

Evolución de las políticas de atención en Europa

por

Jane Lethbridge

24 de febrero de 2005

Documento de bases para el seminario dedicado a servicios sociales y diálogo social en Europa y convocado en Budapest por la FSESP y ASE/ETUCO
17-20 de marzo de 2005

EVOLUCIÓN DE LAS POLÍTICAS DE ATENCIÓN EN EUROPA..... 1

Public Services International Research Unit (PSIRU),

Facultad de Empresariales, Universidad de Greenwich, Park Row, Londres SE10 9LS, Reino Unido

Dirección electrónica: psiru@psiru.org, *página web:* www.psiru.org, *tel.:* +44 208 331 99 33, *fax:* +44 208 331 86 65

Director: David Hall; *investigadores:* Robin de la Motte, Jane Lethbridge, Emanuele Lobina, Steve Thomas

PSIRU centra sus investigaciones en el mantenimiento de una extensa base de datos sobre los aspectos económicos, políticos, financieros, sociales y técnicos de la privatización y reestructuración de los servicios públicos en el mundo, y sobre la participación de las multinacionales. La financiación de la base de datos corre a cargo de la Internacional de Servicios Públicos (www.world-psi.org), la confederación mundial de sindicatos del sector público. Las investigaciones de PSIRU se publican en la página www.psiru.org

1. RESUMEN EJECUTIVO	3
2. INTRODUCCIÓN.....	4
2.1. TERMINOLOGÍA UTILIZADA	4
2.2. METODOLOGÍAS	5
3. CORRIENTES DE LA PRESTACIÓN DE ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES, ATENCIÓN DOMICILIARIA Y ATENCIÓN A LA INFANCIA.....	5
4. MODALIDADES NACIONALES DE MANTENIMIENTO Y FINANCIACIÓN DE LA ATENCIÓN SOCIAL EN EUROPA.....	6
4.1. EVOLUCIÓN DEL PAPEL DEL GOBIERNO EN LA PRESTACIÓN DE ATENCIÓN SOCIAL	7
4.2. DESCENSO DE LAS ACTUACIONES DIRECTAS DE LAS AUTORIDADES MUNICIPALES	9
4.3. PRESTACIONES EN METÁLICO PARA LA ADQUISICIÓN DE SERVICIOS	9
4.4. CUIDADORES	10
4.5. FINANCIACIÓN	11
4.6. EUROPA CENTRAL Y ORIENTAL	12
4.7. ATENCIÓN A LA INFANCIA.....	13
5. IMPACTO DEL CAMBIO DE POLÍTICAS EN LOS TRABAJADORES Y LOS USUARIOS DE SERVICIOS	14
5.1. PERSONAL DE ATENCIÓN	14
INGRESOS/REMUNERACIÓN	15
BASES Y CONDICIONES DE EMPLEO	16
TIEMPO DE TRABAJO	17
FORMACIÓN	18
5.2. USUARIO DE LOS SERVICIOS.....	20
6. PANORAMA ESTRATÉGICO EN EUROPA	23
6.1. POLÍTICA DE ATENCIÓN SOCIAL EN EUROPA Y UNIÓN EUROPEA.....	23
7. ELEGIBILIDAD DE LAS EMPRESAS PARA CONSTITUIR COMITÉS DE EMPRESA EUROPEOS.....	27
7.1. COMITÉS DE EMPRESA EUROPEOS Y LEGISLACIÓN COMUNITARIA.....	27
7.2. ELEGIBILIDAD PARA CONSTITUIR COMITÉS DE EMPRESA EUROPEOS	28
7.3. NO ELEGIBILIDAD PARA CONSTITUIR COMITÉS DE EMPRESA EUROPEOS	28
7.4. ADQUISICIONES Y VENTAS SIGNIFICATIVAS DE SUCURSALES	29
7.5. EMPRESAS CON COMITÉS DE EMPRESA EUROPEOS O ELEGIBLES	29
7.5.1 <i>ATTENDO</i>	29
<i>Actividades y estrategia de la compañía</i>	30
7.5.2 <i>Bridgepoint Capital</i>	30
7.5.3 <i>BUPA</i>	32
<i>Desglose regional (Europa)</i>	32
<i>Presentación y estrategia corporativa</i>	33
7.5.4 <i>CAREMA</i>	33
<i>Presentación y estrategia corporativa</i>	33
7.5.5 <i>ISS CARE PARTNER SVERIGE AB</i>	34
7.5.6 <i>MEDIDEP</i>	34
7.5.7 <i>ORPEA</i>	35
8. ANEXO A: RECOMENDACIONES	36

1. Resumen ejecutivo

Los servicios de atención están atravesando por un momento de transformación en Europa. Muchos de los cambios que se han venido produciendo en las estrategias nacionales de financiación y provisión de servicios de atención social han tenido su origen en la percepción de que el crecimiento de la población mayor disparará el incremento de la demanda de servicios sociales a la tercera edad. Con los sistemas de financiación impositiva vigentes en numerosos países contrastan los nuevos regímenes de seguro de atención de larga dependencia y copago establecidos en algunos países.

Aun cuando se han transferido servicios del sector público al privado y al voluntario, las administraciones municipales y locales siguen asumiendo la responsabilidad de la puesta en marcha y adquisición de servicios de atención social. Asimismo, ha disminuido en no pocos países el número de centros residenciales con el correspondiente crecimiento de los servicios de asistencia domiciliaria. La tendencia actual es la permanencia de las personas en sus hogares durante todo el tiempo posible. Con ello se favorece el desarrollo del concepto de vida asistida, que descansa en la construcción de recursos residenciales (con oferta de atención asistencial) por parte de empresas o asociaciones público-privadas.

Más recientemente ha surgido una nueva modalidad financiera consistente en que la administración central entrega dinero al usuario por la compra de servicios de atención a sus necesidades individuales de atención. Los efectos de este método en el personal asistencial se están empezando a investigar. Hay indicios de que en algunos países la compra individual de servicios está generando inseguridad entre los profesionales, tanto en términos de empleo como de ingresos. En unos cuantos países está dando pie a la creciente profesionalización del trabajo de atención. En los meses venideros será necesario vigilar el impacto que pueda tener la compra individual de servicios de atención.

Dominan los mercados nacionales de servicios asistenciales un pequeño grupo de grandes empresas y un gran grupo de pequeñas empresas al frente de centros residenciales y servicios de asistencia domiciliaria de reducida escala. La fragmentación de los mercados está dejando paso a cierto grado de consolidación. Queda por ver hasta qué punto puede el proceso de consolidación nacional trasladarse a lo regional. En términos relativos las multinacionales tienen limitada presencia en el sector asistencial.

Los servicios de atención a la infancia mantienen una línea de desarrollo algo distinta de la trayectoria de los servicios de asistencia social. La provisión de atención infantil guarda estrecha relación con las políticas de empleo, volcadas, entre otras cosas, con la participación de las mujeres y padres solos/madres solas en el mercado de trabajo. Dependiendo del país, la ayuda oficial a la atención a la infancia se dispensa a través de la provisión directa de servicios o de la prestación privada y voluntaria. En varios países, la integración programada de la atención infantil con los servicios educativos está contribuyendo a mejorar la situación de los profesionales de la atención a la infancia.

La provisión privada la asumen pequeñas y medianas empresas que operan sobre todo a nivel regional o nacional. La participación de las multinacionales en los servicios de atención infantil se mantiene en proporciones bajas.

En los países de Europa Central y Oriental, el desarrollo de modelos de programas de asistencia social es un proceso relativamente joven. Gran parte de los servicios de atención a personas mayores o personas con enfermedades crónicas tiene su base de actuación en el entorno institucional.

Y cuando los hay, los centros residenciales suelen registrar largas listas de espera. En varios países, se están utilizando las camas de cuidados agudos para la atención de larga duración a

mayores. Son instituciones de titularidad y gestión públicas. Por lo general, la financiación de las camas corre a cargo de la administración central o local.

Al tiempo, hay señales de que en algunos países se están implantando nuevos sistemas de asistencia social en los que se ejerce con menor intensidad el control del sector público. En los cambios estratégicos fruto de la reforma de la sanidad y en la escasa diversidad de dispositivos de atención social a las personas de edad avanzada está el origen de la renovación.

En términos relativos las multinacionales tienen limitada presencia en el sector asistencial. Esto significa que son pocas las empresas que operan en más de un país europeo. Attendo, Bridgepoint Capital, BUPA, Carema, Medidep y Orpea son las compañías que técnicamente pueden optar a un Comité de empresa europeo.

2. Introducción

En 1997, la FSESP encargó a la Unidad internacional de investigación de los servicios públicos (PSIRU) un informe sobre el sector social. El documento proporcionó un análisis detallado de la evolución de dicho sector en Europa, incluyendo datos de expansión multinacional y empleo sectorial. Desde aquél entonces se han producido algunos cambios en la titularidad de las empresas proveedoras de servicios a personas mayores en entornos residenciales. Asimismo, ha habido cambios en las políticas de bienestar social de varios países europeos, que están repercutiendo en el desarrollo de la oferta del sector privado, en especial de servicios de asistencia domiciliaria. La asunción estratégica del empleo y la atención a la infancia está estimulando la expansión de la provisión de servicios de ayuda infantil en toda una serie de países. El presente informe recoge información sobre la evolución de las políticas nacionales y europeas, y su influencia en el desarrollo de los mercados nacionales y europeos de servicios asistenciales.

Finalidad

- Analizar la participación del sector privado en la prestación de servicios sociales, entre los que se incluyen la atención a personas mayores, la atención a domicilio y la atención a la infancia

Objetivos

- Exponer el panorama de las corrientes del sector asistencial en conjunto, y concretamente de la prestación de atención a mayores, domiciliaria y a la infancia
- Presentar las modalidades nacionales de mantenimiento y financiación de la atención social en Europa
- Dibujar el panorama estratégico de los tres subsectores en Europa
- Identificar y presentar las grandes empresas nacionales que operan en el sector de atención
- Definir el perfil de las grandes multinacionales presentes en la prestación de servicios a las personas mayores, la atención a domicilio y la atención a la infancia, incluyéndose datos sobre el número de efectivos de personal, filiales y beneficios

2.1. Terminología utilizada

La atención a la tercera edad se desglosa en varias categorías de servicios en los países en desarrollo: atención prestada a domicilio, en centros residenciales o en estructuras específicas de vivienda tutelada. La asistencia domiciliaria cubre todo tipo de apoyo, como las tareas de limpieza, aseo, tratamiento de heridas y hacer la compra, etc., Actividades todas que permiten que la persona mayor permanezca en su casa. La atención social prestada desde los centros

residenciales va dirigida a aquellas personas mayores que no pueden ser atendidas en sus domicilios habituales y que necesitan recursos de asistencia sociosanitaria. Se está extendiendo la construcción de centros residenciales de titularidad privada o promovida por asociaciones público-privada; proporcionan alojamiento a personas mayores y facilitan, si es necesario, el acceso a recursos de asistencia centralizados. Los trabajadores de atención social pueden asumir sus funciones lo mismo en centros residenciales que a domicilio o en el marco de programas de viviendas tuteladas. La norma es que los emplee directamente el sector público, por lo general un ente local o un Ayuntamiento. Ahora bien, últimamente están siendo contratados, ya sea como empleados o como autónomos, por el sector privado o sin ánimo de lucro.

Por otra parte, el suministro de servicios de atención infantil se realiza a través de centros de atención a la infancia, guarderías infantiles, centros preescolares y postescolares, y estructuras familiares.

En aquellos países de prestación mayoritaria del sector público o no gubernamental, los trabajadores son empleados directos de centros de atención a la infancia, guarderías y centros preescolares y postescolares. En los países, como el Reino Unido, en que la provisión de atención a niños la asume en gran medida el sector privado, muchos profesionales son empleados de dicho sector. Cuidadores, canguros y niñeros/as son las tres categorías principales de profesionales de atención a la infancia, empleados por la familia o autónomos. Cuidan a los niños en sus propios hogares o en los de los niños. Los canguros cobran por hora y desempeñan todo tipo de actividades. Los niñeros y niñeras suelen trabajar a tiempo completo, a veces viven en la misma familia y se dedican a toda clase de tareas, desde el cuidado de los niños hasta el mantenimiento de la casa.

2.2. Metodologías

El material utilizado en el presente documento procede de varios informes de investigación sobre la atención y sus trabajadores. Se han consultado base de datos académicas para localizar la investigación publicada. Son varios los programas importantes de investigación vigentes en Europa –financiados por la Unión Europea– que han estudiado la cuestión de la atención social a mayores y el tema de la atención a la infancia. Los resultados de los programas de investigación proporcionan nuevo material para comprender el proceso actual de transformación del trabajo asistencial y el impacto que está teniendo en los profesionales de atención.

Se han aprovechado extensos análisis industriales, informes anuales de empresas y otros materiales corporativos para indagar en las estrategias de las multinacionales. Se trazó un cuadro general de las políticas asistenciales extrayéndose datos de informes de organismos nacionales e internacionales, documentos estratégicos y estudios sindicales de condiciones de trabajo. Asimismo se han consultado otras fuentes como periódicos nacionales, informes sindicales y resultados de investigaciones no gubernamentales. Los perfiles nacionales del Observatorio Europeo sobre Políticas y Sistemas Sanitarios han proporcionado análisis nacionales de recursos de atención social. Un estudio de la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo dedicado al futuro de los servicios públicos sociales en Europa ha servido para recabar perspectivas nacionales sobre los trabajadores y los usuarios de servicios (Anexo 1).

3. Corrientes de la prestación de atención a personas mayores, atención domiciliaria y atención a la infancia

Los servicios de atención están discurriendo por varias corrientes claras en Europa. Los países de Europa Occidental tienen una larga tradición de modelos sociales; en cambio, los de Europa Central y Oriental están empezando a adoptarlos como consecuencia de la reforma de la sanidad.

