

SECTOR DE LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA Y NEGOCIACIÓN COLECTIVA

Jorge Aragón Medina
Jesús Cruces Aguilera
Fernando Rocha Sánchez



INFORMES
Y ESTUDIOS
RELACIONES
LABORALES



MINISTERIO
DE TRABAJO
Y ASUNTOS SOCIALES

MINISTERIO DE TRABAJO
Y ASUNTOS SOCIALES

**Subdirección General de Información
Administrativa y Publicaciones**

RET. 07-2.222

Sector de la atención
a la dependencia y negociación
colectiva

COLECCIÓN INFORMES Y ESTUDIOS
Serie Relaciones Laborales Núm. 81

Sector de la atención a la dependencia y negociación colectiva

Jorge Aragón Medina

Jesús Cruces Aguilera

Fernando Rocha Sánchez

Catálogo General de Publicaciones Oficiales
<http://www.060.es>

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de este libro puede ser reproducida o transmitida en forma alguna ni por medio alguno, electrónico o mecánico, incluidos fotocopias, grabación o por cualquier sistema de almacenado y recuperación de información, sin permiso escrito del editor.



Edita y distribuye:

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
Subdirección General de Información
Administrativa y Publicaciones

Agustín de Bethencourt, 11 - 28003 Madrid

Correo electrónico: sgpublic@mtas.es

Internet: www.mtas.es

NIPO: 201-07-169-8

ISBN: 978-84-8417-259-8

Depósito legal: M-36.919-2007

Réplica electrónica de publicación en papel

Imprime: SUÁREZ BARCALA - Paseo de la Castellana, 121. 28046 Madrid

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	11
AGRADECIMIENTOS	15
II. LOS SERVICIOS SOCIALES DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA	17
1. LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA	17
1.1. Concepto de dependencia	17
1.2. Determinantes de la atención a la dependencia ..	20
1.2.1. <i>Envejecimiento de la población</i>	21
1.2.2. <i>Situaciones de discapacidad</i>	27
1.2.3. <i>Cambios en el modelo de cuidado a personas dependientes</i>	31
2. LA PROTECCIÓN SOCIAL A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA EN LA UNIÓN EUROPEA.....	36
2.1. Modelos de protección social en los Estados miembros de la UE	37
2.2. Marco comunitario de coordinación de las políticas de protección social.....	41
3. LOS SERVICIOS SOCIALES DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN ESPAÑA.....	50
3.1. Políticas de servicios sociales.....	52

3.1.1.	<i>La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.....</i>	56
3.2.	Aproximación al sector de la atención a la dependencia	66
3.2.1.	<i>Características de los servicios sociales</i>	66
3.2.2.	<i>Empleo y condiciones de trabajo.....</i>	89
III.	LA NEGOCIACIÓN COLECTIVA EN EL SECTOR DE ATENCIÓN A PERSONAS DEPENDIENTES..	101
1.	ESTRUCTURA DE LA NEGOCIACIÓN COLECTIVA	102
1.1.	Ámbitos sectoriales.....	106
1.1.1.	<i>Residencias, Centros de Día y Servicio de Ayuda a Domicilio.....</i>	106
1.1.2.	<i>Centros para Personas con Discapacidad</i>	108
1.2.	Reglas de articulación.....	110
2.	CONTENIDOS DE LOS CONVENIOS	114
2.1.	Residencias y Centros de Día	114
2.1.1.	<i>Empleo y contratación</i>	114
2.1.2.	<i>Clasificación profesional</i>	127
2.1.3.	<i>Retribuciones</i>	133
2.1.4.	<i>Tiempo de trabajo</i>	135
2.1.5.	<i>Formación profesional.....</i>	150
2.1.6.	<i>Prevención de riesgos laborales.....</i>	153
2.2.	Servicio de Ayuda a Domicilio	162
2.2.1.	<i>Empleo y contratación</i>	162
2.2.2.	<i>Clasificación profesional</i>	170
2.2.3.	<i>Retribuciones</i>	172

2.2.4.	<i>Tiempo de trabajo</i>	173
2.2.5.	<i>Formación profesional</i>	182
2.2.6.	<i>Prevención de riesgos laborales</i>	184
2.3.	Centros para Personas con Discapacidad	187
2.3.1.	<i>Empleo y contratación</i>	187
2.3.2.	<i>Clasificación profesional</i>	192
2.3.3.	<i>Retribuciones</i>	197
2.3.4.	<i>Tiempo de trabajo</i>	198
2.3.5.	<i>Formación profesional</i>	211
2.3.6.	<i>Prevención de riesgos laborales</i>	213
2.4.	Nota sobre los Acuerdos laborales y convenios colectivos de las Administraciones Públicas	215
3.	ESTRATEGIAS DE LOS AGENTES SOCIALES..	217
3.1.	Contexto de la negociación colectiva	218
3.2.	Criterios de las organizaciones empresariales y sindicales.....	221
IV.	CONCLUSIONES	225
1.	PRINCIPALES RESULTADOS	226
1.1.	Residencias, Centros de Día y Servicio de Ayuda a Domicilio	228
1.1.1.	<i>Empleo y contratación</i>	228
1.1.2.	<i>Clasificación profesional</i>	235
1.1.3.	<i>Retribuciones</i>	236
1.1.4.	<i>Tiempo de trabajo</i>	237
1.1.5.	<i>Formación profesional</i>	243
1.1.6.	<i>Prevención de riesgos laborales</i>	245
1.2.	Centros para Personas con Discapacidad	246
1.2.1.	<i>Empleo y contratación</i>	247
1.2.2.	<i>Clasificación profesional</i>	249
1.2.3.	<i>Retribuciones</i>	250
1.2.4.	<i>Tiempo de trabajo</i>	251

1.2.5. <i>Formación profesional.....</i>	256
1.2.6. <i>Prevención de riesgos laborales.....</i>	257
2. REFLEXIONES FINALES.....	258
V. BIBLIOGRAFÍA	263
VI. ANEXO: LISTADO DE CONVENIOS COLECTIVOS ANALIZADOS.....	271

I

INTRODUCCIÓN

La atención a las personas en situación de dependencia constituye uno de los principales retos de la política social en el ámbito de la Unión Europea (UE). Un reto asociado tanto al incremento progresivo del número de personas dependientes¹, como a los cambios en el modelo de cuidados a este colectivo, que tradicionalmente se ha basado en el apoyo informal de las familias y –sobre todo– de las mujeres.

El desarrollo de los sistemas de protección a la dependencia ha sido la respuesta que, con diversas características y grados de desarrollo, han adoptado los diferentes Estados europeos para hacer frente a esta demanda social creciente. Asimismo, a finales de los años noventa comienzan a plantearse orientaciones comunes de actuación sobre esta materia desde el ámbito comunitario, que se consolidan en la presente década con la definición de un nuevo marco para la coordinación abierta de las políticas de protección social y de inclusión en la Unión Europea.

En España, la protección social a las personas dependientes se ha desarrollado en las últimas décadas de forma relativamente fragmentada y dispersa, a través de los servicios sociales implantados fundamentalmente en los ámbitos autonómico y local –con importantes diferencias territoriales– y planes sectoriales elaborados desde la Administración Central, pero sin responder a una visión integral e integradora.

La necesidad de articular un sistema básico y eficaz de protección, que de respuesta de forma coordinada y global a una demanda social creciente en España, se encuentra en la base de la aprobación de la *Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Aten-*

¹ A lo largo del libro, se utilizarán de forma equivalente las denominaciones de “personas en situación de dependencia” y “personas dependientes”.

*ción a las personas en situación de dependencia*². Una ley que tiene como referente el Acuerdo suscrito en 2005 por el gobierno y los agentes sociales más representativos en el ámbito estatal, y cuya finalidad es consolidar la atención a la dependencia como un nuevo derecho universal de ciudadanía, que se configura así como un cuarto pilar del Estado del bienestar (junto al Sistema Nacional de Salud, el Sistema Educativo y el Sistema de Pensiones).

La intervención pública ha coexistido, por otra parte, con la pervivencia de una red asistencial vinculada a organizaciones del tercer sector –sobre todo, de carácter religioso– y con la iniciativa privada de carácter lucrativo, que cobra creciente importancia a partir de los años 90 (en un contexto de progresiva generalización del modelo de gestión concertada de los servicios sociales en el ámbito territorial). Todo ello ha motivado que, en la actualidad, el sector de la atención a la dependencia en España presente una notable heterogeneidad, en relación tanto a las entidades que desarrollan los servicios –en aspectos como el tamaño o la naturaleza jurídica– como a las características y calidad de los mismos.

La calidad de los servicios sociales constituye precisamente uno de los principios que, según la *Ley 39/2006*, permiten desarrollar una adecuada promoción de la autonomía personal y atención a las personas dependientes. Un principio cuya materialización, como reconoce la propia ley, está estrechamente asociada a la calidad del empleo de las personas que trabajan en este sector.

La calidad del empleo es un concepto multidimensional, que afecta a variables de diverso tipo y cuya promoción puede realizarse desde diversas áreas de actuación. El presente libro recoge los principales resultados de una investigación centrada en un campo de intervención específico, como es la negociación colectiva en el sector de la atención a las personas dependientes. Un estudio cuya hipótesis central es que los agentes sociales pueden promover, a través de la negociación colectiva, una mejor regulación de las condiciones de trabajo en un sector caracterizado por un alto grado de heterogeneidad, favoreciendo así una mayor calidad del empleo, base esencial para garantizar la calidad de la prestación de servicios a las personas en situación de dependencia.

El libro se estructura de la siguiente forma: el capítulo segundo aborda el concepto de atención a la dependencia y los principales

² Boletín Oficial del Estado, 15 de diciembre de 2006.

factores –demográficos y sociales– que han determinado su desarrollo en España, particularmente en la última década. Posteriormente, a partir de una breve contextualización de las principales medidas de protección social desarrolladas en el ámbito europeo, se ha analizado la situación de los servicios sociales de atención a la dependencia en España, incidiendo en una doble dimensión: (a) una aproximación general a las principales iniciativas desarrolladas por las Administraciones Públicas en este campo, culminando con el examen de la *Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*; y (b) el análisis del sector de atención a la dependencia, en relación tanto a las características de los principales servicios, como al empleo y las condiciones de trabajo.

El capítulo tercero constituye el núcleo central del libro, donde se aborda la estructura y contenidos de la negociación colectiva en los subsectores de Residencias, Centros de Día, Servicio de Ayuda a Domicilio y Centros para personas con discapacidad. Un análisis que se completa con el análisis de los criterios y estrategias de los agentes sociales en los procesos de negociación.

El capítulo cuarto recoge las principales conclusiones de la investigación, así como las propuestas elaboradas a partir de las mismas. El libro se completa con la bibliografía y un anexo en el que se recoge el listado de convenios colectivos analizados.

Las fuentes de información utilizadas en la investigación son de diverso tipo. Así, por una parte se ha combinado la revisión de la literatura especializada, con la utilización de las fuentes estadísticas disponibles para el sector de atención a la dependencia; por otra, el estudio de la negociación colectiva se ha realizado a partir de los propios convenios³. Finalmente, una fuente de especial valor para el estudio ha sido la realización de un trabajo de campo, sobre la base de entrevistas semi-estructuradas a expertos y representantes de las organizaciones sindicales y empresariales. Unas entrevistas que han aportado una información muy relevante, tanto para el análisis de las características y evolución del sector de atención a la dependencia, como para el desarrollo y valoración de los procesos de negociación colectiva (incluyendo la propia delimitación de la base de convenios).

³ Las características de la base de convenios y de la tipología de contenidos elaborada para su análisis se describen en el capítulo III.

AGRADECIMIENTOS

El presente libro recoge los principales resultados de una investigación realizada en 2006 por la Fundación 1.º de Mayo, en colaboración con el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Queremos agradecer a Carmen Ortega, María Jesús Martínez, Juan Manuel Gutiérrez, Manuel Lloredo y Paloma Peláez su apoyo a la investigación, así como por las sugerencias realizadas durante la misma. Igualmente, queremos reconocer la labor de apoyo realizada por Daniel Muñoz Morcillo en la fase central de elaboración del trabajo.

Somos especialmente deudores del apoyo que, desde el inicio del estudio, nos han dado Juan Manuel Duque y Héctor Maravall, que nos han aportado su experiencia y amplio conocimiento, y con los que hemos compartido el interés y apasionamiento por estudiar una realidad especialmente importante para el desarrollo de una sociedad más justa y cohesionada.

También queremos agradecer de forma particular a Pura García y Enrique Martín, de la Secretaría de Política Social de Comisiones Obreras (CC.OO.), y a Amaia Otaegui, del Observatorio de Negociación Colectiva de CC.OO. por todas las valiosas aportaciones realizadas durante el desarrollo del estudio.

Asimismo, deseamos manifestar nuestra gratitud a las diferentes personas que, en el ámbito de las organizaciones empresariales y sindicales, han colaborado en la realización del estudio: Alicia Azaña y Javier Martínez (Asociación Estatal de Servicios Residenciales para la Tercera Edad); Alberto Echevarria (Federación Empresarial de Asistencia a la Dependencia); Antonio Molina (LARES – Federación de residencias y servicios de atención a personas mayores, sector solidario); José Alberto Marcos (Asociación de Empresas de Servicios de Teleasistencia); Agustín Lopesino (Asociación Estatal de Ayuda a Domicilio); Luis Álvarez (Federación de Sanidad de CC.OO.); Pilar Bravo (Federación de Servicios y Administraciones Públicas de CC.OO.); Bernat Asensi (Federación de Enseñanza de CC.OO.); Jesús Martínez y Palmira Maya (Federación de Actividades Diversas de CC.OO.) y Fernando Puig (Secretaría Confederal de Estudios de CC.OO.).

