

TRABAJO Y JUSTICIA SOCIAL

TRABAJADORES DEL CUIDADO EN ESPAÑA EN LA ERA POST COVID-19

Continuidad y reforma en las condiciones laborales
y la calidad en el empleo

Jorge Hernández-Moreno
Junio 2023



Este informe analiza las principales reformas llevadas a cabo en el sector de los cuidados en España durante la pandemia de COVID-19 y sus implicaciones en las condiciones laborales y la calidad en el empleo.



El Plan de Choque en Dependencia y el nuevo Acuerdo de acreditación de centros y servicios contienen importantes avances en el número de profesionales, la cualificación y formación de los trabajadores, así como en materia de contratación.



No obstante, el alcance de estas medidas va a estar mediado por la evolución de varios elementos estructurales, como la financiación, el sistema de gobernanza multinivel, la coordinación socio-sanitaria y el diálogo social.

TRABAJADORES DEL CUIDADO EN ESPAÑA EN LA ERA POST COVID-19

Continuidad y reforma en las condiciones laborales y la calidad en el empleo



En España, siguen existiendo problemas estructurales relacionados con la escasez de trabajadores, a pesar del crecimiento considerable del empleo en el sector de cuidados. Sindicatos e instituciones como el Defensor del Pueblo denunciaron antes y durante la pandemia las deficiencias de las residencias en materia de personal. Los datos también reflejan una gran concentración de trabajadores en las categorías profesionales más bajas (auxiliares administrativos, oficiales y peones). En este sentido, existe un consenso generalizado en torno a la necesidad de reforzar la formación y las condiciones laborales.



La pandemia de COVID-19 ha representado un evento catalizador, abriendo una ventana política poco común para desarrollar reformas significativas en los cuidados de larga duración. Así, España aprobó en 2021 el Plan de Choque en Dependencia, medida que todos los actores del sistema (Gobierno central, Gobiernos regionales, sindicatos y patronal) valoraron muy positivamente. En general, el Plan de Choque ha sentado las bases para la recuperación del sistema español de cuidados de larga duración. Las principales medidas del Plan se han centrado en la financiación, la gestión y acreditación de los centros residenciales, el empleo, la mejora de las prestaciones o una mayor participación de los Gobiernos locales en el proceso de adopción de decisiones.



En 2021 también se aprobó una *hoja de ruta* para modificar el Acuerdo de acreditación de centros y servicios del sistema de cuidados de larga duración, aprobado en 2008. Además de establecer unos criterios mínimos de calidad en toda la estructura de servicios, la reforma incluye medidas que regulan el número y la dotación de profesionales, la cualificación y formación de los trabajadores, así como aspectos relacionados con la contratación. Sin embargo, la implementación efectiva de todas estas medidas va a estar fuertemente condicionada por factores como la disponibilidad presupuestaria del Estado central, la dinámica multinivel y el juego partidista en los órganos de cooperación sectoriales (que ponen en riesgo la cohesión territorial), el diseño de modelos de coordinación o integración socio-sanitaria en todos los niveles territoriales, o el resultado del diálogo social.

Más información sobre el tema se puede encontrar aquí:

<https://madrid.fes.de/>

Índice

1	INTRODUCCIÓN	2
2	ANTECEDENTES	3
	2.1 Políticas públicas, gobernanza multinivel y mecanismos de financiación del sistema de cuidados de larga duración	3
	2.2 Servicios residenciales para personas mayores	3
	2.3 Sector laboral y recursos humanos	4
3	PRINCIPALES MEDIDAS Y REFORMAS EN EL SISTEMA DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN DURANTE LA PANDEMIA	6
	3.1 Plan de Choque en Dependencia	6
	3.2 Acuerdo estatal sobre acreditación de centros y servicios residenciales	7
4	CONCLUSIONES Y RETOS PENDIENTES	12
	Agradecimientos	13
	Referencias	14
	Nota metodológica	16
	Anexo	16

1

INTRODUCCIÓN

El 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la COVID-19 como una pandemia global y pidió a todos los países que tomaran «medidas urgentes y agresivas» para prevenir las infecciones, salvar vidas y reducir al mínimo las posibles consecuencias socioeconómicas de la crisis¹. El 14 de marzo, el Gobierno central español declaraba el «estado de alarma» en todo el país y adoptaba medidas de respuesta a la pandemia en áreas como la libre circulación de personas, defensa, economía, mercado de trabajo, educación, ocio, etc. Sin embargo, (casi) nada se había planificado para proteger a las residencias, uno de los principales focos pandémicos (Wagner, 2020; Gardner et al., 2020).

En el informe *On the Corona Frontline – The Experiences of Care Workers in Spain* (Hernández-Moreno y Pereira-Puga, 2021), evidenciamos cómo la pandemia había tensionado todos los elementos estructurales del sector laboral en el ámbito de los cuidados. Dos años después, con la campaña de vacunación extendida a la población general –el 85,8% con pauta completa y más del 87% con al menos una dosis²– y la mayor parte de las medidas de respuesta a la crisis habiendo expirado, no está del todo claro qué ha sucedido con los problemas estructurales que venían arrastrando los trabajadores del cuidado en la era *post* COVID-19. ¿Qué reformas se han implementado en el sector de los cuidados? ¿Con qué alcance e intensidad? ¿Qué medidas se han centrado en los trabajadores del cuidado? ¿Qué papel han jugado los diferentes actores en los procesos de reforma? ¿Qué batallas se han perdido o no se han ganado todavía?

Para responder a estas preguntas, esta investigación adopta un enfoque exploratorio cualitativo basado en diversas fuentes secundarias, una extensa revisión de literatura científica y un análisis documental que incluye textos legales, normas, informes, evaluaciones, comunicados de prensa gubernamentales y sindicales, artículos de medios digitales, así como documentación de la Unión Europea (UE). De forma complementaria, se han realizado ocho entrevistas semiestructuradas a informantes clave, incluidos representantes de los sindicatos (n=5), dirigentes de las patronales del sector (n=1) y decisores públicos del Gobierno central (n=2).³

El informe se organiza del siguiente modo: tras la presente introducción, la sección 2 describe la estructura institucional del sistema español de cuidados de larga duración (CLD), con especial atención a los servicios de atención residencial, las características del sector laboral y los recursos humanos. A continuación, la sección 3 analiza el alcance de las principales medidas y reformas del modelo de cuidados en los trabajadores del sector, aportando al mismo tiempo algunas consideraciones desde un punto de vista comparado. Finalmente, la sección 4 expone las principales conclusiones del estudio y reflexiona sobre los retos pendientes.

¹ Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020. Available at: <https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>

² Ministerio de Sanidad (2022). Gestión integral de la vacunación COVID-19. Informe de actividad. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Informe_GIV_comunicacion_20221111.pdf

³ Para una información más completa sobre el diseño y el análisis de datos de la investigación, véase la nota metodológica y el Anexo, situados al final de este informe.

2

ANTECEDENTES

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS, GOBERNANZA MULTINIVEL Y MECANISMOS DE FINANCIACIÓN DEL SISTEMA DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN

A diferencia de los países escandinavos, los CLD son un ámbito de política pública muy poco desarrollado en el Sur de Europa (Flauquer, 2004; Saraceno y Keck, 2010). En España, la provisión del cuidado ha estado históricamente vinculada a las familias y, más recientemente, a cuidadoras de origen inmigrante (Jiménez-Martín y Vilaplana-Prieto, 2012; Ibáñez y León, 2014; Spijker y Zueras, 2020). La formalización del actual sistema español de CLD se estableció en 2006, con la promulgación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (conocida como «Ley de Dependencia») y la implementación del sistema nacional de CLD (SAAD)⁴. Esta reforma se enmarca dentro del proceso de adaptación y modernización del Estado de Bienestar español durante el Gobierno del Partido Socialista Obrero Español (PSOE) bajo la Presidencia de Rodríguez Zapatero (Del Pino, 2013).

La mayoría de los modelos europeos de cuidados se caracterizan por su fragmentación institucional y su complejidad organizativa (véase Ranci y Pavolini, 2013; Social Protection Committee-European Commission, 2014, 2021). En el caso de España, la gobernanza actual del sistema de CLD se basa en una estructura multinivel de competencias compartidas entre el Gobierno central y las Comunidades Autónomas (CC.AA). Las regiones⁵ son la estructura operativa, responsables de la gestión cotidiana del sistema. En materia de personal, las regiones regulan la cualificación profesional y la acreditación de las competencias profesionales adquiridas a través de la experiencia laboral, entre otras cuestiones. El Consejo Territorial de Servicios Sociales y SAAD (CTSSD) ocupa un lugar central en la gobernanza del sistema. En este consejo intergubernamental participan responsables políticos y funcionarios de todos los niveles de gobierno. La adopción

de acuerdos en el CTSSD –en materia de implementación de medidas o distribución de fondos– se lleva a cabo por consenso o por el voto favorable del Gobierno central y la mayoría de las CC.AA y ciudades autónomas⁶.

La Ley de Dependencia establece un modelo mixto de financiación público-privado. El sistema es financiado por el Gobierno central y las regiones con fondos obtenidos a través de los impuestos generales y un sistema de copagos⁷ por parte de los beneficiarios. Al inicio de los 2000, España tenía unos niveles de gasto en el sector de los cuidados muy inferiores a los de otros países europeos de nuestro entorno (OCED, 2020a, 2021). Tras el despegue inicial del sistema, caracterizado por un incremento progresivo –aunque contenido– de la financiación entre 2007 y mediados de 2011, se produjo una segunda fase de fuertes restricciones económicas y presupuestarias. Entre 2012 y 2017, el Gobierno central del conservador Partido Popular (PP) redujo considerablemente su aportación (el llamado *nivel mínimo garantizado*) y suspendió los fondos complementarios que transfería a las regiones (el llamado *nivel acordado*). A partir de 2018 y hasta la llegada de la pandemia, se produjo un incremento progresivo de la financiación estatal, aunque bastante alejado de las previsiones iniciales establecidas en la Ley de Dependencia.