En la percepción de que el crecimiento de la población mayor disparará el incremento de la demanda de servicios sociales a las personas mayores han tenido su origen muchos de los cambios que se han venido produciendo en las estrategias nacionales de financiación y provisión de servicios de atención social. Con los sistemas de financiación impositiva vigentes en varios países contrastan los nuevos regímenes de seguro de atención de larga dependencia y copago establecidos en otros Estados. Aun cuando se han transferido servicios del sector público al privado y al voluntario, las administraciones municipales y locales siguen asumiendo la responsabilidad de la puesta en marcha y adquisición de servicios de atención social. Asimismo, ha disminuido en no pocos países el número de centros residenciales con el correspondiente crecimiento de los servicios de asistencia domiciliaria. La tendencia actual es la permanencia de las personas en sus hogares durante todo el tiempo posible. Con ello se favorece el desarrollo del concepto de vida asistida, que descansa en la construcción de centros residenciales con oferta de atención asistencial por parte de empresas o asociaciones público-privadas.

Más recientemente ha surgido una nueva modalidad financiera consistente en que la administración central entrega dinero al usuario por la compra de servicios de atención a sus necesidades individuales de atención. Los efectos de este método en el personal asistencial se están empezando a investigar. Sin embargo, ya se puede observar una notable inseguridad laboral y económica para los trabajadores sociales.

Dominan los mercados nacionales de servicios asistenciales un pequeño grupo de grandes empresas y un gran grupo de pequeñas empresas al frente de centros residenciales y servicios de asistencia domiciliaria de reducida escala. La a menudo referida fragmentación de los mercados está dejando paso a cierto grado de consolidación. Queda por ver hasta qué punto puede el proceso de consolidación nacional trasladarse a lo regional. En términos relativos las multinacionales tienen limitada presencia en el sector asistencial.

Los servicios de atención a la infancia mantienen una línea de desarrollo algo distinta de la trayectoria de los servicios de asistencia social. La provisión de atención infantil guarda estrecha relación con las políticas de empleo, volcadas, entre otras cosas, con la participación de las mujeres y padres solos/madres solas en el mercado de trabajo. Dependiendo del país, la ayuda oficial a la atención a la infancia se dispensa a través de la provisión directa de servicios o de la prestación privada y voluntaria. En varios países, la integración programada de la atención infantil con los servicios educativos está contribuyendo a mejorar la situación de los profesionales de la atención a la infancia.

La provisión privada la asumen pequeñas y medianas empresas que operan sobre todo a nivel regional o nacional. La participación de las multinacionales en los servicios de atención infantil se mantiene en proporciones bajas.

Estas tendencias se estudiarán con más detalle en los siguientes capítulos.

4. Modalidades nacionales de mantenimiento y financiación de la atención social en Europa

Los métodos de provisión y financiación de los servicios sociales de Europa Occidental han experimentado grandes cambios en los últimos 20 años. Casi todos los países han aprobado nuevas disposiciones legislativas encaminadas a reformar los regímenes de atención social a la tercera edad y los servicios a las personas con problemas de salud mental o personas con discapacidad física o de aprendizaje.

El impacto de los nuevos sistemas y financiación de los servicios sociales en los países europeos depende del modelo implantado de Estado del bienestar, si bien se desprenden varios rasgos comunes de un análisis de la atención social en la parte occidental del Viejo Continente. Son:

- evolución del papel del gobierno en la prestación de atención social
- incremento de la provisión del sector privado aunque la sufrague el sector público
- descenso de las actuaciones directas por parte de las autoridades municipales
- prestaciones/fondos para la compra de servicios sociales personales por parte del usuario
- subsidios por cuidado
- cuotas de usuarios
- reglamentación

4.1. Evolución del papel del gobierno en la prestación de atención social

La contribución de la administración pública puede revestir varias formas: financiación y prestación directa del servicio a la persona en su propio hogar o en un centro residencial, concesión de ayudas a cuidadores informales o subsidios por cuidado, y concesión de fondos a la persona necesitada de atención, que servirá para que ésta compre servicios en los entes locales de atención social. El papel de la administración en la provisión directa de asistencia social está menguando en muchos países; de la prestación de servicios sociales, aun cuando sean financiados con cargo al presupuesto público, se hacen cargo cada vez más el sector privado y el sector sin ánimo de lucro.

En el Reino Unido, la Ley de atención comunitaria de 1992 promueve la subcontratación de proveedores privados por parte de los gobiernos locales separando las funciones de compra y provisión de los entes locales. En un principio, se produjeron la expansión del sector residencial privado de asistencia social y cierto grado de transferencia de la provisión de los centros públicos locales a centros residenciales privados. Entre 1997 y 2002, la proporción de camas en centros con personal de la administración local bajó del 24% al 14%. El número total de personas en centros residenciales o residencias sociosanitarias dotados con personal del sector público, privado o sin ánimo de lucro ascendió de 236.335 individuos en 1997 a 259.490 usuarios en 2002. Paralela fue la transferencia de servicios de atención domiciliaria de la administración local al sector privado o sin ánimo de lucro. Entre 1997 y 2002 disminuyó un 30% la cantidad de horas de contacto prestadas en la asistencia a domicilio por los gobiernos locales. Otro dato de gran importancia es el retroceso del número de hogares que recibieron atención domiciliaria entre 1997 y 2002, contrastando con el incremento de la cantidad de horas de contacto dedicadas a cada hogar. Lo que se puede interpretar como la priorización de las necesidades de los más dependientes. En el capítulo 5.2 se estudiarán estos cambios desde el ángulo de los usuarios de servicios.

En Suecia, de los consejos de los condados la plena responsabilidad de la asistencia sociosanitaria se trasladó en 1992 a los municipios. Estas reformas, conocidas como reformas ADEL, han provocado también la expansión de la oferta privada con la subcontratación de actuaciones asistenciales de larga utilización, servicios de atención domiciliaria y servicios de comidas y transporte. El volumen total de camas en residencias sociosanitarias ha bajado desde 1992. Tras las reformas ADEL las 32.000 camas de 1992 se transfirieron al sector social y los municipios ⁽¹⁾, registrándose algunos traslados del sector público a los sectores privado y sin ánimo de lucro. Una encuesta que llevó a cabo el sindicato finlandés KTV en Suecia apunta a que la privatización se ha formalizado mediante licitación competitiva, convirtiendo las operaciones públicas en compañías de capital público y utilizando el modelo de cheque servicio. Como consecuencia de ello se ha producido cierto grado de subcontratación de los servicios de atención domiciliaria al sector privado ⁽²⁾.

¹ Trydefard G. B. y Thorslund M. (2001): *Inequality in the welfare state? Local variation in the care of the elderly – the case of Sweden*. International Journal of Social Welfare, 10, pp. 174-184.

² Savolainen S. (2004): *A review of experiences of public services privatisation in Sweden*. Finlandia, KTV.

La instrumentación de los principios del mercado en el sector público de servicios sociales ha provocado que muchos recursos de atención domiciliaria pasen a ser *unidades comerciales*, obligadas a competir con el sector privado ⁽³⁾. Asimismo los servicios asistenciales municipales han quedado redefinidos como *productos de atención o asistenciales*. Se han puesto en marcha métodos de *medición y garantía de la calidad del servicio*, inspirados en el sector privado y el sector secundario ⁽⁴⁾. Así lo ilustra el influjo que, en Dinamarca, han ejercido en la prestación de servicios las reformas de las políticas nacionales para mayores. Se ofreció a los residentes de centros sociosanitarios la oportunidad de elegir servicios, obligándose a las residencias a definir los servicios prestados y su coste ⁽⁵⁾.

Los cambios en el sector sanitario han generado transformaciones importantes en las políticas nacionales de atención social como efecto de la interdependencia de dichos sectores. En algunos países –Reino Unido y Suecia, por ejemplo–, los intentos de limitar la ocupación de camas hospitalarias de cuidados agudos por personas mayores han creado una nueva categoría de atención intermedia, suerte de mezcla de atención social y médica a personas mayores hospitalizadas recientemente. Tanto en el Reino Unido como en Suecia se ha atribuido a los gobiernos municipales la responsabilidad de suministrar estas camas. Desde 2003, los gobiernos locales ingleses son penalizados si no pueden dispensar atención apropiada y alojamiento en virtud de la Ley de atención comunitaria (de alta diferida) ⁽⁶⁾. Medidas éstas que han motivado que las administraciones locales cambien la organización y la tarificación de los servicios de atención social. Desde estas administraciones ha crecido la dependencia de la provisión comercial y no comercial de servicios. Se han creado además nuevas oportunidades de cobro por servicios de atención. En 1992-1993, el 72% de los gobiernos locales cobraban los servicios de atención a domicilio. En 2000 la cifra había ascendido al 94% ⁽⁷⁾. El precio cobrado por la provisión de servicios de atención domiciliaria depende del gobierno local de que se trate. No existe tarifa regulada nacional.

En Dinamarca, se han venido transformando los servicios de ayuda domiciliaria desde finales de los años setenta, caracterizándose por la introducción del servicio permanente de 24 horas prestado por trabajadores de ayuda y enfermeros a domicilio ⁽⁸⁾. Conforme iba asentándose este sistema, los trabajadores de ayuda domiciliaria, de trabajar desde sus casas pasaron a formar parte de *grupos semiautónomos* que se reparten el trabajo y resuelven sus propios problemas. Los ayuntamientos encargados de estos grupos calificaron la fórmula adoptada de modalidad de capacitación de los trabajadores de ayuda a domicilio. Sin embargo, nuevas leyes nacionales, elaboradas para eliminar el mercado negro de servicios domésticos, concede subvenciones para servicios domiciliarios o actividades de cuidado de la casa ⁽⁹⁾. Pueden optar a estas subvenciones empresas privadas de tan sólo dos personas. Cualquiera puede contratar una empresa de servicios a domicilio para hacer la compra o la limpieza de la casa. A la tarifa horaria que paga quien recibe el servicio se suma el importe que concede el gobierno al proveedor de servicio. De esta manera la administración está subvencionando la participación del sector privado en la atención a domicilio. La ampliación de los servicios de asistencia domiciliaria guarda relación también con los nuevos sistemas de pago directo al usuario de modo que éste pueda comprar sus propios servicios de atención personal (ver el capítulo 5.2). La propuesta de Directiva de servicio bien podría afectar a la expansión de los servicios de atención a domicilio (ver el capítulo 6.1).

³ Trydefard G. B. (2003): *Swedish Care Reforms in the 1990s and their consequences for the Elderly*. Informe presentado ante STAKES, Finlandia.

⁴ Trydefard (2003).

⁵ Lewinter M. (2004): *Developments in home help for elderly people in Denmark: the changing concept of home and institution*. International Journal of Social Welfare, 13, pp. 89-96.

⁶ Pollock A. (2004): *NHS plc. The Privatisation of Our Health Care*. Londres, Verso.

⁷ Pollock (2004).

⁸ Lewinter (2004).

⁹ Lewinter (2004).

4.2. Descenso de las actuaciones directas de las autoridades municipales

Los servicios sociales tienen una tradición de prestación a nivel local por parte de autoridades municipales. La consecución del mercado interior y la contratación de servicios desde los ayuntamientos han influido en el mantenimiento y prestación de servicios.

En varios países, los ayuntamientos siguen asumiendo la responsabilidad de la puesta en marcha y planificación de servicios de atención social. En cambio, han abandonado la provisión directa de servicios. En los países nórdicos (Suecia, Finlandia, Noruega y Dinamarca), el Reino Unido, Italia y España, los ayuntamientos mantienen la responsabilidad de los servicios sociales aunque se haya transferido en diversa medida la tarea de provisión al sector privado o sin ánimo de lucro. En otros países, los gobiernos locales, regionales o de condados siguen siendo responsables de la puesta en marcha y adquisición de servicios, atribuyéndose la provisión a otras entidades. Muchos de estos sistemas dan prueba de los intentos de las administraciones centrales de asignar al ámbito local la responsabilidad del control del gasto.

4.3. Prestaciones en metálico para la adquisición de servicios

Muchos cambios de políticas han hecho hincapié en la elección del consumidor y la consideración de comprador atribuida al usuario del servicio. En algunos países, las personas mayores o con discapacidad se están beneficiando de prestaciones monetarias, esto es, fondos públicos para comprar los servicios que necesiten. Se ha implantado este tipo de sistema en Austria, Alemania, Francia, Bélgica, España, Grecia, Reino Unido, Dinamarca y Finlandia. En cambio, en Noruega, Suecia, Países Bajos y Portugal no existen.

Se ha producido la difusión de la asistencia a domicilio en muchos países en los que han cambiado los sistemas de financiación de la atención social. El crecimiento de los recursos de atención personalizada se acompaña del incremento de la demanda de servicios domiciliarios. En el Reino Unido, la Ley de pago directo por atención comunitaria ha tenido como efecto el aumento de la provisión de servicios a domicilio. Para que el usuario pudiera contratar servicios de atención social fue necesario tasarlos y tarificarlos, lo que contribuyó a productivizar los servicios sociales.

Paralelamente han ido creciendo los servicios de atención médica, tales como los de tratamiento del cáncer y diálisis renal, que se pueden prestar a domicilio. Se hacen cargo de estos servicios enfermeros capacitados y otros especialistas sanitarios. Aun cuando no tenga cabida en el presente informe, conviene tener presente el desarrollo paralelo de los servicios de atención médica a domicilio en el sector privado, ya que tendrá incidencia en el futuro de los servicios de atención domiciliaria y sus trabajadores. Cada vez más se exigirán aptitudes para prestar asistencia médica en paralelo con la atención social.

Los servicios de atención domiciliaria los venden, como proveedores de asistencia, trabajadores autónomos e independientes, servicios voluntarios o proveedores comerciales. En aquellos países en los que la administración no cubre más que el coste mínimo, el usuario debe correr con los gastos extras, siendo el motivo de que se introdujeran las cuotas de usuarios.

La disponibilidad de dinero efectivo para retribuir el trabajo de atención puede instigar la aparición de mano de obra indocumentada, no cualificada, no regulada y sin formación. Es raro que este nuevo tipo de personal de atención disfrute de derechos sociales o pueda acogerse a la legislación laboral. Refiriéndose al impacto de los subsidios por cuidado en las familias italianas, Ungerson (2003) ⁽¹⁰⁾ descubrió que en todas las que tenían contratado a personal de atención éste vivía en la zona sin gozar de derechos de residencia. De los trabajadores entrevistados tan sólo uno tenía permiso de residencia en Italia.

¹⁰ Ungerson C. (2003): *Commodified care work in European Labour Markets*. European Societies, 5(4), pp. 377-396.