De igual modo, queremos reconocer las aportaciones de las diferentes personas que asistieron al seminario intermedio donde se de-

batió un primer avance del estudio: Héctor Maravall, Enrique Martín y Rita Moreno (Confederación Sindical de CC.OO.); Luis Álvarez, Bernat Asensi, Palmira Maya (Federación de Sanidad, Educación y Actividades diversas de CC.OO.); Juan Manuel Duque, Pedro Calderín y Adela Mateo (IMSERSO); Eva Ruano (Dirección General de Trabajo); Teresa Esteban (Subdirección General de Estudios sobre el Empleo) y Natalia Fernández (Consejo Económico y Social).

También agradecemos a Mayte Sancho, del Observatorio de Personas Mayores del IMSERSO, la información proporcionada sobre los servicios sociales en España.

Por último, queremos expresar nuestra gratitud tanto a Elena García y Raquel Boto, de la Secretaría Confederal de Acción Sindical de CC.OO., como a todo el personal del Centro de Documentación de la Confederación Sindical de CC.OO., por su trabajo a la hora de facilitarnos el acceso a la base y los textos de los convenios colectivos. De manera muy especial, queremos recordar expresamente a Concha Jiménez, entrañable compañera recientemente fallecida, que durante años nos ha aportado desde el Centro de Documentación todo su conocimiento, apoyo y amistad en los diversos estudios realizados por la Fundación 1.º de Mayo.

Son muchas las personas a las que debemos nuestro reconocimiento por el apoyo prestado al estudio que presentamos, cuya responsabilidad es, en cualquier caso, exclusivamente nuestra.

Los autores

II

LOS SERVICIOS SOCIALES DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

El objetivo de este capítulo es realizar una panorámica general de los servicios sociales de atención a la dependencia en España, que permita contextualizar el análisis de la negociación colectiva en el sector.

1. LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

Se realiza en este apartado una delimitación conceptual de la atención a la dependencia, abordando a continuación los principales determinantes de su desarrollo en España¹.

1.1. Concepto de dependencia

El concepto de dependencia se define, siguiendo la Recomendación adoptada en 1998 por el Consejo de Europa, como “un estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal” (Consejo de Europa, 1998).

En términos similares, la *Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situa-*

¹ No se plantea realizar un análisis en profundidad de esta cuestión, que excedería los objetivos de la investigación. Para una visión exhaustiva, Cf. AA.VV. (2005).

ción de dependencia –en adelante, Ley 39/2006– define la dependencia como “el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal” (artículo 2.2).

Ambos enunciados plantean la concurrencia de tres factores que determinan una situación de dependencia:

- (a) La existencia de un déficit en el funcionamiento, es decir, de la pérdida o anormalidad de una parte del cuerpo, o de una función fisiológica o mental².
- (b) La limitación de la autonomía, que se define como la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades de la vida diaria. Unas actividades que, en relación a la determinación de la dependencia, suelen dividirse en dos grandes grupos:
 - *Actividades básicas de la vida diaria*, definidas por la Ley 39/2006 como “las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas” (artículo 2.3).
 - *Actividades instrumentales de la vida diaria*, cuya realización requiere de un mayor nivel de autonomía personal, asociadas a tareas que implican tomar decisiones e implican interacciones con el medio. Dentro de estas actividades se incluyen las tareas domésticas, de movilidad, de administración del hogar y de la propiedad, como utilizar el teléfono,

² Definición recogida en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías de la Organización Mundial de la Salud (2001). El término “anormalidad” se utiliza para referirse a una desviación significativa de la norma estadística.

acordarse de tomar la medicación, coger el transporte público, preparar la comida, etc.

- (c) La necesidad de asistencia o cuidado por parte de una tercera persona. La limitación en las actividades de la vida diaria es una condición necesaria pero no suficiente para determinar una situación de dependencia, siendo necesaria asimismo la demanda de asistencia significativa para realizar dichas actividades.

Las situaciones de dependencia no son homogéneas, por otra parte, existiendo diferentes grados en función de la autonomía de las personas y la intensidad del cuidado que requieren (Cuadro II.1).

CUADRO II.1.
Grados de dependencia

Grado I. Dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.

Grado II. Dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.

Grado III. Gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

Fuente: Ley 39/2006 (artículo 26).

En cuanto a las características demográficas de este fenómeno, los estudios disponibles permiten apuntar una estrecha relación entre dependencia y envejecimiento, en la medida en que el porcentaje de personas con limitaciones en su autonomía crece conforme aumenta la edad. No obstante, existen también miles de personas menores de 65 años que necesitan cuidados y atención continuada por diversas razones. Es por ello que el fenómeno de la dependencia no se circunscribe exclusivamente al colectivo de personas mayores, aunque éstas sean las que con más intensidad se vean afectadas por el mismo.

Por otra parte, desde la literatura especializada se ha enfatizado asimismo que existen otras variables –además de la demográfica– que matizan la equiparación mecánica entre envejecimiento y dependencia; por ejemplo, la mejora de la calidad de vida y el desarrollo social,

que no sólo aumentan la esperanza de vida en general, sino también la esperanza de vida libre de discapacidad, así como avances en la autonomía de las personas mayores (Rodríguez, G., 2005).

La población dependiente en España, según las estimaciones del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), ascendía en 2005 a 1,13 millones de personas, de las que el 74% son mayores de 64 años (y el 40% de más de 80 años). La mitad de estas personas presenta un grado moderado, mientras que sólo el 17% tiene gran dependencia (Tabla II.1). A esta población habría que sumar, por otra parte, otros 1,66 millones de personas que –sin ser dependientes en sentido estricto– presentan necesidad de ayuda para realizar tareas domésticas y/o discapacidad moderada para alguna actividad básica de la vida diaria (AA.VV., 2005).

TABLA II.1.
Estimación del número de personas dependientes en España, por grados de necesidad de cuidados y grandes grupos de edad. Años 2005 y 2010

Grado	Año 2005				Año 2010			
	6 a 64 años	65 a 79 años	80 y más años	Total	6 a 64 años	65 a 79 años	80 y más años	Total
Gran dependencia	31.174	47.300	116.034	194.508	31.652	47.655	144.149	223.456
Dependencia severa	78.498	111.090	182.015	370.603	82.956	110.841	226.539	420.336
Dependencia moderada	188.967	216.034	155.078	560.080	200.052	213.839	188.745	602.636
Total	298.639	374.424	453.127	1.125.191	314.660	372.335	559.433	1.246.428

Fuente: Libro Blanco sobre Atención a las personas en situación de dependencia en España (2005).

Las proyecciones del Libro Blanco apuntan, por último, que el número de personas dependientes en 2010 superará la cifra de 1,2 millones de personas; asimismo, se estima que el número de personas no dependientes con necesidad de ayuda para realizar tareas domésticas y/o discapacidad moderada ascendería a unos 1,77 millones de personas.

1.2. Determinantes de la atención a la dependencia

La atención a las personas dependientes no constituye obviamente un hecho novedoso, pero sí se ha conformado en la última

década como una creciente demanda social en España –que se estima continúe aumentando a medio plazo– como consecuencia de dos elementos: **(a)** la progresiva ampliación del colectivo de personas en situación de dependencia, debido a la combinación de diversos factores, como el envejecimiento de la población, o la mayor incidencia de las situaciones de discapacidad; y **(b)** las transformaciones en el modelo tradicional de cuidados a las personas dependientes.

1.2.1. Envejecimiento de la población

La población española ha experimentado un proceso progresivo de envejecimiento en los últimos treinta años, reproduciendo –si bien de forma algo más tardía– las pautas registradas por los países más desarrollados³.

Así, según los datos del censo la población de más de 65 años en España se ha duplicado durante este período, pasando de 3,3 millones de personas en 1970 –un 9,7% de la población total– a 6,9 millones en 2001 (un 17%). A ello se suma el fenómeno demográfico denominado *envejecimiento del envejecimiento*, es decir: el aumento del colectivo de población con edad superior a 80 años, y cuyo peso en el conjunto de la población se ha duplicado en sólo veinte años⁴.

Un aspecto significativo de este proceso es su velocidad creciente durante este período; un hecho que se puede contrastar a partir de diversos indicadores, cuya evolución permite destacar las siguientes tendencias (Tabla II.2): **(a)** el aumento en la edad media de la población; **(b)** la reducción a la mitad de la proporción de la población de edad menor de 15 años; **(c)** el incremento sustancial, como ya se ha apuntado, de la población mayor de 64 años y –dentro de este segmento– de la población más longeva (80 años y más); y **(d)** el crecimiento del índice de envejecimiento –la razón entre la población mayor de 64 años y la menor de 15– que se ha triplicado durante este período.

³ Para un análisis demográfico detallado de la población mayor en España, Cf. Del Barrio y Abellán (2007).

⁴ Datos del Instituto Nacional de Estadística (INE).

TABLA II.2.

Indicadores de la estructura de edad de la población española: 1970-2001

	1970	1981	1991	2001	Variación 01/70 (%)
Edad media	32,9	33,9	36,9	40,0	21,6
% Población 0-14 años s/total población	27,8	25,7	19,4	14,5	-47,8
% Población 15-64 años s/total población	62,5	63,1	66,8	68,4	9,4
% Población ≥ 65 años s/total población	9,7	11,2	13,8	17,0	75,3
% Población ≥ 80 años s/total población	1,5	1,9	3,0	3,9	160,0
Índice de envejecimiento	34,8	43,7	71,3	117	237,1

Índice envejecimiento = Población ≥65 / población 0-14.

Fuente: INE, Censo de población 1970, 1981, 1991 y 2001.

La aceleración del proceso de envejecimiento está estrechamente asociada a dos cambios demográficos sustanciales, que se han desarrollado en la sociedad española durante este período (Requena, 2006): (a) la reducción significativa en las tasas de fecundidad, que a mediados de los años 70 estaban entre las más altas de Europa, y que a finales de los 90 descienden hasta situarse en las posiciones más bajas de la UE⁵; y (b) el descenso continuo en la mortalidad, que en la actualidad presenta en España uno de los niveles agregados más bajos del mundo; un hecho que conlleva asociado un significativo avance en la esperanza de vida, especialmente elevado en las mujeres⁶.

La población empadronada en España –a enero de 2006– es de 44,4 millones de personas, de las que el 50,6% son mujeres y el 49,4% varones. Por grupos de edad, el colectivo de personas mayores de 65 años integra a siete millones y medio de personas –17% de la población total– mientras que el de 80 y más años a casi dos millones (Tabla II.3).

⁵ No obstante, dichas tasas han registrado una ligera recuperación desde comienzos de la presente década, debido en gran medida a la intensidad del fenómeno de la inmigración.

⁶ Según los datos de EUROSTAT (2005), la esperanza de vida de las mujeres en España es de 83,9 años, superior a la media de la UE-25 (81,9 años). La esperanza de vida de los varones españoles es de 77,4 años, también superior a la media de la UE-25 (75,8 años).

En términos comparativos, España se sitúa en la sexta posición en la Unión Europea (UE-25) respecto de los países con mayores cifras de población envejecida, tras Italia –con un 19,2% de personas de más de 65 años– Alemania (18%), Grecia (17,9%), Suecia (17,2%) y Bélgica (17,1%)⁷.

TABLA II.3.

Población empadronada en España, por grupos de edad y sexo. Año 2006 (miles)

Grupos edad	Ambos sexos		Varones		Mujeres	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
0-14 años	6.305,9	14,2	3.243,1	14,8	3.062,8	13,6
15-64 años	30.611,6	69,0	15.528,8	70,8	15.082,8	67,1
65-69 años	5.503,0	12,4	2.476,9	11,3	3.026,1	13,5
80 y más años	1.974,7	4,4	685,1	3,1	1.289,7	5,7
Total población	44.395,3	100,0	21.933,9	100,0	22.461,4	100,0

Fuente: INE, Avance de Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2006. (Datos provisionales)

Los datos del padrón municipal confirman otra tendencia demográfica relevante, como es la proporción más elevada de mujeres en el grupo de personas mayores de 65 años; un hecho asociado a la longevidad superior de las mujeres españolas, como ya se ha apuntado, en relación a los varones.

La mayor supervivencia de las mujeres no está asociada, sin embargo, a una mejor salud. Así, diversos estudios han constatado que las mujeres mayores padecen en general más enfermedades por persona que los varones, así como una mayor incidencia de las situaciones de discapacidad. Esta realidad ha llevado a plantear la *feminización del envejecimiento* como un fenómeno con características específicas, que conlleva nuevos retos adicionales de atención. Máxime, considerando que una proporción significativa de las mujeres de edad avanzada viven solas y disponen de ingresos económicos reducidos (Pérez, L., 2004.).

Por otra parte, las personas mayores distan mucho de ser un colectivo homogéneo, presentando de hecho diferencias significativas

⁷ Datos de Eurostat.