2.2 SERVICIOS RESIDENCIALES PARA PERSONAS MAYORES

La Ley de Dependencia establece una estructura de servicios⁸ y una serie de prestaciones económicas⁹ dirigidas a las personas dependientes (incluidas las personas mayores). Sin

⁴ Hasta 2006, la intervención pública en materia de cuidados se basaba en planes y programas de los servicios sociales regionales y locales, así como en complementos a las pensiones públicas (Aguilar-Hendrickson, 2020: 1302-1303).

⁵ Es importante recordar que, en virtud del artículo 149.1 de la Constitución española, los servicios sociales son competencia exclusiva de las regiones y los municipios.

⁶ Reglamento de funcionamiento del CTSSD: Disponible en: <https://imserso.es/autonomia-personal-dependencia/sistema-autonomia-atencion-dependencia-saad/el-saad/organos-sistema/organos-cooperacion/consejo-territorial-servicios-sociales-sistema-autonomia-atencion-dependencia>.

⁷ Este sistema está basado en el tipo y coste del servicio y en los niveles de renta y riqueza de los usuarios.

⁸ Los servicios incluyen: 1) servicios de prevención de situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal, 2) servicio de teleasistencia, 3) servicio de ayuda a domicilio, 4) servicio de centro de día y de noche, y 5) servicio de atención residencial.

⁹ Las prestaciones económicas son de tres tipos: 1) para el cuidado por parte de un familiar, 2) la contratación de un asistente o 3) la adquisición de un servicio.

embargo, la Ley de Dependencia no establece ningún dato sobre los equipos profesionales, las dotaciones de plantilla o las ratios de personal/usuario. En materia de servicios de cuidado o atención residencial, objeto principal de este análisis, al no existir una Ley de Servicios Sociales para todo el Estado (OCED, 2022), cada región ha ido desarrollando su propia legislación, existiendo una amplia heterogeneidad territorial (Arriba y Moreno, 2009; Montero, 2014; Jiménez-Lara, 2015; Jiménez-Martín y Viola, 2017; Marbán Gallego, 2019).

Desde un punto de vista operativo, se distinguen dos tipos de atención residencial. Por un lado, las denominadas *viviendas para mayores* (compartidas o individuales) están destinadas a facilitar el alojamiento a los mayores, que gozan de total independencia dentro de la vivienda. Por otro lado, los *centros residenciales* ofrecen alojamiento y atención especializada a aquellas personas mayores que, por su situación familiar, económica y social no pueden ser atendidas en sus domicilios. En 2020, estos centros representaban el 97,7% de los servicios de cuidado o atención residenciales (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2020).

En 2021, había en España alrededor de 5.567 residencias de personas mayores, que sumarían un total de 384.251 plazas (Abellán García et al., 2021). El índice de cobertura (nº de plazas/población \geq 65) es de 4,29. Si bien, existe una gran diferencia entre regiones. Por ejemplo, en la región de Castilla y León el índice de cobertura es del 7,86 mientras que en la región de Murcia es de 2,33 (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2021).

El crecimiento de los servicios de atención residencial para mayores de los últimos años ha estado liderado por el sector privado, a través de grandes capitales y fondos de inversión (Montserrat Codorniu, 2020: 47; Montserrat Codorniu, 2021: 150). Del total de residencias, 1.642 son de titularidad pública¹⁰ (29,5%) y 3.925 de titularidad privada (70,5%) (Abellán García et al., 2021). El 73,2% de las plazas totales están en residencias privadas, frente al 26,8% en residencias públicas (Abellán García et al., 2021). Tanto en las residencias públicas como privadas, una proporción muy elevada de plazas (en torno al 50%) se encuentran en centros residenciales de 100 o más camas (Abellán et al., 2021).

2.3 SECTOR LABORAL Y RECURSOS HUMANOS

Según la OCDE (2020b), los trabajadores del cuidado son aquellos que brindan atención en el hogar o en instituciones (fuera de los hospitales), incluidas enfermeras y trabajadores de cuidado personal que proporcionan asistencia en actividades de la vida diaria u otro apoyo personal. A partir de los datos de Contabilidad Nacional de España, se estima

que el número de personas trabajadoras en el sistema de cuidados ha aumentado paulatinamente en la última década, pasando de 273.150 en 2008 a 452.026 en 2021, de los cuales 283.694 son empleos directos (Rodríguez Cabrero et al., 2022: 114). Si nos fijamos exclusivamente en el sector de los servicios residenciales, el número de empleos efectivos¹¹ ha aumentando en 26.554 entre 2012 y 2018 (Montserrat Codorniu, 2020: 49). La fuerza laboral en los centros residenciales muestra un alto grado de feminización (Comas-d'Argemir y Bofill-Poch, 2022). En 2020, cerca del 90% del empleo efectivo es realizado por mujeres (Montserrat Codorniu, 2021: 148). A pesar del crecimiento considerable del empleo en el sector, siguen existiendo problemas estructurales relacionados con la escasez de trabajadores. Sindicatos e instituciones como el Defensor del Pueblo denunciaron antes y durante la pandemia las deficiencias de las residencias en materia de personal (véase CCOO, 2017; Defensor del Pueblo, 2019; UGT, 2021).

En relación con la formación y cualificación, el 60% de los trabajadores del sector de los servicios residenciales tienen estudios primarios (incluyendo algún grado de formación profesional), un 20,4% posee estudios secundarios y un 22,6% tiene estudios superiores (Montserrat Codorniu, 2020: 50; Marbán Gallego et al., 2021: 163). Estos datos reflejan una gran concentración de trabajadores en las categorías profesionales más bajas (auxiliares administrativos, oficiales y peones). En este sentido, existe un consenso generalizado en torno a la necesidad de reforzar la formación –con especial énfasis en una formación reglada y homologada– y la acreditación profesional¹² para ciertos perfiles, como gerocultores o cuidadores (Marbán, 2019; CES, 2021). No obstante, la formación y el apoyo a las cuidadoras informales sigue siendo un reto también para la mayoría de los países de la UE (Rodríguez Cabrero, 2020; OECD, 2020).

Por último, en relación con las condiciones laborales, debemos hacer referencia a varios aspectos fundamentales. En primer lugar, respecto a la remuneración salarial, su medición es una tarea compleja, ya que no existe una adecuada cobertura estadística. Según la Encuesta Anual de Estructura Salarial del INE (disponible hasta 2020), el salario bruto anual en el sector de los cuidados ha pasado de 17.082 euros en 2009 a 18.876 euros en 2020. En el sector residencial, la retribución salarial media anual es de 17.813 euros, un 24% menos que el salario bruto anual en el sector servicios en general (Montserrat Codorniu, 2020: 53). En el caso de las cuidadoras directas, tienen un salario base inferior a los 1.000 euros mensuales (Comas-d'Argemir y Roca-Escoda, 2022: 140). En relación con la brecha salarial de género, los hombres ganan un 38,98% más que las mujeres. Aunque

¹⁰ La Administración Pública utiliza instrumentos de colaboración público-privada a través de los cuales «delega» la gestión de los centros a entidades del sector privado. Para ello, utiliza fórmulas como los «convenios», «arrendamientos» o «concesiones de servicios públicos».

¹¹ El *empleo efectivo*, mide el «personal equivalente a tiempo completo» de acuerdo con las horas anuales establecidas en el VII Convenio Colectivo Estatal de servicios de atención a las personas dependientes. Este indicador tiene en cuenta tanto el número de días con contrato como el número de horas contratadas.

¹² En España, la Ley de Dependencia obliga a la profesionalización de los trabajadores de los centros residenciales para personas mayores, a través de una acreditación que certifique su preparación (dentro de la normativa de cada región en materia de contratación).

los salarios están dentro de los márgenes que fija la Ley, la Comisión Europea (2014 y 2018) manifestó su preocupación por ser excesivamente bajos. El salario medio en el sector residencial español se sitúa en 1.617 euros al mes, frente a los 2.086 euros en el conjunto de los países de la eurozona (Montserrat Codorniu, 2021: 82). En segundo lugar, en el sector residencial existe una alta incidencia de la temporalidad –con pocos días o pocas horas de trabajo– y el trabajo a tiempo parcial –en la mayoría de los casos de forma involuntaria– (Jiménez-Martín y Viola, 2017; CCOO, 2018). Una dinámica que ha ido aumentando a lo largo de los años. La tasa de temporalidad del sector residencial en España es cinco veces mayor que la media de la UE (Eurostat, 2022).

3

PRINCIPALES MEDIDAS Y REFORMAS EN EL SISTEMA DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN DURANTE LA PANDEMIA

La pandemia de COVID-19 ha representado un «evento de enfoque» o «evento focalizador» (Kingdon, 2010), al abrir una ventana política poco común para desarrollar reformas significativas en los CLD y situar (especialmente) la atención residencial en las agendas gubernamentales de muchos países (véase Béland y Marier, 2020; Marier, 2021; European Commission and Social Protection Committee, 2021; Daly et al., 2021). En este sentido, los trabajadores del cuidado han estado a la vanguardia de la lucha contra la pandemia, sometidos a situaciones inéditas, sobrecarga de trabajo, altos niveles de contagio y daños psicológicos importantes (véase Del Pino et al., 2020; Montserrat Codorniu, 2021; Marbán Gallego et al., 2021; Rodríguez Rodríguez y Gonzalo Giménez, 2022; Comas-d'Argemir y Roca-Escoda, 2022, entre otros). En este apartado se analizan las principales medidas y reformas llevadas a cabo en el modelo de cuidados entre 2021 y 2022, así como su impacto en la calidad del empleo y las condiciones laborales en general. También se introducen algunos elementos, en forma de acciones por parte de algunos de los actores que forman parte del sistema, que coadyuvan al análisis del alcance y la intensidad de los cambios en el sector.