En Austria también la concesión de subsidios por cuidado ha facilitado el empleo de trabajadores extranjeros indocumentados hasta tal punto que se han creado agencias encargadas de su gestión ⁽¹¹⁾. En este país se está organizando la contratación temporal de trabajadores inmigrantes desde agencias con sede en Hungría y Eslovaquia. Las personas mayores suelen tener contratadas a dos personas, que trabajan por turnos y ocupan sus puestos durante dos semanas. Estos trabajadores viven con las personas mayores que tienen a su cuidado. De esta forma desempeñan una actividad profesional en un país y pueden regresar con frecuencia a sus países de origen.

Cabe señalar, como dato positivo, que en algunos países las personas mayores tienen la posibilidad de comprar servicios; a consecuencia de ello, han surgido nuevas categorías profesionales, que están empezando a influir en la situación del trabajo de atención. En Alemania, donde la puesta en marcha del seguro de atención se acompañó de la creación de la categoría profesional de trabajador de atención social, ha dado un salto cuantitativo el colectivo de trabajadores de atención registrados ⁽¹²⁾.

En algunos países, se organiza un mercado de trabajo de atención más estructurado y más regulado ahí donde organismos privados y no gubernamentales prestan servicios de atención. Los usuarios tienen acceso a los proveedores de servicios a través de agencias. En Francia, Ungerson (2003) ⁽¹³⁾ pudo observar que los trabajadores de atención tenían activadas “múltiples relaciones de atención”, al visitar en ocasiones hasta 13 clientes diarios. Las cualificaciones básicas de muchos profesionales sientan las condiciones fundamentales para acceder a la formación y reflexionar sobre su trabajo. Estos factores aumentan la conciencia de las barreras y contradicciones entre las diferentes tareas que desempeñan, desde la preparación de comidas hasta la compra. La capacidad de reflexión de estos trabajadores sobre el contenido de sus actividades y el significado que tienen para sus clientes puede ser un motor importante de desarrollo del trabajo de atención como ocupación profesional ⁽¹⁴⁾.

En Austria, se pagan los subsidios por cuidado directamente a las personas necesitadas de apoyo; la entidad benéfica Caritas ejerce de empleador del trabajador o proveedor de atención, el cual puede ser un familiar. De esta manera el familiar tiene derecho a la Seguridad Social, vacaciones pagadas y un contrato de empleo. En muchas ocasiones estas condiciones aumentan la autoestima del trabajador, al trasladarse de un entorno informal de asistencia familiar a una relación laboral remunerada.

4.4. Cuidadores

En países como el Reino Unido, Irlanda y Alemania, el reconocimiento de los derechos de los cuidadores se ha establecido por primera vez en la nueva legislación de atención social. Muchos sistemas de asistencia social cuentan con el trabajo de los familiares que sin cobrar sueldo alguno suministran atención en diversas condiciones, desde unas horas a la semana hasta en régimen de jornada completa, cuidando a familiares mayores. En su mayoría los cuidadores son mujeres. En los países del sur de Europa, se da por sentado que la familia debe hacerse cargo de las personas mayores. La creciente participación de las mujeres en el mercado de trabajo está dificultando la continuidad de esta provisión de atención familiar.

En el Reino Unido se estableció el sistema de subsidios de mantenimiento destinado a remunerar el trabajo, antes informal y no retribuido, de los cuidadores. Jensen (2002) entiende que la puesta

¹¹ Ungerson (2003).

¹² Jensen J. (2002): “Paying for Caring. The Gendering Consequences of European Care Allowances for the Frail Elderly”, in *Women's Work is Never Done. Comparative Studies in Caregiving, Employment and Social Policy Reform*. Nueva York, (ed.) S. Bashevkin, Routledge.

¹³ Ungerson (2003).

¹⁴ Ungerson (2003).

en marcha de programas de subsidios por cuidado se debe más al propósito de garantizar la independencia de las personas mayores que a cualquier voluntad de valorar el trabajo de atención informal (¹⁵). Asimismo, Irlanda ha optado por el régimen de subsidios por cuidado.

4.5. Financiación

El origen de muchos de los cambios a los que se ha visto sometida la política de bienestar social de los últimos 15 años hay que verlo en la percepción de la necesidad de reducir el coste de la oferta del sector público. En varios países, se han implantado sistemas de seguro de atención de larga dependencia como solución para cubrir el coste de la asistencia. En Alemania, se puso en práctica en 1994 la Ley de seguro de atención de larga dependencia, que estrenó la cobertura de seguro universal para los gastos de atención de larga duración, excluyéndose los gastos de alojamiento. Hasta 1994, se hacían cargo de la mayoría de los centros residenciales seis organizaciones de bienestar; ya sólo son tres como consecuencia de la competencia que ejerce el sector privado. En el marco de la nueva legislación relativa al seguro de larga dependencia, las empresas privadas se beneficiaron de ayudas para construir recursos, reduciéndose las ayudas destinadas a las organizaciones no gubernamentales (¹⁶).

En los Países Bajos, la Ley de gastos médicos extraordinarios establece un sistema de seguro de salud contributivo diseñado para prestar ayuda a recursos de atención domiciliaria, atención de día y residencias sociosanitarias para personas mayores o con discapacidad. Estas disposiciones financieras han favorecido la creciente profesionalización del trabajo de atención.

Son cada vez menos los países con cobertura contributiva de todos los gastos de atención. Italia y España mantienen regímenes de prestaciones básicas financiadas con cargo a los presupuestos del Estado. En muchos países se establece la concesión de prestaciones de atención domiciliaria y sociosanitaria en función de los recursos económicos. En Francia, el subsidio de dependencia personal de 2001 se calcula en función de criterios económicos y dependencia del interesado. Idénticos criterios se aplican a los gastos de atención residencial de larga duración.

Portugal y Reino Unido, país éste en el que se ponderan tanto el salario como el capital, son algunos de los países que utilizan alguna modalidad de evaluación de recursos económicos.

Los copagos constituyen otra fórmula diseñada para reducir el gasto público en atención social. Están vigentes en países de expansión de la atención a domicilio, como Noruega y Finlandia. Bélgica y Países Bajos cuentan con programas de seguro social y cuotas de usuarios. Los nuevos regímenes de seguro alemanes de atención de larga duración incluyen igualmente cuotas de usuarios dado que la provisión del seguro no cubre todas las modalidades de prestación de la ayuda.

El modelo de financiación suele influir en el desarrollo y la prosperidad del sector privado. El impacto de las políticas se puede observar desde los sistemas de pago de la atención de larga duración y servicios de ayuda a domicilio. Cuando el sector público se hace cargo íntegramente de la financiación de los servicios, sin importar si son suministrados por el sector público o privado, queda margen para la ampliación de las operaciones privadas, que, sin embargo, está, en creciente medida, supeditada a las políticas y normativas oficiales. Así, la legislación británica relativa a los centros residenciales y aprobada en los años noventa, y el establecimiento de normas mínimas, en particular en cuanto a dimensiones de las habitaciones, tuvieron un impacto inmediato en la expansión del sector residencial, con el consiguiente cierre de un buen número de pequeñas empresas.

¹⁵ Jensen (2002).

¹⁶ Go K. (1998): *The introduction of market mechanisms for long term care services – an international comparison with implications for Japan*. NLI Research Institute www.nli-research.co.jp/eng/resea/life/li9804.html

4.6. Europa Central y Oriental

En los países de Europa Central y Oriental, el desarrollo de modelos de programas de asistencia social es un proceso relativamente joven. Gran parte de los servicios de atención a personas mayores o personas con enfermedades crónicas tiene su base de actuación en el entorno institucional. Y cuando los hay, los centros residenciales suelen registrar largas listas de espera. En varios países, se están utilizando las camas de cuidados agudos para la atención de larga duración a mayores. Son instituciones de titularidad y gestión públicas. Por lo general, la financiación de las camas corre a cargo de la administración central o local.

Al tiempo, hay señales de que en algunos países se están implantando nuevos sistemas de asistencia social en los que se ejerce con menor intensidad el control del sector público. En los cambios estratégicos fruto de la reforma de la sanidad y en la insuficiencia de atención social a las personas de edad avanzada está el origen de la renovación.

Se están introduciendo progresivamente los cambios estratégicos que sustentarán el crecimiento de la atención social. Estonia se está dedicando a reducir y reestructurar la asistencia institucional, y a implantar un *sistema abierto de atención*. Este proceso pasa por la descentralización de la provisión hacia las administraciones locales y el desarrollo de redes locales de servicios sociales que animen a las personas a asumir su propio bienestar. Las pequeñas dimensiones y el desigual desarrollo del mercado de servicios sociales locales no han despertado el interés del sector privado. Las organizaciones sin ánimo de lucro que cuentan con personal voluntario están pasando a ser los principales proveedores de atención social a domicilio (¹⁷).

En 2003, el Parlamento ucranio aprobó la Ley *Acerca de los servicios sociales*, que recomienda un sistema de financiación basado en las cuotas de usuarios, presupuestos de las administraciones centrales y locales, fondos privados, benéficos y particulares. Aún falta por poner en práctica esta ley.

La falta de provisión de servicios sociales adecuados está estimulando la participación del sector no gubernamental y, en cierto grado, del privado. Los nuevos servicios de atención social se centran sobre todo en la provisión de atención a domicilio, que se suman a las pequeñas infraestructuras institucionales existentes. En Hungría, el 24% de los servicios sociales los suministran el sector no gubernamental, siendo éste, de momento, el mayor porcentaje registrado en Europa Central y Oriental. También se observan señales de expansión de las ONG en Polonia, Lituania y Rumania. En Lituania, los organismos no gubernamentales proporcionan el 14% de las plazas de los centros para mayores. En Letonia toda una serie de clínicas privadas de la capital han ido creando servicios geriátricos, accesibles únicamente a quienes pueden pagar su estancia.

En la República Checa, las instituciones de atención de larga estancia se abrieron en 1997 a la competencia. Simultáneamente se produjo el crecimiento de las entidades privadas de ayuda a domicilio. En Croacia, se han constituido organismos privados de atención domiciliaria. Suelen estar en manos de enfermeros o fisioterapeutas; tienen contratados a médicos, ATS, trabajadores sociales y auxiliares de enfermería, lo que parece apuntar a que se presta desde estas estructuras una mezcla de servicios sociales y sanitarios básicos.

La demanda de servicios sociales, ya sean institucionales o domiciliarios, está creciendo en casi todos los países de Europa Central y Oriental. Está ejerciendo una presión creciente sobre los servicios existentes. Por el momento, la financiación de las instituciones y otros servicios

¹⁷ Kore J. (2002): *Possibilities for integration of health and welfare services in Estonia in liberal political and economic circumstances*. Informe presentado en una conferencia de la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo dedicada a los servicios sociales públicos.

disponibles recaen sustancialmente en los presupuestos de los gobiernos nacionales o locales; así ocurre, por ejemplo, en Hungría, Eslovenia, Rumania, Polonia y Estonia.

Las reformas de la asistencia social suelen seguir las pautas de las reformas de la sanidad. Los mecanismos de financiación muestran cierto grado de vinculación, en especial en lo que respecta al seguro de salud y la puesta en marcha de copagos. En Eslovaquia, las compañías de seguro sanitario asumen la financiación de la atención sociosanitaria y de readaptación. El funcionamiento de la atención comunitaria descansa en los copagos y los presupuestos generales. En Lituania, el sistema de copagos contribuye al 30% de los servicios para la tercera edad. En Letonia, la financiación de la atención sociosanitaria a domicilio se realiza parcialmente a través del sistema de copagos con cargo a los presupuestos nacionales y locales.

4.7. Atención a la infancia

Los sectores que prestan atención a la infancia presentan rasgos nacionales dispares y experimentan la influencia de los sistemas de financiación y apoyo a la atención infantil. Los países nórdicos se caracterizan por la magnitud de la oferta del sector público. El porcentaje de contribución de los padres a las prestaciones no viene determinado por sus ingresos. España cuenta con una amplia estructura de provisión privada de carácter lucrativo, cuyas prestaciones corren a cargo de los padres en régimen de pago directo.

Cuadro 1: provisión y financiación de la atención a la infancia

País	Financiación de la atención a la infancia	Provisión principal
Dinamarca	Pública	Pública
Suecia	Pública	Pública
Finlandia	Pública	Pública
Noruega	Pública	Pública
Reino Unido	Pública/privada	Privada
Hungría	Pública	Pública
Francia	Pública	Pública
España	Cuotas de los padres con elementos de financiación pública	Privada

Fuente: Cameron et al. (2003); Rostgaard (2003).

Hace unos años, el 31% de los niños menores de tres años residentes en Suecia eran atendidos en centros residenciales familiares regulados en régimen completo o parcial y el 26,6% lo era en centros de día públicos. La atención de día de carácter privado, que inició su crecimiento en 1990, sigue siendo limitada. Tanto los centros residenciales familiares como los centros de día reciben subvenciones y están regulados. La responsabilidad se ha transferido al ámbito municipal, con la intención de atender mejor las necesidades regionales; así y todo, no se puede descartar el objetivo de reducción de costes. Como consecuencia de ello, se llegaron a privatizar algunos contratos municipales ⁽¹⁸⁾.

En el Reino Unido se da un amplio sector de atención privada a la infancia, cuyo desarrollo ha sido promovido por las políticas del gobierno en la materia. Entre 1997 y 2002, se sumaron 547.000 niños al número de receptores de servicios de atención infantil. El grueso del crecimiento se situó en la expansión de la provisión privada, sostenida en ocasiones por la implantación de

¹⁸ Cohen B., Moss P., Petrie P. y Wallace J. (2004): *A New Deal for Children. Re-forming education and care in England, Scotland and Sweden*. Bristol, The Policy Press.

empresas de nueva creación en zonas menos favorecidas ⁽⁹⁾. La Ley de educación de 2002 determina la posibilidad de que las escuelas organicen actividades extraescolares y de atención a la infancia.

Los servicios para niños en edad escolar han supuesto otra vía de crecimiento.

En 2003, el 99% de los niños menores de tres años seguían una formación preescolar, el 88% en estructuras de financiación pública ⁽²⁰⁾. Con todo, el 57% eran atendidos por proveedores privados o sin ánimo de lucro. También han aumentado las plazas de guarderías de provisión privada.

