados profesionales puede comprobarse el importante aumento experimentado por la actividad laboral en el ámbito de los servicios sociales sin alojamiento, aumentando ésta en un 27,12% en 2009, frente al 1,42% en el ámbito residencial, y acaparando el 92,71% de las nuevas incorporaciones producidas. En la actualidad, el 45,6% de las personas que trabajan o desean trabajar en cuidados profesionales lo hacen en servicios sociales sin alojamiento (Tabla 71).

Tabla 71. Evolución de la población activa de cuidadores. Periodo 2008-2009.

									IV TR 2008-2009	
	2008TI	2008TII	2008TIII	2008TIV	2009TI	2009TII	2009TIII	2009TIV	VAR	% VAR
Actividades relacionadas con los cuidados profesionales	371.400	396.300	415.700	421.600	434.100	438.500	457.500	471.000	49.400	11,72
Asistencia en establecimientos residenciales	210.500	229.600	240.000	252.700	262.000	247.200	261.700	256.300	3.600	1,42
Actividades de servicios sociales sin alojamiento	160.900	166.700	175.700	168.900	172.100	191.300	195.800	214.700	45.800	27,12
% Actividades de servicios sociales sin alojamiento	43,32	42,06	42,27	40,06	39,65	43,63	42,80	45,58	5,52	13,78

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Población Activa. INE, 2010

Una vez comprobado el comportamiento de la actividad laboral en los cuidados profesionales puede analizarse la capacidad de esta actividad para dar respuesta a las expectativas de empleo generadas. En este sentido, se puede constatar que a lo largo de los años 2008 y 2009, el **empleo** en los cuidados profesionales aumentó de manera continuada, al contrario de lo sucedido en el resto de ámbitos comparados. De hecho, mientras el empleo en las actividades de cuidados profesionales creció en hasta un 9,10% en el año 2009, creándose hasta 35.400 nuevos empleos en un solo año, en el conjunto de las actividades del sector sociosanitario el empleo apenas creció en un 0,92% y en el sector servicios y el conjunto del mercado laboral se produjo una destrucción de empleo del -3,25% y del -6,10%, respectivamente. De esta evolución se desprende el buen comportamiento de esta actividad, sobre todo si se tiene en cuenta, además, que el empleo en las actividades sanitarias en 2009 (epígrafe 86 de la CNAE-09) se produjo una destrucción de empleo del -2,49%. (Tabla 72).

Tabla 72. Evolución de la ocupación por ramas y sectores de actividad. Periodo 2008-2009.

	2008TI	2008TII	2008TIII	2008TIV	2009TI	2009TII	2009TIII	2009TIV	IV TR 2008-2009	
									VAR	% VAR
Actividades relacionadas con los cuidados profesionales	342000	362700	387800	389000	392700	396400	418400	424400	35400	9,10
Actividades sanitarias y de servicios sociales	1182700	1236100	1307800	1320300	1287200	1302000	1371900	1332500	12200	0,92
Servicios	13554800	13810600	13950700	13829600	13374900	13436900	13563100	13379700	-449900	-3,25
Total mercado laboral	20402300	20425100	20346300	19856800	19090800	18945000	18870200	18645900	-1210900	-6,10

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Población Activa. INE, 2010

Esta creación de empleo en el ámbito de los cuidados profesionales ha tenido como consecuencia un cada vez mayor **peso sobre el conjunto de la ocupación en el sector sociosanitario**, en el que alcanza actualmente el 31,85%. Respecto al sector servicios representa un 3,17% y en el conjunto del mercado laboral, representa a finales de 2009 el 2,28% de los empleos existentes, por encima de su representación en términos de actividad laboral (Tabla 73).

Tabla 73. Contribución de los cuidados profesionales al empleo. Periodo 2008-2009.

	2008TI	2008TII	2008TIII	2008TIV	2009TI	2009TII	2009TIII	2009TIV	IV TR 2008-2009	
									VAR	% VAR
Sobre las actividades sanitarias y de servicios sociales	28,92	29,34	29,65	29,46	30,51	30,45	30,50	31,85	2,39	8,10
Sobre los servicios	2,52	2,63	2,78	2,81	2,94	2,95	3,08	3,17	0,36	12,77
Sobre el mercado laboral	1,68	1,78	1,91	1,96	2,06	2,09	2,22	2,28	0,32	16,19

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Población Activa. INE, 2010

Atendiendo al componente de **género** de esta evolución, el **empleo** de los hombres en la actividad de cuidados profesionales ha experimentado un importante y significativo incremento del 18,11%, más del doble del registrado en el caso de las mujeres (7,64%). Este hecho corrobora la tendencia mostrada en el año anterior y comprobada con anterioridad, con una cada vez mayor ocupación masculina en este ámbito. Aún así, las mujeres ocuparon el 72,3% de los empleos creados en 2009, lo que evidencia también que, a pesar de la positiva evolución del empleo masculino, las mujeres continúan protagonizando la evolución de este sector en términos de empleo (Tabla 74).

Tabla 74. Evolución de la población ocupada en los cuidados profesionales según género. Periodo 2008-2009.

	2008TI	2008TII	2008TIII	2008TIV	2009TI	2009TII	2009TIII	2009TIV	IV TR 2008-2009	
									VAR	% VAR
Total	342.000	362.700	387.800	389.000	392.700	396.400	418.400	424.400	35.400	9,10
Hombres	47.700	45.600	58.500	54.100	59.000	63.700	71.400	63.900	9.800	18,11
Mujeres	294.300	317.100	329.300	334.900	333.700	332.700	347.000	360.500	25.600	7,64
% Mujeres	86,05	87,43	84,91	86,09	84,98	83,93	82,93	84,94	-1,15	-1,33

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Población Activa. INE, 2010

En cuanto a la evolución seguida **por las ramas de actividad** de los cuidados profesionales, puede comprobarse que el **crecimiento del empleo** en este ámbito en 2009 se debió exclusivamente al impulso de las actividades de servicios sociales sin alojamiento, creciendo el empleo en un 23,63%, mientras que en las actividades asociadas a establecimientos residenciales se produjo una disminución del -0,38%. El empleo en actividades asistenciales sin alojamiento supone en la actualidad el 44,75% de los empleos relacionados con los cuidados profesionales, tras haber aumentado este peso relativo en un 13,32% en tan sólo un año (Tabla 75).

Tabla 75. Evolución de la población ocupada en los cuidados profesionales según rama de actividad. Periodo 2008-2009.

	2008TI	2008TII	2008TIII	2008TIV	2009TI	2009TII	2009TIII	2009TIV	IV TR 2008-2009	
									VAR	% VAR
Actividades relacionadas con los cuidados profesionales	342.000	362.700	387.800	389.000	392.700	396.400	418.400	424.400	35.400	9,10
Asistencia en establecimientos residenciales	191.200	208.800	226.300	235.400	237.100	223.800	243.400	234.500	-900	-0,38
Actividades de servicios sociales sin alojamiento	150.800	153.900	161.500	153.600	155.600	172.600	175.000	189.900	36.300	23,63
% Actividades de servicios sociales sin alojamiento	44,09	42,43	41,65	39,49	39,62	43,54	41,83	44,75	5,26	13,32

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Población Activa. INE, 2010

Una vez analizado el importante incremento de actividad laboral y de creación de empleo en este sector, puede abordarse el comportamiento seguido por el **desempleo o paro estimado**. En este sentido, y a pesar de la favorable evolución del sector, se constata un incremento en el año 2009 del paro estimado por la EPA de un 42,94%, sensiblemente superior a la media estimada para el sector sociosanitario (30,62%), el sector servicios (23,27%) o el conjunto del mercado laboral (34,87%). Así, este ámbito de actividad generó el 65,42% del incremento del desempleo sociosanitario, incluso a pesar de haber sido el motor del crecimiento del empleo en este sector.

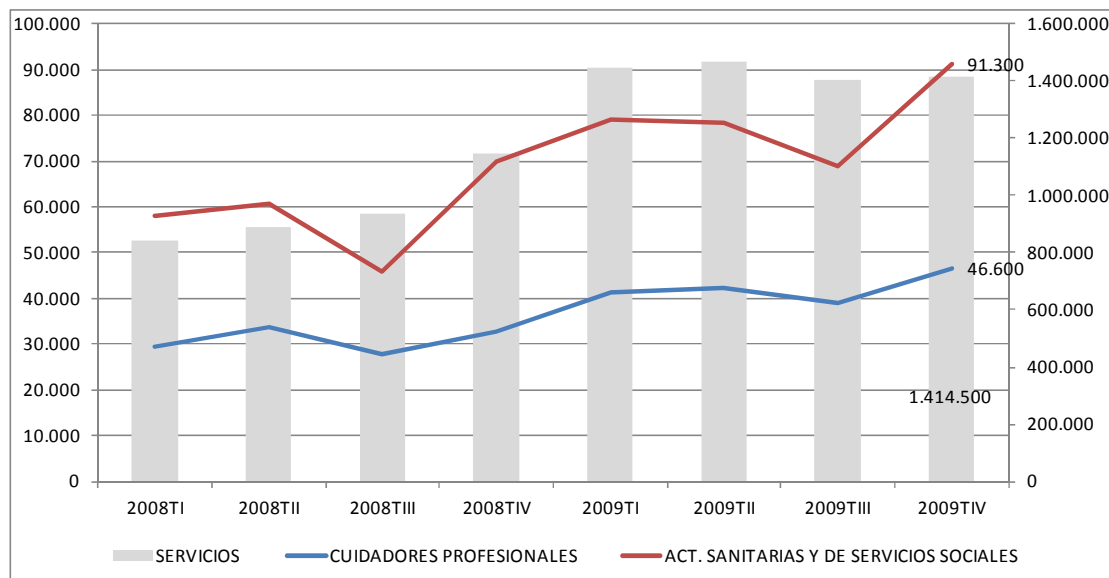
Esta evolución del desempleo en las actividades relacionadas por los cuidados profesionales evidencia que, a pesar del buen comportamiento experimentado en términos de empleo, la incorporación de activos a este ámbito ha superado las expectativas iniciales de creación potencial de empleo del sector, pudiéndose deber esta realidad a factores de tan diversa naturaleza como la actual situación de crisis económica, un exceso en las previsiones iniciales o, simplemente, la falta de adecuación entre la oferta y la demanda de empleo en el sector (Tabla 76 y Figura 15).

Tabla 76. Evolución del paro estimado por ramas y sectores de actividad. Periodo 2008-2009.

	2008TI	2008TII	2008TIII	2008TIV	2009TI	2009TII	2009TIII	2009TIV	IV TR 2008-2009	
									VAR	% VAR
Actividades relacionadas con los cuidados profesionales	29400	33600	27900	32600	41400	42100	39100	46600	14000	42,94
Actividades sanitarias y de servicios sociales	58000	60700	45900	69900	79100	78300	68800	91300	21400	30,62
Servicios	844300	889300	938900	1147500	1446400	1465600	1404700	1414500	267000	23,27
Total mercado laboral	2174200	2381600	2598800	3207900	4010700	4137400	4123300	4326600	1118700	34,87

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Población Activa. INE, 2010

Figura 15. Evolución mercado laboral en el ámbito de los cuidados profesionales en términos de actividad y desempleo. Periodo 2008-2009.



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Población Activa. INE, 2010

Este importante aumento del número de personas desempleadas en el sector en 2009 ha supuesto un incremento del **peso relativo** de los actividades relacionadas con los cuidados profesionales en la demanda de empleo del sector sociosanitario (9,44%), en el sector servicios (15,96%) y, en menor medida, en el conjunto del mercado laboral (5,98%).

Sin embargo, merece especial mención en este sentido el hecho de que, a pesar del aumento experimentado, el porcentaje de desempleados en los cuidados profesionales sobre el conjunto

del mercado laboral a finales de 2009 sólo suponía el 1,08%, cuando en términos de actividad laboral representaban el 2,05 % y en términos de empleo el 2,28%, un **dato significativamente positivo que indica la capacidad de generación de expectativas y empleo de esta actividad profesional respecto al resto de actividades que conforman el mercado laboral** (Tabla 77).

Tabla 77. Contribución de los cuidados profesionales al desempleo. Periodo 2008-2009.

	2008TI	2008TII	2008TIII	2008TIV	2009TI	2009TII	2009TIII	2009TIV	IV TR 2008-2009	
									VAR	% VAR
Sobre las actividades sanitarias y de servicios sociales	50,69	55,35	60,78	46,64	52,34	53,77	56,83	51,04	4,40	9,44
Sobre los servicios	3,48	3,78	2,97	2,84	2,86	2,87	2,78	3,29	0,45	15,96
Sobre el mercado laboral	1,35	1,41	1,07	1,02	1,03	1,02	0,95	1,08	0,06	5,98

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Población Activa. INE, 2010

El alto nivel de feminización de la actividad laboral y el empleo en este sector tienen como consecuencia directa que sean, precisamente las mujeres, quienes en mayor medida hayan sufrido el aumento experimentado en la demanda de empleo. De hecho, el **desempleo femenino** en 2009 se incrementó en un 48,02%, mientras que el masculino lo hizo en un 25,68%, protagonizando las mujeres el 86,42% de las nuevas demandas de empleo estimadas (Tabla 78).

Tabla 78. Evolución del desempleo en los cuidados profesionales según género. Periodo 2008-2009.

	2008TI	2008TII	2008TIII	2008TIV	2009TI	2009TII	2009TIII	2009TIV	IV TR 2008-2009	
									VAR	% VAR
Total	29.400	33.600	27.900	32.600	41.400	42.100	39.100	46.600	14.000	42,94
Hombres	4.400	3.800	3.100	7.400	5.000	8.100	6.800	9.300	1.900	25,68
Mujeres	25.000	29.800	24.800	25.200	36.400	34.000	32.300	37.300	12.100	48,02
% Mujeres	85,03	88,69	88,89	77,30	87,92	80,76	82,61	80,04	2,74	3,55

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Población Activa. INE, 2010

Al igual que sucedía en términos de empleo, han sido las actividades de servicios sociales sin alojamiento las que mayor incremento del desempleo han experimentado en 2009 (62,09%), fundamentado también en las mayores expectativas de futuro previstas, siendo el aumento del desempleo en las actividades de asistencia en establecimientos residenciales sensiblemente inferior (26,01%) (Tabla 79).

Tabla 79. Evolución desempleo en los cuidados profesionales según rama de actividad. Periodo 2008-2009.

	2008TI	2008TII	2008TIII	2008TIV	2009TI	2009TII	2009TIII	2009TIV	IV TR 2008-2009	
									VAR	% VAR
Actividades relacionadas con los cuidados profesionales	29.400	33.600	27.900	32.600	41.400	42.100	39.100	46.600	14.000	42,94
Asistencia en establecimientos residenciales	19.300	20.800	13.700	17.300	24.900	23.400	18.300	21.800	4.500	26,01
Actividades de servicios sociales sin alojamiento	10.100	12.800	14.200	15.300	16.500	18.700	20.800	24.800	9.500	62,09
% Actividades de servicios sociales sin alojamiento	34,35	38,10	50,90	46,93	39,86	44,42	53,20	53,22	6,29	13,39

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Población Activa. INE, 2010

La evolución seguida en 2009 por el mercado laboral en el ámbito de los cuidados profesionales en términos de actividad y desempleo, a pesar del incremento de empleo producido, ha supuesto un aumento de la **tasa de paro**^{iv} de este colectivo del 27,95%, algo inferior en el caso de actividades en establecimientos residenciales (24,24%) y superior en el caso de servicios asistenciales sin alojamiento (27,51%), aunque en todo caso aumentos inferiores al experimentado por la tasa de desempleo en el conjunto del mercado laboral en 2009 (35,41%). De hecho, la tasa de paro de este colectivo a finales de 2009 era del 9,89%, casi la mitad que la tasa de paro en el conjunto del mercado laboral (18,83%).

Atendiendo a la evolución en 2009 de la tasa de paro de las actividades relacionadas con los cuidados profesionales desde la perspectiva de género, puede constatarse que el aumento fue muy superior en mujeres (33,99%) que en hombres (4,45%). En cualquier caso, a finales de 2009 la tasa de paro femenina en este sector de actividad apenas se situaba en el 9,38%, significativamente inferior a la tasa de paro femenino en el conjunto del mercado laboral (19,07%) y a la de los hombres que demandan empleo en cuidados profesionales (12,57%) (Tabla 80).

^{iv} Tasa de paro se calcula como el paro estimado / población activa.

Tabla 80. Evolución de la tasa de paro el ámbito de los cuidados profesionales. Periodo 2008-2009.

	2008TI	2008TII	2008TIII	2008TIV	2009TI	2009TII	2009TIII	2009TIV	IV TR 2008-2009	
									VAR	% VAR
Total	7,92	8,48	6,71	7,73	9,54	9,60	8,55	9,89	2,16	27,95
Hombres	8,43	7,49	5,19	12,03	7,97	11,28	8,70	12,57	0,54	4,45
Mujeres	7,83	8,59	7,00	7,00	9,83	9,27	8,52	9,38	2,38	33,99

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Población Activa. INE, 2010

Como se señalaba al comienzo de este análisis, la EPA es la fuente de referencia para el análisis del mercado laboral, no sólo por ser la fuente de referencia oficial sino, además, por aunar con los mismos criterios de análisis el comportamiento de la actividad laboral, el empleo y el desempleo. En cualquier caso, y en términos de desempleo, merece especial atención la información facilitada por el **Servicio Estatal Público de Empleo** a través de los datos de **paro registrado**, una información de referencia mensual sobre los demandantes parados inscritos en las oficinas de empleo y su vinculación a las actividades económicas y las ocupaciones en el mercado laboral.

En este sentido, los datos de paro registrados corroboran los facilitados y analizados de la EPA, aunque, en este caso, y tomando como referencia la **evolución interanual en los meses de enero de 2009 y 2010**, el incremento recogido en el registro de demandantes parados en el ámbito de los cuidados profesionales es inferior al estimado por la EPA (21,81%), aunque similar al registrado para las actividades del sector servicios (21,01%) y para el conjunto del mercado laboral (21,66%) (Tabla 81).

Tabla 81. Evolución de los demandantes de empleo parados (paro registrado) por sectores de actividad. Periodo Enero 2009 – Enero 2010.

	Actividades relacionadas con los cuidados profesionales	Servicios	Total mercado laboral
ene-09	54.662	1.936.296	3.327.801,00
feb-09	55.216	2.017.144	3.481.859,00
mar-09	55.442	2.075.035	3.605.402,00
abr-09	55.411	2.086.939	3.644.880,00
may-09	54.873	2.073.610	3.620.139,00
jun-09	52.398	2.041.758	3.564.889,00
jul-09	49.706	2.027.873	3.544.095,00
ago-09	51.631	2.075.678	3.629.080,00
sep-09	55.419	2.140.158	3.709.447,00
oct-09	60.236	2.202.605	3.808.353,00
nov-09	61.031	2.240.863	3.868.946,00
dic-09	59.421	2.241.065	3.923.603,00
ene-10	66.582	2.343.195	4.048.493,00
VAR 2009-2010	11.920	406.899	720.692,00
% VAR	21,81	21,01	21,66

Fuente: Elaboración propia a partir de las Estadísticas del Servicio Estatal Público de Empleo, 2010

Tomando como referencia también el periodo y la evolución interanual conformada por los meses de enero de 2009 y 2010, según el paro registrado de las actividades relacionadas con los cuidados profesionales en los Servicios Públicos de Empleo, en el último año la **contribución de éstas al desempleo en el sector servicios** apenas ha aumentado en un 0,65%, permaneciendo estable, y en el conjunto del mercado laboral, datos que corroboran incluso en mayor medida las conclusiones derivadas del análisis de los datos de la Encuesta de Población Activa (Tabla 82).

Tabla 82. Contribución de actividades relacionadas con los cuidados profesionales al paro registrado. Periodo Enero 2009 – Enero 2010

	% Sobre el sector servicios	% Sobre el mercado laboral
ene-09	2,82	1,64
feb-09	2,74	1,59
mar-09	2,67	1,54
abr-09	2,66	1,52
may-09	2,65	1,52
jun-09	2,57	1,47
jul-09	2,45	1,40
ago-09	2,49	1,42
sep-09	2,59	1,49
oct-09	2,73	1,58
nov-09	2,72	1,58
dic-09	2,65	1,51
ene-10	2,84	1,64
VAR 2009-2010	0,00	0,00
% VAR	0,65	0,12

Fuente: Elaboración propia a partir de las Estadísticas del Servicio Estatal Público de Empleo, 2010

Igualmente, la evolución seguida mes a mes por el **paro registrado** en 2009 y hasta enero de 2010 desde la perspectiva de **género**, confirman las conclusiones derivadas del análisis de la EPA, con un aumento interanual al mes de Enero de 2010 del paro masculino (26,64%) superior al aumento del paro femenino (21,00%), aunque en menor medida que lo señalado por la EPA, representando las mujeres en el mes de enero de 2010 hasta un 85,10% del paro registrado en el ámbito de los cuidados profesionales, algo superior incluso al señalado por la EPA para el cuarto trimestre de 2009 (80,04%) (Tabla 83).

Al igual que sucedía tomando como referencia el paro estimado por la EPA, también en términos de **paro registrado** han sido las actividades de servicios sociales sin alojamiento las que mayor incremento del desempleo han experimentado en 2009 (24,80%), siendo el aumento del desempleo en las actividades de asistencia en establecimientos residenciales sensiblemente inferior (19,58%) (Tabla 84).

Tabla 83. Evolución de los demandantes parados de empleo en cuidados profesionales según género. Periodo Enero 2009 – Enero 2010.

	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	% MUJERES
ene-09	54.662	7.834	46.828	85,67
feb-09	55.216	7.724	47.492	86,01
mar-09	55.442	7.678	47.764	86,15
abr-09	55.411	7.634	47.777	86,22
may-09	54.873	7.634	47.239	86,09
jun-09	52.398	7.271	45.127	86,12
jul-09	49.706	7.190	42.516	85,53
ago-09	51.631	7.559	44.072	85,36
sep-09	55.419	8.261	47.158	85,09
oct-09	60.236	8.786	51.450	85,41
nov-09	61.031	8.786	52.066	85,31
dic-09	59.421	8.986	50.435	84,88
ene-10	66.582	9.921	56.661	85,10
VAR 2009-2010	11.920	2.087	9.833	-0,57
% VAR	21,81	26,64	21	-0,66

Fuente: Elaboración propia a partir de las Estadísticas del Servicio Estatal Público de Empleo, 2010

Tabla 84. Evolución de los demandantes de empleo parados (paro registrado) en cuidados profesionales. Periodo Enero 2009 – Enero 2010.