3.1 PLAN DE CHOQUE EN DEPENDENCIA

En el otoño de 2020, se inició un debate entre el Gobierno central, Gobiernos regionales, sindicatos y patronales (estos últimos, a través de la Mesa de Diálogo Social nacional), para elaborar un Plan de choque en dependencia¹³. Después de un largo proceso de intercambio de información y negociación, el Plan de choque en dependencia fue aprobado el 15 de enero de 2021¹⁴. La Tabla 1 recoge las principales medidas del Plan, así como el cronograma para su implementación. Estas medidas se centran en la financiación, la gestión y acre-

ditación de los centros residenciales, el empleo, la mejora de las prestaciones o una mayor participación de los Gobiernos locales en el proceso de adopción de decisiones. Todos los actores del sistema valoraron muy positivamente esta medida. Para el Gobierno central, «es un acuerdo que tuvo el gran mérito de cuadrar un círculo de intereses muy diversos: por un lado, la patronal y los sindicatos y, por otro lado, las CC.AA y el Estado» (Entrevista 7). Para las organizaciones empresariales, «el Plan de choque es un gran paso. Es muy ambicioso y muy necesario» (Entrevista 4). Por su parte, los sindicatos también vieron en esta medida una gran oportunidad, «este Plan es pionero y transversal. Es la primera vez que todas las partes reconocemos la necesidad de que la mejora en las condiciones laborales va unida a una mejora en la atención de los usuarios» (Entrevista 5).

Tabla 1.
Medidas del Plan de Choque en Dependencia y fechas de implementación.

Medidas	Fechas de implementación
Evaluación del sistema del CLD	Primer trimestre de 2022
Recuperación y mejora de la financiación estatal	Primer trimestre de 2021
Reducción de las listas de espera	Febrero de 2021
Reforma del sector residencial (Acuerdo de acreditación de los centros)	Primer semestre de 2021
Mejora de las condiciones laborales y profesionales de los trabajadores del sistema del CLD (e.g., programas de cualificación)	Desde el primer trimestre de 2021 hasta finales de 2023
Regulación Asistente Personal	A lo largo de 2021
Revisión de los copagos	Primer semestre de 2021
Mejoras en la estructura de servicios y prestaciones del sistema del CLD	A lo largo de 2022 y 2023
Mejorar la participación de los Gobiernos locales en la gestión y financiación del sistema del CLD	A lo largo de 2021

Fuente: elaboración propia.

En general, el Plan de Choque ha sentado las bases para la recuperación del sistema del CLD. Desde un punto de vista de la financiación, el Plan contemplaba una inyección de 3.600 millones de euros entre 2021 y 2023. En 2021, el Gobierno central inyectó 623 millones de euros a través de

¹³ Esta medida está recogida en el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia de España, aprobado por la Comisión Europea en junio de 2021 para gestionar y distribuir los fondos europeos *Next Generation EU* [Disponible en: <https://planderrecuperacion.gob.es/>]. En concreto, esta medida se inserta en la Política-palanca VIII «Nueva economía de los cuidados y política de empleo» y el Componente 22, «Plan de choque para la Economía de los Cuidados y Refuerzo de las políticas de igualdad e inclusión». A su vez, este Plan está directamente alineado con el Principio 18 del Pilar Europeo de Derechos Sociales (aprobado en 2017), el Plan de Acción de 2021 de la Comisión Europea, así como con la Estrategia Europea de Cuidados de 2022 (Comisión Europea, 2022b).

¹⁴ Acuerdo para la puesta en marcha del Plan de choque en dependencia en 2021: <https://www.balancesociosanitario.com/wp-content/uploads/2021/01/Plan-de-Choque-en-Dependencia.pdf>

los Presupuestos Generales del Estado y 735 vía Fondos Europeos, recuperando por primera vez desde 2012 los fondos adicionales (conocidos también como fondos «acordados»), destinados a las regiones. En 2022, el Gobierno central volvió a inyectar casi 600 millones de euros al sistema del CLD. En suma, el Plan ha permitido incrementar el presupuesto del sistema un 75,03% respecto a 2020 (Rodríguez Cabrero et al., 2022: 106-107).

Sin embargo, en el momento de cerrar este análisis (invierno de diciembre 2022), no se han conseguido algunos de los objetivos fijados en el Plan de Choque, como reducir considerablemente las largas listas de espera, uno de los principales problemas del sector desde hace años (AEDGSS, 2015, 2017, 2018; Jiménez-Martín y Viola, 2017; CES, 2021; Huet-García et al., 2021; Ramírez-Navarro et al., 2021). Según el Plan de reducción¹⁵ acordado por el Gobierno central y las regiones, la lista de espera debía disminuir en 60.000 personas antes de finalizar 2021. Sin embargo, según los últimos datos públicos disponibles, hasta el verano de 2022 la lista de espera se había reducido en 38.807 personas –incluidos todo tipo de dependientes– (Ramírez-Navarro et al., 2022). Desde el Gobierno central, señalan al aumento del número de personas beneficiarias y al entramado administrativo del sistema como factores explicativos del retraso en la consecución de este objetivo.

«Están entrando una gran cantidad de nuevo usuarios al sistema. Es difícil superar este ritmo de entrada. Por otro lado, hemos visto que cuesta mucho tiempo que la maquinaria burocrática del Estado y de cada Comunidad Autónoma se ponga en marcha [...] el aparato administrativo estaba oxidado» (Entrevista 7).

«El sistema ha crecido en 180.000 personas. Si el sistema se hubiese mantenido como estaba, sin crecer, en el momento en el que se aprueba el Plan de Choque, hoy en día tendríamos a 0 personas en lista de espera. Hay un efecto llamada: cuando se inyecta más financiación y se mejoran las prestaciones, la gente presenta la solicitud para poder acceder al sistema» (Entrevista 8).

El establecimiento de los servicios de tele asistencia como un derecho subjetivo, así como la regulación de la figura del Asistente Personal, se pretenden incluir en una reforma «quirúrgica» de la Ley de Dependencia.¹⁶ En su estado ac-

tual, la Ley de Dependencia dificulta el cambio en el modelo de cuidados, al tratarse de un sistema de base asistencial (Marbán Gallego, 2020). El nuevo texto se encuentra en proceso de redacción y consulta a varios actores del sistema (por ejemplo, organizaciones de personas con discapacidad), así como a otros departamentos del Gobierno central.

«Estamos trabajando con las CC.AA a través de la Comisión Delegada del SAAD en una posible reforma. No es una gran transformación de la Ley, es más bien un reajuste y una adaptación en la dirección de la Convención Internacional de Derechos de las Personas con Discapacidad» (Entrevista 7).

Dentro del Plan, varias medidas afectaban directa e indirectamente a los trabajadores. A grandes rasgos, el Plan preveía la creación de 35.000 puestos de trabajo. Sin embargo, hasta la primavera de 2022, se habían creado 27.453 nuevos empleos¹⁷ (AEDGSS, 2022). El Plan de Choque sí ha mejorado la intensidad del Servicio de Ayuda a Domicilio. En 2022, la intensidad media del servicio se sitúa en 39,6 horas mensuales, frente a las 33,4 horas mensuales de 2020 (Ramírez-Navarro et al., 2022). Por otro lado, el Plan también contemplaba el refuerzo de la calidad de los servicios y del empleo a través de la reforma del sector residencial. A esta reforma, dedicaremos las siguientes páginas de este informe.

3.2 ACUERDO ESTATAL SOBRE ACREDITACIÓN DE CENTROS Y SERVICIOS RESIDENCIALES

La «ventana de oportunidad» para reformar el modelo de cuidados apareció en un contexto de control de la pandemia. En el verano de 2021, los principales actores del sistema acordaron una *hoja de ruta* para modificar el Acuerdo de acreditación de centros y servicios del sistema del CLD, aprobado por el CTSSD en 2008¹⁸. Más allá del consenso básico sobre la necesidad de transformar el sistema, la reforma ha provocado un amplio debate político. Los principales desacuerdos se han centrado en el tamaño de las residencias (número de plazas) y las ratios de los equipos profesionales. La propuesta del Gobierno central, liderada por el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, planteaba limitar el tamaño de las residencias (con unidades de convivencia reducidas y con mayor número de habitaciones individuales) y

¹⁵ Acuerdo del 30 de abril de 2021, del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del SAAD sobre el Plan de reducción de la lista de espera del SAAD. Disponible en: <https://sede.imserso.gob.es/web/imserso/autonomia-personal-dependencia/sistema-autonomia-atencion-dependencia-saad/el-saad/organos-sistema/organos-cooperacion/acuerdos-adoptados-consejo-territorial-sociales-saad#ancla1>. En este acuerdo, también ha participado la Mesa de Diálogo Civil, compuesta por órganos sectoriales consultivos, sociedades científicas y profesionales.

¹⁶ Finalmente, el Gobierno central y las CCAA –a través del CTSSD– aprobaron el 24 de mayo de 2023 el Acuerdo por el que se definen y establecen las condiciones específicas de acceso a la asistencia personal en el sistema de cuidados español. Resolución de 24 de mayo de 2023, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo del CTSSD, por el que se definen y establecen

las condiciones específicas de acceso a la asistencia personal en el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/res/2023/05/24/1>

¹⁷ Se trata de empleos directos. No se consideran los empleos surgidos en las Administraciones Públicas para valorar, hacer seguimientos o soportar la gestión administrativa y contable de los usuarios del sistema.