La atención a la infancia y preescolar se caracteriza cada vez más por sus elementos educativos y asistenciales, que repercuten en cómo se califica la política de atención infantil: entre las políticas educativas o entre las de bienestar.

En los últimos 10 años se han registrado, en Suecia e Inglaterra, por ejemplo, casos de transferencia pública de la responsabilidad de las áreas de salud y bienestar a las de educación.

Estos traslados tienen implicaciones para el modelo de mantenimiento y prestación de servicios, y el método de formación y remuneración de los trabajadores de atención ⁽²¹⁾.

5. Impacto del cambio de políticas en los trabajadores y los usuarios de servicios

5.1. Personal de atención

El porcentaje de personal de atención sobre la población activa total es un dato que depende de las circunstancias nacionales. Los países del Norte presentan niveles relativamente altos: Dinamarca (10%), Suecia (9%) y Países Bajos (7%). En el Reino Unido, el personal de atención totaliza el 5% de la población activa, por encima de los niveles registrados en España y Hungría (3%). En Europa, la mayoría son mujeres, en porcentajes cercanos a menudo al 90% ⁽²²⁾. En el Reino Unido, las mujeres representan el 90% del personal del sector de atención, mayoritariamente independiente/privado.

Crece la demanda de trabajadores de atención, sea cual sea. La contratación de profesionales en el extranjero está en pleno auge debido a la carencia de trabajadores dispuestos a dedicarse a este sector. Tan sólo en Dinamarca, donde existe la figura del pedagogo central, está creciendo el interés por esta categoría de personal de atención ⁽²³⁾.

El género desempeña un papel importante en la definición de la atención. Se está alentando a los hombres a dedicarse a este segmento profesional, la atención a niños y mayores; ahora bien, el porcentaje de trabajadores masculinos sigue siendo bajo en el conjunto de los países. Aunque Dinamarca registra el mayor número de trabajadores masculinos de atención a la infancia (14%), la mayoría presta servicios extraescolares, más que servicios destinados a niños de 0 a 3 años ⁽²⁴⁾. En muchos países, el personal de atención social suele tener más de 40 años. Este dato tendrá repercusiones en el futuro de la prestación de servicios sociales.

¹⁹ Cohen et al. (2004).

²⁰ Office for National Statistics, ONS (2003): *Provision for children under five years of age in England*. Londres, DFES, enero de 2003.

²¹ Cohen et al. (2004).

²² Cameron C., Candappa M., McQuail S., Mooney A., Moss P. y Petrie P. (2003): *The Workforce Early Years and Childcare. International Evidence Project/October 2003*. Londres, Ministerio de Educación y Competencias.

²³ Cameron et al. (2003).

²⁴ Cameron et al. (2003).

Los trabajadores inmigrantes, que a menudo están atrapados en una situación insegura por la no obtención de visados y permisos de residencia, representan un porcentaje cada vez mayor del personal de atención. Las mujeres inmigrantes van prestando servicios de atención a la infancia y a la tercera edad dentro de la corriente de traslado global de la mano de obra femenina de los países de bajos ingresos a los de renta alta. El debate sobre la dimensión de género en el Estado del bienestar y la crisis de los servicios de atención ha pasado por alto el papel de las mujeres inmigrantes en la tarea de prestación ⁽²⁵⁾ ⁽²⁶⁾. Valgan como ejemplo de cómo se lleva a cabo la contratación de trabajadores inmigrantes las declaraciones que hizo Bupa Care Homes en 2004 sobre su intención de contratar a 50 cuidadores de Polonia y la búsqueda que estaba realizando de profesionales de la República Checa, Estonia y Lituania, países a punto de entrar en la Unión Europea ⁽²⁷⁾.

En un informe reciente titulado Trabajo forzoso y migración al Reino Unido ⁽²⁸⁾, se acreditó la atención residencial entre los cuatro sectores (junto con construcción, agricultura/horticultura y empresas de limpieza) que se distinguen por el alto grado de explotación de los trabajadores, dándose casos incluso de trabajo forzoso. La ocupación de cuidado en el Reino Unido se define como el conjunto de “tareas de asistencia sanitaria, lavandería, comidas, limpieza, etc., realizadas en el marco de relaciones contractuales de muy diverso signo”. Aunque el sector se está consolidando, aún quedan muchos pequeños operadores. “Las relaciones que mantienen grandes y pequeños operadores, y sus muy diversos grados de poder comercial respecto a los compradores de bienes y servicios permiten explicar el amplio abanico vigente de condiciones de trabajo”. El coste total de funcionamiento de un centro residencial de buena calidad se sitúa entre 75 libras esterlinas y 85 libras esterlinas por encima del nivel medio de subvención que otorgan las administraciones locales ⁽²⁹⁾. Tan sólo los grandes centros residenciales generan beneficios.

Ingresos/remuneración

En muchos países (con disparidades nacionales), tanto los servicios sociales como la atención a la infancia se caracterizan por sus bajos salarios. El personal de atención danés y sueco disfruta de una situación y unos niveles salariales superiores a los de otros países europeos. Así y todo, de una encuesta sindical se desprende que, a raíz del proceso de privatización llevado a cabo en Suecia, los sueldos de las mujeres ocupadas en actividades de cuidado, asistencia sanitaria, limpieza o preparación de comidas han permanecido iguales o han bajado. También ha bajado, o se ha acotado, el nivel de pensiones, vacaciones pagadas y otras prestaciones ⁽³⁰⁾.

En otros países, en los que se practica la concesión directa de subsidios a cuidadores informales, las mujeres de mediana edad tienen la posibilidad de incorporarse a la mano de obra dándose de alta en la Seguridad Social. Ahora bien, esta incorporación suele limitarse al acceso a un pequeño segmento del mercado de trabajo cuyos máximos exponentes son la inseguridad laboral y los bajos salarios ⁽³¹⁾.

La contratación de trabajadores inmigrantes puede dar pie a ciertas formas de explotación de profesionales cualificados, devaluándose así las competencias de quienes han obtenido un título de ATS en el extranjero. En el Reino Unido, “tanto los centros privados como los servicios de

²⁵ Kofman E. (2004): *Gendered migrations, livelihoods and entitlements in the European Union*. Documento elaborado en el marco de la presentación de UNRISD en Pekín +10.

²⁶ Yeates N. (2004): *Global care chains: critical reflections and lines of enquiry*. *International Feminist Journal of Politics*, 6(3), pp. 369-391.

²⁷ Hellen, Nicholas y Justin Sparks: *Britain touts for cheap labour from Poland*. *Sunday Times*, 25 de abril de 2004.

²⁸ Anderson B. y Rogaly B. (2005): *Forced Labour and Migration in the UK*. Estudio elaborado por Compas en colaboración con Trades Union Congress.

²⁹ Laing, William (2002): *Calculating a fair price for care: A toolkit for residential and nursing care costs*. Londres, The Policy Press.

³⁰ Savolainen (2004).

³¹ Ungerson (2003).

salud públicos pueden conseguir permisos de trabajo para contratar a personal de enfermería; sin embargo, suele establecerse un periodo de prueba destinado a *recapacitarlos*, durante el cual cobran como ayudantes”. Una vez completada la adaptación, al cabo de unos tres a seis meses, podrán darse de alta en el Consejo de personal de enfermería y comadronas, ejercer de enfermeros y percibir sus salarios conforme al baremo vigente. Al empleador le incumbirá certificar que ha concluido la adaptación; claro está que “el centro tiene interés en retrasar el registro y en seguir pagando sueldos inferiores”. Debe tenerse en cuenta que estos profesionales suelen pedir dinero prestado para poder viajar al Reino Unido y que, cobrando menos de lo normal, tienen dificultades para pagar los préstamos ⁽³²⁾.

Por otra parte, ocurre a veces que los empleadores de trabajadores de atención a la infancia, como canguros y niños/as, se sustraen a la obligación de pagar contribuciones legales. En circunstancias de alta rotación de los trabajadores, el personal de centros residenciales para mayores y de atención a domicilio suele tener contratos de trabajo temporales o parciales y prestaciones limitadas. Los trabajadores inmigrantes de atención no siempre son dados de alta en la Seguridad Social. La ausencia de incorporación oficial al sistema de la Seguridad Social afectará a la remuneración futura de estos profesionales. Aun cuando los trabajadores temporales o a tiempo parcial cobren lo mismo que el personal permanente, a menudo no disfrutan, en idénticas condiciones, de vacaciones pagadas, subsidios por enfermedad o pensiones. Esta realidad tendrá repercusiones también en el futuro de los ingresos de las trabajadoras ⁽³³⁾.

Bases y condiciones de empleo

En el sector de atención social y ayuda a la infancia, la contratación suele ser de duración determinada y a tiempo parcial. Probablemente quienes trabajen en el sector público tengan contratos que proporcionen más estabilidad. Así, por ejemplo, el personal de atención social y a niños de Dinamarca y Suecia gozan de mejores condiciones de empleo. En el Reino Unido, la tendencia actual a la ocasionalidad ocupacional se concibe como una opción para garantizar una cobertura horaria total, en particular en los grandes proveedores. “Los auxiliares de atención figuran entre las categorías profesionales peor pagadas en el Reino Unido. *Los cuidados en régimen interno permiten resolver la demanda de atención las 24 horas del día, exponiéndose el personal a trabajar en exceso*”. Esta situación hace que estos trabajadores sean especialmente vulnerables a las decisiones de los dueños de centros residenciales, al depender de éstos para alojarse, llamar por teléfono y otras necesidades ⁽³⁴⁾.

La disponibilidad de dinero efectivo para retribuir el trabajo de atención puede instigar la aparición de mano de obra indocumentada, no cualificada, no regulada y sin formación. Es raro que este nuevo tipo de personal de atención disfrute de derechos sociales o pueda acogerse a la legislación laboral. Refiriéndose al impacto de los subsidios por cuidado en las familias italianas, Ungerson (2003) descubrió que en todas las que tenían contratado a personal de atención éste vivía en la zona sin gozar de derechos de residencia. De los trabajadores entrevistados tan sólo uno tenía permiso de residencia en Italia ⁽³⁵⁾.

En Austria, se pagan también los subsidios por cuidado directamente a las personas necesitadas de apoyo; la entidad benéfica Caritas ejerce de empleador del trabajador o proveedor de atención. De esta manera el familiar tiene derecho a la Seguridad Social, vacaciones pagadas y un contrato de empleo. En muchas ocasiones estas condiciones aumentan la autoestima del trabajador, al trasladarse de un entorno informal de asistencia familiar a una relación laboral remunerada.

³² Anderson y Rogaly (2005).

³³ Centre for Public Services (1997): *Undervalued work, underpaid women – women's employment in care homes*. Informe encargado por Fawcett Society.

³⁴ Anderson and Rogaly (2005).

³⁵ Ungerson (2003).

En Austria la concesión de subsidios por cuidado ha facilitado el empleo de trabajadores extranjeros indocumentados hasta tal punto que se han creado agencias encargadas de su gestión ⁽³⁶⁾. Se organiza la contratación temporal de trabajadores inmigrantes desde agencias con sede en Hungría y Eslovaquia. Las personas mayores suelen tener contratadas a dos personas, que trabajan por turnos y ocupan sus puestos durante dos semanas. Estos trabajadores inmigrantes viven con las personas mayores que tienen a su cuidado. De esta forma desempeñan una actividad profesional en un país y pueden regresar con frecuencia a sus países de origen.

El personal de centros de atención a la infancia de gestión pública suelen tener más seguridad laboral que los trabajadores autónomos y contratados por empresas privadas. La inseguridad laboral se da con más frecuencia entre el personal de atención a la infancia que trabaja en casa o en los hogares de los niños.

Tiempo de trabajo

El personal de atención infantil y servicios sociales trabaja jornadas interminables. Aquellos países en los que los profesionales trabajan en centros privados carecen de normas supervisadas de salud y seguridad, y eso que la atención a personas mayores y, en creciente medida, a niños exige tareas de elevación. Este trabajo tiene exigencias de rapidez, con el consiguiente riesgo para la salud. La de atención es una ocupación calificada como generadora de estrés físico y mental.

De un estudio de los recursos humanos en el Reino Unido se desprende que el 10% de los trabajadores de servicios sociales, trabajadores sociales y agentes de libertad vigilada inclusive, tiene una discapacidad que dificulta el desempeño eficaz de la actividad profesional; este porcentaje se eleva por encima del promedio para las trabajadoras ⁽³⁷⁾. Entre el personal de atención a la infancia la proporción es del 7%.

El trabajo de atención como carrera

El impacto de los cambios en las políticas de bienestar social, en particular el sistema de pagos directos a quienes necesiten atención, está afectando a la organización y situación de los trabajadores del sector. Europa muestra un panorama contrastado ⁽³⁸⁾. Las variaciones se manifiestan en los modelos de proyección de este trabajo como carrera. Asimismo, la percepción profesional de esta actividad puede emanar de la dimensión más micro, viéndose cómo el trabajador es capaz de modificar sus tareas diarias y sentir satisfacción con el propio trabajo.

En los países donde las personas mayores tienen la posibilidad de comprar servicios, el surgimiento de nuevas categorías profesionales está empezando a influir en la situación del trabajo de atención. En Alemania, donde la puesta en marcha del seguro de atención se acompañó de la creación de la categoría profesional de trabajador de atención social, ha dado un salto cuantitativo el colectivo de trabajadores de atención registrados ⁽³⁹⁾. Parecido es el proceso que se está desarrollando en los Países Bajos.

En algunos países, se organiza un mercado de trabajo de atención más estructurado y más regulado ahí donde organismos privados y no gubernamentales prestan servicios de atención. Los usuarios tienen acceso a los proveedores de servicios a través de agencias. En Francia, Ungerson (2003) pudo observar que los trabajadores de atención tenían activadas “múltiples relaciones de atención”, al visitar en ocasiones hasta 13 clientes diarios. Las cualificaciones básicas de muchos

³⁶ Ungerson (2003).

³⁷ Simon A., Owen C., Moss P. y Cameron C. (2003): *Mapping the Care Workforce: Supporting joined up thinking. Secondary analysis of the Labour Force Survey for childcare and social work. A study for the Department of Health*. Londres, Institute of Education.