	Actividades de cuidados profesionales	Asistencia en establecimientos residenciales.	Actividades de servicios sociales sin alojamiento	% Actividades de servicios sociales sin alojamiento
ene-09	54.662	31.356	23.306	42,64
feb-09	55.216	32.090	23.126	41,88
mar-09	55.442	32.270	23.172	41,80
abr-09	55.411	32.138	23.273	42,00
may-09	54.873	31.745	23.128	42,15
jun-09	52.398	29.386	23.012	43,92
jul-09	49.706	26.113	23.593	47,47
ago-09	51.631	26.454	25.177	48,76
sep-09	55.419	29.956	25.463	45,95
oct-09	60.236	34.079	26.157	43,42
nov-09	61.031	34.717	26.314	43,12
dic-09	59.421	33.291	26.130	43,97
ene-10	66.582	37.496	29.086	43,68
VAR 2009-2010	11.920	6.140	5.780	1,05
% VAR	21,81	19,58	24,8	2,46

Fuente: Elaboración propia a partir de las Estadísticas del Servicio Estatal Público de Empleo, 2010

Desde la perspectiva de **género** el aumento de **paro registrado** en las actividades relacionadas con la asistencia en establecimientos residenciales ha sido mayor en el caso de los hombres (24,69%) que de las mujeres (19,01%), aunque, en términos absolutos, el 87,34% de las nuevas personas en desempleo son, precisamente, mujeres (Tabla 85).

Tabla 85. Evolución del paro registrado en asistencia en establecimientos residenciales según género. Periodo Enero 2009 - Enero 2010

	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	% MUJERES
ene-09	31.356	3.147	28.209	89,96
feb-09	32.090	3.115	28.975	90,29
mar-09	32.270	3.106	29.164	90,37
abr-09	32.138	3.097	29.041	90,36
may-09	31.745	3.093	28.652	90,26
jun-09	29.386	2.909	26.477	90,10
jul-09	26.113	2.681	23.432	89,73
ago-09	26.454	2.769	23.685	89,53
sep-09	29.956	3.111	26.845	89,61
oct-09	34.079	3.423	30.656	89,96
nov-09	34.635	3.423	31.212	90,12
dic-09	33.291	3.453	29.838	89,63
ene-10	37.496	3.924	33.572	89,53
VAR 2009-2010	6.140	777	5.363	-0,43
% VAR	19,58	24,69	19,01	-0,48

Fuente: Elaboración propia a partir de las Estadísticas del Servicio Estatal Público de Empleo, 2010

De la misma manera, el aumento del paro registrado en las actividades relacionadas con los servicios sociales sin alojamiento ha sido mayor en el caso de hombres (27,95%) que en el caso de las mujeres (24,01%), aunque, igualmente, ha sido precisamente este colectivo el que ha protagonizado el 77,33% de las nuevas demandas (Tabla 86).

Tabla 86. Evolución del paro registrado en actividades de servicios sociales sin alojamiento según género. Periodo Enero 2009 – Enero 2010.

	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	% MUJERES
ene-09	23.306	4.687	18.619	79,89
feb-09	23.126	4.609	18.517	80,07
mar-09	23.172	4.572	18.600	80,27
abr-09	23.273	4.537	18.736	80,51
may-09	23.128	4.541	18.587	80,37
jun-09	23.012	4.362	18.650	81,04
jul-09	23.593	4.509	19.084	80,89
ago-09	25.177	4.790	20.387	80,97
sep-09	25.463	5.150	20.313	79,77
oct-09	26.157	5.363	20.794	79,50
nov-09	26.217	5.363	20.854	79,54
dic-09	26.130	5.533	20.597	78,83
ene-10	29.086	5.997	23.089	79,38
VAR 2009-2010	5.780	1.310	4.470	-0,51
% VAR	24,8	27,95	24,01	-0,64

Fuente: Elaboración propia a partir de las Estadísticas del Servicio Estatal Público de Empleo, 2010

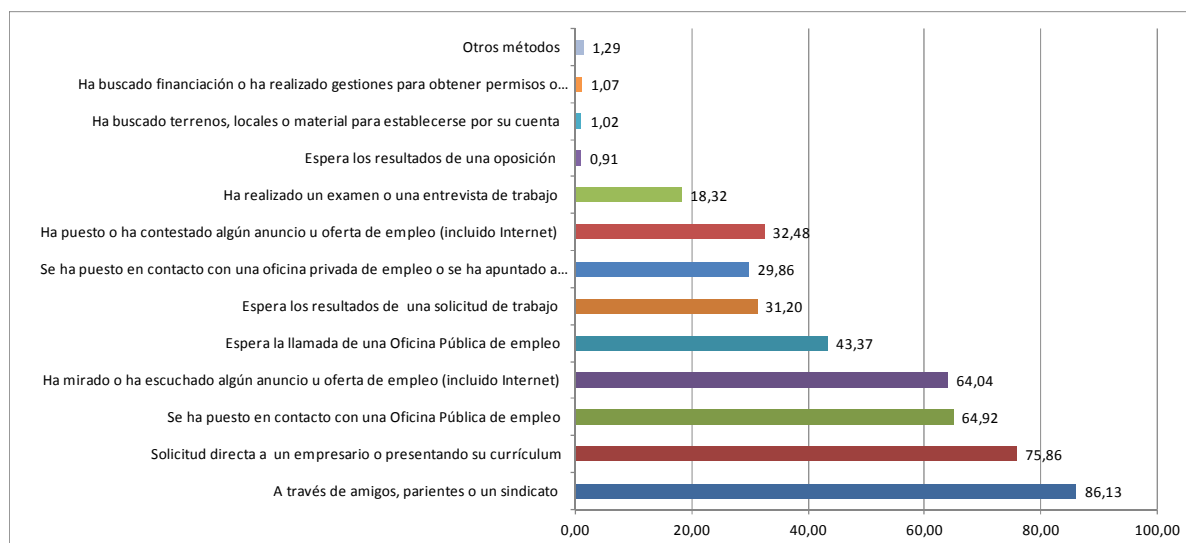
8.2. La Búsqueda Activa de Empleo

Como ha podido comprobarse en el apartado anterior la actividad laboral de los cuidados profesionales ha generado importantes oportunidades de empleo en el último año, aunque también se han puesto de manifiesto las dificultades de muchos demandantes de empleo para alcanzar su inserción laboral en el sector. Entre otros factores, tanto la implantación progresiva de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, como la adversa coyuntura económica sufrida en 2009 han sido factores determinantes para la aparición de estas dificultades a la hora de encontrar empleo. Pero no debe olvidarse que el nivel de empleabilidad de las personas desempleadas, no sólo depende de las condiciones del mercado laboral, también dependen de su cualificación profesional, de su habilidad para realizar una búsqueda activa de empleo eficaz y de su capacidad para decidir dónde y cómo encontrar un empleo, ya sea por cuenta ajena como por cuenta propia, a través del autoempleo, fórmulas de economía social o sociedades mercantiles.

En este apartado se describen las vías más utilizadas por las personas desempleadas a la hora de realizar una adecuada búsqueda de empleo. Cuando se habla de búsqueda activa de empleo se está haciendo referencia a actitudes, conceptos y recursos que las personas desempleadas deben saber utilizar adecuadamente para mejorar su empleabilidad, pudiendo desarrollar estas destrezas por cuenta propia o a través de los servicios públicos de empleo que la administración pone a su disposición. Entre otros aspectos de especial trascendencia en este sentido, se encuentran el autoconocimiento de las capacidades personales y las competencias profesionales, el conocimiento de la realidad del mercado laboral, la utilización de los recursos públicos y privados existentes y el desarrollo de habilidades en las técnicas de búsqueda, como la carta de presentación, la elaboración del currículum vitae, la entrevista de trabajo, la búsqueda y respuesta de ofertas en internet, prensa, etc.

En la Figura 16 se muestran los métodos de búsqueda activa de empleo utilizados por las personas desempleadas. Entendiendo que cada persona suele utilizar más de un método, según la EPA las vías más utilizadas en los últimos años han sido las de búsqueda a través de amigos y familiares, solicitudes directas a empresarios y envíos de currículos, el contacto con una oficina pública de empleo o la búsqueda de anuncios en internet o prensa.

Figura 16. Métodos de búsqueda activa de empleo utilizados por personas desempleadas.



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Población Activa. INE, 2010

8.3. Las fórmulas de empleo. El empleo asalariado y el autoempleo

Las personas que en la actualidad se encuentran demandando empleo en el sector de los cuidados profesionales deben decidir cómo realizar esta búsqueda, eligiendo entre los métodos descritos en el apartado anterior, pero también deben decidir acerca de dónde realizar esta búsqueda y qué fórmula de empleo es la que mejor se adapta a su perfil profesional. En este sentido, resultará especialmente determinante para alcanzar la inserción laboral, el conocimiento de la evolución reciente de cada una de las distintas fórmulas de empleo existentes para los cuidadores profesionales.

A continuación, se analiza en profundidad el comportamiento de cada una de estas fórmulas de empleo en el año 2009, tanto en el ámbito del **empleo por cuenta ajena, público o privado**, como en el del **empleo por cuenta propia**, a través del **autoempleo** o la **creación de empresas**. Para ello, se tendrán en cuenta los datos facilitados por las fuentes que hasta ahora se ha utilizado: la EPA, los datos de paro registrado y contratos del Servicio Estatal Público de Empleo y las estadísticas de afiliación de la Seguridad Social.

8.3.1. El empleo por cuenta ajena o asalariado

Atendiendo a la información facilitada por la Encuesta de Población Activa en los dos últimos años puede comprobarse que, en el año 2009, el **empleo por cuenta ajena o asalariado** en las actividades realizadas en el ámbito de los cuidados profesionales creció en hasta un **9,94%**, creándose **37.200** nuevos empleos en un solo año. Este notable incremento contrasta con la destrucción de empleo producida en el ámbito de las actividades sanitarias, con lo que en el conjunto de las actividades socio-sanitarias el aumento total del empleo asalariado sólo fue de un **1,20%**. Además, el aumento experimentado por el empleo asalariado en los cuidados profesionales contrasta claramente con la destrucción de empleo registrada en el conjunto del mercado laboral (**-5,00%**), lo que evidencia el potencial generador de empleo de esta actividad en términos de empleo por cuenta ajena (Tabla 87).

Tabla 87. Evolución del empleo asalariado total por ramas y sectores de actividad. Periodo 2008-2009.

									IV TR 2008-2009	
	2008TI	2008TII	2008TIII	2008TIV	2009TI	2009TII	2009TIII	2009TIV	VAR	% VAR
Actividades relacionadas con los cuidados profesionales	330.700	351.500	376.100	374.200	381.400	385.600	409.800	411.400	37.200,00	9,94
Actividades sanitarias y de servicios sociales	1.121.100	1.159.500	1.234.800	1.238.200	1.219.600	1.228.700	1.301.300	1.253.100	14.900,00	1,20
Total mercado laboral	16.817.400	16.853.000	16.746.200	16.308.200	15.843.100	15.736.800	15.650.100	15.492.600	-815.600,00	-5,00

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Población Activa. INE, 2010

La evolución del empleo por cuenta ajena en los cuidados profesionales en los años 2008 y 2009, ha llevado a esta actividad a representar el **32,83%** de los empleos asalariados de las actividades socio-sanitarias y el **2,66%** del conjunto del mercado laboral (Tabla 88).

Tabla 88. Contribución de los cuidados profesionales al empleo asalariado. Periodo 2008-2009.

	2008TI	2008TII	2008TIII	2008TIV	2009TI	2009TII	2009TIII	2009TIV	IV TR 2008-2009	
									VAR	% VAR
Sobre las actividades sanitarias y de servicios sociales	29,50	30,31	30,46	30,22	31,27	31,38	31,49	32,83	2,61	8,63
Sobre el mercado laboral	1,97	2,09	2,25	2,29	2,41	2,45	2,62	2,66	0,36	15,73

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Población Activa. INE, 2010

Desde la **perspectiva de género**, el **empleo por cuenta ajena** en las actividades de cuidados profesionales aumentó en 2009 más en el caso de los hombres (21,26%) que en el de las mujeres (8,16%), aunque fueron precisamente éstas quienes acapararon 7 de cada 10 nuevos empleos asalariados creados en el último año, representando en la actualidad el 85,03% de los empleos por cuenta ajena existentes en este sector de actividad (Tabla 89).

Analizando la creación de **empleo asalariado** en 2009 **por ramas de actividades** dentro de los cuidados profesionales puede apreciarse que la inmensa mayoría de los empleos creados por cuenta ajena se generaron en actividades de servicios sociales sin alojamiento (el 96,5%). Los 35.900 nuevos empleos creados en estas actividades suponen un aumento del empleo por cuenta ajena en éstas del 24,69% y contrastan con los sólo 1.300 empleos generados por las actividades de asistencia en establecimientos residenciales en 2009 (Tabla 90).

Tabla 89. Evolución del empleo asalariado en cuidados profesionales según género. Periodo 2008-2009.

	2008TI	2008TII	2008TIII	2008TIV	2009TI	2009TII	2009TIII	2009TIV	IV TR 2008-2009	
									VAR	% VAR
Total	330.700	351.500	376.100	374.200	381.400	385.600	409.800	411.400	37.200	9,94
Hombres	43.600	43.300	56.000	50.800	56.900	62.500	70.500	61.600	10.800	21,26
Mujeres	287.100	308.200	320.100	323.400	324.500	323.100	339.300	349.800	26.400	8,16
% Mujeres	86,82	87,68	85,11	86,42	85,08	83,79	82,80	85,03	-1,40	-1,62

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Población Activa. INE, 2010

Tabla 90. Evolución del empleo asalariado en cuidados profesionales según ramas de actividad. Periodo 2008-2009.

	2008TI	2008TII	2008TIII	2008TIV	2009TI	2009TII	2009TIII	2009TIV	IV TR 2008-2009	
									VAR	% VAR
Actividades relacionadas con los cuidados profesionales	330.700	351.500	376.100	374.200	381.400	385.600	409.800	411.400	37.200,00	9,94
Asistencia en establecimientos residenciales	188.800	205.900	223.100	228.800	234.000	221.200	241.200	230.100	1.300,00	0,57
Actividades de servicios sociales sin alojamiento	141.900	145.600	153.000	145.400	147.400	164.400	168.600	181.300	35.900,00	24,69
% Actividades de servicios sociales sin alojamiento	42,91	41,42	40,68	38,86	38,65	42,63	41,14	44,07	5,21	13,42

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Población Activa. INE, 2010

Por otro lado, la evolución de la afiliación a la Seguridad Social en 2009 y hasta enero de 2010 corrobora la tendencia mostrada por la EPA en relación al empleo por cuenta ajena en el ámbito de los cuidados profesionales. Entre Enero de 2009 y 2010 la afiliación a la seguridad social de estos trabajadores aumentó en hasta un 22,27%, al contrario de lo sucedido en el sector servicios (-1,17%) o en el conjunto del mercado laboral (-4,14%). Con esta evolución en el último año, el peso de la afiliación laboral de las actividades relacionadas con los cuidados profesionales sobre el conjunto del régimen general de la Seguridad Social ha crecido en un 23,72% (Tabla 91).

Tabla 91. Peso de la afiliación a la seguridad social en el ámbito de los cuidados profesionales. Periodo Enero 2009 – Enero 2010.

CNAE-2009	Actividades relacionadas con los cuidados profesionales	Servicios	Mercado laboral	Sobre servicios
ene-09	385.551	10.077.626	13.755.624	3,83
feb-09	392.873	10.051.635	13.700.543	3,91
mar-09	405.438	10.053.237	13.649.042	4,03
abr-09	415.104	10.080.956	13.625.966	4,12
may-09	423.667	10.143.383	13.687.727	4,18
jun-09	433.481	10.149.003	13.693.647	4,27
jul-09	449.300	10.233.125	13.774.420	4,39
ago-09	454.310	10.183.523	13.658.460	4,46
sep-09	457.947	10.114.500	13.572.167	4,53
oct-09	459.845	10.113.808	13.541.932	4,55
nov-09	466.540	10.094.907	13.499.435	4,62
dic-09	472.667	10.110.577	13.436.667	4,67
ene-10	471.427	959.633	13.185.818	4,73
Var 2009-2010	85.876	-117.993	-569.806	0,91
% Var	22,27	-1,17	-4,14	23,72

Fuente: Elaboración propia a partir de las Estadísticas de la Seguridad Social, 2010.

Al igual que se comprobó al analizar los datos de la EPA, las actividades relacionadas con los servicios sociales sin alojamiento han protagonizado el **crecimiento de la afiliación a la Seguridad Social** en el ámbito de los cuidados profesionales, creciendo entre enero de 2009 y enero de 2010 en un 33,96%, frente al 8,86% de la afiliación asociada a la asistencia en establecimientos residenciales. De hecho, el 81,5% de las nuevas afiliaciones en este ámbito fueron protagonizadas por cuidadores en servicios sociales sin alojamiento (Tabla 92).

El aspecto negativo en la evolución del empleo de las actividades relacionadas con los cuidados profesionales lo ofrece el dato de **contrataciones** realizadas en los meses de enero de 2009 y 2010, reduciéndose éstas en un -2,24%, si bien esta disminución fue sensiblemente inferior a la experimentada en el conjunto de actividades relacionadas con el sector sociosanitario (-11,41%) o las producidas en el sector servicios (-5,94%) y en el conjunto del mercado laboral (-6,71%) (Tabla 93).

Tabla 92. Evolución de la afiliación media al régimen general de la seguridad social en el ámbito de los cuidados profesionales. Periodo Enero 2009 – Enero 2010.

CNAE-2009	Actividades relacionadas con los cuidados profesionales	Asistencia en establecimientos residenciales	Actividades de servicios sociales sin alojamiento	% Actividades de servicios sociales sin alojamiento
ene-09	385.551	179.571	205.980	53,42
feb-09	392.873	180.890	211.984	53,96
mar-09	405.438	182.755	222.684	54,92
abr-09	415.104	185.875	229.229	55,22
may-09	423.667	188.124	235.543	55,60
jun-09	433.481	191.762	241.719	55,76
jul-09	449.300	200.467	248.833	55,38
ago-09	454.310	204.011	250.299	55,09
sep-09	457.947	200.985	256.963	56,11
oct-09	459.845	196.050	263.795	57,37
nov-09	466.540	195.576	270.965	58,08
dic-09	472.667	197.560	275.108	58,20
ene-10	471.427	195.488	275.939	58,53
Var 2009-2010	85.876	15.917	69.959	5,11
% Var	22,27	8,86	33,96	9,56

Fuente: Elaboración propia a partir de las Estadísticas de la Seguridad Social, 2010.

Tabla 93. Evolución de la contratación por ramas y sectores de actividad. Periodo Enero 2009 – Enero 2010.

CNAE-2009	Actividades relacionadas con los cuidados profesionales	Actividades sanitarias de servicios sociales	Servicios	Total mercado laboral
ene-09	39.232	84.006	717.183	1.125.773
feb-09	29.357	67.032	652.942	1.016.678
mar-09	31.727	64.123	706.332	1.061.112
abr-09	32.902	68.983	717.654	1.031.420
may-09	32.615	68.099	763.702	1.110.014
jun-09	41.354	82.600	921.790	1.274.698
jul-09	52.229	100.353	1.052.786	1.403.023
ago-09	36.848	69.268	678.027	944.823
sep-09	45.785	82.153	944.007	1.354.836
oct-09	44.794	86.485	974.093	1.357.868
nov-09	38.706	77.949	851.655	1.204.027
dic-09	40.986	82.523	790.953	1.137.565
ene-10	38.354	74.418	674.564	1.050.233
Var 2009-2010	-878	-9.588	-42.619	-75.540
% Var	-2,24	-11,41	-5,94	-6,71

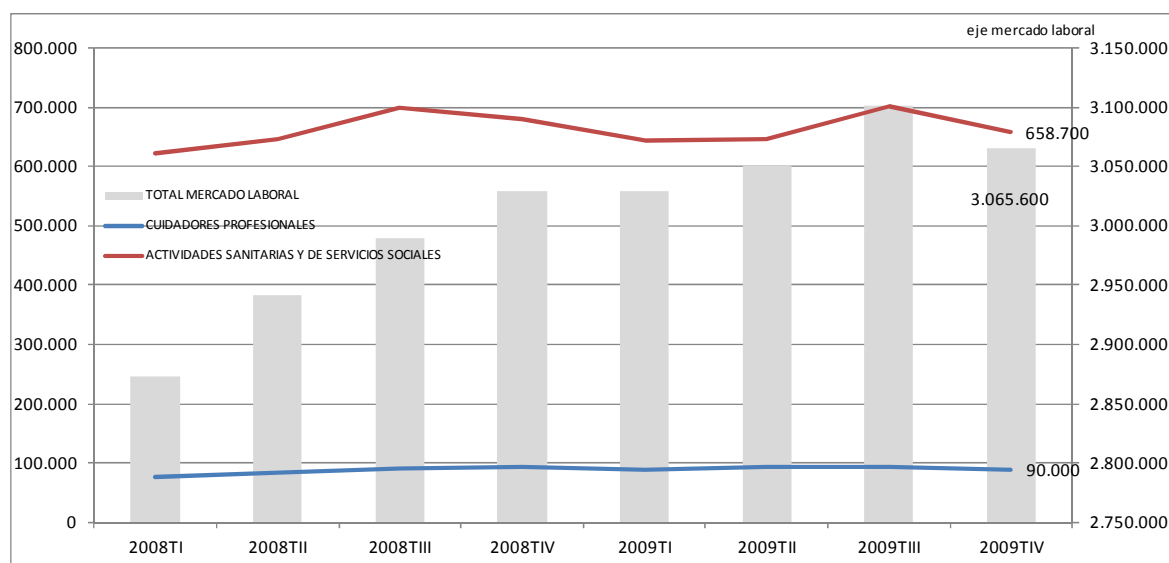
Fuente: Elaboración propia a partir de las Estadísticas de la Seguridad Social, 2010.