—además de la ya apuntada de género— en aspectos como: (a) la disponibilidad de pensión y su cuantía; (b) la existencia de un núcleo familiar, y la posibilidad o no de que se pueda prestar cuidado en ese ámbito; (c) la ubicación en un medio rural o urbano; y (d) los diferentes grados de dependencia y/o autonomía personal, así como las distintas necesidades de cuidados⁸.

A todo ello, se suma además otro factor diferenciador especialmente relevante, como es la cobertura social de las personas mayores en función del lugar de residencia. Un hecho que se explica por el heterogéneo desarrollo de los servicios sociales en España, de modo que —dependiendo del territorio en que vivan— las personas con necesidades especiales cuentan con diferente extensión de recursos, distintos requisitos de acceso, y diverso contenido y atención profesional⁹.

Las proyecciones demográficas para las próximas décadas prevén, por último, una continuidad del envejecimiento de la población en España en las próximas décadas. La magnitud de este proceso puede experimentar algunas variaciones, sin embargo, en función de la incorporación de la población inmigrante; un colectivo cuyo peso en la sociedad española ha crecido de forma rápida e intensa en la última década, especialmente a partir del año 2000, con una incidencia significativa en el crecimiento de la población y la tasa de natalidad¹⁰.

La razón de ello es que la población extranjera es significativamente más joven que la autóctona, agrupándose mayoritariamente en el período de mayor fertilidad —25 a 34 años— con un efecto positivo a corto plazo en las tasas de natalidad, al que se viene a sumar el de las tendencias al reagrupamiento familiar¹¹.

En este sentido, las estimaciones oficiales realizadas por el INE sobre la evolución de la población en España plantean dos posibles

⁸ Los distintos informes sobre personas mayores en España publicados por el IMSERSO ofrecen un análisis exhaustivo de la situación de este colectivo. Para la última edición, Cf. Abellán et ál. (2007).

⁹ Esta cuestión se aborda en el capítulo II.3.1.

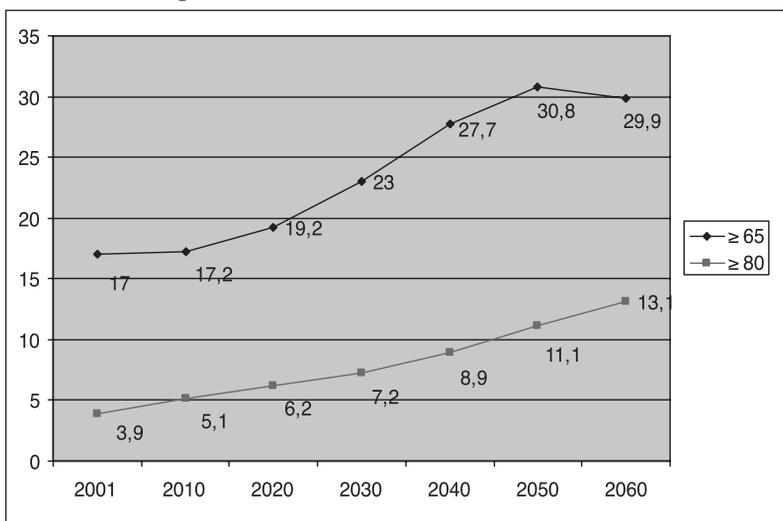
¹⁰ Según los datos del Padrón Municipal de 2006, el número de residentes extranjeros en España asciende a 3,99 millones de personas, que suponen el 8,7% del total de la población empadronada.

¹¹ La aportación de la población inmigrante sobre la natalidad iría disminuyendo en cambio a medio y largo plazo, ya que las familias inmigrantes suelen asimilar rápidamente las tendencias natalistas de los Estados de acogida (Maravall, 2003.a).

escenarios futuros, en función de las hipótesis previstas sobre entradas netas de extranjeros¹²:

- (a) *Escenario 1*: Las entradas netas de extranjeros en España evolucionan según la tendencia más reciente hasta el año 2010, año a partir del cual se mantienen constantes. El total de entradas en España durante el periodo 2007-2059 se eleva a 14,6 millones de personas. Sobre esta hipótesis, se prevé que la proporción de personas mayores de 65 años en España en el año 2060 ascienda al 29,9% de la población total, mientras que la de mayores de 80 años al 13,1% (Gráfico II.1).

GRÁFICO II.1.
Proyecciones de población mayor en España (% s/total de población). Período 2001-2060 (Escenario 1)



Fuente: Elaboración propia a partir de las proyecciones de población del INE (Base censo 2001)

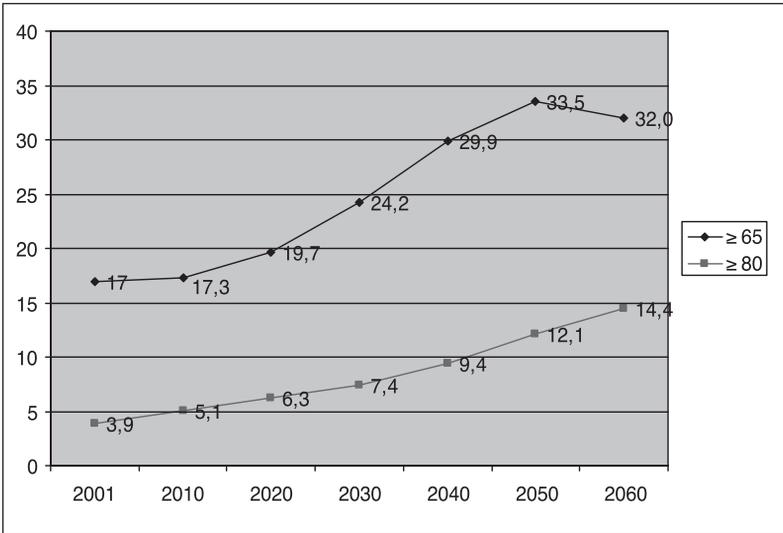
- (b) *Escenario 2*: Supone a medio plazo una disminución mayor de las entradas netas, se ha establecido de acuerdo con Eurostat. Las entradas netas del extranjero son las mismas

¹² Instituto Nacional de Estadística: hipótesis sobre la evolución de los fenómenos demográficos según los diferentes escenarios considerados.

que en el Escenario 1 para el período 2002-2006 y, a partir de este último año, la tendencia decreciente de las entradas de extranjeros hasta el año 2010, las sitúa en torno a las 100.000 anuales para el periodo 2007-2059, por lo que el total de entradas durante el mismo es de unos 5,8 millones de personas.

Las proyecciones realizadas a partir de esta hipótesis estiman un mayor crecimiento de la población mayor para el año 2060 (Gráfico II.2).

GRÁFICO II.2.
Proyecciones de población mayor en España (% s/total de población). Período 2001-2060 (Escenario 2)



Fuente: Elaboración propia a partir de las proyecciones de población del INE (Base censo 2001)

En todo caso, ambos escenarios establecen como tendencia común el aumento continuado de la población mayor de 65 años y –con mayor intensidad– de las personas mayores de 80. Ello plantea un contexto social marcado por la ampliación significativa del número de personas necesitadas de cuidados de larga duración y, en consecuencia, una mayor demanda de actuaciones y recursos destinados a la atención de este colectivo.

1.2.2. Situaciones de discapacidad

La discapacidad es un concepto que expresa los aspectos negativos de la interacción entre un individuo con problemas de salud y su entorno físico y social. Se trata de un concepto genérico que, siguiendo la definición establecida en 2001 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), engloba tres dimensiones o componentes diferentes: (a) deficiencias a nivel corporal; (b) limitaciones en la actividad, a nivel individual; y (c) restricciones en la participación, a nivel social. Una definición que incide no sólo en los factores personales, sino asimismo en los factores ambientales, en su calidad de condicionantes tanto del origen de las discapacidades, como de la solución de los problemas que conllevan (Cuadro II.2).

La principal fuente de información estadística disponible sobre las personas con discapacidad en España es la *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud* (EDDES), realizada en 1999 por el INE, el IMSERSO y la Fundación ONCE, y cuyos datos se han tomado como referencia en el propio texto de la *Ley 39/2006*. Por esta razón, se ha optado por incluir un breve comentario de la misma, a pesar del tiempo transcurrido desde su elaboración¹³.

Así, según la EDDES 3 millones y medio de personas –el 9% de la población– presenta alguna discapacidad o limitación que ha causado o puede llegar a causar discapacidad.

Los datos de la encuesta muestran una clara correlación entre la prevalencia de las situaciones de discapacidad y la edad. Más del 32 por ciento de la población de las personas mayores de 65 años tiene alguna discapacidad, mientras que entre los menores de esa edad la proporción de personas con discapacidad no llega al 5 por ciento. Por otra parte, se constata un aumento de la prevalencia conforme avanza la edad, así como una intensidad mucho mayor de la misma a partir de los cincuenta años (Tabla II.4).

No obstante, no puede establecerse una relación lineal entre necesidades generalizadas de apoyo y envejecimiento, ya que si bien las personas mayores son las más afectadas, las situaciones de discapacidad se pueden dar en todas las épocas de la vida de la persona. De hecho, se ha señalado que cuando las necesidades intensas de

¹³ Por otra parte, el INE ha anunciado la realización de una nueva *Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia* para finales de 2007, cuyos resultados se conocerán en 2008 (Cf. López, 2007).

CUADRO II.2.

Marco conceptual de la discapacidad

Discapacidad.—Es el término genérico que engloba todos los componentes: deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Expresa los aspectos negativos de la interacción entre un individuo con problemas de salud y su entorno físico y social.

- *Deficiencia.* Son problemas en las funciones fisiológicas o en las estructuras corporales de una persona. Pueden consistir en una pérdida, defecto, anomalía o cualquier otra desviación significativa respecto a la norma estadísticamente establecida.
- *Limitaciones en la actividad.* Son las dificultades que un individuo puede tener para realizar actividades. Estas dificultades pueden aparecer como una alteración cualitativa o cuantitativa en la manera en que la persona desempeña la actividad en comparación con otras que no tienen un problema de salud similar.
- *Restricciones en la participación.* Son problemas que una persona puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales, tales como relaciones interpersonales, empleo, etc. en el contexto real en el que viven. La presencia de una restricción en la participación viene determinada por la comparación de la participación de la persona con discapacidad con la participación de una persona sin discapacidad en una situación análoga o comparable.

Factores Contextuales.—Constituyen el trasfondo, tanto propio como externo, de la vida de un individuo y de su estilo de vida. Incluyen los factores personales y los factores ambientales, que pueden tener una influencia positiva o negativa en la realización de actividades o en el desempeño del individuo como miembro de la sociedad.

- *Facilitadores.* Son todos aquellos factores en el entorno de una persona que, cuando están presentes o ausentes, mejoran el funcionamiento y reducen la discapacidad. Por ejemplo, la disponibilidad de tecnología asistencial adecuada, y también la existencia de servicios de apoyo que intentan aumentar la participación de las personas con discapacidad en determinadas áreas de la vida (educación, empleo,...). Los facilitadores pueden prevenir o evitar que un déficit o limitación en la actividad se convierta en una restricción en la participación.
- *Barreras/obstáculos.* Son todos aquellos factores en el entorno de una persona que, cuando están presentes o ausentes, limitan el funcionamiento y generan discapacidad. Por ejemplo, un ambiente físico inaccesible, un producto no utilizable por todos o un servicio existente que, sin embargo, no es válido para las personas con discapacidad.

Fuente: Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (2001).

apoyo se presentan en las primeras fases del ciclo vital –nacimiento, infancia, juventud– la situación es aún más crítica para la persona afectada y su entorno. La razón de ello es que esta situación suele tener un origen no previsto, a diferencia de lo que sucede en las personas mayores, y además puede prolongarse en un período mucho más dilatado de tiempo (Pérez, 2006).

Tabla II.4.
Personas con discapacidad. Estimación de prevalencia (tasas por mil habitantes), en España, por sexo y grupos de edad (1999)

Grupo edad	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Menos de 6 años	22	22	23
De 6 a 16 años	17	18	16
De 17 a 44 años	30	34	25
De 45 a 64 años	94	89	99
De 65 a 79 años	261	224	291
De 80 y más años	545	494	571
Total	90	77	103

Fuente: EDDDES (1999).

La encuesta estima un mayor número de mujeres con discapacidad, en conjunto, que de varones; en torno a dos millones, que representan casi el 60% del total de la población afectada. No obstante, esta mayor proporción no se da en todos los grupos de edad; así, se constata un mayor número de varones con discapacidad en las edades más jóvenes, mientras que en las más elevadas –a partir de 45 años– se invierte la tendencia.

La mayor prevalencia de las situaciones de discapacidad en las mujeres mayores es un dato relevante, máxime considerando que, como ya se ha dicho, tienen una mayor longevidad. En este sentido, desde diversas perspectivas se ha remarcado que las mujeres mayores con discapacidad se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad, e incluso muchas de ellas están en riesgo de exclusión social. Una situación que ha motivado la elaboración, por parte de las Administraciones Públicas, de actuaciones orientadas específicamente a este colectivo (AA.VV., 2006.d).

En cuanto al tipo de discapacidad, las más frecuentes son las relacionadas con la movilidad; especialmente, la dificultad para des-

plazarse fuera de la casa, que afecta en conjunto a más de dos millones de personas. Le siguen en cuanto a frecuencia la discapacidad para realizar las tareas del hogar y, en general, las relacionadas con la motricidad. Por otra parte, las discapacidades tienen como origen una o varias deficiencias, siendo las más comunes las deficiencias sensoriales y las que afectan al sistema osteoarticular.