³⁸ Ungerson (2003).

³⁹ Jensen (2002).

profesionales sientan las condiciones fundamentales para acceder a la formación y reflexionar sobre su trabajo ⁽⁴⁰⁾.

Los resultados de un estudio dedicado a la privatización del lugar de trabajo en Suecia, país en que la gestión de los centros residenciales está en manos privadas, pecan de incoherencia en lo relativo a la capacidad de influencia laboral de los trabajadores. Unas veces, la privatización ha mejorado el clima de trabajo; otras, ha agudizado inseguridades e inquietudes entre los trabajadores. En algunos casos, la privatización ha acortado el proceso de toma de decisiones y simplificado la estructura gerencial. En tales circunstancias los trabajadores tienen la sensación de que poseen más poder para influir en sus propias actividades por propia iniciativa ⁽⁴¹⁾.

En Dinamarca, se han venido transformando los servicios de ayuda domiciliaria desde finales de los años setenta, caracterizándose por la introducción del servicio permanente de 24 horas prestado por trabajadores de ayuda y enfermeros a domicilio ⁽⁴²⁾. Conforme iba asentándose este sistema, los trabajadores de ayuda domiciliaria, de trabajar desde sus casas pasaron a formar parte de *grupos semiautónomos* que se reparten el trabajo y resuelven sus propios problemas. Los ayuntamientos encargados de estos grupos calificaron la fórmula adoptada de modalidad de capacitación de los trabajadores de ayuda a domicilio. La consecución del mercado interior y la contratación de servicios desde los ayuntamientos han influido también en el mantenimiento y prestación de servicios de ayuda a domicilio.

El grado de definición de carrera viene determinado por los distintos modelos ocupacionales de atención a niños y extraescolar. El tipo de formación que se exige para incorporarse al sector y la provisión de formación en el puesto de trabajo y habilidades de mantenimiento son factores de percepción del trabajo de atención a la infancia como carrera profesional ⁽⁴³⁾. En Europa, la progresiva integración de la atención a niños con la atención extraescolar y la educación escolar está intensificando la profesionalización de la mano de obra. Sin embargo, según indican Cohen et al. (2004), en los países de abundante provisión privada de atención infantil son escasas las posibilidades de profesionalizar esta actividad debido a la dificultad de aunar los recursos y materializar el esfuerzo inversor que esto requiere ⁽⁴⁴⁾.

Formación

En muchos países, la formación en atención a mayores tiene una duración inferior a la de la ayuda a la infancia. En gran parte de Europa, el personal de atención a la tercera edad posee competencias incompletas. Algunos países se inclinan por ampliar la formación del personal de atención social con el fin de elevar el nivel de trabajo y, con ello, promover la contratación y retención. Los trabajadores inmigrantes tienen el acceso a la formación más complicado. En el Reino Unido, en plena expansión la formación en atención social se apoya en la adquisición de competencias; ahora bien, la elevada rotación de personal de atención social limita el grado de adquisición. El relativo carácter oficial del sistema francés de formación hace posible la cualificación de muchos trabajadores de servicios sociales ⁽⁴⁵⁾.

El personal de atención a la infancia suele poseer una formación inicial superior a la de quienes trabajan con personas mayores, aunque para alcanzar ese nivel sólo son necesarios dos años de formación una vez cumplidos los 16 ó 18. En los países nórdicos, se está imponiendo como norma para el personal de atención infantil y atención preescolar una formación de tres años y de nivel superior. Este nivel educativo tiene, en España, el *profesional de servicios de primera infancia*. En otros países, los profesionales poseen una formación por debajo de la que se acaba de describir.

⁴⁰ Ungerson (2003).

⁴¹ Savolainen (2004).

⁴² Lewinter (2004).

⁴³ Cameron et al. (2003).

⁴⁴ Cohen et al. (2004).

⁴⁵ Ungerson (2003).

En el Reino Unido, Cameron et al. (2004) encontraron que al menos la mitad de las plantillas de atención a la infancia carecía de formación específica. Se incluyen en el colectivo afectado cuidadores, gran parte del personal de atención de guarderías, algunos ludoeducadores y niños/as. En los países nórdicos la situación es diferente. Así, en Dinamarca, la atención a la infancia profesional goza de buena salud y los niveles formativos y perspectivas profesionales son buenos. Asimismo, este sector registra un porcentaje superior de trabajadores masculinos. En proporción superior al 75% los profesionales de los servicios de día tienen diplomas de cuidadores o se les han impartido cursos obligatorios de entre 50 y 100 horas de duración desde el área municipal ⁽⁴⁶⁾.

En Suecia, Finlandia, Países Bajos, Italia y otros países europeos, la financiación de la formación en el puesto de trabajo suele estar descentralizada en los ayuntamientos. En Dinamarca y Bélgica, se ha descentralizado en los centros escolares. En Estados Unidos, el nivel federal establece la obligación que tienen los trabajadores de centros de atención a la infancia de dedicar un determinado número de horas anuales a la formación en el trabajo. Se ofrecen oportunidades de formación permanente en atención a niños en España, Dinamarca y Hungría ⁽⁴⁷⁾.

Afiliación sindical

El carácter parcial del trabajo de atención y los bajos salarios restringen el grado de afiliación sindical en muchos países; se explica por el escaso reconocimiento de que gozan las organizaciones sindicales entre los propietarios de centros residenciales y las consiguientes dificultades que tienen los trabajadores para establecer el contacto con los sindicatos. A las personas que trabajan en régimen interno también les cuesta sindicarse por su dispersión y las escasas oportunidades de comunicarse con compañeros. El crecimiento de la mano de obra inmigrante en Europa y América del Norte dificulta la afiliación de unos trabajadores que carecen de residencia permanente y a menudo temen recurrir a la ayuda sindical.

Los resultados de una encuesta sindical finlandesa acerca de la privatización llevada a cabo en Suecia indican que se está complicando la participación en la actividad sindical ⁽⁴⁸⁾. Se dan incluso casos de empresas en las que los empleados ya no tienen derecho a criticar el lugar de trabajo. En el Reino Unido, dos tercios de los centros residenciales incluidos en una encuesta de 1997 resultaron no tener representación sindical ni reconocían la capacidad negociadora de los sindicatos ⁽⁴⁹⁾.

En Suecia, los sindicatos han desempeñado un papel significativo en la promoción del personal de atención a la infancia a través de la integración de sus sindicatos y el correspondiente fortalecimiento de su poder negociador ⁽⁵⁰⁾. Con ello se contribuirá al desarrollo de la ocupación de trabajador de atención a la infancia.

De los cambios introducidos en las políticas de atención social algunos han impactado directamente en la seguridad de muchas plantillas de atención social y ayuda a domicilio. El personal de atención a niños parece tener mejores perspectivas vistos los lazos existentes entre atención y educación infantil. Los servicios sociales muestran un impulso menor, y eso que se están definiendo en algunos países nuevas categorías de trabajadores como consecuencia de que las personas mayores pueden comprar sus propios servicios de asistencia. En términos generales, la atención social prestada en entornos residenciales y a domicilio la presta una mano de obra infrapagada e infravalorada.

La situación de estos trabajadores se distingue por bajos niveles de formación y afiliación sindical.

⁴⁶ Cameron et al. (2003).

⁴⁷ Cameron et al. (2003).

⁴⁸ Savolainen (2004).

⁴⁹ Centre for Public Services (1997).

⁵⁰ Cohen et al. (2004).

5.2. Usuario de los servicios

Los efectos de la evolución de los modelos de financiación, mantenimiento y prestación de servicios en la accesibilidad y la calidad de los servicios deben considerarse en el contexto del desarrollo de las políticas europeas de bienestar social en el siglo XX. En la mayoría de los países, la atención a la infancia y a la tercera edad ha tenido, como servicio público, una progresión marcadamente diferente. El desarrollo de la atención infantil ha respondido a la creciente participación de las mujeres en la mano de obra, por dispares que sean los niveles nacionales de provisión pública y privada. El reconocimiento de la atención a la infancia como derecho social se está generalizando en Europa.

Por otra parte, la ayuda a personas mayores a menudo tiene su origen en legislaciones diseñadas para aliviar la pobreza y prestar asistencia social⁽⁵¹⁾. La definición y mantenimiento de los derechos de los mayores a una atención social de calidad ha sido una batalla difícil. La introducción de prestaciones y transferencias en metálico aparece como uno de los escasos ejemplos recientes de expansión de los programas del Estado del bienestar⁽⁵²⁾. La actitud de la sociedad frente a las personas mayores es un freno a la mejora de los servicios. La comercialización de la atención social raramente se ha acompañado de mejora de los servicios. Algunas investigaciones están empezando a demostrar que la atención tiene el acceso restringido a determinados grupos⁽⁵³⁾.

Ungerson (2003) advierte que, aunque las nuevas modalidades de financiación que disponen la contratación individual de servicios están generando un nuevo entorno de atención, no deja de ser cierto que queda por ver el impacto en la naturaleza de la relación de atención.

La creciente priorización de programas repercute en la distribución de asistencia. Así, la priorización de servicios hacia las personas más necesitadas trae consigo una atención menor o nula a las personas con niveles inferiores de dependencia y necesidad (en particular las personas mayores). El nivel de ingresos de una persona mayor suele ser el factor determinante de la prestación de servicios adicionales o del desempeño familiar de algunas tareas de cuidado.

Según indican los estudios dedicados a la evolución de la provisión de servicios a domicilio a la tercera edad en Suecia, ha disminuido el número de receptores de unos servicios que suelen volcarse con las personas mayores más frágiles. La reducción del número de camas para mayores en el sector sanitario ha hecho que las personas de edad avanzada más frágiles sean atendidas a domicilio a través de actuaciones municipales. Los servicios se limitan a atención personal y sanitaria, descartándose la oferta municipal de ayuda a la compra, limpieza, lavandería y paseos⁽⁵⁴⁾. Se ha intensificado el proceso de evaluación de necesidades preciso para determinar la elegibilidad de las personas, excluyéndose del acceso a la atención social a las personas con menores necesidades de apoyo. De ahí que las familias acaben ejerciendo de proveedores de atención y que las personas con más recursos económicos recurran a la contratación de cuidadores. Szebehely (2004) encontró que la transformación de las modalidades de ayuda domiciliaria prestada en Suecia había elevado los niveles de atención informal entre las personas mayores frágiles y con menor educación, y los niveles de atención privada entre las personas mayores frágiles con mayor educación.

⁵¹ Anttonen A. (2001): "The politics of social care in Finland: Child and elder care in transition", in Daly M. (ed), *Care Work. The quest for security*. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo.

⁵² Daly M. y Lewis J. (2000): *The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states*. *British Journal of Sociology*, 51(2), pp. 281-298.

⁵³ Trydefard (2001).

⁵⁴ Trydefard (2001).

Del estudio que realizó Lewinter (2004) sobre la evolución, en Dinamarca, de los niveles de provisión de ayuda a domicilio a personas mayores de 67 años se deriva que ha aumentado el porcentaje de personas que se benefician de pocas horas de atención (menos de dos por semana) y el de máximas receptoras, mientras que ha descendido el de usuarios intermedios (entre dos y ocho horas semanales) ⁽⁵⁵⁾. Según se indica en Trydegard y Thorslund (2001), los recursos municipales de atención domiciliaria disponibles acusan una gran variabilidad ⁽⁵⁶⁾.

En Inglaterra, hay señales de que se está desarrollando un proceso similar, como parecen indicar las características de la prestación de servicios de atención a domicilio. Aun cuando el número de horas de contacto trabajadas en la prestación de servicios de ayuda domiciliaria creció el 14% entre 1997 y 2003, el número de hogares receptores bajó un 23% ⁽⁵⁷⁾. No sólo eso, sino que la proporción de hogares beneficiarios de seis o más visitas y de más de cinco horas de contacto creció del 28% al 41%; en cambio, el porcentaje de hogares en los que se realizaba una visita de dos horas o menos pasó del 27% en 1997 al 17% en 2002. Durante dicho periodo, la cantidad de horas prestadas por el sector privado ascendió del 42% al 64%.

Al optar Suecia por la vivienda asistida, la provisión que se acaba de describir tiene la consideración administrativa de vivienda, y ya no de atención, por lo que las personas mayores deben pagar una renta de alquiler y correr con los gastos de unos servicios determinados en función de criterios económicos.

Ungerson (2003) señala que la remuneración a familiares por asumir tareas antes consideradas como *trabajo no remunerado* podría cambiar las relaciones familiares en el entorno del hogar. Cuando el trabajador sea un familiar residente, los pagos se sumarán a los ingresos del hogar; en caso contrario, es probable que se establezcan relaciones comercializadas. En Italia, la remuneración del trabajo de atención sirvió para asegurar bajos ingresos encomendando a la familia la tarea de atención informal.

En el Reino Unido, la provisión de servicios ha registrado varias corrientes que han afectado directamente a los usuarios. En una situación marcada por la Ley de atención comunitaria de 1990 y la introducción de normas para los centros residenciales, el coste de cumplir los niveles nacionales de atención obligó al cierre de varios centros de titularidad pública local y privada, con el consiguiente descenso de la provisión. En el Reino Unido, para el año 2003 el 88% de los servicios de atención residencial se había transferido al sector privado y del 66% de la atención a domicilio financiada por entes locales se hicieron cargo empresas privadas ⁽⁵⁸⁾.

La atención prestada desde los centros residenciales presenta una calidad variable. La prensa se ha hecho eco de varios casos de mala calidad del servicio prestado en centros de BUPA ⁽⁵⁹⁾. El diario Manchester Evening News ha informado de las conclusiones de una inspección realizada en un centro residencial que apuntaban a las malas condiciones de vida de los residentes.

“La residencia sociosanitaria Bedford de Leigh tiene que mejorar su puntuación en 29 de las 34 categorías estipuladas, según revela un informe de la Comisión nacional de normas de atención. En uno de los edificios de un centro de BUPA, la cantidad de orina en las alfombras de los pasillos era tal que se pegaba a los zapatos del inspector. ‘Ya no es sólo cuestión de higiene, sino que tan pésimas condiciones aumentan el riesgo infeccioso’, se advierte en el informe de dicha comisión. El centro, que cobra hasta 473 libras esterlinas por semana, sumaba 26 suspensos de acuerdo con los requisitos legales; el informe

⁵⁵ Lewinter (2004).