8.3.2. El empleo en el sector público

De los datos facilitados por la EPA se desprende que la **oferta de empleo público** en el ámbito de los cuidados profesionales experimentó un importante aumento durante el año 2008. Sin embargo, el balance del año 2009 ha sido negativo, reduciéndose el nivel de empleo público en estas actividades en hasta un **-4,46%**, una reducción superior a la experimentada en el sector servicios y especialmente significativa si se tiene en cuenta que, en el conjunto del mercado laboral, se produjo un incremento del **1,19%** en el empleo del sector público.

Si bien a lo largo del año 2009, se han podido observar numerosas iniciativas del sector público en el ámbito de la generación de empleo, con la finalidad de contrarrestar las dificultades de la economía privada para mantener o aumentar los niveles de empleo acumulados en años anteriores, es evidente que estas iniciativas han afectado en gran medida al ámbito laboral de los cuidados profesionales, llegando incluso a reducirse las cotas de empleo anteriormente alcanzadas (Figura 17).

Figura 17. Mercado laboral en el sector público. Periodo 2008-2009.



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Población Activa. INE, 2010

Este comportamiento de la oferta de empleo público en el sector de los cuidados profesionales ha tenido como consecuencia una disminución de su **peso relativo en el sector**

público, reduciéndose éste en un $-1,34\%$ en el caso del sector sociosanitario y hasta en un $-5,58\%$ sobre el conjunto del empleo público estimado para el conjunto del mercado laboral (Tabla 94).

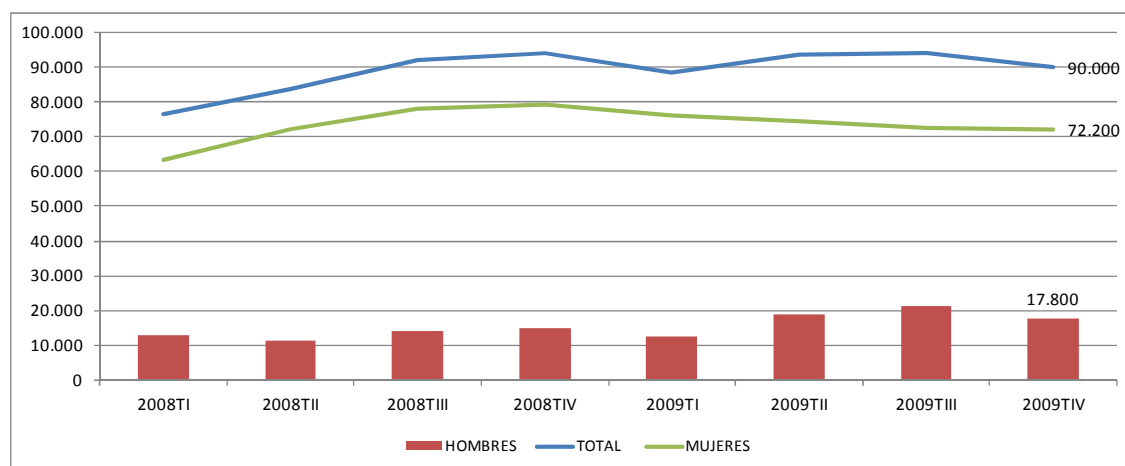
Tabla 94. Contribución de los cuidados profesionales al empleo público. Periodo 2008-2009.

	2008T I	2008TI I	2008TII I	2008TIV V	2009T I	2009TI I	2009TII I	2009TIV V	IV TR 2008-2009	
									VAR	% VAR
Sobre las actividades sanitarias y de servicios sociales	12,29	12,91	13,18	13,85	13,76	14,50	13,40	13,66	-0,19	-1,34
Sobre el mercado laboral	2,66	2,84	3,08	3,11	2,92	3,07	3,03	2,94	-0,17	-5,58

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Población Activa. INE, 2010

La reducción de la oferta de empleo público en el año 2009 para las actividades relacionadas con los cuidados profesionales, ha afectado de manera especial en el caso de las mujeres, reduciéndose su nivel de empleo público en un $-8,95\%$, mientras que en el caso de los hombres se ha producido un importante aumento del $19,46\%$, ocupando 2.900 nuevos empleos públicos en el último año. Este comportamiento confirma una vez más la creciente participación de los hombres en un sector de empleo feminizado en el que, incluso en el sector público, las mujeres ocupaban a finales de 2009 el $80,22\%$ de los empleos (Figura 18).

Figura 18. Evolución oferta pública de empleo según género. Periodo 2008-2009.

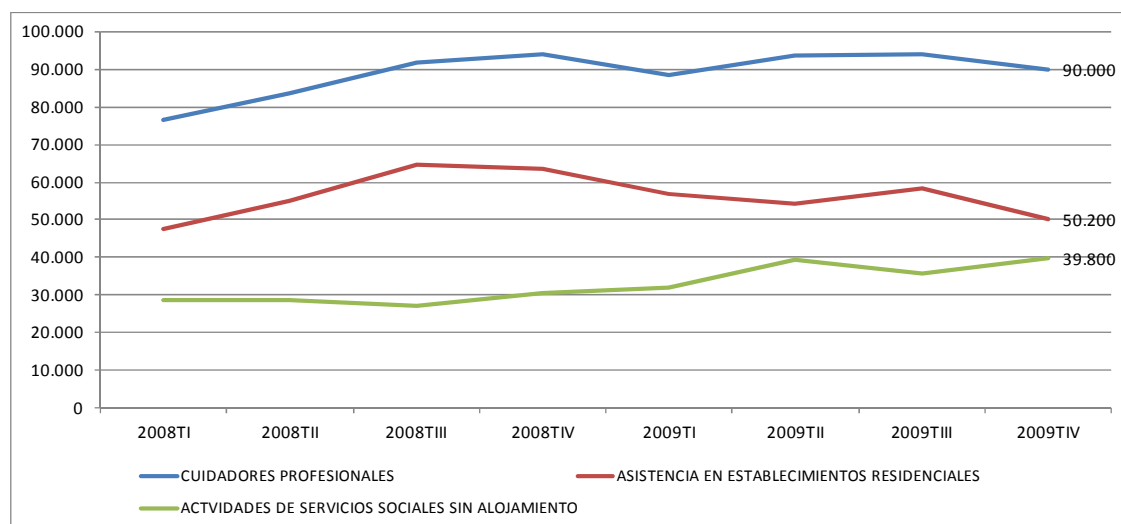


Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Población Activa. INE, 2010

La disminución del empleo público en el ámbito de los cuidados profesionales en el año 2009, se ha concentrado en las actividades de asistencia en establecimientos residenciales, disminuyendo el nivel de ocupación en éstas en un $-21,07\%$ y perdiéndose -13.400 empleos públicos en tan solo un año. Por el contrario, el empleo público en el sector de las actividades de servicios sociales sin

alojamiento, ha experimentado un importante aumento del 30,07%, con una creación de 9.200 nuevo empleos. En los dos últimos años, estas actividades han pasado de acaparar el 37,65% de los empleos públicos ocupados en el sector de los cuidados profesionales, a inicios de 2008 a representar el 44,22% a finales de 2009 (Figura 19).

Figura 19. Evolución empleo público en el sector de los cuidados profesionales por ramas de actividad. Periodo 2008-2009.



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Población Activa. INE, 2010

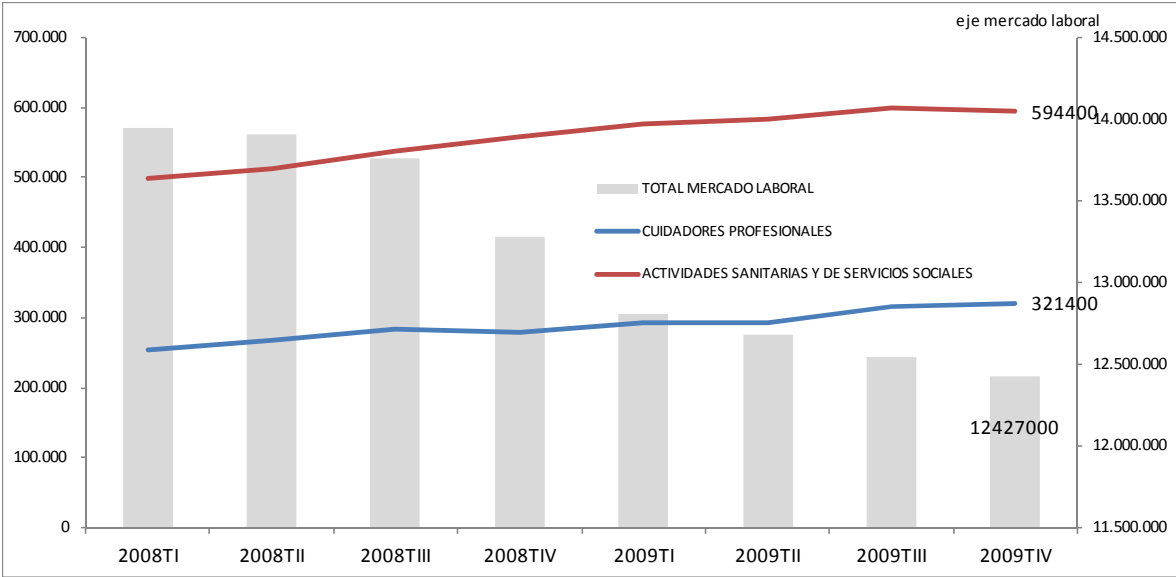
8.3.3. El empleo en el sector privado

Más allá de la importancia que tiene el hecho de que en 2009 haya aumentado el número de empleos públicos ocupados por hombres, el verdadero **motor de crecimiento del empleo en el ámbito de los cuidados profesionales ha sido la creación de empleo por cuenta ajena en el ámbito del sector privado.**

En este sentido, merece especial mención el hecho de que el empleo en el sector privado conforma la mayor parte de los empleos generados en el ámbito de actividad de los cuidados profesionales, acaparando esta fórmula de empleo hasta el 78,12% del total, un porcentaje similar al que presenta el conjunto del mercado laboral y significativamente superior al que presentan las actividades sanitarias (32,45%), actividades cuyo motor de crecimiento se encuentra, precisamente, en el sector público.

El empleo creado en el ámbito de los cuidados profesionales **por cuenta ajena en el sector empresarial privado** aumentó en un 14,79% en 2009, generándose 41.400 nuevos empleos. Este incremento del empleo asalariado privado en el ámbito de los cuidados profesionales, es significativamente superior al estimado para el conjunto de actividades del sector sociosanitario y especialmente importante, si tenemos en cuenta la destrucción de empleo que se produjo en 2009 en el conjunto del mercado laboral (-6,41%) (Figura 20).

Figura 20. Empleo en el ámbito de los cuidados profesionales por cuenta ajena. Periodo 2008-2009.



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Población Activa. INE, 2010

En este sentido, destaca el hecho de que a finales de 2009 los empleos asalariados vinculados a los cuidados profesionales suponían hasta el 54,07% del conjunto de empleos por cuenta ajena del sector sociosanitario, llegando hasta un 2,59% su representación sobre el mercado laboral tras aumentar ésta en el año 2009 en un 22,65% (Tabla 95).

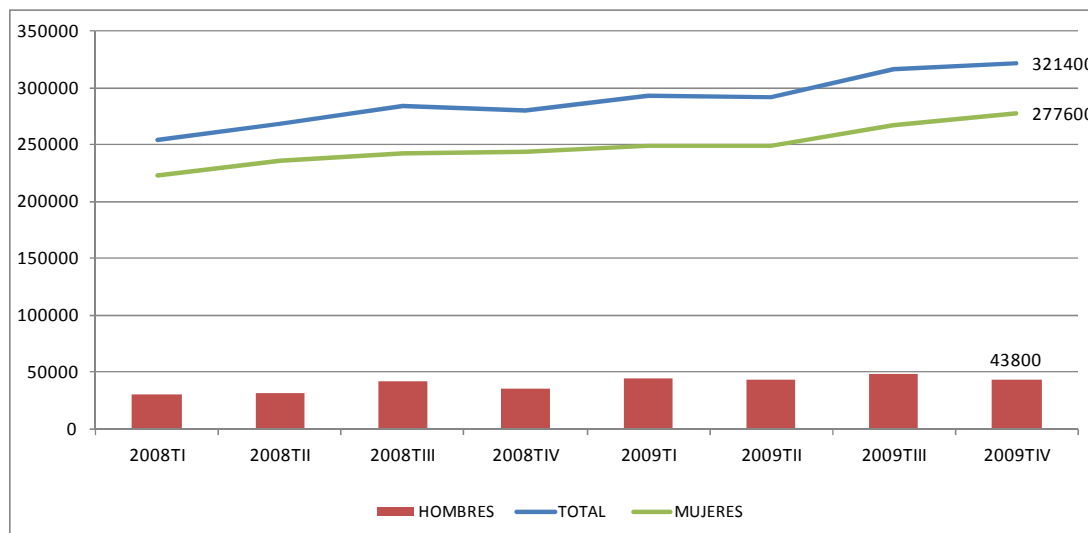
Tabla 95. Contribución de los cuidados profesionales al empleo privado. Periodo 2008-2009.

	2008TI	2008TII	2008TIII	2008TIV	2009TI	2009TII	2009TIII	2009TIV	IV TR 2008-2009	
									VAR	% VAR
Sobre las actividades sanitarias y de servicios sociales	50,99	52,26	52,92	50,18	50,88	50,13	52,70	54,07	3,89	7,76
Sobre el mercado laboral	1,82	1,93	2,07	2,11	2,29	2,30	2,52	2,59	0,48	22,65

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Población Activa. INE, 2010

En el año 2009, un total de 7.900 nuevos empleos privados fueron ocupados por hombres, aumentando así su nivel de ocupación, al igual que ocurría en el caso de empleos públicos, en un 22,01%. Sin embargo, la mayoría de los empleos generados por el sector empresarial privado en 2009 fueron ocupados por mujeres, concretamente el 80,90% de los nuevos empleos creados (Figura 21).

Figura 21. Empleos generados por el sector empresarial privado según género. Periodo 2008-2009.

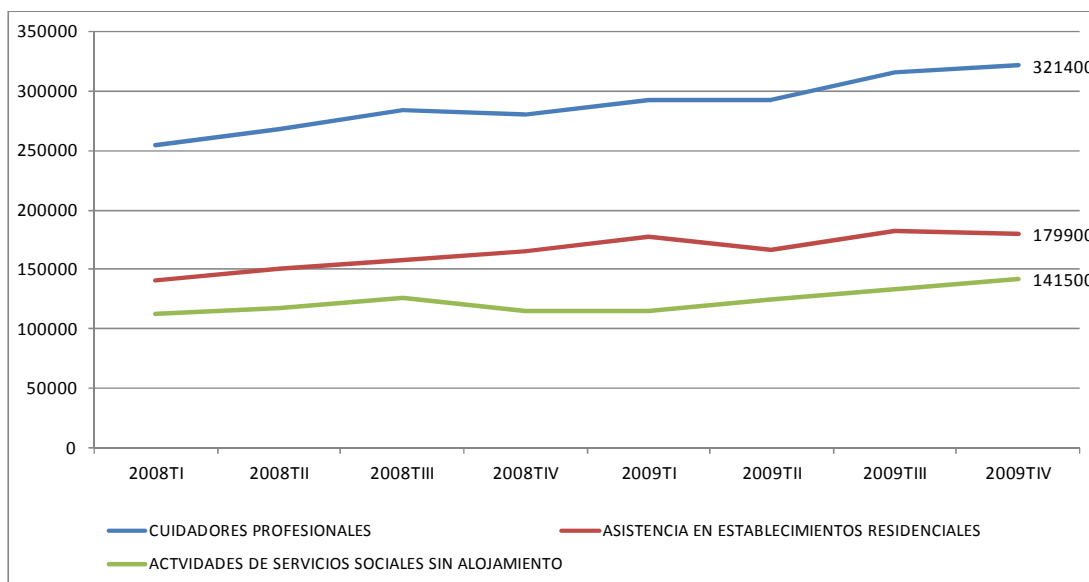


Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Población Activa. INE, 2010

Si se analiza este incremento del empleo privado en 2009 dirigido al sector de los cuidados profesionales, cabe destacar que la rama de actividad que mayor aumento experimentó fue la relacionada con las actividades de servicios sociales sin alojamiento, creciendo ésta en un 23,26%.

más del doble de cómo lo hiciera el empleo privado en establecimientos residenciales (8,90%) (Figura 22).

Figura 22. Evolución empleo privado en el sector de los cuidados profesionales por ramas de actividad. Periodo 2008-2009.



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Población Activa. INE, 2010

Como se ha podido comprobar, el sector empresarial privado ha sido el verdadero motor del crecimiento del empleo por cuenta ajena en el ámbito de actividad de los cuidados profesionales. Este favorable comportamiento ha sido posible, precisamente por el buen comportamiento del sector empresarial dedicado a estas actividades en 2009.

Analizando los datos facilitados en 2009 por el **Directorio Central de Empresas (DIRCE)**, elaborado por el INE, puede comprobarse que el **número de empresas dedicadas a actividades asociadas a los cuidados profesionales** aumentó en un 6,26%, creándose 590 nuevas empresas, un aumento muy significativo si tenemos en cuenta que en el conjunto del sector empresarial el número de empresas se redujo en hasta un -1,94%. Si se atiende al tamaño de las empresas, es también muy relevante el importante aumento experimentado en el número de empresas sin asalariados (14,38%) y, sobre todo, el incremento de microempresas, con plantillas inferiores a diez trabajadores, aumentando éstas hasta en un 3,61%. Este dato es especialmente significativo si se tiene en cuenta que en este tipo de empresas se encuentran la mayoría de las fórmulas empresariales en las que se fundamenta la economía social.

Al igual que sucedía en términos de creación de empleo, los mayores incrementos se produjeron entre empresas relacionadas con los servicios sociales sin alojamiento, con un aumento del número de empresas en estas actividades del 10,72%. También creció, aunque en menor medida, el número de empresas dedicadas a la asistencia en establecimientos residenciales, en un 2,25% (Tabla 96).

Tabla 96. Número de empresas dedicadas a actividades asociadas a los cuidados profesionales. Periodo 2008-2009.

		Total	Actividades de cuidados profesionales	Asistencia en establecimientos residenciales	Actividades de servicios sin alojamiento	Actividades Sanitarias
Total	2008	3.422.239	9.430	4.973	4.457	115.012
	2009	3.355.830	10.020	5.085	4.935	116.966
2008-2009	Var	-66.409	590	112	478	1.954
	% Var	-1,94	6,26	2,25	10,72	1,70
Sin asalariados	2008	1.754.374	1.690	577	1.113	73
	2009	1.767.470	1.933	680	1.253	75.057
2008-2009	Var	13.096	243	103	140	2.254
	% Var	0,75	14,38	17,85	12,58	3,10
Microempresas	2008	1.465.019	3.707	1.573	2.134	39.445
	2009	1.402.996	3.841	1.538	2.303	39.132
2008-2009	Var	-62.023	134	-35	169	-313
	% Var	-4,23	3,61	-2,23	7,92	-0,79

Fuente: Elaboración propia a partir de la Directorio Central de Empresas (DIRCE). INE, 2010

Otro aspecto importante a tener en cuenta en el análisis del sector empresarial vinculado a los cuidados profesionales, en términos de empleo, es el **dimensionamiento de las plantillas de las empresas**. En este sentido, destaca el escaso porcentaje de empresas sin asalariados (19,29%) frente al que representan en el tejido empresarial (52,67%), presentando porcentajes similares en el caso de microempresas y superando la media nacional en el caso de las empresas dedicadas a las actividades de servicios sociales sin alojamiento, que representan el 46,67% (la media nacional es del 41,81%), una evidencia más del peso de la economía social en el sector de los cuidados profesionales (Tabla 97).

Tabla 97. Evolución de la dimensión de las empresas dedicadas a actividades de cuidados profesionales. Periodo 2008-2009.

		Total	Actividades de cuidados profesionales	Asistencia en establecimientos residenciales	Actividades de servicios sin alojamiento	Actividades Sanitarias
Total	2008	100	100	100	100	100
	2009	100	100	100	100	100
Sin asalariados (%)	2008	51,00	17,92	11,60	24,97	63,00
	2009	52,67	19,29	13,37	25,39	64,17
2008-2009	Var	1,40	1,37	1,77	0,42	0,87
	% Var	2,74	7,64	15,26	1,67	1,37
Microempresas (%)	2008	43,00	39,31	31,63	47,88	34,00
	2009	41,81	38,33	30,25	46,67	33,46
2008-2009	Var	-1,00	-0,98	-1,38	-1,21	-0,84
	% Var	-2,34	-2,49	-4,38	-2,53	-2,45

Fuente: Elaboración propia a partir de la Directorio Central de Empresas (DIRCE). INE, 2010

8.3.4. El empleo por cuenta propia. El Autoempleo y la Economía Social

Constatado el importante papel desempeñado por el sector empresarial en la creación de empleo en el ámbito de los cuidados profesionales, a continuación se analiza el **comportamiento del autoempleo y la economía social** como **fórmulas de empleo**. En los últimos años estas fórmulas han representado un importante nicho de empleo dentro de esta actividad.

Si se tienen en cuenta los datos de **afiliación al Régimen Especial de Trabajadores Autónomos (RETA) de la Seguridad Social**, puede comprobarse que entre los meses de enero de 2009 y 2010 se registró un aumento del **autoempleo** en este subsector de un 1,64%, un incremento que puede considerarse como positivo, sobre todo si se aprecia que en el conjunto del sector servicios se produjo una disminución del -1,87%, siendo aún mayor la producida en el conjunto de la afiliación a este régimen de la Seguridad Social (-4,29%) (Tabla 98).

Además, si apreciamos la evolución por ramas de actividad, este incremento fue muy similar en los casos de autoempleo asociado a la asistencia en establecimientos residenciales (1,69%) y en los de servicios sociales sin alojamiento (1,61%) (Tabla 99).