Los datos de la EDDDES reflejan, por último, que la prevalencia de las situaciones de discapacidad no es homogénea entre las diferentes Comunidades Autónomas; un aspecto particularmente relevante a la hora de planificar dispositivos de atención para este colectivo en el conjunto del Estado.

Así, partiendo de una prevalencia para el conjunto del estado de 94 personas con discapacidad por cada mil habitantes (6 y más años), las Comunidades Autónomas de Castilla y León, Murcia, Andalucía y Galicia presentan unas tasas significativamente superiores a la media. En el extremo contrario, las Comunidades de La Rioja, Canarias, Madrid y País Vasco presentan tasas sensiblemente inferiores (Tabla II.5).

TABLA II.5.

Personas con discapacidad. Estimación de prevalencia (tasas por mil habitantes), por grandes grupos de edad y ámbito territorial (datos referidos a personas de 6 y más años). 1999

Ámbito territorial	6 a 64 años	65 y más años	Total
Andalucía	56	394	106
Aragón	37	268	87
Asturias	47	300	100
Baleares	46	260	80
Canarias	41	272	70
Cantabria	46	315	97
Castilla y León	46	373	118
Castilla-La Mancha	45	340	104
Cataluña	48	329	98
Comunidad Valenciana	40	301	84
Extremadura	43	357	102
Galicia	50	324	106
Madrid	38	263	73
Murcia	56	405	108
Navarra	35	288	81
País Vasco	39	239	74
Rioja	27	183	57
Ceuta/Melilla	59	361	98
TOTAL	46	322	94

Fuente: EDDDES (1999).

En suma, en torno al 9% de la población en España presenta algún tipo de discapacidad, que puede constituir a su vez una causa –real o potencial– de dependencia. Un colectivo que se prevé crezca a medio plazo debido a la combinación de factores médicos y sociales diversos, como las mayores tasas de supervivencia de las personas afectadas por alteraciones congénitas, enfermedades y accidentes graves, o la creciente incidencia de los accidentes laborales y de tráfico.

1.2.3. Cambios en el modelo de cuidado a personas dependientes

Existe un amplio consenso, tanto en la literatura académica como institucional, en remarcar que la atención a las personas dependientes en España sigue realizándose de forma predominante en el ámbito familiar. Un hecho reconocido expresamente por la propia *Ley 39/2006*, al destacar en su exposición de motivos que “hasta ahora, han sido las familias, y en especial las mujeres, las que tradicionalmente han asumido el cuidado de las personas dependientes, constituyendo lo que se ha dado en llamar al apoyo informal”.

El perfil tipo de quienes cuidan informalmente a las personas mayores en los hogares en España es el siguiente: mujer de 53 años, casada, con estudios primarios y cuya actividad principal son las tareas del hogar. Más concretamente, las encuestas sobre apoyo informal a los mayores realizadas por el IMSERSO ofrecen los siguientes resultados (GFK-EMER e IMSERSO, 2004):

- El número absoluto de cuidadores/as que ayudan informalmente a mayores de 65 años en los hogares españoles, se estima en casi 951 mil personas (un 6% de la población de 18 y más años).
- El 84% del total de las personas cuidadoras son mujeres, de las que un porcentaje significativo declara no recibir ningún tipo de ayuda para la realización de este trabajo.
- Las personas cuidadoras se sitúan predominantemente entre los 45 y 69 años, con una edad media de 53 años. Un dato que lleva a plantear la cuestión del envejecimiento de las personas cuidadoras –y no sólo de las dependientes– como consecuencia del incremento en la esperanza de vida de la población.

- El estado civil mayoritario entre las personas cuidadoras es el de casada.
- El nivel de enseñanza de las personas cuidadoras es muy bajo, predominando las que tienen estudios básicos (43%).
- El 73% de las personas cuidadoras no tiene actividad laboral retribuida, destacando en este grupo las que se dedican a las tareas del hogar (44%).

Los distintos estudios realizados coinciden en apuntar, sin embargo, una modificación significativa del marco de apoyo informal a las personas dependientes a medio plazo, como consecuencia de la combinación de dos fenómenos: los cambios en el modelo tradicional de familia; y la incorporación creciente de las mujeres al mercado de trabajo. Unos fenómenos que, en última instancia, están asociados a las transformaciones sustanciales en el rol social de las mujeres, que han cobrado especial intensidad en España durante las últimas décadas.

Los *grandes cambios familiares* en España se inician en los años 70, profundizándose fundamentalmente en las dos décadas posteriores. La sociedad española reproduce así la evolución seguida por los países más desarrollados hacia un nuevo escenario demográfico, cuyas principales características son (Requena, 2006; Jurado, 2006): (a) los bajos niveles de fecundidad y la escasa nupcialidad, así como el retraso en la edad del matrimonio y la maternidad; (b) el aumento veloz de las formas de convivencia informales (parejas de hecho sin y con hijos); (c) la diversificación de los modelos de formación de hogares, con un incremento de la proporción de hogares unipersonales, de parejas sin hijos y de hogares monoparentales; y (d) en general, la práctica de estrategias vitales de índole no familiar durante períodos crecientemente largos del ciclo vital.

Los cambios familiares son el producto de estrategias y comportamientos de las diferentes personas que integran la unidad familiar. No obstante, son las mujeres —especialmente las mujeres jóvenes— las principales protagonistas de estos cambios, por diversas razones: (a) han alcanzado en España unos niveles educativos muy superiores a los de las generaciones anteriores; un hecho relevante, considerando que los comportamientos familiares más innovadores son protagonizados principalmente por mujeres de niveles educativos altos, sobre todo universitarias; (b) se dedican en mayor medida al trabajo remunerado fuera del hogar; (c) han reducido de forma notable sus niveles de fecundidad; y (d) se separan y divorcian con mayor frecuencia.

Un fenómeno al que hay prestar una atención específica lo constituye la **creciente incorporación de la mujer al mercado de trabajo**. Un proceso que comenzó en España mucho más tarde que en la mayoría de los países europeos, pero que se ha desarrollado con mayor intensidad –especialmente, durante la última década– y que se puede calificar de irreversible.

Un breve recorrido por la evolución de las tasas de actividad y empleo en las tres últimas décadas permite constatar la magnitud de este fenómeno. Así, el aumento de población de 16 y más años entre 1976 y 2006 fue de 11,4 millones de personas, con una proporción ligeramente superior de los varones. Sin embargo, el número de mujeres que se dirigieron a participar activamente en el mercado de trabajo –5,2 millones de personas– fue significativamente superior al de varones (2,9 millones).

Este proceso se ha reflejado en la evolución de la tasa de actividad, que en términos globales registró un aumento de casi seis puntos porcentuales en este período. A nivel desagregado se observa, en cambio, una evolución diferenciada; así, mientras que la tasa de actividad de las mujeres aumentó en 19 puntos porcentuales –del 28,8% al 47,9%– la de los varones experimentó un retroceso de nueve puntos (Tabla II.6 y Gráfico II.3).

TABLA II.6.
Tasas de actividad en España, por sexo. 1976-2006 (%)

Año	Total	Varones	Mujeres	Dif. p.p.
1976	52,5	78,0	28,8	-49,2
1980	50,1	74,2	27,7	-46,5
1990	50,7	68,3	34,2	-34,1
2000	53,4	66,2	41,2	-25,0
2006	58,3	69,1	47,9	-21,2

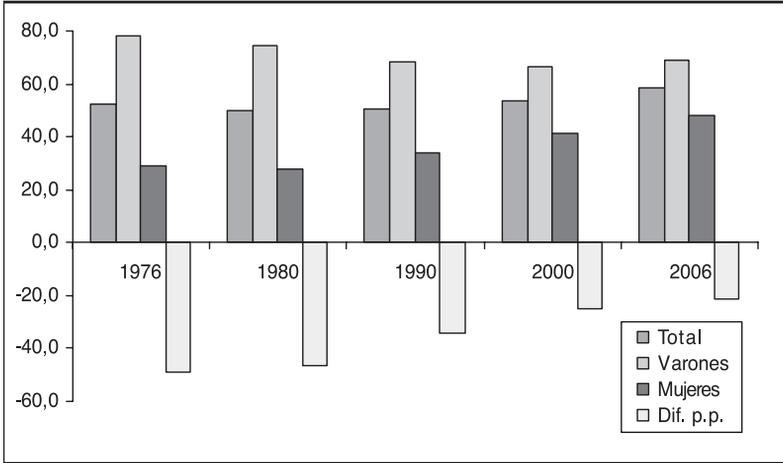
Dif pp= Diferencia puntos porcentuales mujeres respecto de varones.

Fuente: EPA, 2.º trimestre (excepto 3º trimestre 1976).

La intensa incorporación de las mujeres al mercado de trabajo, tanto a través de la ocupación como del desempleo, ha supuesto una reducción significativa del diferencial de las tasas de actividad entre hombres y mujeres de 28 puntos (del 49,2 al 21,5%). Una evolución que no puede soslayar, sin embargo, la persistencia de una distancia

elevada en la participación laboral de ambos géneros, significativamente más alta que la media registrada en la Unión Europea¹⁴.

GRÁFICO II.3.
Tasas de actividad en España, por sexo. 1976-2006 (%)



Fuente: Elaboración propia a partir de EPA, 2.º trimestre (excepto 3.º trimestre 1976).

La *evolución del empleo* también pone de relieve la magnitud de la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo durante este período¹⁵. Así, de los 6,9 millones de empleos creados entre 1976 y 2006, 4,4 fueron ocupados por mujeres y 2,5 por varones. La intensidad del incremento del empleo femenino es particularmente relevante, considerando la diferencia en los niveles de partida (9,1 millones de varones con empleo en 1976, frente a 3,6 millones de mujeres). En este sentido, la tasa de crecimiento del empleo de las mujeres para el conjunto del período ha sido del 120,1%, significativamente superior a la de los varones, que fue del 27,9%.

¹⁴ Según los últimos datos disponibles de EUROSTAT, la diferencia entre las tasas de actividad –15 a 64 años– de varones y mujeres la UE 25 en 2006 era de 15 puntos porcentuales, seis menos que en España.

¹⁵ El análisis del empleo no busca un examen de las causas de los cambios que se producen, ni deben ocultar las diferentes tendencias cíclicas y situaciones vividas a lo largo de tan dilatado período de tiempo, marcado por situaciones tan relevantes como la crisis industrial hasta la mitad de los años ochenta, el período de expansión vivido casi en paralelo con la incorporación de España a la entonces CEE, la breve pero intensa crisis de principios de los años noventa y el posterior período de expansión que experimenta hasta la fecha actual (principios de 2007) la economía española.

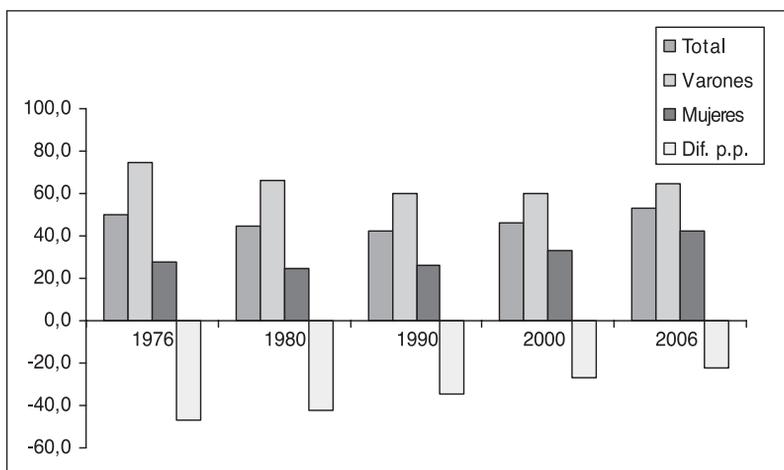
TABLA II.7.
Tasas de empleo en España, por sexo. 1976-2006 (%)

	Total	Varones	Mujeres	Dif. p.p.
1976	50,2	74,7	27,4	-47,3
1980	44,6	66,3	24,3	-42,0
1990	42,5	60,2	25,8	-34,3
2000	46,0	60,0	32,9	-27,1
2006	53,3	64,7	42,4	-22,3

Dif pp= Diferencia puntos porcentuales mujeres respecto a varones.
 Fuente: EPA, 2.º trimestre (excepto 3.º trimestre 1976).

El protagonismo de las mujeres se manifiesta claramente en la evolución de las tasas de empleo, que han aumentado en 15 puntos porcentuales durante este período –del 27,4% al 42,4%– mientras que la de los hombres ha registrado un descenso de cinco puntos. Ello ha implicado una reducción significativa en la diferencia de las tasas de empleo entre ambos sexos, aunque ésta sigue manteniéndose en niveles elevados al final de este período¹⁶ (Tabla II.7 y Gráfico II.4).

GRÁFICO II.4.
Tasas de empleo en España, por sexo. 1976-2006 (%)



Fuente: Elaboración propia a partir de EPA, 2.º trimestre (excepto 3.º trimestre 1976).

¹⁶ La brecha de género en relación a la tasa de empleo es, al igual que la de actividad, significativamente superior a la media comunitaria. Así, en 2006, la distancia entre la tasa de empleo de varones y mujeres era de 15 puntos porcentuales, siete menos que en España.