¹⁸ 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 criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2008-20451>

elevant los ratios de personal por encima de la mayoría de las normativas regionales. El paradigma que guía la reforma es la Atención Integral Centrada en la Persona (AICP). Este modelo, desarrollado de forma pionera en los países nórdicos y en Holanda, se centra en la consecución de mejoras en el bienestar de la persona, partiendo del respeto a sus derechos, intereses y preferencias (Rodríguez Rodríguez, 2010).

«Pretendíamos ser los canalizadores de un momento histórico, después de un proceso de escucha realizado con expertos en el ámbito de las residencias y la gerontología, organizaciones de discapacidad, organizaciones de la sociedad civil. La gente que conoce otras experiencias como la de los países nórdicos quería traer este modelo a España» (Entrevista 7).

El proceso de negociación fue muy complejo, con intereses divergentes y en ocasiones contrapuestos. Una parte importante de los Gobiernos regionales (tanto del PP como del PSOE), mostraron su malestar ante la poca claridad respecto a las fuentes de financiación del nuevo modelo. Por otro lado, desde el inicio de la negociación, los empresarios consideraron inviable el nuevo modelo, ya que implicaría una subida de precios para los usuarios del sistema y una inversión insostenible para los operadores privados. Los sindicatos también expresaron su oposición a los primeros borradores del texto, al no incluir ninguna de las medidas relevantes propuestas en la Mesa de Diálogo Social.

Finalmente, el 28 de junio de 2022 (seis meses después del plazo establecido), el CTSSD aprobó el nuevo modelo de cuidados¹⁹. Todos los actores obtuvieron alguno de sus objetivos. Sin embargo, el texto final no contó con un amplio consenso. El acuerdo salió adelante en el CTSSD por los votos favorables de nueve regiones (Extremadura, Canarias, Navarra, Comunidad Valenciana, Asturias, La Rioja, Baleares, Cantabria, Aragón) y una Ciudad Autónoma (Melilla). Las ocho regiones que votaron en contra del acuerdo (Galicia, Madrid, Andalucía, Murcia, Cataluña, País Vasco, Castilla y León y Castilla-La Mancha) más la Ciudad Autónoma de Ceuta, alegaron serias dudas sobre el sistema de financiación e «invasión competencial» por parte del Gobierno central (Sosa Troya, 2022). Paralelamente, el Acuerdo final fue rechazado por los sindicatos y los empresarios en la Mesa de Diálogo Social, aunque por motivos distintos. Por el contrario, algunas entidades de la sociedad civil, órganos sectoriales consultivos y algunas sociedades científicas respaldaron públicamente el documento (SEGG, 2022).

Desde un punto de vista de la implementación, la fecha límite para el cumplimiento de los nuevos requisitos del modelo de cuidados se amplía hasta el 31 de diciembre de 2029. En el momento de finalizar esta investigación, existe una gran discusión jurídica y técnica sobre el carácter vinculante (o no) del Acuerdo para todas las CC.AA. Según la regulación de las conferencias sectoriales²⁰, cuando el Gobierno central ejerce funciones de coordinación o cooperación, los acuerdos suscritos en el CTSSD son de obligado cumplimiento para todas las Administraciones Públicas, con independencia del sentido de su voto.

«Hay un debate jurídico muy difícil sobre si es un acuerdo de coordinación y cooperación o no. Nosotros (el Gobierno central) creemos que sí es de obligado cumplimiento para todas las CCAA, incluso las que no votaron a favor del mismo. Al mismo tiempo, creemos que «obligar» a las CCAA a cumplir este Acuerdo no es la mejor manera para que el cambio de modelo se lleve a cabo. Por eso, hemos optado por la vía de los incentivos financieros y no por la vía legislativa del Real Decreto (norma de mayor rango en el sistema jurídico español)» (Entrevista 7).

Respecto al contenido de la reforma, además de establecer unos criterios mínimos de calidad en toda la estructura de servicios, incluye medidas que regulan el número y la dotación de profesionales, la cualificación y formación de los trabajadores, así como aspectos relacionados con la contratación, como veremos a continuación.

3.2.1 Dotación de personal

En relación con el número de profesionales, la reforma actualiza los ratios de personal de atención directa de primer nivel (cuidadores, auxiliares y gerocultoras) en residencias para personas mayores, que será de 0,31 en 2023 y de 0,43 en 2029. En la actualidad, la ratio de atención directa de primer nivel se sitúa entre 0,15 y 0,28 (SEGG, 2020). Por otro lado, también se actualizan los ratios para todo el personal de atención directa de segundo nivel. Se trata del personal más cualificado, como terapeutas ocupacionales, psicólogos, pedagogos, fisioterapeutas, rehabilitadoras o enfermeras. En este caso, la reforma establece una ratio de 0,51 en el caso de residencias para personas mayores, y 0,58 en el caso de residencias de personas con discapacidad. En la actualidad, esta ratio se sitúa entre 0,29 y 0,39 trabajadores por persona usuaria (SEGG, 2020).

A pesar de estas mejoras, el cronograma de implementación de los cambios en los ratios crea limitaciones en el número de trabajadores en el corto y el medio plazo que podrían cronificar los problemas del sector en materia de personal (especialmente en las residencias para personas mayores). Por un lado, la reforma deja de exigir a las residencias de mayores un número mínimo de trabajadores hasta el 31 de diciembre de 2023. Al mismo tiempo, la reforma condiciona

¹⁹ Resolución de 28 de julio de 2022, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2022/08/11/pdfs/BOE-A-2022-13580.pdf>. Esta reforma afecta a los centros y servicios de titularidad privada concertados y a los centros y servicios no concertados que presten atención a las personas en situación de dependencia.

²⁰ Ley Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-10566>

el aumento de las plantillas hasta el año 2029 a un incremento adicional de la financiación pública. Por otro lado, en términos comparados, las nuevas ratios en materia de personal siguen siendo más bajas que las de otros países de nuestro entorno. En Francia, los centros residenciales tienen una ratio de 0,62 trabajadoras por cada persona usuaria. En Alemania, un país federal relativamente análogo al modelo territorial español, las diferentes normativas de los *länder* establecen una ratio de entre 0,36 y 0,42 trabajadoras por cada persona usuaria. En el caso de los países escandinavos, con una larga tradición de intervención en esta área de política pública, la ratio total es de 0,95 trabajadoras por cada persona usuaria del sistema (SiiS, 2020: 82). En suma, parece que el pulso en relación con la dotación de personal finalmente lo ha ganado una «coalición» de varios actores públicos y privados con intereses convergentes (fundamentalmente económicos), los cuales entraron en juego durante el proceso de negociación de la reforma.

«La negociación con las regiones ha sido la clave de las ratios. Muchas CCAA no están cumpliendo las ratios del Acuerdo de 2008. Entonces, el impacto presupuestario para estas regiones era muy importante y no lo querían cumplir» (Entrevista 7).

«La ratio es el peso de coste de personal en una residencia es elevado en términos relativos. Entonces las CCAA entienden que conforme se suben las ratios va a ver un impacto en la subida del precio y esto afecta a sus presupuestos» (Entrevista 8).

«El incremento de las ratios implica tener más trabajadores en todos los ámbitos y perfiles profesionales. CEOE y CEPYME no estaban por la labor. También algunas regiones forzaron que no hubiera grandes cambios en esta dimensión. Todo lo que fuera subida/aumento de ratios iba a ser un aumento del coste para las regiones. Esto se vio en las votaciones del Acuerdo» (Entrevista 3).

3.2.2 Cualificación y formación de los profesionales

La calidad en el empleo viene determinada por la cualificación profesional y la formación de los trabajadores, entre otras cuestiones. La reforma del modelo de cuidados establece unos requisitos y estándares mínimos en materia de cualificación, vía titulaciones o certificados profesionales. También fija dos procedimientos complementarios para la acreditación profesional (la habilitación excepcional y la habilitación provisional), así como un régimen especial para zonas rurales e insulares, que permite la contratación de trabajadores no cualificados. Sin embargo, objetivamente la reforma no contempla medidas de refuerzo que faciliten y ayuden a las regiones a cumplir el *Acuerdo sobre criterios comunes de acreditación en materia de formación e información de cuidadores no profesionales de 2009*²¹, la principal respuesta

política para luchar contra la baja cualificación formal en el sector. Este acuerdo sigue sin culminarse, habiendo tenido que ser prorrogado en repetidas ocasiones (la última hasta el 31 de diciembre de 2022). Tal y como señalaba uno de los responsables sindicales entrevistados:

«Teóricamente tendría que haberse cumplido ya la acreditación y homologación de títulos de todas las personas trabajadoras del sector. Sin embargo, todavía no se ha cumplido el Acuerdo. Además, durante la pandemia se añadieron nuevos criterios (por la falta de trabajadores) que permitieron la contratación de profesionales sin certificado de formación y experiencia. Todo esto ha aumentado la bolsa de empleo con estas características. [...] Con esta reforma no hemos conseguido grandes cosas en el tema de profesionalización» (Entrevista 3).

La reforma contiene medidas en materia de formación continua en perspectivas de género, enfermedad mental o ética profesional. También fija el desarrollo de programas de formación específicos en el caso de los trabajadores situados en el medio rural. La reforma contempla el desarrollo de un Plan General de Formación entre 2021 y 2023 (también mencionado en el Plan de Choque de la Dependencia). Este plan busca mejorar la cualificación del personal y adaptar las competencias y capacidades de los trabajadores al nuevo modelo de cuidados. Sin embargo, en el momento de finalizar este informe, no hay constancia oficial de que el Gobierno central y las regiones estén trabajando en ello. Tampoco ha estado en el orden del día de las reuniones mantenidas en el Consejo Territorial de Servicios Sociales y SAAD (Ministerio de Política Territorial, 2022).