Tabla 98. Evolución de la afiliación media al Régimen Especial de Trabajadores Autónomos de la Seguridad Social por rama de actividad. Periodo Enero 2009-2010.

	ene-09	ene-10	2009-2010	
			Var	% Var
Actividades relacionadas con los cuidados profesionales	6.054	6.154	100	1,64
Servicios	2.193.525	2.152.552	-40.972	-1,87
Mercado laboral	3.287.286	3.146.161	-141.124	-4,29
% Sobre servicios	0,28	0,29	0,01	3,58
% Sobre el conjunto del mercado laboral	0,18	0,20	0	6,20

Fuente: Elaboración propia a partir de las Estadísticas de la Seguridad Social, 2009.

Tabla 99. Evolución de la afiliación medial al Régimen Especial de Trabajadores Autónomos de la Seguridad Social en el ámbito de los cuidados profesionales. Periodo Enero 2009-2010.

	ene-09	ene-10	2009-2010	
			Var	% Var
Actividades relacionadas con los cuidados profesionales	6.054	6.154	100	1,64
Asistencia en establecimientos residenciales	2.351	2.391	40	1,69
Actividades de servicios sociales sin alojamiento	3.703	3.763	60	1,61
%Actividades de servicios sociales sin alojamiento	61,16	61,14	-0,02	-0,03

Fuente: Elaboración propia a partir de las Estadísticas de la Seguridad Social, 2009.

Esta tendencia del comportamiento del autoempleo y del conjunto de la economía social viene corroborada igualmente por los datos de evolución empresarial recogidos en el DIRCE. Así, podemos constatar que en el aumento de empresas dedicadas a los cuidados profesionales, publicados en el año 2009, destacan especialmente los producidos por las empresas con forma jurídica de “personas físicas”, con un aumento del 7,06%, superior a los registrados en “Sociedades de Responsabilidad Limitada” (6,35%) y en “otras formas jurídicas” (6,39%), manteniéndose estable el número de Sociedades Anónimas presentes en el sector (Tabla 100).

Tabla 100. Evolución de las empresas según fórmula jurídica.

		Total		2008-2009	
		2008	2009	VAR	%VAR
Total	Total	3.422.239	3.355.830	-66.409	-1,94
	Cuidados profesionales	9.430	10.020	590	6,26
	% Cuidados profesionales	0,28	0,30	0,02	8,36
Personas físicas	Total	1.857.931	1.793.897	-64.034	-3,45
	Cuidados profesionales	1.147	1.228	81	7,06
	% Cuidados profesionales	0,06	0,07	0,01	10,88
Sociedades anónimas	Total	113.130	109.330	-3800	-3,36
	Cuidados profesionales	291	291	0	0,00
	% Cuidados profesionales	0,26	0,27	0,01	3,48
Sociedad responsabilidad limitada	Total	1.145.398	1.140.820	-4.578	-0,40
	Cuidados profesionales	3.656	3.888	232	6,35
	% Cuidados profesionales	0,32	3,34	0,02	6,77
Otras fórmulas jurídicas	Total	305.780	311.783	6.003	1,96
	Cuidados profesionales	4.336	4.613	277	6,39
	% Cuidados profesionales	1,42	1,48	0,06	4,34

Fuente: Elaboración propia a partir de la Directorio Central de Empresas (DIRCE). INE, 2010

Como ha podido comprobarse, los análisis realizados de las fuentes estadísticas oficiales, tomando como referencia diferentes periodos y observando en éstos las distintas perspectivas de género, actividad y ocupación, señalan claramente la positiva tendencia seguida por el mercado laboral en el sector de los cuidados profesionales en los últimos años y, especialmente, en el pasado año 2009, generando empleo incluso en una etapa de adversidad económica.

La actividad laboral de los cuidados profesionales ha generado importantes oportunidades de empleo en el último año, aunque también se ha comprobado las dificultades de muchos demandantes de empleo para alcanzar su inserción laboral en el sector. Entre otros factores, tanto la implantación paulatina de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia como la adversa coyuntura económica sufrida en 2009 podrían ser factores determinantes para la aparición de estas dificultades a la hora de encontrar empleo.

Finalmente, cabe destacar que el sector empresarial privado ha sido el motor del crecimiento del empleo por cuenta ajena en el ámbito de actividad de los cuidados profesionales. En el periodo 2008-2009

9. ANÁLISIS CUALITATIVO DEL ENTORNO LABORAL: LA VISIÓN EMPRESARIAL.

Una vez finalizado el itinerario personal de inserción laboral, se realizó un estudio de mercado y opinión a través de la metodología Benchmarking sobre cuidadores profesionales en domicilio con el objetivo de obtener la visión multidisciplinar de los agentes implicados en este sector.

Para ello, se identificaron los perfiles de los agentes que asistieron a las reuniones y se plantearon una serie de cuestiones con el objetivo de:

- Definir el perfil del Cuidador Profesional.
- Conocer cuáles son las acciones formativas existentes, detectar las necesidades reales y corregir las posibles carencias del sector.
- Definir la situación actual del modelo empresarial y realizar propuestas de mejora.
- Detectar la demanda actual de profesionales, conocer los sistemas de contratación y la suficiencia de las bolsas de empleo existentes.
- Concretar los costes económicos reales de las empresas y la situación y viabilidad del sector público y privado.
- Conocer las diferentes exigencias de los contratantes y de los profesionales en el ejercicio de su profesión.
- Debatir acerca de la implantación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia por parte de los organismos e instituciones implicadas, y conocer las consecuencias derivadas de su aplicación respecto al cuidador profesional.

Las opiniones expresadas por los miembros de las mesas de debate, resultantes del proceso metodológico comparativo y de evaluación de Benchmarking descrito en el apartado 3. METODOLOGÍA, se exponen a continuación:

I. El cuidador profesional:

El Libro Blanco de la Dependencia establece unos objetivos demasiado ambiciosos para el Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD): Objetivos preventivos, rehabilitadores y sociabilizadores; más aún teniendo en cuenta la escasa remuneración de los Auxiliares de ayuda a domicilio.

Estos objetivos implican que dichos profesionales deben asumir multitud de tareas adaptadas a las necesidades de los dependientes, lo que aumenta el nivel de **complejidad** de su labor. Otro de los aspectos que influye en esta complejidad, es el aumento de la intensidad horaria aprobado por la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, que supone un mayor número de horas en el domicilio del dependiente.

Los **requisitos** que debe cumplir el **cuidador profesional para los empresarios y para los familiares de la persona dependiente no son los mismos**. Asimismo, tampoco son los mismos que los del auxiliar de clínica, ya que el **ámbito dónde se asiste** (hogar del dependiente) marca la diferencia entre las tareas a realizar y las habilidades requeridas para ello.

Requisitos y perfil profesional solicitado por los empresarios:

- **Conocimientos teórico-prácticos:** Además de haber cursado algún tipo de formación específica en ayuda a domicilio, deben poseer conocimientos en, entre otros:
 - Movilizaciones
 - Aseo de la persona dependiente
 - Uso de ayudas técnicas
 - Necesidades psico-emocionales específicas según el origen de la dependencia
 - Prácticas en entorno real
- **Habilidades sociales:**
 - **Vocación**
 - Empatía
 - Resolución de conflictos
 - Respeto
 - Discreción
 - Flexibilidad/Adaptabilidad a las necesidades del dependiente
 - Capacidad para manejar situaciones de estrés derivadas del cuidado de personas con alto nivel de sufrimiento.
- **Experiencia.**

Requisitos y perfil profesional para los familiares:

- **Mujer.** Los dependientes y sus familiares, por norma general, tienen dificultades para aceptar cuidadores masculinos, por un problema cultural de base. En la práctica, éstos son muy eficaces y eficientes, vocacionales, con formación y capacitación adecuada y, por lo general, después de las primeras jornadas, los familiares y dependientes se muestran muy satisfechos.
- **Con capacidades para realizar tareas del hogar.**
- **Entre 25-45 años.**
- **Imagen discreta.**
- **Con formación.**

A pesar de las preferencias en cuanto al perfil establecido por los usuarios, los empresarios señalan que ellos no discriminan por sexo o nacionalidad a los cuidadores profesionales que contratan, siempre y cuando cumplan los criterios de formación y capacitación.

Los cuidadores profesionales no tienen competencias estrictamente sanitarias; sus competencias están orientadas a la atención personal, doméstica y de relaciones con el entorno (ayuda para la higiene personal, controlar los hábitos alimenticios, supervisión en la toma de medicamentos, ayuda para la comunicación, ayuda en las actividades de la casa, ayuda para el transporte dentro y fuera del domicilio...). En algunos casos, los familiares o los propios dependientes demandan a sus cuidadores la realización de tareas que **extralimitan el ámbito de sus competencias**, esto conlleva al desencanto de los cuidadores por las tareas a realizar en la realidad. Para evitar esto, se sugieren:

- Concreción de las tareas a desarrollar por un cuidador profesional.
- Información a los familiares y dependientes de las competencias de los cuidadores profesionales en el proceso de negociación de las prestaciones de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia por parte de los trabajadores sociales.

2. Formación:

Se detecta una **falta de profesionales cualificados** para trabajar como cuidadores. Los **talleres de empleo** retribuidos de entre 1500 y 1800 horas son considerados como el programa formativo más adecuado. Sin embargo, tanto el **número de talleres ofertados**

como el **número de personas formadas** (15 por curso) son **muy escasos**. Para cubrir la demanda de personal cualificado, se deberían poner en marcha programas de formación con menor duración y mayor número de alumnos. Este tipo de formación debe tener un alto **contenido práctico y en entorno real**. Dentro de los contenidos se deben abordar las **características principales de las enfermedades** que generan la dependencia así como el comportamiento derivado de esas enfermedades.

En cuanto a la formación continua, tanto los empresarios como los trabajadores del sector ponen de manifiesto que deberían existir cursos orientados a los cuidadores profesionales, es decir, cuidado del cuidador, cursos orientados a formar a los profesionales para que realicen correctamente sus tareas y eviten las lesiones en el trabajo, etc. Éstos deberían llevarse a cabo dentro del horario laboral, para garantizar la formación de los trabajadores (en algunos casos, se han puesto en marcha iniciativas de formación continua fuera del horario laboral que han tenido poca asistencia).

El certificado de profesionalidad puede ser una herramienta efectiva para dar solución, en parte, **a la falta de profesionales formados en el sector**. No se ha podido evaluar la eficacia de esta medida debido a su reciente aprobación. Este mecanismo permitirá cualificar a cuidadores no profesionales cuya experiencia será tomada en cuenta a la hora de solicitar el correspondiente certificado. Los empresarios del sector opinan que esta medida podría resultar eficaz para responder a las necesidades de trabajadores cualificados.

3. El mercado laboral:

a. La demanda de profesionales:

Resulta muy **complejo** encontrar **profesionales** que tengan unos niveles adecuados de **formación, experiencia y vocación**, siendo los que poseen todas estas cualidades rápidamente contratados.

Aunque lo ideal sería que un cuidador pudiera atender a cualquier dependiente, independientemente de su enfermedad o discapacidad de base, **la formación actual no los cualifica para atender cualquier tipo de dependencia**. En la práctica esta situación se resuelve asignando al cuidador cuyos conocimientos se adapten mejor a

las necesidades de la persona en situación de dependencia o el cuidador con mayor experiencia.

Tanto las administraciones públicas como los empresarios acuden a las **bolsas de empleo** en búsqueda de **profesionales cualificados** pero éstas están **vacías**. En este sentido, los servicios públicos de empleo no suponen una herramienta eficaz para la búsqueda de candidatos, ya que no pueden hacer frente a la creciente necesidad de mano de obra con cualificación específica que tienen las empresas. Los problemas más importantes se dan a la hora de encontrar cuidadores profesionales a domicilio para cubrir bajas laborales o las vacaciones de personal.

Ante esta situación, algunas de las **iniciativas** que las empresas han puesto en marcha por son:

- **Formación impartida por la empresa contratante.**
- Contratación de centros especializados de formación o elaboración de **convenios con entidades formadoras.**

Algunas empresas estarían dispuestas a formar a sus trabajadores si se les permitiera actuar como centros de enseñanza.

b. Proceso de selección de personal y contratación:

De manera general, se realiza una **contratación** de duración determinada (por 3 o 6 meses) o **por obra y servicio y a tiempo parcial**. Esto se debe a que este servicio se caracteriza por franjas horarias con una elevada concentración de tareas (primera hora de la mañana para levantar y asear al usuario, última hora de la tarde para acostarlo). La carga de trabajo y los requisitos exigidos no son acordes al salario percibido. De hecho, en muchas ocasiones su **salario es inferior al de profesionales no cualificados** (limpiadoras).

Otro problema es la **falta de valoración social** del trabajo que realizan los cuidadores profesionales.

A pesar de lo anterior, las personas que se contratan suelen mostrar gran motivación, aspirando a conseguir la mayor carga de trabajo posible. Sin embargo, las condiciones

descritas desembocan en una **escasa fidelización de recursos humanos** por parte de las empresas y una **fuga** de los mismos a la **economía sumergida**.

Las condiciones laborales de los cuidadores profesionales a domicilio vienen reguladas por el convenio estatal que es el que sirve de base y por los convenios provinciales. Estos convenios tienen condiciones diferentes aunque, en ningún caso, los convenios provinciales pueden estar por debajo de las condiciones establecidas en el convenio nacional. Este hecho representa una clara desventaja para los trabajadores ya que deben soportar cargas de trabajo importantes, sobre la base de convenios que no ofrecen buenas condiciones económicas. Además estos convenios no se adaptan a la realidad del sector ya que, en algunos casos, regulan sectores tan dispares como la limpieza, las Unidades de Estancia Diurna o las residencias.

Los empresarios se muestran preocupados ante esta situación ya que su objetivo es que sus trabajadores tengan unas condiciones laborales dignas. Para ello, necesitan poder **garantizar** sus **horarios laborales** y **ofrecer** unos **salarios adecuados**. Desde su punto de vista, las **condiciones actuales del sector** no lo permiten, lo que provoca que en algunos casos se den las siguientes situaciones:

- **Disminución de la calidad del trabajo** desarrollado por los cuidadores a domicilio.
- **Disminución del número de personas interesadas en trabajar en el sector** debido a las condiciones laborales ofertadas.
- **Aumento de la competencia desleal entre las empresas** que se dedican a los servicios de ayuda a domicilio.

Por otro lado, los empresarios reconocen la complejidad de las tareas del cuidador profesional a domicilio y el estrés al que se ven sometidos diariamente. Por esta razón, creen imprescindible la organización de reuniones periódicas con ellos para que puedan compartir sus experiencias y enseñarles a gestionar las situaciones de estrés. Además, dichas reuniones permiten que estos trabajadores expresen sus quejas con respecto a las situaciones a las que deben enfrentarse diariamente.

4. Aspectos económicos del desarrollo de actividades vinculadas con el sector:

Como se ha mencionado anteriormente, las condiciones de la actividad del cuidador profesional están reguladas por los distintos convenios existentes (estatal y provinciales). Del mismo modo, los salarios vienen regulados por estos convenios. Así, un mismo trabajador puede tener una **remuneración muy desigual en virtud del convenio que se aplique** (Convenio Estatal: 872,30€ bruto/ mes, Convenio Provincial de Sevilla: 1.130,46€ bruto/mes).

Los empresarios manifiestan que, en algunos casos, las administraciones públicas que convocan una **licitación** lo hacen ateniéndose al **convenio más restrictivo en cuanto a salario**, provocando que las empresas que ofrecen estos servicios deban reducir el salario de sus cuidadores para que les sea rentable aceptar la licitación. Este tipo de acciones ocasiona una lucha de precios entre empresas, viéndose por todo ello perjudicado económicamente el profesional. Por esta razón, algunas de las empresas del sector optan por no concurrir a estas licitaciones.

Desde el punto de vista de los trabajadores, no existen grandes diferencias entre los salarios de los cuidadores profesionales del sector público y el privado.

5. El modelo empresarial:

La aprobación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia ha mermado considerablemente la actividad puramente privada de las empresas de ayuda a domicilio, acogiéndose la mayoría de los usuarios a las prestaciones ofertadas por la ley. Las empresas afirman que los **servicios privados**, suelen ser **demandados para necesidades puntuales y/o excepcionales**. El principal beneficio derivado de la demanda puntual de servicios privados es la prontitud del pago de los mismos, situación completamente diferente a la que se genera cuando los servicios se realizan para la Administración Pública.

Las empresas que trabajan para la administración se están enfrentando a los problemas derivados de los **retrasos en los pagos por parte de los Ayuntamientos** que los contratan. Según los empresarios este problema se debe a la existencia de una “Caja Única” municipal donde se efectúan todos los pagos al municipio, siendo éste el que posteriormente decide lo que va a pagar con el dinero de esa caja. Algunos empresarios sostienen que se debería crear un

mecanismo que excluyera de esa caja el dinero que las administraciones autonómicas depositan en los municipios para cubrir los gastos relacionados con la dependencia.

Estos retrasos, provocan que sólo las **empresas diversificadas**, que no se dediquen únicamente a la prestación de Servicios de Ayuda a Domicilio, puedan seguir **manteniendo su actividad**, debido a los beneficios derivados de otras actividades complementarias. Sin embargo, las **pequeñas empresas creadas ad hoc en pequeños municipios sufren situaciones límite de sostenibilidad financiera** debido a estas condiciones. De hecho, algunas empresas deciden no presentarse a las licitaciones públicas por esta razón.

Con la entrada en vigor de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, algunos **Ayuntamientos** se han visto **desbordados para gestionar su implantación**. Por esta razón, algunos han optado por contratar la gestión de algunos servicios, lo que provoca que la prestación de un servicio público sea gestionada por una entidad de carácter privado (empresas, cooperativas, etc.). Por esta razón, se propone que exista una mayor coordinación entre las empresas prestadoras del servicio y las administraciones.

6. Recursos materiales:

Las ayudas técnicas necesarias para tratar a los dependientes en domicilio, tales como: grúas, camas articuladas, colchones anti-escaras, etc., son escasas. En algunos casos, las empresas que se dedican al sector suministran algunas de ellas, principalmente las destinadas a movilizar al dependiente (grúa). En el caso de que el producto sea barato, se recomienda al usuario su compra. Por el contrario, otro tipo de productos más pequeños no tienen problemas en su suministro: muletas, andadores, etc. Algunas asociaciones de personas en situación de dependencia, cuentan con material donado que en ocasiones prestan a sus asociados. Para su obtención, dependen de la voluntad de las personas y no de las necesidades reales que tengan. En determinadas asociaciones, sólo el 10% de su capital proviene de subvenciones, el resto pertenece a la donación de particulares.

7. Aspectos legales:

Desde la administración pública representada en la mesa, se subraya que ha existido una comunicación eficaz con respecto a las condiciones de la prestación del Servicio de Ayuda a Domicilio. Sin embargo, opinan que la tendencia a comentar las posibles quejas o demandas del

servicio por cauces no formales, genera desconfianza en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Este hecho provoca que no se tenga un conocimiento real de las incidencias y disfunciones del sistema.

Por su parte, los empresarios opinan que, a día de hoy, la aplicación de la Ley que regula el sector, provoca la existencia de numerosas disfunciones en el desarrollo de la atención a personas en situación de dependencia. También creen que, a pesar de que los **ciudadanos** tienen acceso a la normativa, éstos **carecen de información detallada de los Servicios que propone la Ley, sus limitaciones e implicaciones para con el ciudadano.**

Por otra parte, se pone de manifiesto que, los plazos para el reconocimiento de la dependencia desde la solicitud del ciudadano hasta la percepción de la prestación, son muy extensos. Este hecho provoca que existan grandes diferencias entre los usuarios que solicitan un servicio y los que reciben una prestación económica. Normalmente, los usuarios suelen demandar la **prestación económica** antes que el Servicio de Ayuda a Domicilio, porque ésta tiene carácter retroactivo. En algunos casos, la concesión de estas prestaciones **facilita la contratación de cuidadores de forma no regulada.** Esto fomenta la **economía sumergida en el sector,** provocando la pérdida de trabajadores cualificados en las empresas.

En el caso de los enfermos terminales, la larga espera para obtener la prestación provoca que la persona muera antes de recibirla.

Los empresarios consideran que el retraso de las valoraciones, es consecuencia de la descoordinación existente entre los diferentes actores que deben intervenir en el proceso. No obstante, destacan que todos los pasos son necesarios para lograr captar la realidad del solicitante y ofrecer la mejor prestación.

Otra de las posibles causas que provoca esta larga espera, podría ser la falta de personal municipal para tramitar la prestación, ya que la implantación de la Ley ha desbordado todos los servicios sociales comunitarios.

Antes de la aprobación de la ley, la ayuda a domicilio ofertada por los Ayuntamientos se destinaba a grupos socialmente desfavorecidos. Aunque ésta se sigue manteniendo, el Servicio de Ayuda a Domicilio ha evolucionado hacia la atención a las personas dependientes.

La **descentralización de las competencias** relacionadas con la dependencia, puede provocar problemas en determinados aspectos. Uno de ellos puede ser el relacionado con la **cualificación de los profesionales**, ya que ésta dependerá de lo que establezca cada Comunidad Autónoma. Según los empresarios, esta situación podría producir lo siguiente:

- Reducción de las posibilidades de **movilidad geográfica del trabajador cualificado** en una Comunidad Autónoma.
- **Disparidad en la formación**, como consecuencia de la aplicación de criterios diferentes.
- Dificultad en la gestión de tantos y tan variados modelos.

Aunque se trata de una Ley de servicios, los datos publicados por el IMSERSO ponen de manifiesto el elevado número de concesiones de la prestación económica para cuidados en el entorno, disminuyendo así el número de profesionales necesarios.

Los profesionales del sistema público presentes en la mesa opinan que este hecho puede deberse al modo en que se ha divulgado la Ley y las prestaciones que ofrece. También pudiera ser que algunos profesionales responsables de los reconocimientos de prestaciones estuvieran favoreciendo la prestación económica frente a las otras prestaciones reconocidas por la Ley. La concesión de una prestación u otra depende de ciertos condicionantes. En algunos casos, la existencia de un Servicio de Ayuda a Domicilio de poca calidad en un municipio, podría ser que los profesionales optaran por conceder otras prestaciones. Para evitar estas situaciones, los empresarios proponen como solución la externalización de estos servicios. Esto podría suponer una mejora del servicio prestado a los dependientes en el domicilio, ya que permitiría disponer de una mejor cobertura (más medios técnicos humanos y materiales, mayor disponibilidad horaria incluyendo servicios los fines de semana y días festivos...).