El aumento de la tasa de empleo de las mujeres es un hecho indudablemente positivo, que debe matizarse sin embargo considerando el tipo de sectores donde se generado esta ocupación, y la calidad de la misma. Así, el empleo femenino presenta una fuerte concentración sectorial, con un absoluto predominio de los servicios, acompañado de su descenso en la agricultura y un reducido aumento en la industria y la construcción. Esta tendencia, explicable por el propio patrón de crecimiento de la actividad económica desarrollada en este período, ha supuesto que un importante número de mujeres no está consiguiendo ocupaciones acordes a su cualificación y tengan condiciones laborales en niveles de precariedad elevados. La desigualdad laboral de las mujeres se manifiesta asimismo en relación a otros aspectos – mayores niveles de desempleo, brecha salarial; segregación profesional, etc.– que ponen de relieve la persistencia de una significativa discriminación de género, en términos generales, en el mercado de trabajo en España. La intensa incorporación de las mujeres al mercado de trabajo no ha ido suficientemente acompañada, por otra parte, de un adecuado reequilibrio en la distribución de responsabilidades familiares entre varones y mujeres, como ponen de manifiesto las encuestas sobre usos del tiempo en España¹⁷. Una situación que hace que las mujeres tengan que buscar estrategias diversas de conciliación de la vida laboral y familiar, apoyadas o no en las medidas articuladas desde las Administraciones Públicas, como: **(a)** el abandono del trabajo remunerado o su reducción; **(b)** la disminución en el número de hijos, o incluso desistir de tenerlos; y **(c)** el recurso a sustitutas remuneradas, como el servicio doméstico, o no remuneradas (familiares).

En suma, en las tres últimas décadas se han producido cambios demográficos y sociales estructurales en la sociedad española, que han generado una cierta crisis en el sistema de apoyo informal a las personas dependientes. Un proceso que ha planteado el debate sobre el reforzamiento de la protección social de un colectivo de personas cuyo número, así como la demanda asociada de cuidados, presenta una marcada tendencia de crecimiento a medio plazo.

2. LA PROTECCIÓN SOCIAL A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA EN LA UNIÓN EUROPEA

Se realiza en este capítulo una breve panorámica de la atención a la dependencia en el ámbito de la Unión Europea, en una

¹⁷ Cf. INE, Encuesta de Empleo del tiempo 2002-2003.

doble dimensión: el análisis de las principales características de los modelos de protección social en los Estados miembros de la UE; y los ejes centrales de la estrategia comunitaria sobre esta materia.

2.1. Modelos de protección social en los Estados miembros de la Unión Europea

La naturaleza familiar de los cuidados personales ha sido, hasta fechas relativamente recientes, un rasgo predominante de la atención a la dependencia en la mayoría de los países europeos, con la excepción de los Estados nórdicos y algunos modelos singulares (como el de Holanda). Este escenario comienza a modificarse a partir de los primeros años 90, cuando la mayoría de los Estados miembros de la UE empiezan a desarrollar programas de protección a la dependencia; unos programas que se plantean en un contexto en cierto modo contradictorio, de creciente demanda ciudadana por un lado, y de presiones políticas y económicas a favor de la contención del gasto social en general –y sanitario en particular– por otro.

El análisis comparado permite delimitar diversos sistemas nacionales de protección a la dependencia, que en términos generales pueden clasificarse en tres grandes modelos:

- (a) *Sistemas de protección universal*, propios de los países nórdicos y Holanda. Este modelo se basa en el principio de ciudadanía de los derechos sociales, recayendo en el Estado la obligación de garantizar una asistencia sanitaria universal y gratuita, que se financia mediante impuestos (Cuadro II.3).
- (b) *Sistemas de protección a través de la Seguridad Social*, característicos de los países continentales, como Alemania, Austria, Francia y Luxemburgo. En este modelo, la dependencia se sitúa, al igual que las pensiones, el seguro al desempleo y la protección a la familia, en el ámbito de la Seguridad Social, siendo financiado y gestionado en dicho marco (Cuadro II.4).

CUADRO II.3.

Sistemas de protección universal a la dependencia

- La protección a la dependencia es una extensión de las prestaciones y servicios sociales y sanitarios ya existentes, que se ha ido incorporando progresivamente a partir de los años setenta y ochenta del siglo XX, como consecuencia del envejecimiento de la población, en los países que disfrutaban de este sistema.
- La cobertura es universal, de modo que la prueba de recursos no existe, excepto para determinar la participación del beneficiario en el pago de los servicios en función del nivel de renta.
- Es un sistema fundamentalmente de prestación de servicios, ya que la tradición familiar de cuidados informales es menos intensa que en los modelos de los países del sur.
- Se trata de un modelo de servicios que, hasta muy recientemente, ha sido predominantemente público pero que lentamente ha ido introduciendo la prestación de servicios de tipo privado.
- La financiación es de carácter impositivo, compartida entre el Estado y las Administraciones Territoriales.
- Se trata de un modelo municipalizado, en el que los municipios son los responsables de la prestación de los servicios.
- Es un modelo de alto coste: De hecho, los países que han implantado este modelo, como son los países nórdicos, dedican a los cuidados de larga duración un porcentaje de gasto entre el 2,6% y el 3% del PIB.

Fuente: Libro Blanco sobre Atención a las personas en situación de dependencia en España (2005).

- (c) *Sistemas asistenciales*, presentes fundamentalmente en los países del sur de Europa, como España, Italia y Portugal. Este modelo se configura como un sistema público de cobertura limitada, financiado mediante impuestos, y destinado a satisfacer las necesidades básicas de los ciudadanos en situación de dependencia con insuficiencia de recursos económicos (Cuadro II.5).

El desarrollo de los diferentes sistemas y programas de protección social presenta, dentro de cada uno de los modelos, características específicas en los distintos Estados miembros de la UE. El análisis permite apuntar al mismo tiempo, sin embargo, algunas tendencias comunes relevantes (Rodríguez, 2005).

Así, la mayoría de los países europeos se encuentran en un proceso de desarrollo de políticas protectoras de la dependencia de orientación universal, si bien condicionadas por las características específicas del sistema de protección social vigente en cada país. En

CUADRO II.4.

Sistemas de protección a la dependencia a través de la Seguridad Social

- Todos los países que han optado por este modelo reconocen la naturaleza de derecho subjetivo de la protección de la dependencia, independientemente de la situación económica, superando la tradición asistencialista y de responsabilidad de la familia en este campo.
- Esta forma de aseguramiento de la dependencia pretende cubrir las necesidades de servicios de la persona que en su momento puedan presentarse, La prestación puede servir para apoyar a la familia cuidadora o para sustituirla.
- La situación de dependencia se evalúa en grados o niveles de gravedad, de los que se derivan prestaciones monetarias de diferente cuantía o servicios de distinta intensidad o duración.
- En general en estos sistemas se da un amplio margen de elección a la persona dependiente o su familia, que puede optar entre prestaciones monetarias y servicios. Esta libertad de elección, basada en el respeto a las tradiciones y preferencias familiares y culturales, no obsta para que se tienda a favorecer la prestación de servicios, bien sea duplicando la cuantía de éstos, cuando se recurre a entidades prestadoras respecto de la familia (Alemania), bien sea reduciendo la libertad de elección de la persona en situación de dependencia a medida que aumenta la gravedad de la dependencia, lo que pone de manifiesto la importancia que se da a que la atención más especializada sea cubierta por profesionales (Luxemburgo).
- Estos sistemas se financian fundamentalmente con cotizaciones a la Seguridad Social de los trabajadores en activo y en algunos países también con las de empresarios y de los propios pensionistas. También suele haber financiación vía impuestos, para cubrir las prestaciones no contributivas y/o equilibrar financieramente el sistema.
- La gestión de las prestaciones económicas suele ser centralizada, mientras que la de los servicios está descentralizada en las administraciones territoriales.
- Las prestaciones están topadas, cubren una parte importante del coste, aunque no la totalidad, lo que obliga al beneficiario a participar en la financiación de los servicios. Ello tiene como finalidad no sólo contribuir a la financiación, sino también introducir un freno o contención del gasto.
- Se contemplan también ayudas al cuidador, tanto en excedencias del trabajo para los cuidadores informales, como en la cobertura de las cotizaciones de la carrera de seguro, así como el desarrollo de servicios de respiro y de apoyo para períodos de vacaciones o necesidades especiales.

Fuente: Libro Blanco sobre Atención a las personas en situación de dependencia en España (2005).

CUADRO II.5.

Sistemas asistenciales de protección a la dependencia

- Fuerte peso tradicional de las organizaciones no lucrativas (entre ellas las religiosas), y donde el peso de la carga de los cuidados recae, aún, en la familia (las mujeres son más del 80% de la población cuidadora). Una mezcla de progresivo universalismo protector, familismo y asistencialismo, es la característica común a este grupo de países.
- Los cuidados de larga duración se dirigen a las personas con insuficiencia de recursos. Como consecuencia, existe un importante déficit de servicios, sobre todo de los comunitarios, y notables desequilibrios territoriales.
- Los países con este sistema presentan un importante retraso en comparación con la mayoría de los países con sistemas de protección universal, debido a la menor exigencia de gasto público.
- Este sistema de protección asistencial deja en una desprotección casi total a las clases medias, puesto que, por una parte, los requisitos de acceso, sobre renta disponible les impide acceder a los servicios de provisión pública y, por otra, sus ingresos son insuficientes para costearse, en el ámbito privado, esos mismos servicios, especialmente los de mayor coste, como son las plazas residenciales.
- Una creciente demanda social caracteriza a estos países, en los que la gestión privada de los servicios prima sobre la pública. Por otra parte, la descentralización de los servicios sociales está dando lugar a un incremento de los desequilibrios territoriales en la extensión y calidad de los mismos.

Fuente: Libro Blanco sobre Atención a las personas en situación de dependencia en España (2005).

este sentido, existe una clara tendencia a transitar de modelos asistenciales a otros de cobertura universal.

Los diferentes modelos tienden a reconocer como derecho social un conjunto básico de prestaciones sociales, moduladas en función del grado de dependencia, topando su cuantía y dejando abierta la posibilidad de elección entre servicios y prestaciones monetarias. No obstante, existe una clara tendencia de los gobiernos a dar preferencia a las prestaciones monetarias frente a los servicios

La participación de la persona afectada o su familia en el coste de la dependencia se está consolidando en todos los sistemas nacionales mediante el copago de una parte del servicio, o financiación de la diferencia entre la prestación y el coste del servicio. Todos los sistemas reconocen asimismo la ayuda asistencial para las personas que carecen de medios para pagar la parte diferencial entre prestación y servicios.

Se tiende a establecer una distinción entre sistemas –sanitario y de servicios sociales– y en cuanto a financiación (niveles contributivo y asistencial), con modulaciones según los diferentes sistemas nacionales. La Seguridad Social es la vía de financiación predominante para garantizar el derecho.

Por último, en relación a los distintos agentes implicados, la Administración Central suele responsabilizarse de la regulación y financiación básica del sistema; las Administraciones regionales de la planificación del sistema, acreditación de servicios e inversión de equipamientos; los ayuntamientos se configuran como punto de entrada en el sistema de protección, asumiendo también la organización de los servicios sociales comunitarios. En cuanto a las empresas con fines de lucro y las organizaciones del tercer sector, se consolidan como proveedores de los servicios, manteniéndose una red pública de referencia, de mayor o menor entidad según los países.

2.2. Marco comunitario de coordinación de las políticas de protección social

La organización de los sistemas de asistencia, sus modalidades de financiación y la planificación de la oferta en función de las necesidades de la población, son competencia de los Estados miembros de la Unión Europea. No obstante, en los últimos años se ha planteado la conformación de un marco comunitario común –respetando el principio de subsidiariedad– que permita apoyar los esfuerzos nacionales de modernización y desarrollo de atención a las personas dependientes¹⁸.

Un hito en la conformación de este marco comunitario lo constituye la *Recomendación N.º (98) 9 del Comité de Ministros a los Estados miembros relativa a la dependencia* (adoptada el 18 de septiembre de 1998). Una Recomendación cuya premisa de partida es el reconocimiento de la atención a la dependencia como un fenómeno de creciente demanda en el ámbito europeo, como consecuencia de los cambios demográficos y sociales que ya se han apuntado para el contexto español.

¹⁸ Por otra parte, desde el ámbito comunitario se vienen abordando de modo general el tema de la protección social desde comienzos de los años 90.

Un aspecto relevante de este documento es la delimitación del concepto de dependencia, que ha sido asumida de forma generalizada en el ámbito europeo¹⁹. Asimismo, es destacable el establecimiento de unos principios generales de referencia para las políticas a favor de las personas dependientes, que se sintetizan en tres grandes objetivos: **(a)** prevenir o reducir la dependencia, impidiendo su agravamiento y atenuando sus consecuencias; **(b)** ayudar a las personas dependientes a llevar una vida según sus propias necesidades y deseos; y **(c)** proporcionar una protección suplementaria a las personas dependientes, sea por la concesión de una prestación, sea por el acceso a los servicios existentes o la creación de todos los servicios apropiados, tales como los servicios de ayudas familiares y el acceso a ayudas técnicas.

La Recomendación plantea igualmente que los Estados miembros deberán adoptar una serie de medidas, que incluyen la aplicación de un sistema de prestaciones –a las que las personas dependientes tendrán un derecho objetivo– y otro tipo de medidas preventivas, de detección y de diagnóstico precoz de los estados que puedan llevar a la dependencia (Cuadro II.6).