⁵⁶ Trydegard y Thorslund (2001).

⁵⁷ Department of Health (2003): *Community Care Statistics 2002: Home care*. Londres, Ministerio de Sanidad.

⁵⁸ Pollock (2004).

⁵⁹ Peterborough Evening Telegraph, 18 de agosto de 2004; Daily Record, 6 de mayo de 2004; Manchester Evening News, 13 de abril de 2004, p. 15, *Home probe after death of heart attack dad*, por John Scheerhout.

formuló 12 recomendaciones adicionales cuyo cumplimiento permite alcanzar los niveles legales”⁽⁶⁰⁾.

Se está dando preferencia a la atención a domicilio, cuya finalidad es el apoyo a la permanencia en el propio hogar o la provisión de viviendas tuteladas. Las entidades de atención a domicilio son las encargadas de la provisión de estos servicios. Toda una serie de organismos de atención a domicilio, públicos o privados, prestan asistencia tanto a residentes de viviendas tuteladas como a personas que viven en casa.

Es muy variable la calidad de los servicios de ayuda domiciliaria. De una encuesta reciente sobre los trabajadores sociales en el Reino Unido (Centre for Public Services, 2004) se desprende que estos trabajadores se ven en la imposibilidad de organizar una oferta adecuada de atención, debido ya sea a las dificultades para trabajar con entidades poco fiables o a las restricciones presupuestarias⁽⁶¹⁾. El aumento del colectivo de proveedores de atención social no ha *aglutinado* la provisión, sino que ha agudizado la fragmentación de servicios.

La reducción de costes y la obligación para el personal de atención social de asumir un número superior de tareas en un tiempo limitado repercuten en la calidad de la provisión. Land (2003) da un ejemplo de cómo ahorrando dinero del seguro puede darse el caso de que el trabajador social ya no esté cubierto por el seguro de la entidad para llevar a un cliente en silla de ruedas hasta los comercios o el parque⁽⁶²⁾, lo cual afecta a la calidad de vida de la persona mayor.

La Inspección británica de servicios sociales comparó los servicios de titularidad pública y privada. En sus conclusiones se plantea que, a pesar de haberse recabado pruebas de calidad, se tuvo conocimiento de “prestaciones de atención domiciliaria por debajo de los requisitos establecidos. Las quejas se relacionan casi siempre con organismos independientes. Elevada rotación de personal, ausencia de fiabilidad, pésima formación e incapacidad de realizar una jornada completa son algunos de los elementos observados”⁽⁶³⁾. Se muestra así cómo la seguridad socioeconómica (en cuanto a salarios y formación) del personal de atención social influye directamente en la calidad de los servicios.

Los cambios en la financiación de la ayuda social son un factor de variabilidad de la accesibilidad y la calidad de la atención. En Suecia y Dinamarca, la priorización de la asistencia hacia mayores más frágiles está provocando que los menos dependientes pierdan el acceso a los servicios públicos de atención social. Se ven afectados en distinta medida los colectivos de bajos y altos ingresos. Si éstos últimos disponen de recursos suficientes para comprar servicios de atención, aquéllos no tienen más remedio que contratar a cuidadores informales. Los subsidios por cuidado han tenido en las relaciones familiares efectos de signo positivo y negativo.

En el Reino Unido, hay indicios de que el crecimiento, registrado en los últimos tres años, del número de plazas disponibles para las personas con dificultades de aprendizaje institucionalizadas en centros de gestión privada ha aumentado un 50% hasta llegar a más de 1.000 plazas. Proveedores del sector privado sostienen en el libro *21st Century Asylums* que la atención institucional es la mejor opción disponible para las personas con dificultades de aprendizaje y problemas de salud mental⁽⁶⁴⁾. El gasto anual probablemente se sitúe entre 180.000 libras esterlinas y 230.000 libras esterlinas por paciente. Por comodidad, los contratadores de servicios se inclinan por las plazas en los hospitales privados antes que por

⁶⁰ Manchester Evening News, 2 de abril de 2003, p. 10, *Care home attacked over “major problems”*, por Tim Stafford.

⁶¹ Centre for Public Services (2004): *Modernising Public Services? Evidence from the frontline*. Sheffield, Centre for Public Services.

⁶² Land H. (2003): *Leaving Care to the Market and the Courts*. Informe presentado en la conferencia de ESPAnet “Changing European Societies – The Role for Social Policy”, 13-15 de noviembre de 2003.

⁶³ Social Services Inspectorate (SSI), citado en Land (2003).

⁶⁴ The Guardian, 4 de agosto de 2004.

constituir una “compleja red multiservicio en la comunidad”. Esto hay que verlo desde las perspectivas a largo plazo de la atención comunitaria a personas mayores y desde el riesgo de que el incremento del coste de la atención domiciliaria intensiva devuelva la provisión a los entornos institucionales.

Al ir ocupando la ayuda a la infancia el protagonismo de numerosas iniciativas estratégicas, se han multiplicado los recursos de atención a niños en muchos países y, como consecuencia de ello, se ha favorecido el acceso a los servicios. Sin embargo, en el Reino Unido, país en que el sector privado es el proveedor número uno de servicios de atención a la infancia, se plantean cuestiones acerca del cumplimiento de las normas y el tratamiento de las quejas y reclamaciones.

Las conclusiones de un estudio encargado por la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo recalcan la necesidad de que el futuro de los servicios sociales públicos haga suyas la orientación al usuario y la participación de éste y del trabajador en la ordenación de los servicios. Las iniciativas que se ejecuten deben ser flexibles y tener en cuenta las necesidades locales. Deben regir el desarrollo de los servicios, ya no criterios de coste, sino requisitos de calidad. Es necesaria la integración de servicios. Es imprescindible que la provisión descansa en asociaciones entre proveedores, organismos financieros, grupos de usuarios y agentes sociales. Los operadores deben invertir en la participación y la formación de los trabajadores. Es imperativo que se acredite la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, se valore el papel de éstas como cuidadoras y como trabajadoras, y se atiendan sus necesidades ⁽⁶⁵⁾.

6. Panorama estratégico en Europa

6.1. Política de atención social en Europa y Unión Europea

Se puede considerar que la Unión Europea (UE) ha tenido un influjo directo parcial en la atención social y a la infancia debido a la ausencia de políticas de ámbito comunitario específicamente orientadas a las personas mayores y a los niños. Los intentos de la UE de cambiar la prestación de atención social a estos dos colectivos han revestido la forma de recomendaciones o sugerencias, sin llegar a trasladarse al nivel de disposiciones legislativas vinculantes. Así, la *Recomendación sobre el cuidado de los niños y de las niñas (92/241/CEE)*, aprobada por el Consejo el 31 de marzo de 1992, si bien advierte que la insuficiencia de recursos de atención a la infancia restringe la participación de las mujeres en el mercado de trabajo, se abstiene de dictar obligaciones adicionales de cumplimiento de requisitos mínimos por parte de los Estados miembros ⁽⁶⁶⁾.

En el marco de la Estrategia de empleo de la UE, le corresponde a cada Estado miembro definir y desarrollar su propia estrategia laboral para hacer partícipes a los muchos colectivos ajenos al mercado de trabajo ⁽⁶⁷⁾. Se ha reconocido la importancia de la provisión de atención a la infancia como factor de reincorporación de la mujer en el mercado laboral. En este sentido, en varios países las madres solteras han pasado a constituir un grupo objetivo; en el Reino Unido lo son del programa para un nuevo reparto (*New Deal Programme*).

El *Libro verde sobre la política social europea* de 1993 alentaba los Estados miembros a compartir la responsabilidad de la aplicación de políticas sociales con las organizaciones voluntarias, agentes sociales y gobiernos locales. La UE ha encargado una investigación dedicada al papel de los cuidadores y las perspectivas de la atención a la tercera edad.

⁶⁵ http://www.eurofound.eu.int/living/socpub_cstudies/transfer.htm

⁶⁶ Rostgaard T. (2002): *Caring for Children and Older People in Europe – A Comparison of European Policies and Practices*. Policy Studies, 23(1), pp. 51-68.

⁶⁷ Estrategia de empleo de la UE 1997.

En 2001 se publicó la Comunicación de la Comisión Europea *El futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores: garantizar la accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera* ⁽⁶⁸⁾. En este informe se hacía hincapié en que el aumento de la esperanza de vida y el porcentaje de personas mayores ampliarían la demanda de servicios sanitarios para el tratamiento de enfermedades relacionadas con la edad. Sin embargo, la atención debe incluir actuaciones de carácter médico y social. Si se mantiene esta tendencia y se tienen en cuenta la evolución del entorno familiar y el papel creciente de la mujer en el mercado de trabajo, deberán renovarse y ampliarse las medidas para poder atender la demanda de asistencia. Los recursos humanos plantean un aspecto clave, ya que la necesidad de contratación de personal se hará sentir cuando el número de personas ocupadas se haya estabilizado o vaya disminuyendo. La tecnología médica es otro ámbito que traerá consigo nuevos productos y tratamientos, y supondrá un elevado gasto. También cabe destacar la creciente demanda de asistencia sanitaria y participación del paciente en los sistemas de salud.

La comunicación define tres objetivos a largo plazo:

- accesibilidad: dar por reales la conexión entre la desigualdad social y la situación sanitaria, estrechar la coordinación entre los servicios sociales y sanitarios, y ampliar la provisión a los grupos menos favorecidos;
- calidad: organizar la medición en distintos sistemas nacionales;
- sostenibilidad financiera: requiere la regulación de la demanda, a través del aumento de las prestaciones contributivas o los copagos y cuotas de usuarios, y la regulación de la oferta de servicios sociales introduciéndose elementos de competencia en los mercados interiores.

El cuestionario sobre la asistencia sanitaria y de larga duración a la tercera edad, publicado por el Comité de protección social, tuvo como finalidad recabar información sobre las opciones de materializar estos tres objetivos (accesibilidad, calidad y sostenibilidad financiera) en los servicios sanitarios y de atención a largo plazo a las personas mayores de los Estados miembros. Se definieron los “mecanismos para medir la efectividad de la prestación, la problemática de la provisión y las correspondiente respuestas estratégicas”. Las respuestas de los Estados miembros fueron objeto de un informe conjunto publicado en marzo de 2003 ⁽⁶⁹⁾ ⁽⁷⁰⁾.

El informe conjunto titulado Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones hace hincapié en la sostenibilidad financiera y la puesta en marcha de mecanismos de control de los costes. Se contemplan medidas para transferir los costes a los usuarios, el control del precio y el volumen de la oferta y la demanda, y reformas para fomentar la utilización eficaz de los recursos.

En 2004, la Comisión publicó la Comunicación COM(2004) 304 final: *Modernizar la protección social para el desarrollo de una asistencia sanitaria y una asistencia de larga duración de calidad, accesibles y duraderas: apoyo a las estrategias nacionales a través del “método abierto de coordinación”* (20 de abril de 2004) ⁽⁷¹⁾. “La universalidad de su cobertura debe estar basada en la

⁶⁸ Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones titulada *El futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores: garantizar la accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera*, 5 de diciembre de 2001, COM(2001) 723 final.

⁶⁹ Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones titulada *Propuesta de informe conjunto - Asistencia sanitaria y atención a las personas mayores: apoyar las estrategias nacionales para garantizar un alto nivel de protección social*, 3 de enero de 2003, COM(2002) 774 final.

⁷⁰ http://www.age-platform.org/AGE/article.php?id_article=93

⁷¹ Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones, *Modernizar la protección social para el desarrollo de una asistencia sanitaria y una asistencia de larga duración de calidad, accesibles y duraderas: apoyo a las estrategias nacionales a través del “método abierto de coordinación”*, 20 de abril de 2004, COM(2004) 304 final.

solidaridad, según las modalidades propias de cada sistema. La solidaridad debe beneficiar especialmente a las personas con rentas bajas y a aquéllas cuyo estado de salud requiera una asistencia intensiva, prolongada o costosa”, se recomienda. Se ponen de relieve los problemas de acceso a los servicios para determinados grupos, planteados por las desigualdades del sistema de reparto de recursos. A las desigualdades también contribuyen las dificultades de contratación y retención de personal.

Se presenta “una estrategia global para los sistemas de salud”, que en la primera comunicación a) propone “objetivos comunes para el desarrollo y la modernización de la oferta y la financiación de la asistencia que permitirían a cada Estado miembro definir su estrategia nacional y beneficiarse de las experiencias y las buenas prácticas de los demás”. Se completaría así los otros tres grandes ámbitos de la protección social: pensiones, inclusión y “hacer que trabajar resulte rentable”.

La otra comunicación es el resultado de las recomendaciones adoptadas en el marco del *Proceso de reflexión de alto nivel*. Presenta un conjunto de propuestas concretas que permiten “incorporar a las políticas comunitarias el objetivo de un elevado nivel de protección de la salud humana”. La cohesión social se ve reforzada por el acceso a una asistencia de calidad. La provisión de empleo se plantea como objetivo, y concretamente, la mejora de la calidad de los empleos, para evitar las salidas anticipadas del mercado de trabajo. “La mejora de la productividad y la eficacia de los prestadores de asistencia será también un desafío clave para el desarrollo sostenible de este sector”. La e-salud contribuirá “tanto a la información como a la prevención, la mejora de la oferta de asistencia y la formación permanente de los profesionales”.