3.2.3 Condiciones básicas de trabajo

■ Criterios de contratación

La reforma establece unos criterios comunes de contratación para todos los centros y servicios del sistema. El acuerdo fija en un 80% los contratos indefinidos sobre el total de los trabajadores del centro (salvo falta de oferta de personal). En el caso de cuidadoras, auxiliares y gerocultoras (el colectivo más numeroso en los centros residenciales), el porcentaje de contratos a tiempo completo deberá ser, al menos, del 66% (para los servicios de ayuda a domicilio este porcentaje se sitúa en el 50%). La formalización de estas garantías mínimas en materia de contratación era una de las principales demandas de los sindicatos durante el proceso de negociación (UGT, 2022). Por el contrario, para las organizaciones empresariales, estos nuevos criterios en materia de contratación son incompatibles con las propias características de los servicios de cuidado y sobrepasan el marco normativo de la reforma.

«Las primeras que se plantaron (en la Mesa de Diálogo Social nacional) fueron las patronales. Para las patronales era una cuestión casi de principios [...] no creían que un Acuerdo de acreditación con el rango que tiene y

²¹ Resolución de 4 de noviembre de 2009, de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación en materia de forma-

ción e información de cuidadores no profesionales. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2009-18959>

donde se aprueba (el CTSSD) podía meterse en temas de negociación colectiva» (Entrevista 7).

Desde un punto de vista extra-sectorial, la reforma laboral²² aprobada en España a finales de 2021 ha sido el marco legal para llevar a cabo estos cambios en materia de contratación. Esta norma, cuyo principal objetivo es la estabilidad en el empleo, suprime los contratos por obra o servicio (que permitían un contrato temporal de hasta tres años) e incrementa las sanciones económicas en caso de fraude en la contratación temporal, entre otras cuestiones. La importancia de la nueva regulación del mercado de trabajo para el sistema de CLD es señalada por varios de los informantes clave consultados:

«El mayor impacto de la reforma laboral implica la transformación de los contratos temporales en indefinidos. Las empresas se están adaptando despacio a la reforma laboral, pero podemos realizar una valoración positiva por el incuestionable beneficio que implica el aumento de los contratos indefinidos en el sector de los cuidados» (Entrevista 2).

«La reforma laboral ha limitado la temporalidad en los centros, ya que muchos contratos se han transformados en indefinidos. Según nuestros datos, calculamos que los contratos indefinidos han aumentado alrededor de un 10%» (Entrevista 6).

■ Salarios

La remuneración salarial queda fuera del ámbito de actuación de la reforma. No obstante, algunos sucesos en esta dimensión deben ser destacados. El VII Convenio Estatal de la Dependencia, que fija los salarios para los trabajadores del sector, sigue prorrogado (lo que técnicamente se conoce como *ultraactividad*) y su actualización ha sido motivo de una gran conflictividad. El artículo 8 del Convenio establece que la subida de los salarios de los trabajadores deberá ser la misma que la subida del índice de precios al consumo (IPC). Esta indexación está condicionada a un incremento anual del PIB de la economía española superior al 2%. En 2022, ante el incumplimiento del Convenio por parte de las organizaciones empresariales, los sindicatos mayoritarios (liderados por la UGT) acudieron a los tribunales. Finalmente, el 2 de noviembre de 2022, los tribunales fallaron a favor de las tesis sindicales. A través de esta sentencia, y la Resolución del Ministerio de Trabajo y Economía Social,²³ las empresas están obligadas a ejecutar una subida salarial –con carácter retroactivo– del 6,5% en todos los perfiles profesionales del sector. Paralelamente a esta judicialización, la negociación

del VIII Convenio Estatal de la Dependencia sigue bloqueada. En el momento de cerrar este análisis, las posiciones de los sindicatos y las patronales del sector en la Comisión Negociadora están muy alejadas. Así lo expresaron varios de los informantes clave consultados:

«Va a ver muchos problemas para que firmen el VIII Convenio Estatal de la Dependencia. Aun habiendo más recursos para el sistema» (Entrevista 3).

«Tenemos poco optimismo por el resultado final de la negociación. Según el Banco de España, la inflación para el 2022 será del 8,5%. Nosotros (las organizaciones empresariales) les hemos dicho a los sindicatos que no podemos implementar esa subida a los salarios. Las cuentas no cuadran. Una empresa tiene que ganar dinero para sobrevivir. No se trata de la ambición del empresario. Es insostenible y se volverá a judicializar» (Entrevista 4).

3.2.4 Salud y seguridad en todos los lugares de trabajo

La COVID-19 reveló la importancia de que exista un marco general de evaluación de riesgos para la salud de los trabajadores, así como medidas preventivas, tanto por parte del sector público como del sector privado (Comisión Europea, 2021). La reforma del modelo de cuidados otorga un papel central a los servicios de inspección a la hora de garantizar la seguridad en todos los lugares de trabajo. Sin embargo, el acuerdo final elimina de su redacción el reforzamiento del cuerpo de inspectores, un elemento que sí estaba presente en los borradores de trabajo²⁴. De acuerdo con varios de los informantes clave consultados para esta investigación, la cuestión competencial ha sido el factor determinante, ya que las regiones son responsables de establecer los mecanismos y criterios básicos de las inspecciones, a través de los llamados Planes de Inspección (que elaboran periódicamente): «para las CCAA era una cuestión de principios competenciales. [...] no se les puede imponer una ratio de inspectores» (Entrevista 7). Por otro lado, la reforma del modelo de cuidados también hace referencia a la salud laboral, pero como un criterio más de evaluación de los centros y servicios del sistema.

«El sector de los cuidados sigue teniendo importantes carencias en lo referente a la salud laboral. [...] entre un 30% y un 40% de las trabajadoras deben tomar habitualmente medicación para calmar el dolor y la inflamación que conlleva el trabajo diario. [...] además, tampoco están reconocidas las enfermedades psicosociales, musculoesqueléticas» (Entrevista 2).

²² Real Decreto-ley 32/2021, de 28 de diciembre, de medidas urgentes para la reforma laboral, la garantía de la estabilidad en el empleo y la transformación del mercado de trabajo. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2021-21788>

²³ Resolución de 2 de noviembre de 2022, de la Dirección General de Trabajo, por la que se registra y publica el Auto de la Audiencia Nacional, sobre sentencia referida a las tablas salariales del año 2022 del VII Convenio Colectivo Marco Estatal de Servicios de Atención a las Personas Dependientes y Desarrollo de la Promoción de la Autonomía Personal. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2022-18678

²⁴ En los borradores de trabajo de la reforma, se proponía que hubiera un mínimo de 1 inspector por cada 25/30 centros de atención residencial con independencia de que dichas unidades de inspección alcanzan también los centros de día o noche u otros servicios sociales. Disponible en: <https://dependencia.info/imagenes/borrador-requisitos-acreditacion-diciembre-2021.pdf>

Ante este estado de cosas, el Gobierno central, a través del Real Decreto-Ley 3/2021 del 2 de febrero, declaró la COVID-19 como enfermedad profesional para el personal sanitario y socio sanitario. Este reconocimiento permite a los trabajadores que hayan contraído la enfermedad ocasionada por la COVID-19 en el lugar de trabajo adquirir derechos específicos, como el derecho a una indemnización. La mayoría de Estados miembros de la UE reconocen la COVID-19 como enfermedad profesional. Por ejemplo, Francia permite el reconocimiento automático de trabajadores y profesionales sanitarios y socio sanitarios desde septiembre de 2020. En Dinamarca, en todas las profesiones se reconoce la COVID-19 tanto como enfermedad profesional como en términos de accidente laboral. Sin embargo, en el caso de España, este reconocimiento es excepcional y temporal. Esto ha sido fuertemente criticado por los sindicatos:

«La COVID-19 será una enfermedad que no desaparecerá de nuestra vida cotidiana. Esta medida es insuficiente y exigimos que el COVID-19 se incluya en la lista española de enfermedades profesionales causadas por agentes patógenos» (Entrevista 2).

«El reconocimiento de la COVID-19 como enfermedad profesional aun no se ha cumplido en nuestro país, pero hay diferentes sentencias individuales de trabajadoras afectadas a las que los tribunales les ha dado la razón» (Entrevista 5).

Esta demanda de ampliación de la cobertura está alineada con el *Marco estratégico de la UE en materia de salud y seguridad en el trabajo 2021-2027*, así como con la *Recomendación de la Comisión relativa a las enfermedades profesionales* para incluir la COVID-19, acordada por el Comité Consultivo para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (CCSST) en la primavera de 2022 (Comisión Europea, 2022b).

4

CONCLUSIONES Y RETOS PENDIENTES

El Estado de Bienestar español se enfrenta a un proceso continuado de envejecimiento demográfico y aumento de la tasa de dependencia hasta el año 2050, así como a un cambio en las estructuras laborales, familiares y de género. Ante este escenario, y por primera vez desde la elaboración de la Ley de Dependencia en 2006, ha existido un consenso básico entre Gobiernos, actores sociales, agentes sociales y profesionales en torno a la necesidad de transformar el modelo de cuidados y desarrollar un sistema de calidad en el plano laboral. Entre 2021 y 2022 se han discutido y adoptado diversas medidas y reformas que, directa o indirectamente, han tenido presente a los trabajadores del cuidado. El Componente 22 (*Plan de choque para la economía de los cuidados*) del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia supone un hito en este sentido, al señalar como objetivo «la mejora de la calidad de los servicios profesionales y las condiciones laborales».