Los trabajadores de Administraciones públicas destacan que a medida que se creen los pertinentes desarrollos normativos, tanto estatales, como autonómicos, y se asiente el propio Sistema, es posible que se observe un retroceso en la concesión de las prestaciones económicas y un aumento en la concesión de otro tipo de prestaciones, tales como el Servicio de Ayuda a Domicilio.

Por otra parte, los profesionales de la administración admiten que se estar produciendo algunas situaciones en las que el uso de las prestaciones concedidas no fuera el adecuado. También subrayan que es un objetivo de la Ley realizar un seguimiento a los usuarios que han recibido una prestación, si bien este proceso irá mejorando progresivamente.

De manera general, este análisis cualitativo realizado con los distintos agentes del sector de la dependencia, corrobora los resultados obtenidos con el análisis cuantitativo realizado en la primera parte. Por un lado, existe una gran demanda de cuidadores profesionales en el entorno domiciliario. Este hecho se ha comprobado en el apartado de empleabilidad, ya que fueron las actividades de servicios sociales sin alojamiento, las que más empleos generaron durante el periodo 2008-2009 en el sector privado. Por otro lado, los empresarios expresan sus dificultades a la hora de encontrar profesionales cualificados. Esto se ha puesto de manifiesto en el apartado de prospección, en el que se observa un aumento del número de ofertas de trabajo gestionadas por los Servicios Públicos de Empleo, lo que implica que las empresas no son capaces de encontrar por sí mismas a los trabajadores que necesitan.

En cuanto a los perfiles demandados, se destaca que las empresas abogan por la calidad del servicio que ofrecen los profesionales cualificados mientras que, según los empresarios, las familias y los dependientes tienden a solicitar un perfil tradicional de cuidados. Esta diferencia de criterios provoca situaciones complejas a la hora de asignar un profesional a un dependiente.

Con respecto a la formación, cabe destacar que los empresarios consideran que la oferta existente en España es suficiente en cuanto a los conocimientos teóricos y prácticos que imparten, sin embargo, no capacita en otro tipo de competencias imprescindibles para la correcta realización de la labor del cuidador profesional en domicilio. En el apartado 7 de este estudio sobre la cualificación profesional, se señala la necesidad de capacitar a los cuidadores profesionales en el desarrollo de las habilidades sociales necesarias para el desempeño de esta labor.

10. ANÁLISIS DE INICIATIVAS DE FORMACIÓN Y EMPLEO A NIVEL INTERNACIONAL.

A lo largo de este estudio se han detectado distintas problemáticas relacionadas con el papel del cuidador profesional. En este apartado se ha llevado a cabo una revisión de la situación de los cuidadores profesionales a escala internacional, con el fin de conocer la realidad del sector en dichos países y revisar las iniciativas que se están desarrollando para mejorar la formación, capacitación y, en definitiva, la empleabilidad de los cuidadores profesionales.

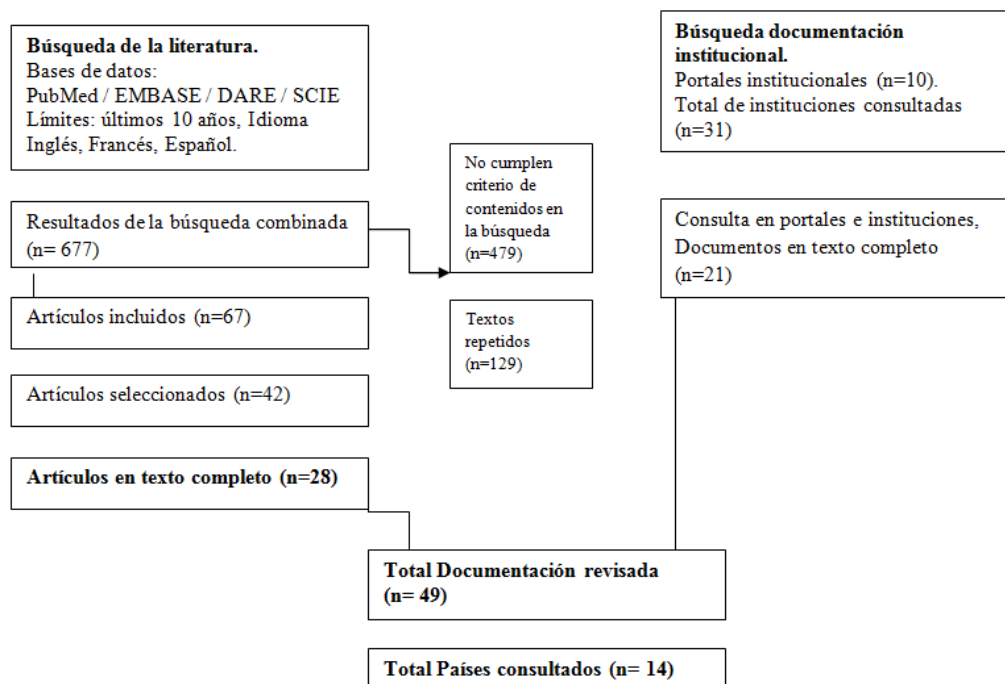
Para ello, se ha realizado una revisión de la literatura y de los distintos portales relacionados con la dependencia. La selección de los países para la revisión estuvo condicionada por los resultados de la búsqueda, siendo finalmente seleccionados 14: Alemania, Australia, Canadá, Dinamarca, Estados Unidos, Finlandia, Francia, Grecia, Holanda, Irlanda, Italia, Reino Unido, Rumanía y Suecia.

10.1. Resultados de la información científica.

Una vez analizadas las distintas fuentes de información científica, se obtuvieron un total de 677 artículos. La segunda fase de la criba consistió en la identificación de los artículos relacionados con el tema de estudio por título y abstract, siguiendo los criterios de selección establecidos. Posteriormente se eliminaron las referencias repetidas obteniéndose un total de 69 artículos.

Finalmente, tras la lectura completa de las referencias obtenidas, se seleccionaron un total de 42 artículos científicos que contenían información relativa a la formación y oportunidades de empleo de los cuidadores profesionales (Figura 23).

Figura 23. Distribución de la búsqueda científica.



Fuente: Elaboración propia.

10.2. Portales institucionales. Repositorio institucional de las principales fuentes consultadas.

Para realizar el análisis de las instituciones y otra información de interés, se seleccionaron un total de 10 portales institucionales. El listado del repositorio institucional consultado es el siguiente:

- ELAIA <http://www.red-elaia.com/>
- SCIE (Social Care Institute for Excellence) <http://www.scie-socialcareonline.org.uk/>
- Health Policy Monitor
http://www.hpm.org/en/Observatory_HiTs/European_Observatory.html
- National Health Service (Social Care). <http://www.nhs.uk/NHSEngland/>
- EuroFound <http://www.eurofound.europa.eu/>
- World Health Organization <http://www.who.int/en/>

- OCDE. <http://www.oecd.org/home/>
- Cambridge Journal.
<http://journals.cambridge.org/spd/action/digest?type=null&category=Social%20services%20and%20care&topic=Care%20services%20for%20elderly%20people>
- Center for personal assistance services.
http://www.pascenter.org/publications/publication_home.php?id=974
- BMC Geriatrics. <http://www.biomedcentral.com/bmcgeriatr/>
- European Commission <http://ec.europa.eu/>

Las 24 instituciones seleccionadas a través de la consulta realizada en los portales se especifican en la Tabla 101.

Tabla 101. Instituciones consultadas para la elaboración del informe.

Institución	Enlace
Austria	
The Interdisciplinary Centre for Comparative Research in the Social Sciences (ICCR).	http://www.iccr-international.org/activage/
Australia	
Australian Government. Department of health and ageing.	http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/hacc-faq.htm
Ageing, Disability and Home Care (ADHC).	http://www.dadhc.nsw.gov.au/DADHC.htm
Carers Australia	http://www.carersaustralia.com.au/
Australia Bureau Statistics	http://www.abs.gov.au/AUSSTATS/abs@.nsf/Lookup/4102.0Main+Features30Sep+2009
Canada	
Institut Canadien d'Information sur la Santé.	http://www.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=home_f
Francia	
Caisse Nationale de solidarité pour l'autonomie.	http://www.cnsa.fr/
Services à la personne. Agence Nationale.	http://www.servicesalapersonne.gouv.fr/ANSP.cml?
ADMR : L'association du service à domicile, du service à la personne	http://www.admr.org/index.php
Irlanda	
National Council on Ageing and older people.	http://www.ncaop.ie/research_longtermcare.html
European Foundation for the Improvement of Living and Working Condition.	http://www.eurofound.europa.eu/
Italia	
Regione del Veneto. Servizi alla Persona	http://www.regione.veneto.it/Servizi+alla+Persona/

Institución	Enlace
Japón	
Ministry of Health, Labour and Welfare	http://www.mhlw.go.jp/english/index.html
Estados Unidos	
National Association of Professional Geriatric Care Managers.	http://www.caremanager.org/
American Association of Homes and Services for the Aging.	http://www.aahsa.org/
The National Association of Area Agencies on Aging. (n4a)	http://www.n4a.org/
The eldercare locator.	http://www.eldercare.gov/Eldercare.NET/Public/Home.aspx
Administration on Aging.	http://www.aoa.gov/
The Commonwealth Fund. A private foundations working toward a high performance health system.	http://www.commonwealthfund.org/Content/Innovations/Tools/2009/Aug/How-to-Retain-Nursing-Home-Staff-and-Improve-Organizational-Performance.aspx
Paraprofessional Health Institute (PHI) Quality Care through quality jobs.	http://phinational.org/
Department of health and human services	http://www.hhs.gov/
Finlandia	
The research institute of finish economy.	http://www.etla.fi/eng/tutkimushaku.php?type=hanke&id=44
Reino Unido	
Carers Direct. NHS	http://www.nhs.uk/carersdirect/Pages/CarersDirectHome.aspx
Social Care. Department of health	http://www.socialcarecareers.co.uk/
Personal Social Services Research Unit.	http://www.pssru.ac.uk/
Care Quality Commission	http://www.cqc.org.uk/
Department of health, social services and public safety.	http://www.dhsspsni.gov.uk/statistics_and_research-providers
Care Work in Europe	http://144.82.31.4/carework/uk/index.htm

Fuente: Elaboración propia.

10.3. Resultados de la búsqueda por países.

Los resultados obtenidos mediante el procedimiento descrito anteriormente contienen documentación relativa a iniciativas en formación y empleo de un total de 14 países: Alemania, Australia, Canadá, Dinamarca, Estados Unidos, Finlandia, Francia, Grecia, Holanda, Irlanda, Italia, Reino Unido, Rumanía y Suecia.

En este apartado se describen las distintas iniciativas encontradas por países y se realiza un análisis general del estado del arte en cada uno de los países de la revisión. La información se

limitó a los textos que representaban propuestas e iniciativas para la formación y el empleo siendo este el objetivo principal de la revisión por países.

Los países representados en la búsqueda, el número de referencias consultadas y las iniciativas se describen en la Tabla 102.

Tabla 102. Países representados en la búsqueda y de los que se han encontrado iniciativas.

País	Referencias consultadas	Iniciativas encontradas
Alemania	2	2
Australia	4	7
Canadá	-	-
Dinamarca	3	4
Estados Unidos	13	10
Finlandia	3	3
Francia	4	3
Grecia	1	1
Holanda	1	3
Irlanda	3	-
Italia	2	-
Reino Unido	11	8
Rumanía	1	1
Suecia	1	1

Fuente: Elaboración propia.

Teniendo en cuenta las diferencias culturales, sociodemográficas, y epidemiológicas en el entorno sociosanitario, se pueden encontrar ciertas iniciativas en diversos países que dan lugar a entender que se están produciendo cambios en la forma de responder a las necesidades de cuidados que requieren las personas mayores.

De hecho, se ha observado que la proporción de personas mayores está aumentando con los años en los países estudiados, lo que ha provocado un crecimiento del número de personas dependientes. Esta situación está modificando la oferta y demanda de los trabajos relacionados con los cuidados en este sector.

Las distintas iniciativas encontradas hacen referencia a diferentes temáticas, entre las que destacan: el cuidado en el medio rural, el papel del cuidador (en ciertos países del sur de Europa se tiende a cuidar a los familiares con apoyo del voluntariado, en los países nórdicos la tendencia se inclina hacia los cuidados formales⁵⁸), el entorno donde se proporcionan los cuidados (domicilio versus instituciones residenciales), los cambios en los patrones familiares, etc.

La compleja labor de cuidar a una persona dependiente puede ser llevada a cabo por distintos perfiles, tanto profesionales como no profesionales, entre los que cabe destacar: familiares, voluntarios, asistentes sanitarios, asistentes sociales, asistentes a domicilio, etc. Las tareas que se requieren de los cuidadores incluyen desde los cuidados en el hogar o las labores domésticas, hasta la toma de decisiones y administración de fármacos. Por esta razón, en la mayoría de los países analizados se han encontrado iniciativas destinadas a asegurar una adecuada formación de estos trabajadores o voluntarios con el fin de garantizar un apropiado seguimiento de los planes de trabajo y una mejora en la calidad de atención a las personas dependientes.

Así, factores como: la variabilidad de los perfiles profesionales existentes en el sector, la inadecuada formación, el envejecimiento progresivo de la población, y el aumento de la demanda de cuidadores, han dado lugar a que, en diferentes países, se desarrollen iniciativas para cambiar las políticas sociosanitarias con el fin de contribuir a la mejora de la calidad de los servicios a las personas dependientes.

En las tablas siguientes se muestran las distintas iniciativas de formación y empleo encontradas en los países identificados en la revisión (Tabla 103, Tabla 104, Tabla 105, Tabla 106, Tabla 107, Tabla 108, Tabla 109, Tabla 110, Tabla 111, Tabla 112, Tabla 113, Tabla 114, Tabla 115, Tabla 116, Tabla 117).

Tabla 103. Situación actual e iniciativas detectadas en Alemania.

Situación Actual

En Alemania, las cajas de asistencia a personas dependientes, integradas en la Seguridad Social son las entidades encargadas de garantizar la asistencia a las personas dependientes y de declarar los niveles de dependencia. El gobierno presta de forma pública asistencia domiciliaria para el dependiente y de forma parcial o completa ayuda al internamiento residencial. Se ayuda a pagar la asistencia durante los periodos de respiro o de vacaciones del cuidador informal y se prestan ayudas para modificaciones y adaptaciones del hogar.

La figura del cuidador informal está bien representada y se facilitan los periodos de cuidados prestando ayudas para seguro de pensiones y por accidentes de trabajo. Se les ofrecen cursos de formación gratuitos y se llevan a cabo acciones con ellos para el fomento del empleo. A nivel privado, dependientes y cuidadores pueden recibir prestaciones monetarias⁵⁹.

Los cuidadores formales prestan las ayudas tanto en el domicilio como fuera de éste. Los cuidados en domicilio se corresponden habitualmente con acompañamiento y ayuda de transporte para las consultas médicas, asistencia en el hogar y cuidados del enfermo. Fuera del hogar los servicios se prestan en las consultas médicas, centros de día, centros residenciales y viviendas colectivas.

En cuanto a la formación, habitualmente la mitad de los trabajadores han recibido programas de formación

inicial y continua, sin embargo hay un porcentaje elevado (28%) a los que les falta algún tipo de cualificación. A pesar de que se considera un nuevo yacimiento de empleo para los próximos años, el 80% de las personas que han trabajado como cuidadores formales han dejado su trabajo dentro de un periodo de 5 años, razones que pueden ser debidas a las propias condiciones del empleo, bajos salarios, falta de reconocimiento, horarios inadecuados o cargas de trabajo⁶⁰.

Iniciativas de formación y empleo

Las iniciativas encontradas han sido las destinadas a la mejora de la formación del sector mediante la **aplicación de una formación obligatoria continua** en los trabajadores con el objetivo de mejorar las actitudes de éstos a través de cursos de formación realizados en el horario de trabajo. Además se aplica un modelo de rotación en el trabajo en donde se sustituyen a los cuidadores que han recibido la formación con nuevas personas desempleadas que se incorporan al sector. De esta forma, los empleados adquieren cualificación que les permite avanzar en sus carreras mientras que los cuidadores recién formados son incorporados al trabajo. Del mismo modo, se realizan programas de reciclaje en la formación mediante cursos de 1 año de duración, destinados a los interesados en incorporarse al sector y mediante cursos de 3 años para aquellos que están trabajando. Se intenta promover la formación de aquellos que verdaderamente tienen vocación e interés por incorporarse a este trabajo.

Otra de las necesidades encontradas es la de **atraer a más personas a la profesión**, por lo que se han puesto en marcha iniciativas de sensibilización sobre los beneficios que tiene trabajar en el sector, se han creado incentivos para personas desempleadas, cursos de idiomas para inmigrantes y subsidios en el transporte para quienes quieran trabajar en la profesión⁶⁰

Fuente: Elaboración propia

Tabla 104. Situación actual e iniciativas detectadas en Australia.

Situación Actual

A pesar de que los cuidados a las personas dependientes y mayores son llevado a cabo en su mayor parte por familiares, está incrementándose el uso de los cuidadores formales que, consecuentemente, está aumentando la oferta del empleo. Tienen desarrollados programas de evaluación de cuidados de ancianos (ACATS) con los que asesoran a las personas mayores y evalúan la disponibilidad de ofrecer diversos servicios tanto en domicilio como en centros residenciales asignándolos por grados de dependencia. Por otro lado, los programas de atención a la comunidad de cuidados de las personas mayores (CAPC) coordinan programas de atención a las personas mayores que serían susceptibles de ingresar en residencias. El gobierno pretende proveer 12 CAPS por cada 1000 habitantes.

Se presta apoyo a las familias que tienen cuidadores: por un lado se presta apoyo económico a familias que tienen algún familiar con enfermedad crónica y que requiera cuidados formales y por otro lado se indemniza a los propios cuidadores informales, reconociéndoles una prestación que busca compensar a los familiares que no pueden mantener un trabajo remunerado debido a sus responsabilidades de cuidado y atención del dependiente, la prestación varía en función de los ingresos familiares⁶¹.

Iniciativas de formación y empleo

Entre las iniciativas para el **aumento de empleo y fomento de la profesión** destaca la creación de un portal de búsqueda de empleo, donde se ofrece información sobre las actividades del sector; y donde los propios profesionales e instituciones hablan de los beneficios del empleo ofertado.

La Web es un recurso útil para describir los perfiles habituales de las personas que trabajan como cuidadores profesionales que además permite conocer las propias experiencias de los profesionales. A través de este recurso se puede mejorar la imagen del sector, ya que se comunican las oportunidades de ser cuidador de una forma atractiva para la población⁶².

También, las empresas publicitan mejor sus servicios y pueden informar más concretamente a los trabajadores de las oportunidades del sector⁶¹.

Entre de las iniciativas para la **mejora de las condiciones del empleo y con la finalidad de retener a los trabajadores**, la asociación “The Victorian Association of Health and Extended Care (VAHEC)” realizó entrevistas y foros de discusión con 393 organizaciones dedicadas al sector. **Las principales iniciativas y propuestas descritas fueron:** aumento salarial, ofrecer ventajas extras a los profesionales del sector (cobertura de extras en el seguro médico, aumentar los días de vacaciones, aumentar los días de baja por enfermedad,) y garantizar la estabilidad laboral (asegurando un mínimo de horas y garantizando mayor flexibilidad de horario en las jornadas a tiempo completo)^{61,63}.

Respecto a la **promoción y mejora de la formación**, las organizaciones coinciden en garantizar la formación continua básica y/o especializada y promocionarla mediante grados de cualificación a los trabajadores para la promoción laboral y desarrollo de la carrera profesional. La formación está garantizada por las empresas y por el gobierno⁶¹.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 105. Situación actual e iniciativas detectadas en Canadá.

Situación Actual

En Canadá, hay muy pocos trabajadores de cuidados a domicilio, situación que se incrementa en las zonas rurales. El envejecimiento de la población es creciente y cada vez hay menos recursos para cubrir las demandas de empleo. En algunos casos se ha intentado aumentar el número de voluntarios cuidadores y por otra parte fomentar los cuidados informales; sin embargo, y a pesar de estas medidas cada vez hay menos cuidadores informales.

En el caso de los cuidadores profesionales, las empresas proveedoras de servicios han empezado a garantizar jornadas laborales a tiempo completo (usualmente las jornadas son parciales) y brindar flexibilidad horaria como una de las formas para mejorar las condiciones laborales de estos profesionales⁶⁴.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 106. Situación actual e iniciativas detectadas en Dinamarca.

Situación Actual

La mayoría de los mayores viven en sus propios domicilios y muy pocos en residencias de larga estancia. Actualmente los cuidados se coordinan con todos los agentes sociosanitarios implicados. Habitualmente los trabajadores dedicados a los cuidados de los enfermos tienen al menos una educación secundaria superior. En general, en Dinamarca los salarios de los trabajadores son buenos si se comparan con otros países como España, Suecia y Reino Unido⁶¹. En cuanto a los horarios, el tiempo de dedicación en el trabajo a la semana es de 37 horas. Este tiempo ha ido aumentando a lo largo de los años, en el año 1980 se trabajaba una media de 20 horas a la semana, en el año 1999 unas 31 horas a la semana.

Iniciativas de formación y empleo

En Dinamarca, hubo un cambio en los **programas formativos destinados a mejorar y profesionalizar** más a los cuidadores. Se pasaron de programas de cinco cursos de formación en atención social y sanitaria a un único curso de formación básica. La formación está estructurada en fases, de esta forma se permite a los estudiantes la opción de trabajar después de completar la formación básica o bien se les permite continuar con su educación. Los estudiantes son incorporados al trabajo y luego continúan con la formación superior⁶⁵. Una vez obtenido un contrato, los trabajadores que habitualmente tienen una educación secundaria superior, comienzan periodos de capacitación en el sector. Las decisiones de contratación de las autoridades garantizan y tienen una alta influencia sobre el número de estudiantes que reciben la formación. Los estudiantes durante el programa de formación reciben un sueldo pagado por el contratante, de esta forma si se interrumpe la formación o no se realiza hasta el final, el estudiante no tendrá obligaciones de hacer un reembolso por la finalización del curso. Esto facilita a los estudiantes a tomar iniciativas en su propia formación y puede ser un gran incentivo para seguir formándose y continuar

con el empleo⁶¹.