Por último, en el documento se recogen una serie de principios y medidas a favor de las personas cuidadoras sin estatuto profesional, es decir: los miembros de la familia, vecinos u otras personas que prestan cuidados y apoyan a las personas dependientes de una manera regular. Las medidas abordan aspectos como la formación, el acceso a la información, estrategias de apoyo a los cuidadores y servicios de respiro, o la conciliación de la vida laboral y familiar.

La voluntad de articular criterios comunes en este campo fue retomada por el *Consejo Europeo de Lisboa* (marzo de 2000), donde se señaló la necesidad de reformar los regímenes de protección social de los Estados miembros, a fin de que sigan prestando servicios de calidad. En esta misma línea, el *Consejo Europeo de Gotemburgo* (junio de 2001) acordó que “el Consejo, de acuerdo con el método abierto de coordinación, debería elaborar un informe inicial para el Consejo Europeo sobre orientaciones en el ámbito de la asistencia sanitaria y de la atención a los ancianos”.

La Comisión Europea presentó en diciembre de 2001 el informe propuesto por el Consejo de Gotemburgo, en el que se plantean tres

¹⁹ Esta definición se ha recogido en el capítulo II.1.1.

CUADRO II.6.

Medidas recomendadas a favor de las personas dependientes

- *Prestaciones.* Las prestaciones deberán ser atribuidas y concedidas tanto a las personas que viven en su domicilio como a las que residen en instituciones; sin embargo, el mantenimiento en el domicilio debe favorecerse. Las prestaciones deben corresponder a las diferentes situaciones en las que se encuentran las personas dependientes, y deben ser asignadas en función del nivel de dependencia. Se podrán otorgar en especie o en metálico, de manera directa o indirecta, y deberán ser dispensadas en tanto que la persona tiene necesidad de cuidado y ayuda.
- *Libertad de elección.* El principio de elección es fundamental para garantizar el respeto a la dignidad y la autodeterminación de la persona dependiente. Para asegurar el respeto de este principio, la elección debe revestir dos características: (a) ser libre, lo que implica la intervención de las administraciones públicas para permitir el acceso a las infraestructuras y servicios existentes a todas las personas dependientes; y (b) ser informada, lo que se requiere proporcionar una información accesible, objetiva, completa y personalizada.
- *Prevención y rehabilitación.* Se deberán llevar a cabo intervenciones que eviten la aparición de situaciones de dependencia, prevengan su agravamiento y reduzcan al máximo su grado de evolución. La prevención se deberá realizar en los siguientes ámbitos: (a) educación para la salud; (b) prevención de accidentes; (c) detección y diagnóstico; (d) tratamiento eficaz de las enfermedades causales; y (e) reducción de los riesgos asociados a las situaciones de aislamiento. Asimismo, se deberá promover un nivel óptimo de rehabilitación, dado que la dependencia no es un estado definitivo sino evolutivo, y que puede revestir diversos grados.
- *Evaluación de las necesidades de la persona dependiente.* La evaluación de las necesidades de las personas dependientes se basará en la naturaleza y el nivel de dependencia, de acuerdo a una aproximación multidisciplinar. La persona dependiente y sus allegados deberán poder participar en la evaluación de sus necesidades. La persona dependiente deberá tener derecho a una reevaluación de su estado, en caso de agravamiento de su situación.
- *Garantía de la calidad de los cuidados.* La orientación y la elección de los cuidados deben ser evaluados con la persona dependiente y sus allegados. Los poderes públicos deberán garantizar la calidad de los cuidados, especialmente fijando un pliego de condiciones y reglas de evaluación. Esta función debe acompañarse de una misión de control de las prestaciones concedidas, que necesita la elaboración de normas de calidad claramente determinadas.
- *Investigación.* Son necesarias medidas para favorecer y coordinar la investigación básica y aplicada en el campo de la dependencia. Particularmente, son de gran importancia los estudios epidemiológicos que se efectúan conforme a una metodología armonizada, que permita la comparación de los datos de los diversos Estados miembros.

Fuente: Recomendación N.º (98) 9 del Comité de Ministros a los Estados miembros relativa a la dependencia.

objetivos para los Estados miembros, a fin de que puedan garantizar el futuro de la asistencia sanitaria y los cuidados a las personas mayores (Comisión Europea, 2001):

- *Accesibilidad*: velar porque todo el mundo pueda acceder a una asistencia sanitaria de calidad. Las personas mayores que necesitan cuidados de larga duración constituyen un reto especial, tanto en lo que respecta a la financiación como a la adaptación de la oferta de asistencia.
- *Calidad*: incrementar la transparencia y la calidad de los sistemas de asistencia, en particular fomentando la evaluación de las técnicas, de los productos sanitarios y de las estructuras de asistencia.
- *Sostenibilidad financiera*: proseguir las reformas iniciadas a fin de lograr un ritmo de evolución viable, en el contexto de políticas dirigidas a mejorar la calidad de las finanzas públicas y a garantizar una financiación adecuada de la asistencia sanitaria.

Estos tres grandes objetivos fueron aprobados en el *Consejo Europeo de Barcelona* (marzo de 2002); asimismo, en este Consejo se acordó la realización de un informe conjunto sobre la situación de los cuidados de larga duración –en relación a dichos objetivos– en los Estados miembros de la UE, que fue aprobado en marzo de 2003²⁰.

La Comisión Europea presentó posteriormente dos nuevas Comunicaciones, cuyo objeto es favorecer la definición de un marco común que permita apoyar los esfuerzos nacionales de reforma y desarrollo de los sistemas de protección social, mediante la aplicación del método abierto de coordinación definido en la Estrategia de Lisboa (Comisión Europea, 2003 y 2004).

A partir de las orientaciones aprobadas en 2002 por el Consejo Europeo de Barcelona, y del informe conjunto de 2003, la Comisión detalla una serie de objetivos comunes destinados a apoyar el desarrollo de los sistemas de asistencia en la UE (Cuadro II.7).

²⁰ Para una síntesis de las principales conclusiones del informe, Cf. Pérez (2003).

CUADRO II.7.

Objetivos comunes para el desarrollo de los sistemas de asistencia

Objetivo 1. Accesibilidad

- Ofrecer al conjunto de la población una asistencia de calidad adaptada a las necesidades. Deberá prestarse una atención especial a las personas que precisen cuidados prolongados o costosos, a las personas y a los grupos que experimenten dificultades particulares de acceso –como las minorías étnicas y los inmigrantes– y a las personas con rentas bajas.
- Garantizar la accesibilidad, financiera y física, de los sistemas de asistencia a las personas discapacitadas.
- Ofrecer cuidados adaptados a los mayores, en particular mediante una coordinación reforzada entre los servicios de asistencia social, los cuidados primarios, los servicios hospitalarios y las instituciones especializadas.
- Promover dispositivos de cuidados paliativos y acompañamiento de los enfermos terminales.
- Reducir, allí donde sea necesario, las desigualdades regionales en la oferta de servicios de asistencia.
- Desarrollar, cuando sea necesario, estructuras adaptadas, dotadas de personal cualificado, con el fin de aumentar la oferta y reducir los plazos de acceso a los tratamientos, en particular cuando estas esperas perjudiquen la salud y la calidad de vida de los pacientes.
- Promover una gestión de los recursos humanos que permita hacer frente a las consecuencias del envejecimiento demográfico en el sector de la asistencia sanitaria y la asistencia de larga duración y, en particular, prevenir o solucionar la escasez de ciertas categorías de personal, mediante una inversión suficiente en la formación inicial y continua y la mejora de la calidad de los empleos, incluida la de la salud y la seguridad en el trabajo.
- Tener en cuenta, en el conjunto de estas medidas, los problemas específicos que pueden experimentar los hombres y las mujeres, sobre todo en las políticas de gestión de los recursos humanos y de promoción de la calidad de los empleos.

Objetivo 2. Calidad

- Promover prácticas y tratamientos que representen un beneficio efectivo para la salud y la calidad de vida, sobre la base de una evaluación científica adecuada.
- Los costes y los beneficios de los medicamentos, materiales y tratamientos se deben evaluar según los procedimientos propios de los sistemas nacionales en cuestión, y se debe desarrollar la cooperación europea en este ámbito.
- Integrar la perspectiva del género en la definición de las políticas de prevención y de salud, a fin de tener mejor en cuenta los problemas específicos de los hombres y las mujeres y de mejorar la eficacia de la asistencia.

CUADRO II.7. (continuación)

Objetivos comunes para el desarrollo de los sistemas de asistencia

- Asegurar un alto nivel de formación inicial y continua de los profesionales, en el marco de una formación permanente.
- Desarrollar políticas de salud y seguridad en el trabajo basadas en la prevención de los riesgos que permitan garantizar empleos de mejor calidad a todos los trabajadores, en particular a los trabajadores de mayor edad, a fin de contribuir a la reducción de las muertes prematuras (antes de los 65 años) y al aumento de la esperanza de vida sin discapacidades importantes.
- Asignar recursos financieros y humanos a las regiones, los servicios y los distintos tipos de asistencia en función de las necesidades efectivas, a fin de conseguir los mejores resultados posibles para la salud y la calidad de vida de los beneficiarios.
- La Comunicación sobre la movilidad de los pacientes completa este objetivo con la propuesta de identificar «centros de referencia» y promover su funcionamiento en red.
- Promover una gestión que favorezca la capacidad de adaptación de los sistemas a las necesidades, mediante una coordinación eficaz entre los agentes de que se trata (presupuestos públicos, aseguradores, profesiones de salud, hospitales, instituciones y organismos de prevención, incluidos los establecimientos de enseñanza, entidades regionales y locales implicadas en los sistemas de salud, pacientes y ciudadanos).
- Definir los derechos de los pacientes y sus familias, así como las modalidades de participación de la sociedad civil organizada. La Comunicación sobre la movilidad de los pacientes completa este objetivo con la propuesta de reunir y mejorar la información disponible en materia de derechos de las personas y de normas europeas y nacionales sobre prestación de la asistencia.

Objetivo 3. Sostenibilidad financiera

- Desarrollar políticas de prevención y orientación al inicio de los procesos de asistencia que permitan reducir el recurso a tratamientos costosos, en particular la asistencia hospitalaria y la intensiva, y reforzar con este fin la coordinación entre los distintos prestadores de servicios asistenciales (cuidados primarios, hospitales, servicios sociales locales). Este objetivo completa así la acción emprendida en el marco del programa de acción comunitario para la salud, que apoya las medidas de prevención con el fin de mejorar el estado de salud y reducir los gastos futuros en asistencia sanitaria.
- Alcanzar un ritmo sostenible de evolución de los gastos, a través de medidas adaptadas a la situación y a las peculiaridades de cada sistema, por ejemplo, medidas de estímulo adecuadas para los prestadores de servicios y para los pacientes, o medidas de promoción de nuevos tratamientos o nuevos productos que reduzcan los costes prestando el mismo servicio.

CUADRO II.7. (continuación)

Objetivos comunes para el desarrollo de los sistemas de asistencia

- Asegurar una financiación adecuada del sistema, a fin de responder a las nuevas necesidades vinculadas al envejecimiento, los cambios de la sociedad y el progreso técnico.
- Ofrecer servicios con la mejor relación de coste-beneficio posible, en particular mediante una evaluación de la contribución efectiva a la salud de los medicamentos, los procedimientos o las modalidades de asistencia, y mediante una financiación basada en la actividad y las necesidades reales.
- Mejorar la eficacia del sistema, especialmente mediante la descentralización, la responsabilización y la participación de los distintos agentes (entidades públicas locales y regionales, instituciones de seguridad social y otros organismos de financiación, profesiones de salud y hospitales, pacientes) en la gestión de los recursos y de la oferta asistencial.

Fuente: Comisión Europea (2004).

En 2005, se publicó un Libro Verde en el que se abordan de forma global los diversos retos asociados a los cambios demográficos en la Unión Europea, incidiendo una vez más en la necesidad de reforzar los servicios sociales y las redes de solidaridad y cuidados de larga duración (Comisión Europea, 2005.a).

A finales de ese mismo año, la Comisión Europea presentó una nueva Comunicación, en la que se plantea la simplificación del *método abierto de coordinación*, en el contexto de revisión e impulso de la Estrategia de Lisboa.

Los objetivos fundamentales planteados en este nuevo marco de coordinación para las políticas de protección social y de inclusión en la UE son: **(a)** promover la cohesión social y la igualdad de oportunidades para todos a través de sistemas de protección social y políticas sociales de inclusión adecuados, accesibles, financieramente viables, adaptables y eficientes; **(b)** cooperar estrechamente con los objetivos de Lisboa para alcanzar un mayor crecimiento económico y crear más y mejores puestos de trabajo, y con la estrategia de desarrollo sostenible de la UE; y **(c)** consolidar la gobernanza, la transparencia y la implicación de los interesados en el diseño, la ejecución y la supervisión de la política.

Asimismo, se plantean una serie de objetivos comunes relativos a tres grandes pilares, para las que se definen objetivos específicos: inclusión social; estrategia de pensiones; y atención sanitaria y cuidados de larga duración (Cuadro II.8.)

CUADRO II.8.