El Plan de Choque en Dependencia y el nuevo Acuerdo de acreditación de centros y servicios contienen importantes avances cuantitativos y cualitativos; en el número de profesionales exigidos en los centros, en la cualificación y formación de los trabajadores, las condiciones básicas del empleo, así como en materia de contratación. Estas iniciativas suponen un reconocimiento a la existencia de problemas estructurales de larga data. Además, en ambos casos, se han tratado de abordar importantes lagunas en el sistema de protección social español. No obstante, el alcance de estas medidas y su traslado al plano laboral real, va a estar mediado por la evolución de varios elementos de carácter estructural:

- **Financiación.** El grado de cumplimiento del nuevo modelo de cuidados estará condicionado por las disponibilidades presupuestarias. Que la financiación dependa de los resultados de una negociación multilateral añade incertidumbre a la puesta en práctica de la reforma en el largo plazo. El aumento de la financiación del Estado central (*nivel mínimo garantizado*) y el mantenimiento del *nivel acordado* (recuperado en 2021) a través de los Presupuestos Generales del Estado, son clave para que las regiones puedan cumplir el calendario fijado. Es importante que la financiación pública se realice bajo unos criterios previamente definidos, estrictos y vinculados a los objetivos del Plan de Choque y el nuevo Acuerdo de acreditación. En este sentido, se debe avanzar en el sistema de incentivos diseñado para el del *nivel acordado*
- **de financiación** –implementado a partir del año 2022–, que vincula una parte de esta cuantía a la consecución de objetivos en el plano laboral por parte de las regiones.
- **Gobernanza multinivel y diseño institucional.** La evidencia empírica señala que cuanto más colaborativas y cooperativas sean las estructuras de relaciones intergubernamentales, más exitosos son los sistemas multinivel en las respuestas a las crisis (véase Schnabel & Hegele, 2021; Hernández-Moreno, 2021; Mattei y Del Pino, 2021; Colino, 2021; Pereira-Puga et al., en prensa; Schnabel et al., 2022; Greer et al., 2022). En el caso que nos ocupa, la ambigüedad del diseño institucional y la instrumentalización partidista que envuelve las actuaciones del CTSSD –con varios Gobiernos regionales convertidos en «aríetes» políticos del Gobierno central– están generando importantes inseguridades jurídicas, que dejan en el aire la implementación final de la reforma y ponen en riesgo la cohesión territorial. Investigaciones recientes proponen una reforma operativa del CTSSD que lo asemeje al Método Abierto de Coordinación (MAC) de la UE (véase Rodríguez Cabrero et al., 2022). Se trataría de romper la tendencia excesiva a la regulación y normativización de la cooperación a través de un modo de *gobernanza en redes*. Esta adaptación implicaría una gestión dinámica de las diversidades regionales por medio de indicadores y objetivos comunes, evaluaciones comparativas del rendimiento entre pares (*benchmarking*) y la formulación de planes de acción conjunta.
- **Coordinación socio-sanitaria.** La pandemia ha puesto de manifiesto las debilidades de los sistemas sanitario y de servicios sociales españoles. El complejo reparto competencial en el nivel organizativo –con varios ministerios y departamentos operando bajo diferentes lógicas y enfoques–, dificulta la coordinación y propicia ineficiencias en la gestión. Las respuestas socio-sanitarias deben ser un objetivo prioritario para todos los niveles político-administrativos. La reforma del modelo de cuidados trata de avanzar desde un punto de vista normativo en este sentido, estableciendo un marco referencial y sentando las bases de las estrategias a seguir por las regiones. Sin embargo, para consolidar un modelo integral de atención socio-sanitaria en todo el territorio nacional también se debe prestar atención a los propios trabajadores del cuidado. Para ello, se debe reflexionar sobre los modelos

de dotación de personal en ambos sistemas, tanto en contextos de crisis como en momentos de normalidad. En este sentido, deberían aprovecharse los mecanismos de cooperación Estado – CC.AA, como una hipotética Conferencia Intersectorial de sanidad y servicios sociales, para diseñar conjuntamente modelos de coordinación o integración en todos los niveles territoriales que eliminen los obstáculos administrativos para, por ejemplo, identificar y transferir personal entre sistemas.

- **Diálogo social.** De acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo (2022), la negociación colectiva contribuye a la lucha contra las desigualdades y es clave para asentar las bases de una recuperación inclusiva, sostenible y resiliente. En el momento de cerrar este análisis, la negociación del VIII Convenio Estatal de la Dependencia está paralizada. Es necesario que todos los actores sociales vuelvan a sentarse en la Mesa de Diálogo Social Nacional. Las organizaciones sindicales deben continuar jugando un papel activo en la propuesta de medidas, como ha sucedido a lo largo de la crisis²⁵. El Estado no tiene competencias en materia de negociación colectiva, un ámbito autónomo e independiente. No obstante, las autoridades públicas deben utilizar todas las herramientas a su disposición, formales (como la regulación, financiación, inversiones) e informales, para tratar de mejorar las condiciones laborales del sector. Si el diálogo social no se afronta de manera adecuada, se mantendrán los déficits actuales en el número de trabajadores, se aumentarán las desigualdades de género persistentes en el sector y el objetivo de eliminar (o revertir) la precariedad laboral quedará aun más lejos.

AGRADECIMIENTOS

El autor quiere agradecer a las personas entrevistadas su predisposición y colaboración, la cual ha sido imprescindible para la realización de este informe, y a la Oficina en Madrid de la Friedrich-Ebert-Stiftung por los contactos con varios informantes. También quiere dar las gracias por sus valiosos comentarios a los *compañeros* participantes en el *workshop* «On the corona frontline», organizado por el Swedish Municipal Workers' Union (Kommunal), Arena Idé y la FES Nordic Countries en Stockholm en el verano de 2022. El autor no puede dejar de dar las gracias a Manuel Pereira-Puga por su lectura detallada y sus exhaustivas apreciaciones a una versión previa de este informe. El autor también quiere mostrar su agradecimiento a Ana Escobar Corral, por su cuidada y minuciosa revisión de las últimas pruebas de imprenta de este trabajo. Cualquier error u omisión, es responsabilidad exclusiva del autor.

²⁵ En países como Suecia, Portugal, Francia o Italia, los sindicatos también han jugado un papel determinante en el proceso de toma de decisiones durante la pandemia. No obstante, el alcance de su participación ha estado condicionado principalmente por la voluntad política de los actores (véase Eurofound, 2021; Spasova et al., 2022).