A pesar de que la formación existente para los cuidadores profesionales se considera adecuada, se piensa que debería haber una formación más específica y especializada para determinados colectivos (ejemplo: formación para cuidadores de pacientes con demencias), de esta forma se mejoraría la calidad de la atención en estos pacientes

Dentro de las iniciativas en la **mejora del empleo** se pretende optimizar la formación de los trabajadores, la calidad de la atención y mejorar la imagen del sector⁶¹. Para esto último, se han desarrollado estudios de satisfacción de los trabajadores, se pretende que desde la propia experiencia de los trabajadores se cambie la imagen negativa asociada a esta labor (trabajo mal pagado, dedicado únicamente a servicios de limpieza, etc.)⁶¹.

En general, en Dinamarca se han tomado iniciativas para mejorar la calidad de la atención mediante la formación y la mejora del empleo, sobre todo en este último con el incremento de los salarios.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 107. Situación actual e iniciativas detectadas en Escocia.

Situación Actual

El tiempo que requiere adquirir una formación adecuada y la aparente falta de perspectivas de carrera profesional pueden haber influido en la percepción poco atractiva del sector de los cuidados profesionales, especialmente entre los nuevos graduados.

Iniciativas de formación y empleo

Para facilitar la formación e incorporación de nuevos cuidadores profesionales, la COSLA (Convention of Scottish Local Authorities) ha desarrollado un sistema conjunto de formación y entrenamiento remunerado. Una vez se obtienen las cualificaciones necesarias se le garantiza a los profesionales un contrato indefinido. De esta forma se pretende incorporar al sector un gran número de profesionales cualificados. Además se tienen en cuenta las habilidades físicas, sociales y emocionales de los jóvenes a la hora de ser incorporados al trabajo⁶⁶.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 108. Situación actual e iniciativas detectadas en Estados Unidos.

Situación Actual

En EEUU, los servicios para la dependencia “Disability Determination Services” realizan las valoraciones para determinar el grado de dependencia de un beneficiario.

Las prestaciones por dependencia no están sujetas a impuestos, y los gastos originados son deducibles del impuesto sobre la renta.

Respecto a las ayudas a la población dependiente, estas varían dependiendo de los niveles de dependencia y necesidad.

En el caso de las ayudas a domicilio, existen ayudas como el Cash and Counseling (importe económico para pagar servicios profesionales privados o para utilizar los servicios de asesoría de Medicaid); programas como el Home and Community-Based Service Programs (atención a las personas en sus domicilios), Program of All-Inclusive Care for Elderly (donde el Gobierno Federal y el Estatal pagan un importe fijo mensual por cada paciente, con el que los proveedores adscritos a Medicaid y Medicare se comprometen a satisfacer todas las necesidades médicas y de cuidado de los pacientes); y The Older Americans Act (programas de ayuda para las tareas domésticas, ayudas para centros de cuidados asistidos, reparto de comida a los domicilio y a centros de mayores).

Para el cuidador informal se ofrecen ayudas de respiro en casa, posibilidad de cuidados en centros de día, así como asesoramiento por parte de profesionales y oportunidades de formación.

El familiar que trabaje en empresas con más de 50 empleados puede acogerse al Familiar and Medical Leave Act, y pedir una excedencia de hasta 12 meses por cuestiones médicas o de cuidados y atención de familiares dependientes⁶⁷.

La demanda de cuidadores es extremadamente alta; por ejemplo, en California la mitad de los trabajadores de atención domiciliaria abandonan sus puestos de trabajo cada año. Esto significa que el dependiente o los familiares tienen que encontrar y forma a un nuevo trabajador aproximadamente cada 6 meses⁶⁸. Esto a menudo obliga a las familias a estar sin un cuidador profesional durante un periodo incierto de tiempo, lo que aumenta las demandas de otros servicios como las visitas al hospital, urgencias y estancias en residencias de ancianos⁶⁹.

Iniciativas de formación y empleo

La literatura hace referencia a diversas iniciativas destinadas a la mejora de la formación y empleo, entre las principales se encuentran:

Como iniciativas o buenas prácticas en la formación, se promueve la formación teórica-práctica, formación continua y complementaria que va a permitir el desarrollo de escalas profesionales y oportunidades de promoción de los profesionales formados⁷⁰. Se han creado becas y subvenciones para la financiación de programas de formación y entrenamiento en cuidados a largo plazo. Se han creado nuevas carreras profesionales orientadas al cuidado⁷¹. En algunos casos se han creado programas de prácticas en residencias como parte del ciclo formativo para atraer a estudiantes a este campo⁷².

Referente a la formación especializada se han creado servicios compartidos con profesionales especialistas en geriatría que son los encargados de impartir la formación⁷³.

Las iniciativas puestas en marcha para la **mejora de las condiciones de empleo** han sido varias y se han aplicado en varios escenarios. Entre las ayudas a los proveedores de servicios las otorgadas por “The temporary Assistance for Needy Families (TANF)” y “Work Opportunity Reconciliation Act of 1996 (PRWORA)”, que dan subvenciones para aumentar los salarios y/o para la formación de los trabajadores⁷⁴.

Para los propios profesionales: en algunos estados como en Florida y Washington se ofrecen beneficios complementarios para el cuidador profesional, como seguro médico y ayudas en el transporte proporcional al tiempo de desplazamiento⁷⁵.

Todas las iniciativas coinciden en el aumento de salarios y la mejora de las prestaciones a los propios

cuidadores, con lo que se pretende mejorar la oferta y la tasa de retención de los trabajadores del sector, a la vez que la baja rotación permitirá la oferta de cuidadores con mayor experiencia⁷⁶.

Asociaciones como The National Alliance for Caregiving (NAC) y the American Association of Retired Persons (AARP) vigilan la prestación de los servicios e intentan garantizar la calidad en la atención, además han desarrollado programas pilotos de apoyo a los familiares⁷⁷.

Referente al **fomento y mantenimiento del empleo**, entre las iniciativas destacan el entrenamiento y posibilidad de reclutar empleados mayores de edad con bajos salarios.

Igualmente la información es una de las iniciativas que ha tenido éxito, la creación de organismos que proporcionan tanto a los trabajadores como a los beneficiarios un lugar donde dirigirse para resolver dudas sobre los salarios, información sobre las funciones del trabajo y ventajas del mismo⁷⁸.

Otras iniciativas pasan por mejorar las condiciones salariales, por ejemplo, en el estado de Wyoming 2002 se mejoran los salarios a través de ayudas directas del estado. El incremento del salario se destina a mejoras en el trabajo y a la retención de los trabajadores en el empleo⁷⁹

Y por mejorar las condiciones sociolaborales, conocer las necesidades del trabajador y asegurar el bienestar emocional del mismo. Tener en cuenta factores motivacionales (incentivos, entornos de trabajo más agradables, etc) y establecer un servicio de prevención de riesgos laborales⁸⁰.

Además, se realizan encuestas y evaluaciones periódicas a los profesionales para identificar necesidades insatisfechas y posibles puntos de mejora.

Finalmente, se han creado grupos de expertos que apoyan y brindan información a los profesionales, identifican sus propias necesidades formativas y personales y les ayudan a orientar su futuro profesional⁸¹.

Nuevos modelos de trabajo que mejoran el sector⁸²

Los programas como “Pioneer Homes” tratan de crear una comunidad en torno a las residencias de mayores, donde los beneficiarios se relacionan con otros miembros de su comunidad y viven en entornos más agradables adaptados a sus necesidades, los cuidados son impartidos por profesionales cualificados que son valorados como parte esencial del cuidado.

El modelo “Wellspring” es un consorcio de residencias de ancianos que han hecho un compromiso financiero para la mejora de la calidad continua. Las iniciativas para mejorar la calidad incluyen la formación intensiva y la evaluación continua. Las enfermeras son miembros esenciales del equipo de cuidados y están autorizadas a tomar ciertas decisiones. En la coordinación del trabajo y toma de decisiones que afectan a la calidad del cuidado y al ambiente de trabajo participan todos los departamentos involucrados. Se garantiza además la calidad con revisiones y evaluaciones continuas al personal y a las instalaciones⁸³.

Actualmente existen en Nueva York, Boston, Filadelfia, cooperativas para ofrecer cuidados y en donde después de tres meses de trabajo cualquier empleado puede hacerse socio. Los salarios en estas cooperativas son más altos que el promedio, y los trabajadores reciben beneficios complementarios así como una garantía de horas fijas y mínimas de trabajo.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 109. Situación actual e iniciativas detectadas en Finlandia.

Situación Actual
En Finlandia se está produciendo un cambio en la visión de los cuidados y se ha pasado de los cuidados en centros e instituciones a fomentar los cuidados en el domicilio ⁸⁴ .
Iniciativas de formación y empleo
Las iniciativas puestas en marcha están enfocadas a la mejora de las condiciones del empleo. La mejora en el entorno y en las condiciones de trabajo puede ayudar a atraer a más jóvenes al sector. Se han promovido programas de prevención de Burnout y otras posibles enfermedades derivadas del trabajo para mejorar el bienestar del trabajador. Además, se han creado varios incentivos como la formación, la financiación para la investigación y el desarrollo de buenas prácticas.
Otras iniciativas buscan la incorporación de trabajadores hombres, ya que el perfil más habitual es el de las mujeres ⁸⁵ .

Fuente: Elaboración propia

Tabla 110. Situación actual e iniciativas detectadas en Francia.

Situación Actual
El Sistema Nacional, a través de equipos médico-sociales valora a las personas dependientes en diversos grados. A partir de los grados de dependencia y necesidades detectadas, se decide la prestación, la cual fija el presidente del Consejo General a propuesta de una Comisión de Expertos.
Las ayudas al dependiente no están sujetas a impuestos, se otorgan prestaciones económicas en función del grado de dependencia y del nivel de recursos del dependiente.
Para cada nivel de dependencia, existe una cuantía máxima del plan de ayuda a domicilio fijado mediante un baremo nacional. La prestación personalizada de la autonomía (APA) a domicilio cuenta con incentivos fiscales y no puede utilizarse para remunerar a familiares, deben ser profesionales dados de alta en la Seguridad Social. En las residencias, el nivel de dependencia de cada persona determina la tarifa que se le aplica. En cuanto a las ayudas a los cuidadores, se dan prestaciones por formación y asesoramiento.
Iniciativas de formación y empleo
Francia se enfrenta a una disyuntiva entre aumentar el acceso al empleo para los trabajadores sin formación y aumentar la cualificación del personal para mejorar la calidad del servicio. Existe un diploma de auxiliar de servicios sociales como programa formativo dirigido a ayudantes a domicilio, auxiliares de familia y ayudantes del hogar. La formación y acreditación es voluntaria y está basada en el empleo ⁸⁶ . En Francia se incorporó en el año 2002 un sistema de cualificación para los profesionales cuidadores y se aplicaron subidas salariales para los profesionales formados. El diploma de acreditación además ayudaba a los profesionales a acceder a otros niveles de formación. El programa consistía en 500 horas de formación teórica + 560 horas de formación práctica + 17 horas tutorizadas ⁸⁷ .
Otras iniciativas buscan la incorporación de trabajadores hombres, ya que el perfil más habitual es el de las mujeres ⁸⁸ .

Fuente: Elaboración propia

Tabla I 11. Situación actual e iniciativas detectadas en Grecia.

Situación Actual

Se han actualizado las cualificaciones requeridas para prestar los cuidados profesionales. Entre las iniciativas destaca la formación a graduados desempleados procedentes de otros sectores a través de cursos intensivos de formación profesional⁸⁹.

Fuente: Elaboración propia

Tabla I 12. Situación actual e iniciativas detectadas en Holanda.

Situación Actual

La mayoría de los trabajadores en Holanda lo hacen a tiempo parcial por lo que se pretende ofrecer jornadas completas en los contratos de trabajo que ayudarán a mantener el empleo, hacerlo más atractivo y mejorar la calidad de la atención al dependiente⁹⁰. Las iniciativas y propuestas de mejoras para el sector pasan por mejorar las condiciones del empleo y mejorar la formación de los trabajadores.

Mediante el sistema “Cash For Care” se trata de reducir las demandas de empleo de cuidadores profesionales mediante el pago a cuidadores informales o familiares de personas con discapacidad o dependencia.

En las empresas privadas con al menos 5 empleados se tiene que garantizar la formación, aunque a veces esto se dificulta por la jornada a tiempo parcial.

Las empresas financian la formación de sus trabajadores. Se ha creado en el sector una categoría de auxiliar de atención que no requiere formación y está destinada a servicios que requieren menos especialización (por ejemplo, ayuda en las tareas domésticas).

En general, las personas mejor formadas atienden y encuentran empleo para puestos más cualificados⁹¹.

Fuente: Elaboración propia

Tabla I 13. Situación actual e iniciativas detectadas en Irlanda.

Situación Actual

En Irlanda el colectivo inmigrante es quien principalmente realiza los cuidados, debido a la dificultad para contratar y retener a los cuidadores nativos en Irlanda. Esta dificultad parece estar vinculada a la percepción negativa de la atención a las personas mayores, la falta de perspectivas de carrera, la poca financiación en el sector y la negativa a trabajar por horas en diferentes turnos. La introducción de inmigrantes en el mercado es creciente, tal y como pasa en España, pero en ocasiones hay grandes diferencias culturales.

Por eso las iniciativas pasan por garantizar el respeto y los derechos de las personas mayores e inmigrantes y garantizar la calidad de los servicios⁹².

Fuente: Elaboración propia

Tabla I 14. Situación actual e iniciativas detectadas en Italia.

Situación Actual
<p>Se forman a profesionales extranjeros en sus países de origen y tras completar el periodo de formación se les propone ir a trabajar a Italia como cuidadores. De esta manera se regula el flujo de inmigrantes y se les da un empleo con contrato en origen. El Proyecto SerDom es una iniciativa de empresas privadas que tiene el objetivo de promover, regular y crear nuevas oportunidades de empleo en el sector de los cuidados profesionales domiciliarios. El proyecto se desarrolla principalmente sobre 3 áreas: formación de los trabajadores, formalización de los contratos de empleo, actuar como intermediarios y apoyar en la búsqueda de empleo⁹³.</p>
<p>Fuente: Elaboración propia</p>

Tabla I 15. Situación actual e iniciativas detectadas en Reino Unido.

Situación Actual
<p>El Departamento de Servicios Sociales (Council), establece los niveles de dependencia, coordina la valoración, organiza y coordina los cuidados necesarios y señala las distintas alternativas disponibles.</p> <p>Las prestaciones no están sujetas a impuestos. Para el dependiente existe en el domicilio un tipo de ayuda de “pago directo” (Direct Payment), En las residencias, los cuidados de enfermería los asume el National Health Service (NHS) y dependen del nivel de cuidado requerido. Los demás gastos son asumidos por el dependiente en función de los ingresos; Otras ayudas son: Attendance Allowance, es una ayuda monetaria a personas de >65 años que necesitan ayuda para movilidad o cuidado personal, con esta ayuda se puede emplear también a familiares.</p> <p>Las ayudas existentes para el cuidador son las Carer’s Allowance, para aquellas personas que cuidan de un dependiente más de 35 horas y que tienen una renta baja; También se ofrece el derecho de tiempos de respiro⁹⁴.</p> <p>El propio trabajo de los cuidadores está fragmentado existiendo diferencias en cuanto a las ocupaciones entre los cuidados residenciales y en domicilio. En general los trabajadores están poco formados y cualificados, algunos no llegan a tener cualificación ninguna. Lo que se pretende es conseguir un nivel secundario de cualificación en todos los trabajadores. Habitualmente el perfil de cuidadores es el de mujer, de una media de 40 años. Los salarios de los trabajadores suelen ser bajos y la contratación suele ser más frecuente desde el sector privado⁹⁵.</p> <p>Habitualmente el trabajo está poco considerado y el perfil del cuidador profesional está mal visto en lo referente a lo profesional y a lo social. Por otro lado la carga de trabajo es bastante alta debido a que existen grandes exigencias físicas, emocionales e intelectuales⁹⁶.</p>
Iniciativas de formación y empleo
<p>Para la mejorar las condiciones de búsqueda de empleo, The County Council en UK, tiene a través de su departamento de servicios a domicilio un listado de todos los proveedores de cuidados en la atención domiciliaria. La lista incluye proveedores independientes de los servicios domiciliarios a adultos y personas mayores. Todos los proveedores para incluirse en la lista deben estar legalmente registrados y deben cumplir unos criterios de calidad en la atención, cumpliendo unas normas mínimas de atención domiciliaria. Desde esta plataforma se contrata y se buscan empleados a nivel individual o en bloque y se mantiene el registro de la atención prestada en la zona (Hampshire, Portsmouth y Southampton)⁹⁷.</p> <p>Además se pretende estimular el reclutamiento de trabajadores de fuentes de minoría étnica, gente con discapacidades, personas mayores y profesionales hombres (objetivo de reclutamiento del 6%, frente a otras iniciativas en Noruega que son del 20%)⁹⁸. El acceso al empleo de los grupos desfavorecidos se</p>

pretende fomentar con la formación y con bonificaciones a los trabajadores, de esta forma además se mejora en la calidad de los cuidados y se mejoran las perspectivas de trabajo. Las personas que son formadas y becadas durante un periodo de tiempo (6 meses) deben asegurar su posición después del periodo de formación. El programa ha resultado ser beneficioso y se ha conseguido obtener empleo permanente en la mayoría de los asistentes⁹⁹.

En lo que se refiere a las **mejoras en la formación** para atraer nuevos trabajadores al sector se han desarrollado nuevos programas y módulos formativos en carreras universitarias (pre y post grados) y carreras técnicas relacionadas con el cuidado. Se establecen colaboraciones entre universidades y empleados. El programa proporciona un grado universitario y la experiencia práctica para trabajar en un equipo de trabajo social. Otros programas formativos que están siendo desarrollados son de Educación para la asistencia social profesional, Entrenamiento en habilidades de dirección, manejo de personal y orientación al cliente y Formación continua para el personal reclutado de otros países¹⁰⁰.

Se están tomando iniciativas para que al menos los trabajadores adquieran un nivel mínimo de cualificación secundaria para el desarrollo de estos trabajos. Poseen un sistema de cualificación profesional (National Vocational Qualifications, NVQ) distribuido por niveles y basados en unidades de competencias que representan las habilidades y conocimientos que pueden ser aplicados al trabajo con una determinada ocupación. El sistema NVQ se distribuye en cinco niveles, cada uno de los cuales se equipara a un nivel de cualificación en el sistema educativo. Por ejemplo, Nivel 3 = Enseñanza secundaria superior; Nivel 5 = Educación superior de primer grado. Las normas mínimas del gobierno han sido que la mitad de los trabajadores deben tener al menos un NVQ 2 = enseñanza secundaria, para trabajar en residencias y atención domiciliaria. Estos sistemas de cualificación además se complementan con otros sistemas y programas de formación en torno a temas más específicos como la demencia, depresión, habilidades específicas en el diagnóstico, tratamiento, etc¹⁰¹.

Usando la formación como base y aplicándolo a la mejora de la imagen e incentivo para el empleo, se ha desarrollado el Programa "Faces of Care". Es un programa de educación/ información audio-visual (Video-CD ROM, casos reales) realizada por trabajadores, cuidadores, usuarios de servicios de cuidados, etc, que ayuda a la población a obtener información sobre el trabajo del cuidador profesional y a hacerlo más atractivo para aquellas personas que estén interesadas en incorporarse al sector. También es un recurso para profesores, empresas, que lo aplican en los programas de formación como presentación de las propias experiencias vividas en el trabajo¹⁰².

La evaluación de servicios y aplicación de estándares de calidad son iniciativas que permiten mejorar la calidad en la atención de los mayores. Desde esta propuesta, The Care Council for Wales aplica estándares de calidad de conducta y práctica entre los trabajadores y referentes a su formación. En la aplicación de dichos estándares están implicados los empleados, gestores, cuidadores y políticos del sistema. Los estándares son aplicados para la mejora y el desarrollo del servicio. Tienen elaboradas guías prácticas para adecuar el trabajo al cumplimiento de sus funciones. Le dan reconocimiento a la profesión mediante el registro de trabajadores y el cumplimiento de los estándares mínimos para trabajar en el sector. De esta forma el registro de trabajadores está constituido por personas formadas y cualificadas en el sector¹⁰³.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 116. Situación actual e iniciativas detectadas en Suecia.

Situación Actual
En Suecia la mujer está más vinculada al sector de empleo y los cuidados son responsabilidad del estado, a diferencia por ejemplo de lo que ocurre en España en donde el rol del cuidador es el de los familiares.
Suecia es uno de los países en donde los trabajadores están bastante bien formados. El perfil de ocupación principal es la del auxiliar de enfermería con nivel secundario superior y el de los asistentes personales. La

intención es que el perfil de auxiliar sea el nivel estándar de cualificación para todos los trabajadores. Aún así, con un nivel medio se está permitiendo trabajar tanto en el ámbito residencial como el domiciliario. Los salarios de los trabajadores suelen ser bajos y la contratación suele ser desde el sector público.

Iniciativas de formación y empleo

Las iniciativas llevadas a cabo han sido las de la mejora de la calidad mediante la estandarización de servicios, y mejoras en la formación y capacitación¹⁰⁴.

Fuente: Elaboración propia

Tabla I 17. Situación actual e iniciativas detectadas en Rumania.

Situación Actual

En el caso de Rumania el gobierno permite el empleo de los cuidadores profesionales de personas dependientes tanto en instituciones como en los propios domicilios. Esto permite aumentar las posibilidades de empleo en el sector¹⁰⁵.