Objetivos comunes del nuevo marco para la coordinación abierta de las políticas de protección social e inclusión en la Unión Europea**Contribuir decisivamente a la erradicación de la pobreza y la exclusión**

- Asegurar la inclusión social activa de todos promoviendo la participación en el mercado laboral y luchando contra la pobreza y la exclusión entre las personas y los colectivos más marginados.
- Garantizar el acceso de todos a los recursos, derechos y servicios sociales básicos para la participación en la sociedad, abordando al mismo tiempo las formas extremas de exclusión y combatiendo todas las formas de discriminación que llevan a la marginación.
- Asegurar la buena coordinación de las políticas de inclusión e implicar a todos los niveles de gobierno y a los agentes pertinentes, incluidos los pobres, para que sean eficientes y efectivas, se integren en todas las políticas públicas pertinentes, como las económicas y presupuestarias y los programas del fondo estructural (en particular, el FSE), y que incluyan la perspectiva de género.

Pensiones adecuadas y viables

- En el espíritu de solidaridad e imparcialidad entre las generaciones, garantizar pensiones adecuadas de jubilación para todos y el acceso a las pensiones que permitan que las personas mantengan, de manera razonable, su calidad de vida después de la jubilación.
- En el contexto de las finanzas públicas saneadas, asegurar la sostenibilidad financiera de los sistemas de pensión públicos y privados, especialmente fomentando una vida laboral más larga y el envejecimiento activo; asegurando un equilibrio apropiado y justo de contribuciones y beneficios, y promoviendo la asequibilidad y velando por la seguridad de los sistemas financiados y privados.
- Velar por que los planes de pensiones sean transparentes, estén bien adaptados a las necesidades y aspiraciones de mujeres y hombres y a los requisitos de sociedades modernas, del envejecimiento demográfico y del cambio estructural; que las personas reciban la información que necesitan para planear su jubilación y que las reformas se lleven a cabo sobre la base del consenso más amplio posible.

Asistencia sanitaria y cuidados de larga duración, accesibles y viables.

- Garantizar el acceso de todos a la salud adecuada y a los cuidados de larga duración y asegurar que la necesidad de cuidados no conduzca a la pobreza y a la dependencia financiera. Abordar las injusticias en materia de acceso a los cuidados y de resultados de salud.
- Promover la calidad de la atención sanitaria y los cuidados de larga duración y adaptar los cuidados a las necesidades y preferencias cambiantes de la sociedad y de las personas, especialmente estableciendo normas de calidad que reflejen las prácticas adecuadas internacionales y reforzando la responsabilidad de los profesionales sanitarios, de los pacientes y de los beneficiarios de los cuidados.

CUADRO II.8. (continuación)

Objetivos comunes del nuevo marco para la coordinación abierta de las políticas de protección social e inclusión en la Unión Europea

- Asegurar que la atención sanitaria y los cuidados de larga duración adecuados y de calidad sigan siendo asequibles y viables promoviendo estilos de vida sanos y activos, buenos recursos humanos para el sector asistencial y un uso racional de los recursos, especialmente a través de incentivos apropiados para usuarios y proveedores, buena gobernanza y coordinación entre sistemas e instituciones asistenciales.

Fuente: Comisión Europea (2005.b).

Tomando como referencia estos objetivos comunes, se plantea la elaboración por los Estados miembros de la UE de *estrategias nacionales de protección social e inclusión social*, que incluyan los planes temáticos específicos relativos a la inclusión social, las pensiones y la atención sanitaria y cuidados de larga duración²¹.

En 2006, se presentó un nuevo informe conjunto sobre protección social e inclusión, en el que se revisa la situación de los Estados miembros en relación a los diferentes objetivos planteados, proponiendo diversas líneas futuras de actuación.

Concretamente, en relación a la asistencia sanitaria y cuidados de larga duración se plantea centrar las estrategias nacionales especialmente en los siguientes aspectos (Comisión Europea, 2006.a): **(a)** cómo garantizar el acceso y reducir desigualdades; **(b)** adaptarse a las necesidades cambiantes y aumentar las opciones y la participación de los pacientes; **(c)** promover la calidad; **(d)** garantizar una financiación sólida de unos sistemas eficaces; **(e)** reforzar los incentivos para que los usuarios y los prestadores de servicios utilicen racionalmente los recursos; **(f)** promover la prevención, unos estilos de vida activos y un envejecimiento saludable; y **(g)** desarrollar unas estrategias de recursos humanos destinadas a evitar escasez de personal en el futuro.

En suma, durante la presente década se ha planteado un debate significativo en el ámbito comunitario sobre los retos de la atención sanitaria y cuidados de larga duración, cuyo resultado ha sido la conformación de un marco común para la coordinación de las políticas de protección social en la UE.

²¹ Para la plasmación de esta estrategia en España, Cf. AA.VV. (2006.a).

Este debate, que parte de la notable diversidad de los sistemas nacionales en este campo, se ha desarrollado en un contexto marcado por la tensión entre dos elementos en cierto modo contradictorios (o, al menos, potencialmente conflictivos): la presión económica e institucional a favor tanto de la contención del gasto social en general, como de una mayor responsabilidad individual en el coste de la atención; y la creciente demanda ciudadana a favor de una mayor responsabilidad colectiva, vía servicios sociales, especialmente en relación a los cuidados personales de larga duración. Una tensión que se extiende a otros debates desarrollados en los últimos años en la UE²² y que, en última instancia, están estrechamente asociados a la reforma –o incluso la pervivencia– del modelo social europeo.

3. LOS SERVICIOS SOCIALES DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN ESPAÑA

El sistema de protección social a la dependencia en España, encuadrado tradicionalmente en la categoría de *modelo asistencial*²³, se ha caracterizado hasta fechas muy recientes por los siguientes rasgos: su cobertura limitada; débil extensión; baja intensidad; descoordinación en la prestación de servicios; y el peso predominante del apoyo informal en los cuidados a las personas dependientes.

La conformación de este sistema tiene sus raíces jurídicas en distintas iniciativas legislativas desarrolladas desde principios de la década de los 60, tales como²⁴: (a) la *Ley de Bases de la Seguridad Social*, de 28 de diciembre de 1963, y texto articulado de 21 de abril de 1966 (Texto refundido de la Ley General de Seguridad Social de 1994); (b) la *Constitución Española* (CE) de 1978; (c) las *Leyes de servicios sociales* aprobadas por todas las Comunidades Autónomas en los años 80 y 90, en el marco del proceso de transferencia de competencias²⁵; (d) la *Ley 7/1985 de 2 de*

²² Por ejemplo, la discusión sobre el estatus de los servicios sociales en el marco del debate sobre la Directiva Bolkestein.

²³ Cf. capítulo II.2.1 (Cuadro II.5).

²⁴ Para un análisis del contenido de estas leyes en relación a la protección social, Cf. Rodríguez, P. (2006).

²⁵ A estas leyes, habría que sumar la normativa aprobada en los últimos años por distintas Comunidades Autónomas., que contempla ya numerosas previsiones relativas a la definición de las situaciones de dependencia y los dispositivos previstos para abordarlas; por ejemplo: la *Ley 6/2001, de 20 de noviembre, de Atención y protección a las personas en situación de dependencia de Cantabria*; la *Ley 1/2003,*

abril, reguladora de las Bases de Régimen Local, que habilita a las Corporaciones Locales a asumir algunas competencias sobre servicios sociales complementarios; y (e) otras medidas legislativas sobre temas más específicos que han contribuido a perfeccionar los sistemas de protección social, entre otras: la *Ley de Integración Social de los Minusválidos* (1982), la *Ley General de Sanidad* (1996), la *Ley de Prestaciones no Contributivas* (1990), la *Ley de Conciliación de la Vida laboral y Familiar* (1999), o la *Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud* (2003).

Como resultado de las actuaciones desarrolladas en el marco de estas leyes, existen en España cuatro tipos de recursos dirigidos a la protección social de las personas dependientes: los servicios sociales, las prestaciones monetarias, las ayudas fiscales, y las ayudas al cuidador (Cuadro II.9).

CUADRO II.9.
Prestaciones económicas y servicios para la protección social de la dependencia en España

Servicios sociales	Prestaciones económicas	Desgravaciones fiscales (Ley 40/1998, IRPF)	Conciliación vida laboral y familiar (Ley 39/1999)
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de Ayuda a domicilio y Teleasistencia • Centros de Día • Residencias asistidas • Pisos protegidos 	<ul style="list-style-type: none"> • Ayuda de tercera persona para gran invalidez • Complemento por invalidez no contributiva 75% discapacidad • SATP (LISMI) (*). Prestación por hijo a cargo con grado de discapacidad superior al 75% • Ayudas puntuales de las Comunidades Autónomas y los ayuntamientos 	<ul style="list-style-type: none"> • Mínimo personal: desgravaciones fiscales en función del grado de discapacidad e ingresos. • Mínimo familiar. Desgravaciones fiscales en función del grado de discapacidad e ingresos 	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción de jornada • Excedencia por cuidados hasta un año

(*) Subsidio por Ayuda de Tercera Persona.
 Fuente: Rodríguez, G. (2004).

de 24 de febrero, de Servicios sociales del Principado de Asturias; la Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios sociales de la Comunidad de Madrid; y la Ley 5/2003, de 3 de abril, de Atención y protección a las personas mayores de Castilla y León.

La aprobación de la *Ley 39/2006* constituye un salto cualitativo en la evolución de la legislación sobre protección social en España, en la medida en que supone el tránsito de un modelo asistencial –en el que las prestaciones están orientadas a las personas sin recursos– a otro de carácter universal, en el que la protección social se extiende a todas las personas en situación de dependencia.

El objetivo de este capítulo es ofrecer una aproximación general a los servicios sociales de atención a la dependencia en España, incidiendo en una doble dimensión: **(a)** un breve examen de las principales iniciativas planteadas en este campo desde las Administraciones públicas durante las dos últimas décadas, abordando de forma específica la Ley de dependencia; y **(b)** el análisis del sector de atención a la dependencia, en relación tanto a las características de los centros y servicios, como al empleo y las condiciones de trabajo.

3.1. Políticas de servicios sociales

Los servicios sociales eran prácticamente irrelevantes en España al finalizar la dictadura franquista. Los escasos recursos existentes se localizaban fundamentalmente en el ámbito de las organizaciones religiosas, a las que se sumaban otras organizaciones del tercer sector, y algunas grandes empresas –públicas, e incluso privadas– que disponían de algún equipamiento o servicio destinado a sus jubilados. Las Administraciones Públicas, por su parte, apenas disponían de red propia; únicamente, a principios de la década de los 70 se crearon dos Servicios en este campo: el Servicio de Atención al Pensionista (SAP), y el SEREM, o Servicio de Recuperación de Minusválidos.

En 1978 se crea el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO)²⁶, como Entidad Gestora para la gestión de los servicios complementarios en las prestaciones del sistema de la Seguridad Social, y que pasa a integrar el SAP y el SEREM.

La década de los 80 marca el inicio de la puesta en marcha de programas de la Administración Central destinados a personas mayores, a través del INSERSO. Ello coincide con el inicio del proceso de transferencias de competencias en materia de servicios sociales a las Comunidades Autónomas, en virtud del mandato

²⁶ En 2004, se transforma en el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (actual IMSERSO).

constitucional²⁷. Un proceso que se inicia con el traspaso en 1982 de centros, programas y recursos del INSERSO a Andalucía y posteriormente a Cataluña, y que finaliza en 1996 con el proceso de transferencias a La Rioja. A ello se suma, además, el hecho de que los ayuntamientos han asumido competencias en servicios sociales, de acuerdo con la Ley Básica de Régimen Local.

La creación en 1988 del Ministerio de Asuntos Sociales representa un hito significativo en el desarrollo de los servicios sociales, en la medida en que por primera vez la Administración Central crea un departamento específico en esta área. En los años siguientes, desde este Ministerio se ponen en marcha una serie de iniciativas destinadas a potenciar e incidir sobre las políticas de servicios sociales, respetando la competencia de las Comunidades Autónomas.

El *Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales* (1988) constituye una primera actuación relevante en este ámbito. El objetivo fundamental del mismo era impulsar el desarrollo de una red de atención primaria de servicios sociales, complementaria de los servicios sociales especializados. Para ello, se planteaba un diseño de cofinanciación compartida por las tres Administraciones –Central, Autonómica y Local– y con unas prioridades y programas acordados en la Conferencia Sectorial de Asuntos Sociales.

En cuanto a su ejecución, el Plan Concertado contribuyó a la generalización en el ámbito local de los servicios sociales básicos; asimismo, es destacable el hecho de que inició en España la implantación de la ayuda a domicilio, un servicio especialmente valioso en la atención a las personas dependientes.

Otra iniciativa importante fue el *Plan Gerontológico*, que comienza a plantearse a finales de los 80 y se pone en marcha en 1992. Este Plan fue la primera propuesta elaborada para abordar de forma integral los retos del fenómeno del envejecimiento demográfico en España. Para ello, se establecieron diversas líneas de actuación, objetivos y medidas estructuradas en cinco grandes ámbitos: Pensiones; Salud y Asistencia Sanitaria; Servicios Sociales; Cultura; y Ocio y Participación.

²⁷ La Constitución establece en su artículo 148.20 que las Comunidades Autónomas pueden asumir en régimen de exclusividad competencias en materia de “asistencia social”, un término utilizado para referirse a lo que hoy se conoce de forma generalizada como servicios sociales.