El progreso técnico está dificultando la promoción de sistemas de calidad dado que su impacto sigue siendo incierto en el contexto del envejecimiento de la sociedad. Puede mejorar la eficacia de los sistemas, aumentar la esperanza de vida, incrementar los costes y estimular la demanda de atención procedente de una población con alto nivel educativo. Para poder disipar las incertidumbres será necesario evaluar el gasto en los regímenes de salud y de cuidados de larga duración, y adoptar estrategias preventivas que permitan mejorar el bienestar y la gestión del sistema de asistencia. A continuación se citan los medios disponibles:

- promoción de prácticas y tratamientos basados en pruebas suficientes
- intensificación de la dimensión de género de las estrategias para atender las necesidades de hombres y mujeres
- mejora de la formación del personal sanitario
- fomento de la seguridad y salud
- asignación de recursos acorde a las necesidades
- promoción de la gobernanza y definición de los derechos de pacientes y recursos

Según se indica, el tercer principio –sostenibilidad financiera de la atención– queda supeditado a la *salud y sostenibilidad de los sistemas presupuestarios*. La sostenibilidad financiera se considera que depende de varios instrumentos: tasas de reembolso, precios y volúmenes de los tratamientos, con el fin de controlar los productos o prescripciones, fijación de los presupuestos en el sector hospitalario y “**una mayor responsabilidad de los profesionales y los organismos de financiación en la gestión de los recursos**”. El contenido de este catálogo de instrumentos financieros es revelador de que, si bien se acredita la importancia de la cobertura universal, las modalidades financieras se rigen por la aceptación de que es necesario limitar el gasto público y el mantenimiento de las cuotas de usuarios. La responsabilización de los trabajadores y las entidades financieras parece indicar que se brindarán a los inversores privados oportunidades para influir en el futuro del sector. La comunicación está a debate en los Estados miembros; está prevista la publicación de un informe actualizado para la primavera de 2005.

El papel de la Unión Europea en la política de atención social tiene los límites de la política sanitaria: el principio de subsidiariedad autoriza el desarrollo de políticas nacionales de atención social. Ahora bien, como también ocurre en la sanidad, la legislación del mercado interior está

empezando a dejar su impronta en el sector de atención social. Así lo demuestra la sentencia pronunciada en el examen de la demanda interpuesta por el grupo BetterCare, en virtud de la legislación nacional en materia de competencia, contra los precios contractuales establecidos por el Instituto de la salud de las zonas norte y oeste de Belfast. BetterCare es una compañía de servicios de atención residencial y social privada, que opera en Irlanda del Norte. Este instituto es un proveedor directo de servicios de asistencia social y residencial. Aunque la Oficina de comercio justo rechazara la reclamación por considerar que la oferta de servicios sociales del Instituto de la salud de las zonas norte y oeste de Belfast carecía de carácter económico, BetterCare recurrió la decisión ante un tribunal de la Comisión de competencia del Reino Unido, el cual falló a favor de la compañía (⁷²).

Las repercusiones de esta sentencia se siguen notando. Land (2003) da cuenta de cómo, a raíz de esta decisión, el Instituto de la salud de las zonas norte y oeste de Belfast acabó vendiendo sus servicios de atención social y residencial (⁷³). Los efectos a largo plazo de una sentencia pronunciada por una Comisión de competencia nacional podrían ser determinantes para el futuro de los servicios públicos.

La nueva propuesta de *Directiva relativa a los servicios en el mercado interior* (junio de 2004) iba a aumentar la influencia de la Unión Europea en el sector de servicios sociales. La directiva prefiere otorgar a los *servicios sociales personales* la consideración de servicios de interés económico general (SIEG), sometidos a la legislación de competencia, a la de servicios de interés general (SIG), no sujetos a la competencia. Entre las consecuencias más importantes de esta calificación se destaca el que el operador deberá observar la Ley del país de origen, y ya no la del país de provisión del servicio. En lo que respecta al desplazamiento de trabajadores, los gobiernos de los Estados miembros tendrían las manos atadas para interceder en las condiciones de trabajo de los empleados de una compañía procedente de otro país. La propuesta consiste en que el gobierno del país de origen de la empresa haga cuanto esté en sus manos para cambiar las normativas laborales ya que “como norma general, el proveedor sólo debe cumplir la legislación del país en el que tiene su sede”. Este principio restringiría la actuación de las autoridades contra los trabajadores inmigrantes indocumentados contratados por una entidad con sede en otro país de la UE. Esto habría tenido consecuencias para la contratación y las condiciones de trabajo del personal de atención sanitaria y social, y la calidad de los servicios (⁷⁴).

Bajo el efecto de las extensas campañas e iniciativas de lobby organizadas por entidades de diversa dedicación, instituciones y gobiernos, la directiva fue abandonada en su forma actual. En febrero de 2005, José Manuel Durão Barroso, presidente de la Comisión, declaró lo siguiente: “La directiva tal como estaba redactada no iba a dar resultado (...) Ésta es la razón de que la Comisión haya aceptado unánimemente cambiar el texto” (⁷⁵).

Los hechos apuntan a que la cuestión de la calificación de los servicios de atención social como servicios de interés general está aún sin resolver. La sentencia del Tribunal Europeo de Justicia en el asunto Altmark se manifestó a favor de excluir la ayuda pública a los servicios, como son los de transporte público, de la definición de *ayudas estatales* y, por lo tanto, del ámbito de aplicación de los requisitos de licitación. El fallo del tribunal europeo tiene su importancia para los servicios sociales. No se puede concebir que las administraciones locales proveedoras de servicios de atención social tengan que convocar licitaciones para estos servicios.

⁷² Pollock (2003): *BMJ*. 2003, 326, 1 de febrero, pp. 236-237.

⁷³ Land (2003).

⁷⁴ European Public Health Alliance, EPHA (2004): *Study on legal implications of services directive*, www.ephpa.org

⁷⁵ Durante la presentación del planteamiento de la Comisión para redinamizar la estrategia de Lisboa (fuente: CELSIG, Agence Europe).

Se sigue debatiendo la posible elaboración de una Directiva marco sobre servicios de interés general. Algunos de los aspectos que emanan de este debate quedan recogidos en las conclusiones de una conferencia celebrada en junio de 2004 bajo el título *Servicios sociales de interés general en la Unión Europea: análisis de rasgos específicos, potencial y necesidades*. En las conclusiones se ponen de relieve una serie de temas que merecen consideración en el marco de la calificación de los servicios sociales como servicios de interés general ⁽⁷⁶⁾. En el acto, organizado con la colaboración de la Comisión Europea, se dieron cita representantes del Ministerio federal alemán de la Familia, ciudadanos de edad avanzada, mujeres, jóvenes, la Plataforma de ONG Sociales Europeas y el Observatorio para el desarrollo de los servicios sociales en Europa. En esta conferencia quedó reflejada la inquietud que sienten muchos actores del desarrollo de los servicios sociales.

Los presentes coincidieron en que las políticas de *modernización* de los servicios sociales partían de la presunta necesidad de reducir costes. La modernización de este sector debe ampliar los elementos de análisis a cómo atender las necesidades de la gente, más allá de la estricta asunción de las reducciones presupuestarias. La definición y medición de la calidad de los servicios no deja de ser un tema difícil. Se plantea el reparto de la responsabilidad del cómo, qué y dónde entre los actores interesados. La terminología específica de los servicios de interés económico general y los indicadores de resultados económicos no es la adecuada para los servicios sociales. La atención social necesita que se la reconozca jurídicamente para adquirir una identidad clara que traiga consigo una *aplicación modulada de las normas del mercado y la competencia, de acuerdo con las necesidades del usuario y la calidad de los servicios*. Los servicios sociales suscitan tensiones abiertas entre los ámbitos local, regional, nacional y comunitario de la sociedad. Es necesaria la participación constante de las partes interesadas para informar de la evolución de la *Comunicación relativa a los servicios sociales y sanitarios en la Unión Europea*.

7. Elegibilidad de las empresas para constituir Comités de empresa europeos

7.1. Comités de empresa europeos y legislación comunitaria

La Directiva sobre los Comités de empresa europeos (CEE), aprobada en 1994 ⁽⁷⁷⁾, se ocupa de la promoción del derecho de los trabajadores a la información y la consulta en las compañías transnacionales. Establece que estas empresas tienen la obligación de suscribir acuerdos de información y consulta para el conjunto de los trabajadores de la zona europea, si aún no lo hubieran hecho. El contenido de los convenios está abierto a la negociación entre los representantes de la dirección y los trabajadores; ahora bien, la dirección se niega a pactar ciertos requisitos mínimos, tales como la entrega, al CEE, de informes anuales sobre las perspectivas comerciales de la empresa y el derecho de información sobre circunstancias excepcionales que puedan afectar a los intereses de los empleados, como pueden ser medidas de cierre o despido colectivo.

La Directiva de CEE se aplicará a las empresas ⁽⁷⁸⁾ o grupos de empresas ⁽⁷⁹⁾ que ocupen:

⁷⁶ Conferencia titulada Servicios sociales de interés general en la Unión Europea: análisis de rasgos específicos, potencial y necesidades. Bruselas, 28 y 29 de junio de 2004.

⁷⁷ La Directiva 94/45/CE fue aprobada el 22 de septiembre de 1994 por el conjunto de los Estados miembros de la UE, con excepción del Reino Unido, en virtud del artículo 2.2 del Acuerdo de Política Social (Capítulo Social). Se amplió posteriormente al resto del Espacio Económico Europeo (Noruega, Liechtenstein e Islandia). Los Estados miembros tuvieron como plazo de aplicación hasta el 22 de septiembre de 1996. La directiva original se extendió al Reino Unido a través de la Directiva 97/74/CE de diciembre de 1997.

⁷⁸ Los requisitos se aplicarán a las empresas, término en el que quedan recogidas las asociaciones y otras formas de organización, así como las compañías comerciales, <http://www.dti.gov.uk/er/consultation/ewcover2.htm>

- ? 1.000 o más trabajadores ⁽⁸⁰⁾ en los Estados miembros ⁽⁸¹⁾ y
 ? por lo menos en dos Estados miembros diferentes, 150 o más trabajadores en cada uno de ellos.

Estos criterios de empleo marcan el límite inferior de aplicación, esto es, que *las empresas que superen estos umbrales mínimos deben constituir CEE*; esto no obsta a que las compañías que no los alcancen puedan optar a crear CEE. Se han dado varios casos de constitución voluntaria de CEE, ya sea por motivos de relaciones laborales, de prestigio (para demostrar cobertura europea) o, como ocurrió en el Reino Unido cuando la no aplicación individual, a la espera de la publicación de una obligación legal.

7.2. Elegibilidad para constituir Comités de empresa europeos

Empresas con actividades de atención social en más de un país europeo

Empresa	Presencia en Europa	Número de trabajadores
Attendo	Suecia, Noruega, Dinamarca	3.000
BUPA Care Homes	Reino Unido, (España, Irlanda)	6.950
Carema	Suecia, Noruega, Finlandia	4.500
ISS Care Partner	Suecia, Noruega, Dinamarca	
Medidep	Francia, Bélgica	4.000
Orpea	Francia, Italia	5.700

7.3. No elegibilidad para constituir Comités de empresa europeos

Empresa	Número de trabajadores
Craegmoor Group Ltd	7.500
Four Seasons Healthcare	19.000
Southern Cross Healthcare Ltd	12.000
Westminster Healthcare/Barchester Health Care group	12.000 (tras la fusión)
Domus Vi	
Medica France	

⁷⁹ Un grupo de empresas incluye una “empresa que ejerce el control” y aquellas empresas en las que se ejerce el control, ya sea mediante titularidad, participación financiera o regulación de las empresas controladas.

⁸⁰ Sobre la base del número medio de empleados, incluyéndose empleados a tiempo parcial, presentes en la empresa en los dos años anteriores calculados de acuerdo con las legislaciones o prácticas nacionales, http://europa.eu.int/comm/employment_social/soc-dial/labour/directive9445/9445euen.htm

⁸¹ Por *Estados miembros* se entienden los países miembros de la Unión Europea. Sin embargo, a los efectos de la Directiva de CEE se incluyen desde 1996 el resto de los países del Espacio Económico Europeo (Noruega, Liechtenstein e Islandia). El Reino Unido se mantuvo al margen de la directiva hasta diciembre de 1997. Entre 1995 y 2003 la UE contaba con 15 Estados miembros: Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, España, Finlandia, Francia, Grecia, Irlanda, Italia, Luxemburgo, Países Bajos, Portugal, Reino Unido y Suecia. En 2004 se sumarían otros 10 países.

7.4. Adquisiciones y ventas significativas de sucursales

Empresa	Compra	Venta	Año
Attendo	Sodexo Partena Care (2001) Cario Elderly Care (2004)	-	2001 2004
BUPA	-	Venta de las filiales de servicios domiciliarios excepto Strand Nursing Services	2001-2002
Cario	-	Venta de los servicios a la tercera edad	2004
Générale de Santé	-	Venta de servicios de atención a Domus Vi	2003
ISS	-	Venta del 51% de las acciones en ISS ISS y el Fondo EQT III (EQT) han convenido la creación de una empresa conjunta que se hiciera cargo de ISS Health Care e ISS CarePartner AB	2002 2005
Sodexo Partena Care	-	Venta a Attendo	2001

7.5. Empresas con Comités de empresa europeos o elegibles**7.5.1 ATTENDO**

Attendo Senior Care AB

Arstaangsvagen 1A

S-117 43 Estocolmo

Tel.: +46 8 775 77 00

Fax: +46 8 744 10 50

www.attendo.sewww.telelarmcare.sewww.attendo.co.uk

Número total de empleados: 3.000

Actividades y estrategia de la compañía

Área de negocio	Actividades	Países	Venta (SEK)	Trabajadores
Sistemas Attendo	Comercialización de productos y sistemas (teléfonos de coche, sistemas internos, sistemas de respuesta, sistemas de validación de actividades, servicios y accesorios técnicos) capaces de mejorar la eficacia de la prestación de servicios a personas mayores o con discapacidad	Países nórdicos, Islandia, Alemania, Austria, España, Suiza, Reino Unido	383 millones	230
Respuesta Attendo	Desarrollo de normas de servicio que superen la atención a urgencias y recepción de llamadas de alerta, estableciendo centros de vigilancia capaces de centralizar la organización de la atención y apoyo	Dinamarca, Suecia, Países Bajos, Reino Unido, Francia	112 millones	
Atención Attendo	Residencias sociosanitarias (para personas necesitadas de intensa supervisión), viviendas tuteladas, atención a domicilio, servicios especiales y venta sobre el mostrador, esto es, operación de unidades y venta directa de servicios a gobiernos locales o particulares	Dinamarca, Suecia	964,6 millones	Más de 2.000
Ventas globales			1.444 millones	
Beneficio bruto			300,5 millones	

La empresa emplea a 3.000 personas. Sus principales accionistas son Saki AB, sociedad de inversiones; Melker Schorling (también presente en el Consejo de Scandia), y Lars Forberg (a través de la familia y la empresa). La compañía tiene como objetivo alcanzar el liderazgo en la provisión de servicios y productos de atención en Europa. En 2004 adquirió el área de servicios de atención a la tercera edad de Capiro, llegando a ser el primer proveedor de servicios sociales de la zona norte. En febrero de 2005, la gestora de fondos de *private equity* británica Bridgepoint Europe II, propiedad de British Bridgepoint Capital Group Limited, adquirió una participación mayoritaria en la empresa sueca de provisión de servicios de atención Attendo AB⁽⁸²⁾. En 2003, Bridgepoint Capital Group tomó además una participación en la empresa de servicios francesa Medica.