Fuente: Elaboración propia

Las principales iniciativas detectadas son las que se relacionan con:

- **Mejoras en la formación.** Se corresponden con aquellas iniciativas destinadas a impartir una adecuada formación, cualificación y acreditación que permita mejorar la calidad de los servicios prestados por los profesionales del sector. Las iniciativas de formación más representadas son aquéllas destinadas a fomentar que los jóvenes graduados estudien programas de formación que les permitan incorporarse al mercado laboral en este sector (Alemania, Australia, Dinamarca, Escocia, Estados Unidos, Grecia, Holanda, Inglaterra, Suecia). Un hecho significativo que se ha detectado en este análisis es que, en la mayoría de los países, los trabajadores de las instituciones públicas están más formados que los trabajadores del sector privado.
- **Mejora en las condiciones de trabajo e identificación de oportunidades de empleo para ciertos colectivos.** En la mayoría de los casos, la demanda de los servicios sociales excede a la oferta de los recursos disponibles, por lo que es necesaria la incorporación al sector de un mayor número de profesionales. Se han identificado iniciativas para fomentar la incorporación a este sector de grupos desfavorecidos, jóvenes desempleados, trabajadores inmigrantes, mujeres. Se intenta favorecer que tanto hombres como jóvenes se inserten en este sector ofreciendo flexibilidad horaria en el trabajo.

Además, se han detectado iniciativas que pretenden mejorar las condiciones salariales de los cuidadores, el tiempo de dedicación y el apoyo físico y emocional de los trabajadores (Australia, Dinamarca, Eslovenia, Estados Unidos, Holanda, Italia, Inglaterra, Rumanía).

Por otro lado, también se están intentando introducir cambios en los horarios de atención. Por regla general, los trabajadores del sector trabajan a media jornada y con contratos de duración determinada. Estos factores dificultan la estabilidad laboral del trabajador. En el ámbito domiciliario la situación se complica todavía más ya que debe añadirse el tiempo de desplazamiento. Esta situación puede estar afectando negativamente a la contratación, la permanencia de los trabajadores y la calidad de la atención prestada, por lo que las iniciativas puestas en marcha van encaminadas a garantizar unos horarios adecuados y a cubrir los gastos de desplazamiento en aquellos casos en los que los cuidados se realicen en domicilio.

- **Programas de prevención del Burnout y de otras posibles enfermedades derivadas del trabajo.** Estos programas se han puesto en marcha para mejorar las condiciones laborales de los trabajadores y proveerles de servicios tales como la formación, la consultoría, la información, la financiación de la investigación y el desarrollo de buenas prácticas (Finlandia).

- **Aplicar estándares de calidad a los servicios.** Los indicadores de calidad aplicados al sector, ayudan de una forma directa o indirecta a que los empleados sean más eficientes en su trabajo, puesto que su aplicación produce una mejora en el servicio. Estos estándares varían en función de cada país, pero todos coinciden en la necesidad de unificar los criterios de evaluación de los servicios ofrecidos (Estados Unidos, Gales, Inglaterra, Suecia).

- **Aumento del empleo, mejora de la imagen y fomento de la profesión.** En la mayoría de los países estudiados, los cuidadores profesionales no poseen un gran reconocimiento social de su labor, por el contrario se considera un trabajo de baja cualificación y con pocas expectativas de promoción. Además, en la mayoría de los casos el trabajo con personas mayores no facilita la visibilidad del mismo ya que no se considera un ámbito de actuación prioritario¹⁰⁶. Ciertos países están llevando a cabo iniciativas para sensibilizar a la población, de la gran labor que realizan estos profesionales (Alemania, Dinamarca, Inglaterra).

Para el fomento de la profesión entre la población se han desarrollado portales de empleo dónde se ofrece información sobre la profesión. En Dinamarca, se han desarrollado iniciativas en las que se realizan y publican encuestas reales de satisfacción con los usuarios. También se fomenta la difusión de la labor de los profesionales facilitándoles una plataforma en la que puedan contar su propia experiencia como cuidador. En Australia, se intenta fomentar la incorporación de trabajadores al sector poniendo de manifiesto las satisfacciones que ofrece este tipo de trabajo.

- **Aplicación de las nuevas tecnologías para la mejora de la formación y empleo.**

El desarrollo de las nuevas tecnologías puede ofrecer una amplia gama de oportunidades y soluciones para el colectivo de trabajadores, permitiendo además complementar y mejorar la calidad de los servicios tradicionales de los cuidados formales.

Se han desarrollado programas de educación/ información audio-visual mediante el uso de las nuevas tecnologías. Estos han sido elaborados por cuidadores profesionales con el fin de ayudar a la población a obtener información sobre este trabajo haciéndolo más atractivo para favorecer la incorporación de nuevos trabajadores. También se están usando las nuevas tecnologías para la formación de los trabajadores en las propias empresas (Reino Unido, Gales).

Las nuevas tecnologías también contribuyen a identificar la cobertura de cuidados en una determinada zona. En Reino Unido se han creado portales de empleo específicos a través de la Web dónde se buscan y se contratan empleados a nivel individual y comunitario, manteniendo un registro de cuidados en una zona determinada.

- **Iniciativas indirectas que pueden equilibrar la demanda de los cuidadores.**

Hay ciertas iniciativas que se han llevado a cabo en diferentes países para equilibrar la demanda cuidadores, como por ejemplo: la profesionalización de los cuidadores informales o proporcionar apoyo a estos trabajadores mediante el reconocimiento, la formación y la legalización de las actividades desarrolladas. En Finlandia, para hacer sostenible la situación se ha optado por apoyar a los cuidadores informales ofreciéndoles cuidados formales.

Tanto la incorporación de la mujer al mercado laboral como la permanencia en el entorno (en lugar de optar por una residencia) de la persona dependiente, han producido una mayor demanda de cuidadores profesionales en domicilio.

En algunos países se han puesto en marcha iniciativas destinadas a reducir la demanda de los servicios sociales y de la atención sanitaria. Este tipo de iniciativas surgen debido a que el envejecimiento de la población podría producir un desequilibrio en el sistema sociosanitario que, a su vez, podría tener efectos negativos sobre el mercado laboral, los sistemas de protección social, los sistemas de atención sanitaria y la integración de la salud. El Proyecto ActivAge se enmarca dentro de las mismas, ya que trata de fomentar el envejecimiento activo de la población adulta, promocionando un estilo de vida saludable que prevenga la dependencia.

El Sistema “Cash for Care”, aplicado en Holanda trata de reducir la demanda de cuidadores profesionales en domicilio, estableciendo una prestación económica a los cuidadores informales o familiares de personas con discapacidad o en situación de dependencia.

A pesar de que en todos los países revisados se ha detectado la misma problemática con respecto al empleo y la formación de los cuidadores profesionales, se han encontrado iniciativas muy inspiradoras, que no han conseguido demostrar de manera significativa una mejora evidente del empleo ofertado en este sector.

Las iniciativas estudiadas en estos países, coinciden con algunas de las recomendaciones destinadas a satisfacer la demanda de los cuidadores formales propuestas por la OCDE en el año 2009¹⁰⁷. Éstas son:

1. Reducir la necesidad de cuidadores a través, por ejemplo, del desarrollo de iniciativas de promoción del envejecimiento activo.
2. Aumentar la oferta local de cuidadores profesionales, a través del desarrollo de programas de capacitación y el establecimiento de cualificaciones en el sector.
3. Apoyar la labor de los cuidadores y asegurar su estabilidad en el trabajo mediante la mejora de sus condiciones laborales (aumento de salarios, mejora de horarios, mejora de las normas de seguridad).

II. DISCUSIÓN

Para esta parte de trabajo se solicitó a una serie de expertos que figuran en el anexo 2 que debatieran, una vez revisados los resultados del estudio, sobre una serie de cuestiones que podían aglutinar diferentes aspectos de interés. Las cuestiones y el resumen de la discusión sobre las mismas se detallan a continuación:

II.1. Aspectos relativos a la definición de cuidador profesional

La Ley define al cuidador profesional como el trabajador que proporciona cuidados en una institución pública o entidad, con y sin ánimo de lucro, o el profesional autónomo que presta servicios a personas en situación de dependencia, ya sea en su hogar o en un centro. ¿Se percibe de igual manera el cuidador profesional en el entorno residencial que en el entorno domiciliario?

Existe un consenso en que la percepción de ambos perfiles es diferente, por dos cuestiones principales:

- Competencias. El perfil del cuidador en domicilio requiere una mayor polivalencia, atendiendo no sólo a los cuidados personales, sino también a las tareas domésticas. Al mismo tiempo la complejidad de desarrollar sus tareas en el propio domicilio del dependiente requiere de habilidades relacionales específicas. De otro lado, el cuidador domiciliario requiere del manejo autónomo de la situación, pues carece de la supervisión y guía de otros profesionales.
- Origen. A menudo, el profesional del entorno residencial se basa en una previa vocación de cuidados; mientras que los profesionales domiciliarios, a veces, responden a una reconducción del sistema educativo, prevaleciendo la oportunidad de empleo en el sector.

Si bien se detectan estas diferencias en ambos perfiles, que requerirían de una formación específica para cada uno, en los dos se debería reforzar los aspectos más sociales de los cuidados (prevención del aislamiento y promoción de la reinserción social); evitando la tendencia actual a la sanitización de los mismos.

Entre los asistentes hubo discrepancias respecto al papel del cuidador profesional en la obligación de dar afecto como sustituto de la familia. Sí hubo consenso en la necesidad de estar

capacitado para detectar cualquier necesidad del dependiente, incluido las afectivas y emocionales.

11.2. Aspectos relativos al mercado laboral

El libro blanco de la dependencia generó grandes expectativas en lo relativo al número de empleos que se generarían con la implantación de la ley. Desde entonces se ha observado que efectivamente, ha aumentado la población activa y el empleo; al mismo tiempo que se ha producido un incremento del desempleo en el sector; si bien no se han alcanzado las estimaciones de empleo realizadas. ¿Qué aspectos podrían estar afectando a esta situación?

Esto puede ser debido, entre otros, a dos motivos:

- Un retraso en la implantación de la ley, lo que implica que a día de hoy se hayan resuelto menos expedientes de los previstos.
- Reconocimiento mayoritario de prestaciones económicas para cuidados en el entorno. A pesar de que la ley estipula la excepcionalidad de este tipo de prestaciones, los datos publicados por el IMSERSO a 1 de febrero de 2010 indican que casi el 50% de las prestaciones otorgadas corresponden a prestaciones económicas para cuidados en el entorno. En el debate se barajan diferentes hipótesis:
 - Preferencias culturales de los ciudadanos a ser cuidados por sus familias o la persona que ellos elijan.
 - Situación de recesión económica existente actualmente en España.
 - Carácter retroactivo de la prestación económica.
 - Escasa sensibilización social sobre los beneficios de los cuidados profesionales.

Resulta paradójico el hecho de que la alta prevalencia de la PE pudiera estar propiciando el escaso desarrollo de los servicios de cuidados profesionales y viceversa.

11.3. Aspectos relativos a los perfiles profesionales y la formación

¿La formación existente capacita globalmente para desempeñar con garantías este puesto? ¿Se pueden llegar a cubrir las necesidades demandadas mediante formación?

Las distintas modalidades de formación existentes capacitan en competencias técnicas (“Qué” cuidados prestar), pero requieren potenciar “cómo” se prestan (afecto y calidad relacional).

Esta carencia parece repetirse en el ámbito organizativo laboral, por la falta de reconocimiento de la actitud, además de la aptitud.

Se está realizando un esfuerzo en implantar sistemas de calidad por parte del IMSERSO. Los procesos de mejora continua podrían ser una oportunidad a futuro si se amplía el alcance a este tipo de aspectos.

11.4. Aspectos relativos al puesto de trabajo.

Parece haber ciertas dificultades implícitas al puesto de trabajo de cuidador profesional, debido al desequilibrio entre:

- *La polivalencia, la complejidad creciente en las necesidades sanitarias que atender y el objetivo ambicioso de los servicios (preventivos, rehabilitados, etc).*
- *La limitada remuneración, la calidad de los contratos (sólo el 6,7% indefinidos), y el bajo reconocimiento social.*

¿Podrían las características del puesto de trabajo dificultar un mayor crecimiento de los mismos?, ¿cómo actuar?

Se plantearon medidas para dar respuesta a estas circunstancias:

- Concienciación de la necesidad de equilibrar el nivel de exigencia con la remuneración (salarial y no salarial), que permita la sostenibilidad del sector.
- Aceptación de que el grado óptimo de calidad en los cuidados se alcanzará progresivamente con la maduración del sector.
- La polivalencia debe acotarse a una formación troncal y la capacitación específica debería diferenciarse en especialidades (enfermedad mental, demencias, etc.). Además, el cuidador debería contar con un equipo consultor interdisciplinar que desarrollara un plan integral de atención consensuado con la familia, que el cuidador se encargara de ejecutar.
- Fomento del empleo estable en este sector con medidas públicas.
- Campañas de sensibilización social para la mejora del reconocimiento social del cuidador profesional

11.5. Aspectos relativos al modelo empresarial SAD.

Parece haber ciertas dificultades implícitas al desarrollo del modelo empresarial del servicio de ayuda a domicilio, debido a, entre otros aspectos:

- *Escaso margen de beneficios empresariales.*
- *Retrasos en los pagos.*
- *Dificultades para la gestión del SAD por parte de las administraciones locales.*
- *Estructura organizativa dependiente de las bandas horarias con mayor demanda.*
- *Dificultades para la fidelización de los trabajadores*

¿Podrían estos aspectos estar afectando a las oportunidades de empleo?, ¿cómo actuar?

Se requiere “reinventar” el modelo de ayuda a domicilio para hacerlo sostenible.

Por otra parte, sería conveniente regular ciertas características de los servicios que permitieran, por una parte, acotar las exigencias a los proveedores y por otra, ofrecer sistemas que aseguren el cobro a tiempo de los servicios.

Sería conveniente investigar modelos de economía social que pudieran disminuir los costes de transacción y repartir el riesgo.

11.6. Aspectos relativos a la implantación de la ley

La ley de la dependencia ha sido concebida como una ley de servicios, con ciertas excepcionalidades, sin embargo a día de hoy las prestaciones económicas excepcionales de cuidados en el entorno oscilan alrededor del 50% de las prestaciones totales concedidas. ¿Este hecho está mermando las oportunidades de empleo previstas con la implantación de la ley?, ¿cómo actuar?

El servicio de ayuda a domicilio parece ser más adecuado como soporte a los cuidados proporcionados por una familia implicada en ello. Cuando no viene a soportar a unos cuidados familiares, dada la escasa intensidad de atención actual, el servicio de ayuda a domicilio no puede

resolver por sí mismo los cuidados a una persona con grado avanzado de dependencia en el hogar. Esta situación, podría estar afectando a la preferencia social por la PE para cuidados en el entorno.

Las prestaciones económicas, respondiendo al espíritu de la Ley de mejorar la calidad de vida del dependiente, no deberían estar contrapuestas a la provisión de servicios; al contrario deben garantizar la atención adecuada a la persona dependiente: bien a través del familiar (PE para cuidados en el entorno), bien a través de cuidados profesionales de mayor alcance diario (asistente personal o similar) o recursos.

La PE ligada al entorno podría estar siendo utilizada para reconducir esta situación, contratando un mayor nº de horas, de manera más estable, a un menor coste en economía sumergida. Esta situación debería reorientarse.

En el debate existieron discrepancias sobre si el reconocimiento mayoritario de la PE para cuidados en el entorno persistirá un largo tiempo o, al contrario, revertirá esta tendencia respondiendo al decremento esperado de cuidadores familiares disponibles.

11.7. Aspectos relativos a la Administración

- *¿Hay suficientes cuidadores profesionales para dar cobertura a los servicios de cada CCAA?*
- *¿Corresponde a las Administraciones fomentar el mayor grado de capacitación en este sector?*
- *¿Pueden permitirse las CCAA pagar mayores precios de lo que se están pagando para atender en domicilio?*
- *¿La diversidad de titulaciones es una dificultad a la hora de sacar oferta pública de empleo?*
- *A tenor de los datos de creación de empleo asalariado de cuidadores profesionales en 2009 tanto en el sector público como en el privado ¿para facilitar un modelo productivo se deben crear más empleos públicos o promover la contratación privada con financiación pública? ¿se podría permitir el sistema incrementar el empleo público en el sector dada la situación económica actual?*

Teniendo en cuenta las expectativas generadas de empleo y riqueza vinculadas a los cuidadores profesionales, la actual situación de demanda y los datos de empleo ¿vamos por buen camino?

- Es necesario crecer (en cantidad y en calidad) en la capacitación de profesionales y familiares para cuidar.
- Para aumentar la disponibilidad de cuidadores profesionales capacitados, (demanda de empleo y capacitación) deberían mejorarse las circunstancias económicas y laborales de los mismos. Esto debería ser a expensas de reorientar la distribución de los fondos existentes, y para ello se requiere replantear el modelo.
- Se requiere definir el catálogo de servicios y prestaciones y valorar la aparición de fórmulas que hicieran posible la coexistencia de un sistema maduro y actual que potenciase: la autonomía del paciente y el cuidador a la hora de elegir servicios y los profesionales que les atendieran, la sostenibilidad económica del sistema, la coexistencia de modalidades que ofrecieran una mayor cobertura de los cuidados que se requieren, menor rotación de los mismos y mayor estabilidad laboral.
- La Administración Central y las Regionales deben actuar de manera sinérgica y coordinada, para asegurar un catálogo formativo centrado en las necesidades reales actuales, ordenando un sistema simple pero efectivo que garantice la suficiente calidad y claridad en la provisión de las titulaciones.
- La responsabilidad en la garantía de los servicios es pública. La financiación en parte y como marca la Ley, también. La provisión es una cuestión de modelos y compete a cada CCAA, dentro de la norma, la elección. No obstante, se requiere la sinergia y comprensión por todas las partes, para desarrollar con responsabilidad, un sistema capaz y sostenible.

11.8. General

Parece apropiado crear un entorno de análisis y reflexión en el que se evalúen los resultados obtenidos con la implantación de la Ley, con el fin de detectar las potencialidades de la misma y los elementos que deben cambiar para dar solución a los problemas que han ido surgiendo. Esta evaluación continuada permitiría asentar las bases de un modelo de mejora que tenga en cuenta las necesidades de los usuarios y las experiencias en la implantación de la Ley.

12. CONCLUSIONES

1. El cuidado a las personas mayores y/o dependientes ha sido considerado como un sector emergente con un importante potencial generador de empleo desde la Comisión Europea. Las claves para el éxito de estas iniciativas se encuentran en la cualificación de los profesionales y en la adaptación del modelo de empresa a la realidad socioeconómica del país, región o territorio.
2. La evolución demográfica, la necesidad social de atención a la dependencia, los cambios sociales y la evolución de la políticas de atención a la dependencia justifican las importantes expectativas de creación de empleo existentes en el sector de los cuidados profesionales, pero también determinan y corroboran la necesidad de realizar una fuerte apuesta por el desarrollo de las ocupaciones relacionadas con los perfiles profesionales demandados por la sociedad.
3. El sector sociosanitario ha observado un crecimiento continuo, tanto en términos económicos como laborales, durante el periodo 2000-2008, más acusado en el periodo que se corresponde con la implantación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (2006-2008), a pesar de la desaceleración del mercado español.
4. El mercado laboral en el subsector de los cuidados profesionales en los últimos años y, especialmente, en el pasado año 2009 siguió una tendencia positiva, generando empleo incluso en una etapa de adversidad económica. Cabe destacar que el sector empresarial privado ha sido el motor del crecimiento del empleo por cuenta ajena en el ámbito de actividad de los cuidados profesionales.
5. Existe una gran diversidad y heterogeneidad de perfiles profesionales vinculados al ámbito de los cuidados y la atención personal.
6. Existe una extensa y diversa oferta formativa en el sector de los cuidados profesionales.
7. El acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia de 2008 supone un antes y un después respecto a los requisitos y estándares sobre la cualificación de los profesionales del sistema y reconoce la necesidad de acreditación de las competencias profesionales adquiridas con la experiencia laboral.
8. Como corroboran los análisis tanto cualitativo como cuantitativo incluidos en el estudio, existe una importante demanda de cuidadores profesionales cualificados por parte de los

proveedores de servicios, que resulta difícil de cubrir. A esta dificultad de las empresas se suman los requerimientos del mercado que, a menudo, se relacionan más con las características personales y las actitudes del cuidador que con sus aptitudes.

9. A pesar de que en todos los países revisados se ha detectado la misma problemática con respecto al empleo y la formación de los cuidadores profesionales, se han encontrado iniciativas muy inspiradoras, que no han conseguido demostrar de manera significativa una mejora evidente del empleo ofertado en este sector.
10. Para alcanzar los objetivos iniciales de convertir el sector de los cuidados profesionales en un motor de desarrollo social serán necesarias múltiples medidas entre las que destacan:
 - Sensibilizar a la población de los beneficios de los cuidados profesionales capacitados para ello.
 - Mejorar de las condiciones laborales de los cuidadores profesionales
 - Rediseñar un modelo de atención domiciliaria sostenible. Sólo entonces constituirá un adecuado motor de desarrollo social.

13. ANEXO I. COMPOSICIÓN DE LAS MESAS DE TRABAJO PARA EL ANÁLISIS CUALITATIVO DEL SECTOR.

MESA I

-Empresarios y directivos: 4 personas

- Dña. Laura Molero Soto. Responsable de Área de Desarrollo de Claros S.C.A de Interés Social.
- Dña. Rosa M^a Salas Muñoz. Jefe de personal de ASISTTEL SERVICIOS ASISTENCIALES S.A.
- Dña. Agapita García Díaz. Gerente y propietaria de OLIGALIA CON LA DEPENDENCIA S.L.
- D. José María Peña Fernández. Director y propietario de CEANEN ASISTENCIA. Presidente de la Asociación Sevillana de Estancia Diurna (ASUED).

-Docentes: 1 persona.

- D. Miguel Ángel Rodríguez Monge. Experto en formación en la rama Socio-sanitaria. USP Hospitales. Colaborador habitual del Hospital Universitario Virgen del Rocío.

-Administración: 3 personas.