REFERENCIAS

- Abellán García, Antonio et al.** (2021): "Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de septiembre de 2020", en: Informes Envejecimiento en red 27, disponible en: enred-estadisticasresidencias2020.pdf (csic.es), fecha de acceso: 07/06/2023).
- Aguiar-Hendrickson, Manuel** (2020): «Long-term care in Spain: a reform failure or the regulation of a development path?», en: *International Journal of sociology and social policy* 40, 11-12. 1301-1317.
- Arriba González de Durana, Ana / Moreno Fuentes, Francisco Javier** (2009): «El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos», en: Colección Estudios Serie Dependencia 12007. Madrid: IMSERSO.
- Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales** (2020): XXII Dictamen del Observatorio Estatal de la Dependencia, disponible en: <https://directoressociales.com/project/dictamen-xxii/> (fecha de acceso: 06/06/2023).
- Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales** (2020): XX Dictamen del Observatorio de la Dependencia, disponible en: [aedgss0045.pdf](https://directoressociales.com/project/dictamen-xxii/) (uib.es) (fecha de acceso: 06/06/2023).
- Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales** (2018). XVIII Dictamen del Observatorio de la Dependencia, disponible en: <https://directoressociales.com/project/dictamen-xviii/> (fecha de acceso: 06/06/2023).
- Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales** (2017). XVII Dictamen del Observatorio de la Dependencia, disponible en: <https://directoressociales.com/project/dictamen-xvii/> (fecha de acceso: 06/06/2023).
- Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales** (2015). XV Dictamen del Observatorio de la Dependencia, disponible en: <https://directoressociales.com/project/dictamen-xv/> (fecha de acceso: 06/06/2023).
- Colino, C.** (coord.) (2021). Retos de la gobernanza multinivel y la coordinación del Estado autonómico: de la pandemia al futuro. Editorial INAP. Madrid.
- Comas-d'Argemir, Dolores / Bofill-Poch, Sílvia** (2022): «Cuidados a la vejez en la pandemia. Una doble devaluación», en: *Disparidades. Revista de Antropología* 77, 1, 1-11. Disponible en: <https://doi.org/10.3989/dra.2022.001a> (fecha de acceso: 06/06/2023).
- Comas-d'Argemir, Dolores / Roca-Escoda, Mireia** (2022): «Impacto de la COVID-19 en los cuidados de larga duración y en la salud de trabajadoras y trabajadores xviii», en: López Rodríguez, Rosa / Soriano Villarroel, Isabel (eds.): Informe Salud y Género 2022: aproximación multidisciplinar a la pandemia por COVID-19, Madrid: Ministerio de Sanidad, 135-159.
- Comisión Europea** (2014): Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society. Report jointly prepared by the Social Protection Committee and the European Commission. Luxembourg: European Union.
- Comisión Europea** (2018): Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies 2018. Brussels: European Commission.
- Comisión Europea** (2021): «Occupational safety and health in a changing world of work», disponible en: Occupational safety and health in a changing world of work (europa.eu) (fecha de acceso: 06/06/2023).
- Comisión Europea** (2022): «A European Care Strategy for caregivers and care receivers», disponible en: A European Care Strategy for caregivers and care receivers – Employment, Social Affairs & Inclusion – European Commission (europa.eu) (fecha de acceso: 07/06/2023).
- Comisión Europea** (2022): «Member States, workers and employers agree on the need to recognize COVID-19 as an occupational disease», disponible en: Member States, workers and employers agree on the need to recognise COVID-19 as an occupational disease - Employment, Social Affairs & Inclusion - European Commission (europa.eu), (fecha de acceso: 07/06/2023).
- Comisión Europea** (2021): 2021 Long-Term Care Report. Trends, challenges and opportunities in an ageing society. Country Profiles. Volume II. Luxembourg: European Union.
- Comisiones Obreras** (2018): «El sistema de atención a la dependencia: El sistema de protección social en España 2018», en: Cuadernos de Información Sindical 58, 159-162.
- Consejo económico y social España** (2020): El sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Madrid: Consejo Económico y Social, disponible en: <https://www.ces.es/documents/10180/5226728/Inf0320.pdf> (fecha de acceso: 07/06/2023).
- Daly, Mary et al.** (2022): «COVID-19 and policies for care homes in the first wave of the pandemic in European welfare states: Too little, too late?», in: *Journal of European Policies* 32, 48-59.
- Béland, Daniel / Marier, Patrick** (2020): «COVID-19 and Long-Term Care Policy for Older People in Canada», in: *Journal of Ageing & Social Policy* 32, 358-364.
- Del Pino, Eloísa** (2013): «The Spanish Welfare State from Zapatero to Rajoy: Recalibration to Retrenchment», en: Field, Bonnie/Botti, Alonso (eds.): *Politics and Society in Contemporary Spain*. New York: palgrave macmillan, 197-216.
- Del Pino, E., Moreno Fuentes, F. J., Cruz-Martínez, G., Hernández-Moreno, J., Moreno, L., Pereira-Puga, M., & Perna, R.** (2020). *La gestión institucional y organizativa de las residencias de personas mayores durante la COVID-19: Dificultades y aprendizajes*. CSIC – Instituto de Políticas y Bienes Públicos (IPP).
- Eurostat** (2022): «Part-time employment and temporary contracts – quarterly data», disponible en: Statistics | Eurostat (europa.eu) (fecha de acceso: 07/06/2023).
- Eurofound** (eds.) (2021): Employment and labour markets. COVID-19: Implications for employment and working life. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Flaquer, Luis** (2004): «La articulación entre familia y Estado de bienestar en los países de la Europa del sur», en: *Papers. Revista de sociología* 73, 27-58.
- Gardner, William / States, David / Bagley, Nicholas** (2020): «The Coronavirus and the Risks to the Elderly in Long-Term Care», en: *Journal of Ageing & Social Policy* 32, 310-315.
- Gómez Ordoki, Alejandro** (2018): «Precios, ratios y costes en la prestación de servicios residenciales para personas mayores: análisis comparativo entre Gipuzkoa y el resto del Estado», en: *Zerbitzuan* 65, 141-173.
- Greer, Scott / Dublin, Kenneth / Falkenbach, Michelle / Jarman, Holly / Trump, Benjamin** (2023): «Alignment and authority: Federalism social policy, and COVID-19 response», en: *Health Policy* 127, 12-18.
- Hernández-Moreno, J. J. y Pereira-Puga, M.** (2021). En primera línea contra el coronavirus: el trabajo de cuidados de larga duración a personas mayores en España. Laboratorio de la Fundación Alternativas, documento de trabajo 208-2021. Disponible en: <https://www.fundacionalternativas.org/laboratorio/documentos/documentos-detramajo/en-primera-linia-contra-el-coronavirus-el-trabajo-de-cuidados-de-larga-duracion-a-personas-mayores-enespana>.
- Hernández-Moreno, J.** (2021): 'La gestión institucional de la crisis de COVID-19: coordinación intergubernamental e intersectorial en las políticas de Sanidad y Servicios Sociales'. en: Colino, C. (ed.) Retos de la gobernanza multinivel y la coordinación en el Estado autonómico: de la pandemia al futuro. Instituto Nacional de Administración Pública (INAP). Madrid.
- Huete Garía, Agustín / Chaverri-Carvajal, Alexander / Morales-Romo, Noelia** (2021): «El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en España (SAAD)», en: *Revista Prisma Social. Investigación social sobre políticas del cuidado y la dependencia en Europa e Iberoamérica* 32, 25-44.
- Ibáñez, Zyb / León, Margarita** (2014): «Resisting crisis at what cost? Migrant Care Workers in Private Households», en: Anderson, Shutes (eds.): *Migration and Care Labour*. London: Palgrave Macmillan, 110-129.

- International Labour Organisation** (2022): «Social Dialogue Report 2022. Collective bargaining for an exclusive, sustainable and resilient recovery», disponible en: [wcms_842807.pdf](https://www.ilo.org/wcms_842807.pdf) (ilo.org) (fecha de acceso: 07/06/2023).
- Jiménez-Martín, Sergi/Viola, Analia** (2017): «Estudios sobre la Economía Española -2017/22. Observatorio de dependencia», disponible en: [eee2017-22.pdf](https://www.fedea.net/2017-22.pdf) (fedea.net) (fecha de acceso: 07/06/2023).
- Jiménez-Martín, Sergi/Vilaplana Prieto, Cristina** (2012): «La interacción del sistema social y el sanitario. Informe SEESPAS 2012», en: *Gaceta Sanitaria* 26, 124-133.
- Kingdon, John** (2010): *Agendas, Alternatives, and Public Policies* (2nd ed.). New York: Longman.
- Marbán Gallego, Vicente** (2019): «El sistema español de atención a la dependencia. Entre la regresión y las reformas», en: VIII Informe FOESSA. Documento de trabajo 4.9, 2-40.
- Marbán Gallego, Vicente** (2020): «Los (des)cuidados de larga duración en España: ¿Reforma o perfeccionamiento del SAAD?», en: *Los transformaciones territoriales y sociales del Estado en la edad digital*, 331-354.
- Marbán Gallego, Vicente/Montserrat Codorniu, Julia/Rodríguez Cabrero, Gregorio** (2021): El impacto de la Covid-19 en la población mayor dependiente en España con especial referencia al sector residencial, en: *Ciència & Saúde Colectiva* 26, 159-169.
- Marier, Patrick** (2021): «How Will COVID-19 Alter the Politics of Long-Term Care? A Comparative Policy Analysis of Popular Reform Options», en: *Canadian Journal on Ageing/La Revue Canadienne Du Vieillessement* 40, 651-660.
- Mattei, P., & Del Pino, E.** (2021). Coordination and health policy responses to the first wave of COVID-19 in Italy and Spain. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 23(2), 274-281.
- Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030** (2021): «Servicios sociales para personas mayores en España», disponible en: [65e1ee35-15e8-6015-c38e-f0af1d67c46b](https://www.imserso.es/65e1ee35-15e8-6015-c38e-f0af1d67c46b) (imserso.es), 07/06/2023 (fecha de acceso).
- Ministerio de Política Territorial** (2022): «Ordenes del Día de las Conferencias Sectoriales», disponible en: https://mpt.gob.es/politica-territorial/autonomica/coop_autonomica/Conf_Sectoriales/Ordenes-del-D-a-de-las-Conferencias-Sectoriales-.html (fecha de acceso: 07/06/2023).
- Montero, Miguel** (2014): «Análisis comparado de los sistemas de cuidados y atención a la dependencia en Alemania y España», en: *Actas de la Dependencia* 10, 48-74.
- Montserrat Codorniu, Julia** (2020): «La calidad del empleo en las residencias para mayores: incidencia en la gestión de la covid-19», en: *Zerbitzuan* 73, 45-60.
- Montserrat Codorniu, Julia** (2021): «El impacto de la pandemia en las residencias para personas mayores y las nuevas necesidades de personal en la etapa pos-COVID», en: *Panorama social* 33, 145-162.
- Organisation for Economic Cooperation and Development** (2020): «Spending on long-term care», disponible en: [Spending-on-long-term-care-Brief-November-2020.pdf](https://www.oecd.org/els/long-term-care/Brief-November-2020.pdf) (oecd.org) (fecha de acceso: 07/06/2023).
- Organisation for Economic Cooperation and Development** (2021): *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*. París: OECD Publishing, disponible en: <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en> (fecha de acceso: 07/06/2023).
- Organisation for Economic Cooperation and Development** (2022): «Modernising Social Services in Spain: Designing a New National Framework», disponible en: [Executive summary | Modernising Social Services in Spain: Designing a New National Framework | OECD iLibrary](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/modernising-social-services-in-spain-designing-a-new-national-framework) (oecd-ilibrary.org) (fecha de acceso: 07/06/2023).
- Pereira-Puga, M., Hernández-Moreno, J., y Cruz-Martínez, G.** (en prensa). La coordinación institucional durante la pandemia de COVID-19: el caso de las residencias de mayores en España. *Polít. Soc. (Madr)*.
- Patton, Michael Quinn** (2002): *Qualitative Research & Evaluation Methods*. Thousand Oaks, California: Sage Publications Ltd.
- Ramírez-Navarro, José Miguel et al.** (2021): XXI Dictamen Del Observatorio Estatal de la Dependencia en Servicios Sociales de España, Málaga: ADYGSS.
- Ranci, Constanzo/Pavolini, Emanuele** (2013): *Reforms in Long-Term Care Policies in Europe*. New York: Springer.
- Rodríguez Cabrero, Gregorio** (2011): «Políticas sociales de atención a la dependencia en los Régimes de Bienestar de la Unión Europea», en: *Cuadernos de relaciones laborales* 29, 13-42.
- Rodríguez Cabrero, Gregorio et al.** (2022): Informe de evaluación del sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (SAAD), disponible en: [resumen-ejecutivo-estudio-evaluacion-saad.pdf](https://www.mdsocialesa2030.gob.es/resumen-ejecutivo-estudio-evaluacion-saad.pdf) (mdsocialesa2030.gob.es) (fecha de acceso 07/06/2023).
- Rodríguez Rodríguez, Pilar/Gonzalo Gímez, Elena** (2022): «COVID-19 en residencias de mayores: factores estructurales y experiencias que avalan un cambio de modelo en España», en: *Gaceta Sanitaria* 36, 270-273.
- Rodríguez Rodríguez, Pilar** (2010): «La atención integral centrada en la persona. Principios y criterios que fundamentan un modelo de intervención en discapacidad, envejecimiento y dependencia», en: *Informes Portal Mayores* 106, disponible en: [La atención integral centrada en la persona. Principios y criterios que fundamentan un modelo de intervención en discapacidad, envejecimiento y dependencia](https://www.segga.es/la-atencion-integral-centrada-en-la-persona) (segg.es) (fecha de acceso: 07/06/2023).
- Saraceno, Chiara/Keck, Wolfgang** (2010): «Can we identify inter-generational policy regimes in Europe?», en: *European Societies* 12, 5, 675-96.
- Schnabel, Johanna/Hegele, Yvonne** (2021): «Explaining Intergovernmental Coordination during the COVID-19 Pandemic. Responses in Australia, Canada, Germany, and Switzerland», en: *The Journal of Federalism* 51, 4, 537-569.
- Schnabel, Johanna/Freiburghaus, Rahel/Hegele, Yvonne** (2022): «Crisis management in federal states: the role of peak intergovernmental councils in Germany and Switzerland during the COVID-19 Pandemic», en: *der moderne staat-Zeitschrift für Public Policy, Recht und Management* 15, 1, 7-8.
- Sociedad Española de Geriatría y Gerontología** (2020): «Comunicado de la SEGG respecto a las restricciones de contacto social en las residencias de mayores», disponible en: [Manifiesto-SEGG-salir-de-residencias.pdf](https://www.segg.es/manifiesto-salir-de-residencias.pdf), (fecha de acceso: 07/06/2023).
- Sociedad Española de Geriatría y Gerontología** (2020): «Comunicado de la SEGG respecto a las restricciones de contacto social en las residencias de mayores», disponible en: [Manifiesto-SEGG-salir-de-residencias.pdf](https://www.segg.es/manifiesto-salir-de-residencias.pdf), (fecha de acceso: 07/06/2023).
- Sociedad Española de Geriatría y Gerontología** (2022): «La SEGG considera satisfactorio el acuerdo sobre residencias acordado hoy en el consejo interterritorial y pide seguir avanzando», disponible en: [LA SEGG CONSIDERA SATISFACTORIO EL ACUERDO SOBRE RESIDENCIAS ACORDADO HOY EN EL CONSEJO INTERTERRITORIAL Y PIDE SEGUIR AVANZANDO](https://www.segg.es/la-segg-considera-satisfactorio-el-acuerdo-sobre-residencias-acordado-hoy-en-el-consejo-interterritorial-y-pide-seguir-avanzando), (fecha de acceso: 07/06/2023).
- Sosa Troya, María** (2022): «Gobierno y comunidades aprueban un nuevo modelo de cuidados que impide construir residencias de más de 120 plazas», en: *El País*, disponible en: [Gobierno y comunidades aprueban un nuevo modelo de cuidados que impide construir residencias de más de 120 plazas | Sociedad | EL PAÍS](https://www.elpais.com/comunidades-aprueban-un-nuevo-modelo-de-cuidados-que-impide-construir-residencias-de-mas-de-120-plazas) (elpais.com) (fecha de acceso: 07/06/2023).
- Spasova, Slavina et al.** (2022): Social protection for atypical workers during the pandemic. Measures, policy debates and trade union involvement in eight member states. Bruselas: ETUI aisbl.
- Spijker, Jeroen/Zueras, Pilar** (2020): «Old-age care provision in Spain in the context of a new system of long-term care and a lingering economic crisis», en: *Journal of Population Ageing* 13, 1, 41-62.
- Unión General de Trabajadores** (2022): «UGT y CCOO rechazan el Acuerdo de Acreditación de Dependencia», disponible en: [UGT y CCOO rechazan el Acuerdo de Acreditación de Dependencia | UGT](https://www.ugt.es/ugt-y-ccoo-rechazan-el-acuerdo-de-acreditacion-de-dependencia) (fecha de acceso: 07/06/2023).
- Wagner, Edward** (2020): «The vulnerability of nursing home residents to the Covid-19 pandemic», en: *International Journal of Care Coordination* 23, 2-3, 57-60.