7.5.2 Bridgepoint Capital

Bridgepoint Capital Ltd
 101 Finsbury Pavement
 Londres EC2A 1EJ
 Tel.: +44 20 73 74 35 00
www.bridgepoint-capital.com

⁸² www.attendo.nl, <https://www.sparnord.dk/investering/nyheder/news/nPRWP14.text>

CEE: NO, ¿ELEGIBILIDAD?

Estrategia y actividades

Bridgepoint es un líder en la provisión de fondos de *private equity* con una experiencia de 25 años invirtiendo para obtener crecimiento de capital a largo plazo. Bridgepoint realiza su actividad de inversión a través de la gestión, organización y dirección de operaciones de compra total de acciones o del suministro de recursos financieros adicionales para apoyar el crecimiento empresarial. De titularidad independiente, Bridgepoint Capital ha cosechado más de 5.000 millones de euros de la orientación de terceros inversores institucionales. También vende empresas, con un retorno de la inversión de 2.500 millones de euros desde 2000. Son inversores los fondos de pensiones estatales de Estados Unidos y varias instituciones europeas y de Medio Oriente.

Cuenta actualmente con una cartera de cinco empresas del sector sanitario:

Empresa	Actividades	Tipo de transacción	Volumen de la transacción (en millones)	Fecha	Cifra de negocios
Alliance Medical www.alliancemedical.co.uk	Operador privado de equipo de imágenes de diagnóstico (Reino Unido)	Compra de la empresa por sus directivos	178 €	2001	63 millones de €
Attendo www.attendo.se	Operador de centros residenciales para la tercera edad (Suecia)	Compra de la empresa por sus directivos	245 £	2005	275 millones de £
Match Group www.match.co.uk	Provisión de personal para el sector sanitario (Reino Unido)	Compra de la empresa por sus directivos	117 €	1999	240 millones de €
Medica www.medica-france.com	Operador de centros residenciales para la tercera edad (Francia)	Compra de la empresa por sus directivos	330 €	2003	207 €
Robinia Care Group www.robinia.co.uk	Provisión de atención residencial especializada para jóvenes y adultos con dificultades de aprendizaje	Compra total de acciones independiente	49 €	2003	36 €

	(Reino Unido)				
--	---------------	--	--	--	--

Al anunciar la adquisición de Attendo AB, Bridgepoint Capital hizo la siguiente declaración: "Nuestra intención es ejercer una titularidad activa y aprovechar nuestro extenso conocimiento de la industria y nuestros recursos de capital para prestar el necesario apoyo gerencial y empresarial" (⁸³).

7.5.3 BUPA

BUPA
BUPA House
Bloomsbury Way
WC1A 2BA Londres
www.bupa.co.uk
CEE: NO, ELEGIBILIDAD

Número total de empleados: 9.120 (Europa)

Desglose regional (Europa)

País	Número de empleados
Reino Unido	6.950
Irlanda	170
España	2.000
Total	9.120

Principales filiales europeas

Empresa	Titularidad	País	Contacto	Página web	Empleados
Sanitas, España	100%	España	Ribera del Loira, 52, E-28042 Madrid Tel.: +34 902 102 400	www.sanitas.es	2.000
BUPA Ireland	100%	Irlanda	12 Fitzwilliam Street, Dublín 2 Tel.: +353 1 662 76 62 Fax: +353 1 662 76 72	www.bupa.ie	170
BUPA Hospitals Ltd	100%	Reino Unido	Bloomsbury Way, Londres WC1	www.bupa.co.uk	6.950
BUPA UK Insurance	100%	Reino Unido		www.bupa.co.uk	
BUPA Care Services Ltd	100%	Reino Unido		www.bupa.co.uk	

⁸³ Comunicado de prensa, www.bridgepoint-capital.com

BUPA Childcare Services Ltd	100%	Reino Unido		www.bupa.co.uk	
Strand Nurses Bureau Ltd	100%	Reino Unido		www.bupa.co.uk	

Presentación y estrategia corporativa

Los servicios de atención han protagonizado la mayor expansión de BUPA desde mediados de los años noventa. BUPA Care Services se vertebra en tres filiales: BUPA Nursing Homes Ltd, BUPA Care Services Ltd y Care First Group plc. BUPA tiene a su cuidado 223 centros residenciales y 54 residencias tuteladas para mayores; en 1999, atendía a 26.000 personas en régimen residencial o domiciliario. BUPA ha ampliado actividades en los sectores de asistencia sanitaria, cuidados y atención a la infancia. En 2001-2002, vendió gran parte de sus actividades de ayuda a domicilio, manteniendo en su haber Strand Nursing Bureau, organismo de contratación de personal de enfermería, que ha ido asumiendo tareas de atención domiciliaria.

7.5.4 CAREMA

Kungsgaten 70 3tr
S-111 22 Estocolmo
Tel.: +46 8 617 39 00
Fax: +46 8 617 39 80
www.carema.se

Número total de empleados: 4.500

Presentación y estrategia corporativa

Carema es una empresa sueca creada en 1996; se dedica a suministrar servicios de asistencia especializada, atención primaria, ayuda a la tercera edad y a personas con discapacidad, servicios psiquiátricos y dotación de personal. La empresa se ha especializado en la oferta integrada de atención. Tiene operaciones en Noruega, Suecia y Finlandia.

La Unidad de soluciones empresariales para la asistencia sanitaria se articula en tres áreas comerciales.

- La de atención primaria se hace cargo de la gestión de 20 centros sanitarios repartidos en Suecia.
- La división de atención especializada lleva servicios de asistencia en hospitales locales, cirugía electiva y readaptación bajo el nombre de Carema Specialist Healthcare.
- El área de contratación es titular de las marcas Rent-A-Doctor, Rent-A-Nurse y Care Team. Las tres áreas llevan a cabo sus actividades en nombre de los consejos locales. Los consejos corren con todos los gastos de atención primaria. Asumen el 90% de los ingresos de la unidad de contratación, correspondiendo el porcentaje restante a actividades del sector privado, salvo un reducido porcentaje proveniente de seguros privados de salud y pagos privados.

La Unidad de soluciones empresariales para enfermería presta apoyo, servicios y atención a personas con problemas físicos y psicológicos (cuidados y psiquiatría). También tiene cabida en esta unidad la atención a la tercera edad. Como primer operador en Suecia, proporciona atención a 4.500 personas repartidas en 40 centros. Las operaciones las lleva a cabo suscribiendo contratos, asumiendo la gestión y utilizando otros sistemas de usuario. Los ayuntamientos se hacen cargo de las facturas de servicios de la unidad de soluciones empresariales, lo que

representa el 70% del volumen de negocios. La Unidad de soluciones empresariales para enfermería tiene operaciones en Noruega, Suecia y Finlandia.

En Carema son grandes inversores Orkla, Ovriga, Jarla Investeringar AB y la familia Saven.

	2003	2002	2001
Cifra de negocios	2.356,3 SEK	2.474,8 SEK	2.123,6
Resultados anteriores y fondo de comercio	71,9 SEK	16,5 SEK	- 22,5 SEK

Fuente: informe anual 2003 de Carema

7.5.5 ISS CARE PARTNER SVERIGE AB

Box 42071
S-126 13 Estocolmo
Tel.: +46 8 681 60 00
www.carepartner.se

Número total de empleados: 4.000

ISS Care Partner Sverige AB se formó tras la venta del 51% de las acciones de ISS en servicios a la tercera edad. Tiene operaciones en Suecia, Noruega y Finlandia. En 2004, vendió la filial finlandesa Care Partner a Medivire, filial del grupo homónimo. Se dedicó a servicios de atención domiciliaria, servicios de vivienda y clases de parvulario en centros de día en Finlandia, configurándose una oferta de atención social a mayores y ayuda a la infancia. El grupo Medivire, famoso por sus servicios de salud ocupacional, proporciona además servicios de vivienda, atención a domicilio y telefonía para seguridad personal. Quedan así patentes las posibilidades de conjugar la prestación de servicios de atención social con sistemas de seguridad personal para personas mayores.

En febrero de 2005, ISS anunció la constitución de una empresa conjunta con el fondo EQT III con el fin de adquirir las actividades de ISS Health Care, cuya plena titularidad ostentaba ISS. La empresa conjunta adquirirá además el 100% de CarePartner AB, participada en el 49% por ISS y el 51% por la dirección. ISS se hará con el 51% de la dirección antes de vender las actividades combinadas a la empresa conjunta. Este acuerdo estará sujeto a la aprobación de las autoridades antitrust (comunicado de prensa de ISS del 1 de febrero de 2005). El grupo de inversiones EQT fue creado en 1994 por Investor AB, el primer holding de Escandinavia. Pertenece al grupo Wallenberg⁽⁸⁴⁾.

7.5.6 MEDIDEP

31, boulevard de La Tour Maubourg
F-75007 París
Francia
Tel.: +33 1 45 50 31 21
Fax: +33 1 45 50 39 99
<http://www.medidep.com/>

⁸⁴ <http://www.eqt.se/>

Medidep

152, avenue de Malakoff

F-75116 PARÍS

Dirección electrónica: infodoc@medidep.com

Número total de empleados: 4.000

Desglose de empleados en 2003 (equivalentes a tiempo completo)

	Directivos	Técnicos	Empleados	Total
EHPAD	102	451	1.628	2.183
Clínicas	163	391	956	1.509
Apoyo a domicilio	34	86	81	201
Holding Medidep	12	0	10	22
Total	312	928	2.675	3.914

Fuente: informe anual 2003 de Medidep, p. 36.

Presentación y estrategia corporativa

Fundado en 1992, Medidep conoció entre 1998 y 2002 un periodo de gran expansión con la compra de 142 centros. Asimismo se hizo con tres recursos en Bélgica. En 2004, Medidep contaba con 94 centros operacionales y tenía en plantilla a 50.000 trabajadores.

En 2003, tras la jubilación del fundador de la empresa, Pierre Austruy, se produjo un cambio de titularidad. ORPEA, otro líder francés de la provisión de atención, pasó a ser accionista principal con el 29% de las acciones, estando el 5% de los títulos en manos de Fidelity Investments.

Existen tres áreas de negocio:

- clínicas con servicios de readaptación y atención psiquiátrica;
- EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, o instituciones de alojamiento para personas mayores dependientes);
- atención a domicilio, con 17 redes operacionales.

El 18 de abril de 2002, el grupo Medidep suscribió el CCU (Convention collective unique, o convenio colectivo único), cuya aplicación inicial a las clínicas se suspendió a las instituciones EHPAD a raíz del acuerdo del 10 de diciembre de 2002. Medidep defiende una política salarial basada en la "concesión de primas de rendimiento en función del cumplimiento de objetivos cualitativos y cuantitativos establecidos a principios de año" (página 39 del informe anual 2003).

Medidep ha creado FORMADEP, centro de formación para sus empleados. Según indica la empresa, la razón del acento puesto en la formación es triple: "la falta de personal sociosanitario; la evolución constante del contenido técnico de los servicios de atención, y la fatiga de determinadas tareas y la proximidad psicológica con personas que están llegando al final de sus vidas" (página 38 del informe anual 2003 de Medidep).

7.5.7 ORPEA

Grupo ORPEA

1-3, rue Bellini

F-92806 PUTEAUX Cedex

Francia

Tel.: +33 1 47 75 78 07

www.orpea.com

Empleados: 5.700

Estrategia y actividades

Orpea es el primer proveedor privado de servicios sociales en Francia. Tiene en su haber 106 centros y clínicas dotados con 10.017 camas. Hace poco compró un centro residencial en Italia (Ancona) y está negociando una adquisición en Piamonte ⁽⁸⁵⁾.

8. Anexo A: recomendaciones

Las investigaciones dedicadas por la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo al desarrollo de servicios sociales públicos de calidad en cada Estado miembro de la UE apuntan a las siguientes pistas de acción:

- orientación al **usuario** de los servicios y activa promoción de la participación y capacitación del usuario;
- participación de los usuarios y el personal en el funcionamiento de sistemas de **calidad** y el desarrollo organizativo;
- sistemas de calidad **flexibles**, adaptativos y pertinentes para la atención a las necesidades locales;
- iniciativas de calidad que atiendan a las capacidades o **necesidades diferenciadas** de los usuarios;
- marcos de calidad que propicien un nivel de flexibilidad organizativa apto para atender a la diversidad de necesidades y circunstancias;
- predominancia organizativa de la calidad, libre de criterios de coste;
- objetivos de rendimiento y evaluación que den cabida a medidas de retroalimentación cualitativa y cuantitativa;
- dotación de tiempo y recursos suficiente para poner en marcha sistemas de calidad orientados al usuario;
- coordinación e **integración de mecanismos para la prestación de servicios** que den una respuesta multifacética a las necesidades encontradas;
- continuidad del servicio y la financiación;
- constitución de **asociaciones** de proveedores de servicios, entidades financieras, grupos de interés y agentes sociales;
- una cultura de la **innovación** en las organizaciones de servicios que confiera flexibilidad a la atención a necesidades y requisitos;
- sistemas eficaces de **evaluación** con mecanismos de retroalimentación;
- **personal altamente cualificado** capaz de satisfacer las necesidades de los usuarios y definir y materializar los correspondientes cambios organizativos;
- inversión de los servicios en la **formación y participación de los trabajadores**, junto con la participación y capacitación de los usuarios;
- **igualdad de oportunidades** entre mujeres y hombres de manera que no se ignoren las funciones de cuidadoras y las necesidades laborales o de atención de las mujeres.

Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo
Estudio de los servicios sociales públicos en Europa
http://www.eurofound.eu.int/living/socpub_cstudies/quality.htm#1

⁸⁵ Mayer, Regis, Senioractu.com, 14 de octubre de 2004.