- Dña. Sara Caballero Bevia. Técnico de la Fundación Andaluza de Servicios Sociales.
- Dña. Pilar Molina Alegaz. Trabajadora Social y Coordinadora del Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) del Ayuntamiento de La Algaba. Miembro del Programa de Atención Familiar.
- D. Prudencio García Prieto. Asesor en materia de empleo y formación del Servicio Extremeño Público de Empleo (Consejería de Igualdad y Empleo de la Junta de Extremadura).

MESA 2

-Trabajadores: 4 personas.

- Dña. Isabel Ramos Sánchez. Auxiliar de Enfermería en el Hospital Sagrado Corazón. Cuidadora profesional a nivel particular.
- Dña. Rosario de la Bastida Merino. Coordinadora del Servicio de Ayuda a Domicilio del Ayuntamiento de La Algaba.
- Dña. Macarena Montesinos García. Auxiliar de Enfermería en Clínica Santa Isabel. Cuidadora profesional a nivel particular.
- Dña. Ana Visitación Plantón Martínez. Ayudante de Coordinación y Cuidadora profesional de CEANEN ASISTENCIA.

-Docentes: 2 personas.

- D. Miguel Ángel Rodríguez Monge. Experto en formación en la rama Socio-sanitaria. USP Hospitales. Colaborador habitual del Hospital Universitario Virgen del Rocío.
- D. Manuel Díaz Pérez. Enfermero Hospital de la Mujer Virgen del Rocío. Experto formador en Cuidados a Domicilio.

-Administración: 1 persona (Psicólogos o trabajadores sociales).

- Dña. Rosario Morillas Vázquez. Trabajadora Social. Coordinadora del Servicio de Ayuda a Domicilio del Ayuntamiento de Arahal.

-Perfil especial: 1 persona.

-D. Miguel Angel Godoy. Trabajador Social de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) y profesor asociado de la Universidad Pablo de Olavide. Departamento de trabajo social de los servicios sociales de la Facultad de Ciencias Sociales.

14. ANEXO II. GRUPO DE EXPERTOS PARA LA SESIÓN DE DISCUSIÓN Y VALIDACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO.

-Moderador: D. Emilio Herrera Molina. Director General de Enterprising Solutions for Health (EH).

-Grupo de Expertos:

- Dña. Lourdes Bermejo García. Miembro de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG)
- Dña. Pilar Cámara de la Torre. Jefa de Servicio de Cualificaciones IMSERSO.
- D. Diego Latorre Martínez. Jefe de Servicio de Prestaciones Sociales de la Dirección General de Política Social, Comunitaria y Prestaciones. Consejería de Servicios Sociales. Gobierno de la Rioja.
- D. Jesús Moreno Cobo. Gerente del Área de Badajoz. Junta de Extremadura.
- Dña. Belén Plasencia Chacón. Coordinadora de dependencia. Junta de Extremadura.

15. BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES CONSULTADAS

- 1 Bono i Lahoz, MJ., Jiménez, E. (1997). Los nuevos yacimientos de empleo. Revista la factoría nº2 (febrero – mayo).
- 2 Jiménez, E., Barreiro, F., Sánchez, J. (1998). Los nuevos yacimientos de empleo: los retos de la creación de empleo desde el territorio. Barcelona: Fundación CIREM.
- 3 Ir al encuentro de las nuevas necesidades. Boletín Equal nº17, pág 1-9 (julio 2007). Junta de Andalucía. Servicio Andaluz de Empleo. Consejería de Empleo.
- 4 Convocatoria de proyectos relativos a las acciones innovadoras en el ámbito de los nuevos yacimientos de empleo. Artículo 6 del Fondo Social Europeo.
- 5 Crecimiento, competitividad y empleo. Retos y Pistas para entrar en el Siglo XXI. Libro Blanco (1993).
- 6 Diario Oficial de las Comunidades Europeas. Acciones innovadoras: nuevos yacimientos de empleo y, en particular, empleos de iniciativa local. Artículo 10 del Reglamento FEDER Convocatoria de propuestas nº 95/37(95/C 253/13).
- 7 Comisión Europea (1998), Segundo informe sobre las iniciativas locales de desarrollo y de empleo. La era del empleo a medida, SEC (98)25.
- 8 Comisión Europea (1996), Primer informe sobre las iniciativas locales de desarrollo y de empleo. Conclusiones aplicables a los pactos territoriales y locales para el empleo, Documento elaborado a partir del SEC (96)2061.
- 9 Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad – CERMI. (2004). La protección de las situaciones de dependencia en España. Una alternativa para la atención de las personas en situación de dependencia desde la óptica del sector de la discapacidad. Colección Cermi nº12.
- 10 Molina JA, Andaluz A, Gimenez JI, Marcem M. Envejecimiento de la población y dependencia: la distribución intrafamiliar de los cuidados a mayores. Fundación economía aragonesa. 2008. Disponible en: <http://www.fundear.es/fotosbd/85511217radB5ECF.pdf> [consultado el: 15 de Enero de 2010].
- 11 Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD). Año 2008.

12 Comisión de las Comunidades Europeas. Crecimiento, competitividad y empleo. Retos y Pistas para entrar en el Siglo XXI. Libro Blanco. Bruselas 1993.

13 Martínez-Bujan, R. (2005). El Cuidado a ancianos: un vínculo entre la inmigración y el envejecimiento. Panorama Social. Vol 2, pág 86.

14 Julve-Negro, M. (2002). Dependencia y Cuidado: Implicaciones y repercusiones en la mujer cuidadora. Monografía.

15 Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de dependencia, publicada en el BOE número 299 de 15 de diciembre de 2006.

16 Cachon-Rodriguez, L. (1995). Los “Nuevos Yacimientos de Empleo” en España: una (primera) visión general. Revista de Economía y Sociología del Trabajo, nº 29/30, sep-dic.

17 Casao-Marín, D., López i Casanovas, G. (2001). Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro. Colección de Estudios Sociales Nº6. Fundación La Caixa.

18 Perspectivas de futuro de los recursos de atención a la dependencia. El sector residencial, La atención domiciliaria y teleasistencia. Deloitte 2005.

19 Casado, D. Documento Marco. La dependencia funcional y el “tercer sector” en España. II foro tercer sector. Fundación Luis Vives.

20 Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco. Diciembre 2004.

21 Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

22 Análisis de los desarrollos normativos del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). Estudio comparativo autonómico. (2009). Comité de Representantes de Personas con Discapacidad. (CERMI).

23 Informe Implementación Ley Dependencia en España: valoración CCAA. Borrador informe: Alicia Azaña. Universidad de Valencia, 22 ene 2009

24 Informe Final del Grupo de Expertos para la Evolución del desarrollo y efectiva aplicación de la Ley 39/2006 14 de diciembre de promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. IMSERSO, Septiembre 2009.

25 Las personas mayores en España. Informe 2008. IMSERSO 2008.

26 Adecco Medical & Science, Federación de residencias y servicios de atención a los mayores (LARES). El incremento de los centros residenciales alcanza la cifra record de 329.311 plazas. Nota de prensa 19 noviembre 2009.

-
- 27 Bayarri-Catalán, V. (2007). El futuro Sistema Nacional de Dependencia: retos y oportunidades. Revista del MTAS. Vol 65, pág 93.
- 28 Jurado de los Santos, P. 2006. Análisis de necesidades formativas de los profesionales de centros ocupacionales y centros especiales de trabajo en Cataluña. Universitat Autònoma de Barcelona.
- 29 Ley 6/1999, de 7 de julio, de atención y Protección a las personas mayores.
- 30 Estudio Análisis de las principales ocupaciones dentro del sector de Atención a Personas y del subsector de Turismo Sostenible y Ocio Cultural del sector de Actividades Culturales y deportivas. Consellería de Treball i Formació. GOvern de les Illes Balears. Comissions Obreres de les Illes Balears. Diciembre 2009.
- 31 Descripción y análisis de los perfiles ocupacionales demandados en el sector de la dependencia en Andalucía. Dirección General de Intermediación e Inserción Laboral. Servicio Andaluz de Empleo. Enero 2008.
- 32 Necesidades de formación para el empleo en el grupo de trabajadores afectados por la aplicación de la ley de la dependencia en Aragón. Instituto Aragonés de Empleo. Zaragoza 2008.
- 33 Estudios de las necesidades formativas de los profesionales que prestan servicios de atención a la dependencia. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO 2007.
- 34 Aproximación a las necesidades formativas del sector formal de la atención a la dependencia en Zaragoza. Secretaría de Política Institucional y Diálogo Social de U.G.T. Aragón. Diciembre 2006.
- 35 En qué consiste cuidar. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Disponible en: www.segg.es
- 36 Bermejo, L. (2006).- La situación de los sistemas de formación y de cualificación de las ocupaciones en la atención a mayores dependientes. Propuestas de avance en la elaboración de perfiles ocupacionales y en la formación por competencias. Madrid, portal mayores, informes portal mayores nº50.
- 37 Ministerio de Educación. 2009. Sistema Nacional de Cualificaciones y Formación Profesional (SNCFP). Disponible en: http://www.educacion.es/educa/incual/ice_ncfp.html
- 38 Ministerio de Educación. 2010. Formación Profesional. Disponible en: <http://www.educacion.es/educacion/que-estudiar/formacion-profesional.html>
- 39 Ministerio de Educación. 2010. Cuidados auxiliares en enfermería. Disponible en: <http://www.educacion.es/educacion/que-estudiar/formacion-profesional/que-puedo-estudiar/todos-los-estudios/sanidad/auxiliar-enfermeria.html>

-
- 40 Ministerio de Educación. 2010. Técnico en atención sociosanitaria. Disponible en: <http://www.educacion.es/educacion/que-estudiar/formacion-profesional/que-puedo-estudiar/todos-los-estudios/servicios-socioculturales/atencion-sociosanitaria.html>
- 41 Ministerio de Educación. (Estadística de las Enseñanzas no universitarias (Centros, Personal, Alumnado matriculado y Graduados disponible en: <http://www.educacion.es/mecd/jsp/plantilla.jsp?id=310&area=estadisticas>
- 42 Ministerio de Trabajo e Inmigración (disponible en: http://www.sepe.es/contenidos/ciudadano/formacion_ocupa/areas/fichero_especialidades.pdf)
- 43 Ministerio de Trabajo e Inmigración (disponible en: <https://www.redtrabaja.es/es/redtrabaja/static/Redirect.do?page=cf050311>)
- 44 INEM-Servicio Público de Empleo Estatal. 2004 Escuelas Taller y Casas de Oficio, Talleres de Empleo: Inserción laboral 2004. Evaluación de resultados. Disponible en : <http://www2.sepe.es/sgst/BDlegislativa/documentospdf.asp?archivo=Legis/Referencias82.pdf>
- 45 Fundación tripartita. 2007. Sistema para la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia. Necesidades Formativas.
- 46 BOE n. 87, 11/04/2007. Real Decreto 395/2007, de 23 de marzo, por el que se regula el subsistema de formación profesional para el empleo.
- 47 Comisiones Obreras. 2005. Formación y Ley de Autonomía Personal.
- 48 Fundación tripartita. 2005. Formación Continua. Informe de resultados 2005. Disponible en: http://www.fundaciontripartita.org/almacenV/publicaciones/documentos/10274_2072072007132113.pdf
- 49 Fundación tripartita. 2006. Formación Continua. Informe de resultados 2005. Disponible en: http://www.fundaciontripartita.org/almacenV/publicaciones/documentos/45735_78782008145632.pdf
- 50 Fundación tripartita. 2007. Formación en la empresas 2007. Disponible en: http://www.fundaciontripartita.org/almacenV/publicaciones/documentos/14778_2042042009125633.pdf
- 51 Tejada-Fernández, J. 2009. Perfiles profesionales en la atención a personas dependientes: una mirada desde la formación. Universitat Autònoma de Barcelona.
- 52 LARES Andalucía (Asociación Andaluza de Residencias y Servicios de Atención a los Mayores). Necesidades de formación de los profesionales de atención a personas con dependencia. Disponible en: www.laresandalucia.com/mantenimiento/legislacion/legi_11_1.doc

-
- 53 BOE núm. 303. 17/12/2008. Resolución de 2 de diciembre de 2008, de la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre determinación de la capacidad económica del beneficiario y sobre los criterios de participación de éste en las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2008/12/17/pdfs/A50722-50725.pdf>
- 54 Ministerio de Educación. 2008. Las primeras convocatorias para acreditar la experiencia laboral beneficiarán a los trabajadores de la Dependencia, Educación Infantil y Energías Renovables. Disponible en: <http://www.educacion.es/horizontales/prensa/notas/2008/12/fp.html>
- 55 IMSERSO. 2010. Portal de la Dependencia. Datos de gestión del SAAD a 1 de febrero de 2010.
- 56 Populares. 2010. El PP propone modificar la formación de los cuidadores de personas dependientes. Disponible en: http://www.pp.es/actualidad-noticia/pp-propone-modificar-formacion-cuidadores-personas-dependientes_903.html
- 57 Instituto Nacional de Estadística (2009). CNAE-2009. Disponible en: http://www.ine.es/daco/daco42/clasificaciones/cnae09/notasex_cnae_09.pdf
- 58 Penning MJ. Hydra revisited: substituting formal care for self and informal in home care among the older adults with disabilities. *The Gerontologist*, 2002, 42:4–16.
- 59 Dizy, D., Fernández M., Ruiz Olga. Las personas mayores en situación de dependencia. Propuesta de un modelo protector mixto y estimación del coste de aseguramiento en España. Universidad Autónoma de Madrid. Marzo 2006
- 60 European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Employment in social care in Europe. 2006. Disponible en: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2005/125/en/1/ef05125en.pdf>
- 61 Korczyk, S. (2004), "Long-Term Workers in Five Countries: Issues and Options", American Association of Retired Persons (AARP), Washington, D.C.
- 62 Ageing, Disability and Home Care (ADHC). <http://www.dadhc.nsw.gov.au/DADHC.htm>
- 63 Anglely, P., and B. Newman. (2002), "Who Will Care? The Recruitment and Retention of Community Care (Aged and Disability) Workers", Brotherhood of St. Laurence, Fitzroy.
- 64 Korczyk, S. (2004), "Long-Term Workers in Five Countries: Issues and Options", American Association of Retired Persons (AARP), Washington, D.C.
- 65 Jensen, Jytte Juul, and Helle Krogh Hansen. 2002a. "Care Work in Europe: Current Understandings and Future Directions: Surveying Demand, Supply and Use of Care— Denmark." (refworks, informe en pdf)

-
- 66 European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Employment in social care in Europe. 2006. Disponible en: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2005/125/en/1/ef05125en.pdf>
- 67 Dizy, D., Fernández M., Ruiz Olga. Las personas mayores en situación de dependencia. Propuesta de un modelo protector mixto y estimación del coste de aseguramiento en España. Universidad Autónoma de Madrid. Marzo 2006
- 68 Korczyk, S. (2004), "Long-Term Workers in Five Countries: Issues and Options", American Association of Retired Persons (AARP), Washington, D.C.
- 69 Howes, C. (2006), "Building a High Quality Home Care Workforce: Wages, Benefits and Flexibility Matter", <http://www.iowacaregivers.org/uploads/pdf/053106conncollegeexecutivesummaryfinal.pdf>, accessed 4 November 2008.
- 70 Stone, R. I. and J. M. Wiener (2001), "Who Will Care for Us? Addressing the Long-Term Care Workforce Crisis", The Urban Institute and the American Association of Homes and Services for the Aging, Washington, D.C.
- 71 Stone R, Harahan MF. Improving the long-term care workforce serving older adults Health.Aff.(Millwood) 2010 Jan-Feb;29(1):109-115
- 72 Stone R, Harahan MF. Improving the long-term care workforce serving older adults Health.Aff.(Millwood) 2010 Jan-Feb;29(1):109-115
- 73 Reinhard S, Stone R. Promoting quality in nursing homes: The Wellspring Model. Institute for the Future of Aging Services American Association of Homes and Services for the Aging
- 74 Stone, R. I. and J. M. Wiener (2001), "Who Will Care for Us? Addressing the Long-Term Care Workforce Crisis", The Urban Institute and the American Association of Homes and Services for the Aging, Washington, D.C.
- 75 Stone, R. I. and J. M. Wiener (2001), "Who Will Care for Us? Addressing the Long-Term Care Workforce Crisis", The Urban Institute and the American Association of Homes and Services for the Aging, Washington, D.C.
- 76 Howes, C. (2006), "Building a High Quality Home Care Workforce: Wages, Benefits and Flexibility Matter", <http://www.iowacaregivers.org/uploads/pdf/053106conncollegeexecutivesummaryfinal.pdf>, accessed 4 November 2008.
- 77 Koerin BB, Harrigan MP, Secret M. Eldercare and employed caregivers: a public/private responsibility? J.Gerontol.Soc.Work. 2008;51(1-2):143-161.

78 Stone, R. I. and J. M. Wiener (2001), "Who Will Care for Us? Addressing the Long-Term Care Workforce Crisis", The Urban Institute and the American Association of Homes and Services for the Aging, Washington, D.C.

79 Sherard, B. D. (2002), "Report to the Joint Appropriations Committee on the Impact of Funding for Direct Staff Salary Increases in Adult Developmental Disabilities Community-Based Programs", www.pascenter.org/documents/WY_2002.pdf, accessed 4 November 2008.

80 Stone, R. I. and J. M. Wiener (2001), "Who Will Care for Us? Addressing the Long-Term Care Workforce Crisis", The Urban Institute and the American Association of Homes and Services for the Aging, Washington, D.C.

81 Koerin BB, Harrigan MP, Secret M. Eldercare and employed caregivers: a public/private responsibility? *J.Gerontol.Soc.Work.* 2008;51(1-2):143-161.

82 Stone, R. I. and J. M. Wiener (2001), "Who Will Care for Us? Addressing the Long-Term Care Workforce Crisis", The Urban Institute and the American Association of Homes and Services for the Aging, Washington, D.C.

83 Reinhard S, Stone R. Promoting quality in nursing homes: The Wellspring Model. Institute for the Future of Aging Services American Association of Homes and Services for the Aging

84 Rostgaard, T. and Fridberg, T. (1998) *Caring for Children and Older People – A Comparison of European Policies and Practices, Social Security in Europe 6*. Copenhagen: Danish National Institute of Social Research.

85 European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Employment in social care in Europe. 2006. Disponible en: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2005/125/en/1/ef05125en.pdf>

86 Korczyk, S. (2004), "Long-Term Workers in Five Countries: Issues and Options", American Association of Retired Persons (AARP), Washington, D.C.

87 European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Employment in social care in Europe. 2006. Disponible en: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2005/125/en/1/ef05125en.pdf>

88 European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Employment in social care in Europe. 2006. Disponible en: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2005/125/en/1/ef05125en.pdf>

89 European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Employment in social care in Europe. 2006. Disponible en: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2005/125/en/1/ef05125en.pdf>

-
- 90 Escobedo A, Fernandez DM, D, Mos P, Coram T. Surveying Demand, Supply and Use of Care Consolidated Report. Care Work in Europe Current understandings and future directions. 2002.
- 91 Korczyk, S. (2004), "Long-Term Workers in Five Countries: Issues and Options", American Association of Retired Persons (AARP), Washington, D.C.
- 92 Walsh, K., O'Shea, E. (2009). The Role of Migrant Care Workers in Ageing Societies: context and experiences in Ireland. Irish Centre for Social Gerontology (ICSG). [acceso 10 de noviembre de 2009]. Disponible en: <http://www.nuigalway.ie/icsg/Library/documents/Executive%20Summary%20MCW%20Report.pdf>
- 93 European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Employment in social care in Europe. 2006. Disponible en: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2005/125/en/1/ef05125en.pdf>
- 94 Dizy, D., Fernández M., Ruiz Olga. Las personas mayores en situación de dependencia. Propuesta de un modelo protector mixto y estimación del coste de aseguramiento en España. Universidad Autónoma de Madrid. Marzo 2006
- 95 Domiciliary (Personal) Care Adults and Older People Approved List. Disponible en: http://www.hants.gov.uk/TC/socialservices/preferred/dom_index.html
- 96 Van Ewijk, H., Hens, H., Lammersen, G. (2002). Mapping of Care Services and the Care Workforce. Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn Thomas Coram Research Unit Institute of Education University of London.
- 97 Domiciliary (Personal) Care Adults and Older People Approved List. Disponible en: http://www.hants.gov.uk/TC/socialservices/preferred/dom_index.html
- 98 Van Ewijk, H., Hens, H., Lammersen, G. (2002). Mapping of Care Services and the Care Workforce. Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn Thomas Coram Research Unit Institute of Education University of London.
- 99 European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Employment in social care in Europe. 2006. Disponible en: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2005/125/en/1/ef05125en.pdf>
- 100 Personal Social Services Research Unit. <http://www.pssru.ac.uk/>
- 101 Johansson, S. and P. Moss (2004), "Care Work in Europe, Current Understandings and Future Directions, Work with Elderly People: A Case Study of Sweden, Spain and England with Additional Material from Hungary, Consolidated Report".

102 European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Employment in social care in Europe. 2006. Disponible en: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2005/125/en/1/ef05125en.pdf>

103 European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Employment in social care in Europe. 2006. Disponible en: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2005/125/en/1/ef05125en.pdf>

104 Johansson, S. and P. Moss (2004), "Care Work in Europe, Current Understandings and Future Directions, Work with Elderly People: A Case Study of Sweden, Spain and England with Additional Material from Hungary, Consolidated Report".

105 European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Employment in social care in Europe. 2006. Disponible en: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2005/125/en/1/ef05125en.pdf>

106 Johansson, S. and P. Moss (2004), "Care Work in Europe, Current Understandings and Future Directions, Work with Elderly People: A Case Study of Sweden, Spain and England with Additional Material from Hungary, Consolidated Report".

107 Fujisawa, R.; Colombo, F. The long-term care workforce: overview and strategies to adapt supply to a growing demand. OECD Health Working Papers, 2009; No. 44 [acceso 3 de marzo de 2010] Disponible en: [http://www.ois.oecd.org/olis/2009doc.nsf/linkto/delsa-elsa-wp2-hea\(2009\)1](http://www.ois.oecd.org/olis/2009doc.nsf/linkto/delsa-elsa-wp2-hea(2009)1)