NOTA METODOLÓGICA

Los informantes clave fueron seleccionados de acuerdo con la técnica de muestreo intencional; teniendo en cuenta la relevancia de sus perfiles profesionales, así como su alto grado de conocimiento del fenómeno investigado (actores «ricos en información», de acuerdo con Patton, 2002: 230). Su identificación se llevó a cabo utilizando contactos y redes ya conocidas por el autor y sus colegas. La búsqueda en internet y el análisis de trabajos previos y documentos procedentes de distintas fuentes oficiales también se utilizaron para identificar a los informantes. Los ocho expertos entrevistados representan alrededor del 70% de todos los potenciales entrevistados contactados inicialmente. El 30% restante, no pudieron o no consideraron oportuna su participación en la investigación en el tiempo establecido para la recogida de datos primarios.

Los entrevistados seleccionados fueron contactados primero por correo electrónico. A continuación, se realizaron llamadas de seguimiento para conocer su interés en participar y responder a algunas preguntas. Para crear confianza con los entrevistados, se les explicó durante la llamada telefónica la totalidad de los objetivos de la investigación. Para los que estaban dispuestos a participar, se identificó a una persona de contacto dentro del departamento o equipo de trabajo en cuestión y se programó una fecha para la entrevista. Las entrevistas duraron entre una hora y una hora y media y se realizaron por videoconferencia o de forma presencial entre octubre y diciembre de 2022. Para cumplir con las normas de privacidad, a todos los participantes se les garantizó la confidencialidad y el anonimato y todos dieron su consentimiento individual, aceptando participar en la investigación y que las entrevistas fueran grabadas en audio (salvo uno de ellos). En el texto nos referimos a cada una de las entrevistas con un código específico (en el Anexo se ofrecen más detalle sobre los perfiles y la afiliación institucional de los entrevistados).

El análisis de los datos implicó un proceso riguroso de revisión metodológica y sistemática de todas las fuentes primarias y secundarias de información para identificar patrones de ideas y conceptos expresados, así como temas emergentes. Posteriormente, se determinó la prevalencia temática en las entrevistas. Una descripción detallada de los resultados, incluyendo citas representativas de los diferentes participantes, permite a los lectores evaluar los hallazgos de forma clara y precisa, así como aumentar la credibilidad del estudio.

ANEXO

Códigos y perfil profesional de los participantes en el estudio

Códigos utilizados para las citas dentro del textos	Perfil profesional de los participantes
Entrevista 1	Responsable sindical
Entrevista 2	Responsable sindical
Entrevista 3	Responsable sindical
Entrevista 4	Dirigente patronal del sector de servicios residenciales
Entrevista 5	Responsable sindical
Entrevista 6	Responsable sindical
Entrevista 7	Responsable político del nivel central
Entrevista 8	Responsable político del nivel central

ACERCA DEL AUTOR

Jorge Hernández-Moreno actualmente es investigador en el Instituto de Políticas y Bienes Públicos (IPP-CSIC). Graduado en Relaciones Internacionales por la UCM y Máster en Gobierno, Administración y Políticas Públicas por el Instituto Universitario de Investigación Ortega y Gasset y la UIMP. Ha sido beneficiario de un contrato de Formación del Profesorado Universitario (FPU), becario de formación en el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) e investigador visitante en el Departamento de Ciencia Social y Política de la Università degli studi di Milano. Forma parte del Grupo de Investigación Constitución, Integración, Poder y Territorio (UNED) y es miembro de la red internacional Intergovernmental Coordination from Local to European Governance Action (CA20123 - COST Action). Desde 2021 es Secretario Académico de la revista Gestión y Análisis de Políticas Públicas (GAPP). Su investigación se centra en la gobernanza territorial de los Estados de Bienestar, el federalismo comparado y la reforma del Estado autonómico, temas sobre los que ha publicado diferentes artículos científicos, capítulos de libro e informes.

La Fundación Friedrich Ebert (FES) fue fundada en 1925 y es la fundación política con más larga tradición de Alemania. Siempre se ha mantenido fiel al legado del político al que debe su nombre y defiende los valores fundamentales de la democracia social: libertad, justicia y solidaridad. Está vinculada ideológicamente con la socialdemocracia y con los sindicatos libres.

IMPRENTA

Editora:

Fundación Friedrich Ebert
Calle Manuel Silvela ,7, bajo dcha.
28010 Madrid – España

<https://madrid.fes.de/>

Responsable de la publicación:
Luise Rürup

Pedidos/Contacto:
info.madrid@fes.de

Diseño/Composición: Ludger Stallmeister, Wuppertal

Las opiniones expresadas en este folleto no son necesariamente las de Friedrich Ebert e.V. No se permite el uso comercial de las publicaciones de la Fundación Friedrich Ebert (FES) sin el consentimiento previo por escrito de la FES. Las publicaciones de la Fundación Friedrich Ebert no deben utilizarse con fines electorales.

© 2023