El balance de este Plan, una vez agotado su período de ejecución –situado en torno al año 2000–, presenta fortalezas y debilidades. En relación a las primeras, se ha destacado fundamentalmente que la elaboración y difusión del Plan –con su concepción integral e innovadora– generó una dinámica en la Administración Central, y sobre todo en la mayoría de las Comunidades Autónomas, orientada a impulsar nuevos programas y recursos para las personas mayores.

Por otra parte, entre sus principales debilidades se ha señalado que las previsiones contenidas en el Plan Gerontológico quedaron muy lejos de su cumplimiento, debido a la falta de impulso político y la correspondiente financiación²⁸, así como a la fragmentación de competencias entre las Administraciones Públicas. Asimismo, se ha señalado el desequilibrio entre las diferentes áreas de actuación, destacando la de Pensiones –paradójicamente, la que suponía un coste económico más significativo– como la que ha tenido un mayor grado de ejecución (Maravall, 2003.a).

Posteriormente, la Administración Central ha impulsado diversos planes sectoriales, por ejemplo: Programa de Desarrollo Gitano; Plan de Acción para personas con discapacidad; Plan para la integración social de los inmigrantes; Plan de Voluntariado; Plan de Juventud; Plan de Igualdad entre mujeres y hombres; Plan Nacional para la Inclusión Social; Plan de Apoyo a familias; Plan de atención a personas mayores; Plan de acción para mujeres con discapacidad; Plan Estratégico Nacional para la Infancia y la Adolescencia, etc. Unas iniciativas que han incidido positivamente en la atención a necesidades más específicas, pero que no se han planteado desde una perspectiva integral, contribuyendo en cierto modo a parcializar las políticas sociales.

A ello hay que sumar, además, la creación de una nueva vía de financiación –el 0,52% del IRPF– para la gestión de programas sociales por las organizaciones del tercer sector.

En cuanto a las Administraciones territoriales, el desarrollo de los servicios sociales por las Comunidades Autónomas y Corporaciones Locales durante las dos últimas décadas se ha caracterizado por su notable heterogeneidad; el resultado ha sido la existencia de un alto grado de disparidad de la oferta disponible para los ciudada-

²⁸ Cuando se aprueba finalmente el Plan, se vivía en España un contexto de crisis económica, un factor que influyó decisivamente en la dotación presupuestaria del mismo.

nos entre los distintos territorios. Una situación asociada, en buena medida, a la carencia de una Ley Básica o General, que ordenara previamente este proceso desde una visión global, integral e integradora de los servicios sociales, garantizando al mismo tiempo el principio de igualdad en todo el Estado.

En suma, a modo de balance es posible apuntar que –desde los años 80– se han producido en España avances indudables en la dotación de los recursos destinados a la atención de las personas dependientes y, por tanto, en una mejora de los niveles de bienestar social. Los progresos obtenidos no pueden ocultar, sin embargo, la persistencia de elementos críticos significativos en este campo²⁹.

Así, un primer aspecto consiste en la insuficiente oferta de servicios sociales –tanto la pública como la privada– que en la actualidad no se corresponde, ni con el grado de desarrollo económico y social del país, ni con las necesidades actuales y futuras de cuidados de larga duración.

La situación de los servicios sociales presenta asimismo –como ya se ha apuntado– importantes desequilibrios territoriales, con diferencias muy significativas en aspectos como las tasas de cobertura, los requisitos de acceso a los servicios y las aportaciones de los usuarios.

También pueden destacarse deficiencias en el desarrollo de la oferta privada, lucrativa o no, que ha registrado un importante crecimiento durante las dos últimas décadas, sin que este proceso haya ido acompañado de una mayor implicación de la Administración en términos de coordinación y ordenación.

Por último, una cuestión especialmente relevante concierne a la gestión de los servicios sociales; más concretamente, al progresivo proceso de externalización impulsado por las Comunidades Autónomas y Corporaciones Locales desde los años 90. Como resultado, la red de gestión pública directa de los servicios sociales es en la actualidad proporcionalmente menor que la red del Sistema Nacional de Salud, y la acción concertada con la iniciativa privada –lucrativa o no– mucho mayor.

²⁹ Cf.: AA.VV. (2005); AA.VV. (2006.c); Maravall (2006); Rodríguez, G. (2004 y 2006); Rodríguez, P. (2006). Entre las cuestiones que se señalan a continuación, no se aborda la situación del empleo y condiciones laborales en el sector, que se analiza específicamente en el capítulo II.3.2.2.

En este sentido, en la mayor parte de los casos se ha producido una situación en la que combinan los precios bajos de la concertación, con un cierto grado de tolerancia con el incumplimiento de las exigencias de calidad. Una situación que, indudablemente, supone un riesgo para la preservación de la calidad, e incluso del control del modelo de los servicios sociales.

3.1.1. *La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*

La aprobación de la *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia* constituye, como ya se ha apuntado, un hito en la legislación sobre protección social en España. Una singularidad que se pone de manifiesto con la ausencia de antecedentes en el ordenamiento jurídico vigente, que se correspondan exactamente con las características de esta norma.

La conformación de la *Ley 39/2006* es el resultado de un proceso que se ha gestado en los últimos años, donde han confluído diversas iniciativas y estudios desarrollados desde las instituciones públicas y el entorno académico³⁰, y en el que han tenido una especial incidencia las propuestas acordadas en el ámbito del diálogo social.

Así, en abril de 2001, el Gobierno y las organizaciones Comisiones Obreras (CC.OO.), Confederación Española de Organizaciones Empresariales (CEOE) y Confederación Española de Pequeñas y Medianas Empresas (CEPYME) suscribieron el *Acuerdo para la mejora y el desarrollo de la protección social*. El Acuerdo dedicó un apartado específico a la cuestión de la dependencia, considerando necesario “abrir un periodo de análisis y debate social sobre cómo debe garantizarse la atención a la dependencia en nuestro país y el papel que ha de jugar el sistema de protección social en orden a que, antes de finalizar la legislatura pueda estar diseñada y aprobada una política de atención a la dependencia, con el rango oportuno”.

En julio de 2004, el Gobierno, la Unión General de Trabajadores (UGT), CC.OO. y CEOE-CEPYME suscriben el *Acuerdo sobre*

³⁰ Entre los que destaca particularmente la elaboración del Libro Blanco de atención a las personas en situación de dependencia en España.

Competitividad, Empleo y Cohesión Social. Un Acuerdo cuyo objetivo es impulsar el diálogo social en diferentes ámbitos, incluyendo la protección social, con el objetivo de adaptar “nuestra protección social a las nuevas realidades, que configuran nuevas necesidades, siendo prioritario la atención a las situaciones de dependencia, uno de los principales problemas tanto de los jubilados y discapacitados como de sus familias”.

El resultado de la mesa de diálogo social en este ámbito lo constituye el *Acuerdo sobre la acción protectora de la atención a las situaciones de dependencia*, suscrito en diciembre de 2005 por el Gobierno y los agentes sociales, y que influyó de forma directa en la elaboración del proyecto de la futura Ley.

En este documento, el Gobierno y las organizaciones sindicales y empresariales resaltan que la implantación de un sistema de promoción de la autonomía personal y de atención a la dependencia es un avance fundamental en la protección social, que configura el elemento central del cuarto pilar del estado del bienestar estableciendo un nuevo derecho de ciudadanía, de carácter subjetivo.

Con este objetivo, el Gobierno y los agentes sociales “acuerdan impulsar un Sistema Nacional de Dependencia mediante una ley que tendrá la condición de norma básica, que promueva la autonomía personal y garantice el derecho a ser atendido en situaciones de dependencia, y en la que se establecerán las condiciones básicas y los requisitos de acceso a los servicios y prestaciones en condiciones de equidad en todo el territorio del Estado. El Sistema Nacional de la Dependencia se configura como una nueva modalidad de protección social que amplía y complementa la acción protectora de la Seguridad Social y del Estado”.

El contenido del Acuerdo plantea los elementos centrales a considerar en la conformación del Sistema Nacional de Dependencia (SND): **(a)** los principios generales en que se debe fundamentar el mismo; **(b)** el ámbito subjetivo del derecho a los servicios y prestaciones de promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia; **(c)** la valoración y los grados de la dependencia; **(d)** la configuración de carácter integral del sistema y las modalidades de servicios susceptibles de ser incluidas en el correspondiente catálogo; **(e)** la aplicación progresiva del sistema así como los principios de su financiación; **(f)** la calidad del sistema; **(g)** la formación y cualificación de profesionales y cuidadores; y **(h)** dispositivos de vigilancia y alerta en casos de riesgos excepcionales. El Acuerdo prevé,

por último, la creación de un Comité consultivo como órgano permanente de participación³¹, así como la continuidad del diálogo social en el seguimiento del Acuerdo y el desarrollo normativo del SND.

Tomando como referencia central los criterios pactados en este Acuerdo, el Gobierno elaboró un Anteproyecto de Ley que sometió a dictamen del Consejo Económico y Social. El Dictamen, aprobado en febrero de 2006, concluye con una valoración positiva general del Anteproyecto, aunque también plantea diversas observaciones específicas; especialmente, se considera necesario destacar “la necesidad de que el contenido mínimo de las prestaciones y servicios del Sistema, garantizado por la Administración General del Estado, que debe precisarse en la Ley, responda a los criterios de suficiencia y adecuación a las necesidades de las personas en situación de dependencia, garantizando el principio de equidad interterritorial” (Consejo Económico y Social, 2006.a)³².

La última etapa de este proceso lo constituyó la tramitación del proyecto de Ley en el Congreso de Diputados y su posterior ratificación en el Senado. Un proyecto que contó con el respaldo de todos los partidos, con la excepción del PNV, CiU, EA y Nafarroa Bai, que rechazaron el mismo por considerar que invadía competencias exclusivas de sus respectivas autonomías³³.

El texto de la Ley finalmente aprobado, publicado en el Boletín Oficial del Estado el 15 de diciembre de 2006, se compone de 47 artículos, estructurados en un Título preliminar, y tres Títulos específicos; además, incluye 16 disposiciones adicionales, dos transitorias y nueve finales (Cuadro II.10).

³¹ Este órgano, en el que participan representantes del Gobierno central, Comunidades Autónomas, ayuntamientos, sindicatos y empresarios, se ha constituido formalmente el 7 de febrero de 2007.

³² El Dictamen del Consejo Económico y Social incluye, por otra parte, dos votos particulares en los que –a pesar de valorar positivamente la finalidad perseguida por el Anteproyecto– se formulan varias objeciones a determinados aspectos concretos del texto.

³³ El argumento central planteado por estos partidos es que los servicios sociales son competencia exclusiva de las autonomías, y por tanto el Estado no puede crear un derecho a la atención en caso de dependencia, ni un servicio público que realice las prestaciones correspondientes. Por otra parte, el Partido Popular se abstuvo en la votación de diferentes artículos específicos, en los que se suprimió los términos nación y nacional.

CUADRO II.10.
Estructura de la Ley de Dependencia

- *Título preliminar.* Recoge las disposiciones que se refieren al objeto de la Ley y los principios que la inspiran, los derechos y obligaciones de las personas en situación de dependencia, y los titulares de esos derechos.
- *Título I.* Configura el Sistema de Atención a la Dependencia, la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas en el ejercicio de sus competencias, a través de los diversos niveles de protección en que administrativamente se organizan las prestaciones y servicios. Asimismo, se regulan las prestaciones del Sistema y el catálogo de servicios, los grados de dependencia, los criterios básicos para su valoración, así como el procedimiento de reconocimiento del derecho a las prestaciones.
- *Título II.* Regula las medidas para asegurar la calidad y la eficacia del Sistema, con elaboración de planes de calidad y sistemas de evaluación, y con especial atención a la formación y cualificación de profesionales y cuidadores. En este mismo título se regula el sistema de información de la dependencia, el Comité Consultivo del sistema en el que participarán los agentes sociales y se dota del carácter de órganos consultivos a los ya creados, Consejo Estatal de Personas Mayores, Consejo Nacional de la Discapacidad y Consejo Estatal de Organizaciones no Gubernamentales de Acción Social.
- *Título III.* Regula las normas sobre infracciones y sanciones vinculadas a las condiciones básicas de garantía de los derechos de los ciudadanos en situación de dependencia.
- *Disposiciones adicionales.* Introducen los cambios necesarios en la normativa estatal que se derivan de la regulación de esta Ley.
- *Disposiciones transitorias.* Regulan, entre otros aspectos, la participación financiera del Estado en la puesta en marcha del Sistema en un periodo transitorio hasta el año 2015.
- *Disposiciones finales.* Recogen diversas cuestiones, como el fundamento constitucional de la norma, la aplicación progresiva de la Ley, la constitución del Comité Consultivo y el desarrollo reglamentario.

Fuente: Ley 39/2006.

En cuanto a su contenido, el análisis permite destacar algunas cuestiones especialmente relevantes³⁴:

(a) **Objeto de la Ley.** La definición del objeto de la Ley se estructura en una doble dimensión, recogida en el artículo 1.1. Por una

³⁴ No se realiza un estudio detallado de toda la norma, que excedería los fines del estudio. Entre las referencias disponibles, Cf.: Cavas (2006); Cavas y Sempere (2007), y Rodríguez, M. (2006 y 2007).

parte, y como elemento central, se establece que la Ley tiene por objeto “regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia”.

Por otra, y a fin de materializar este derecho, se prevé la creación del *Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia* (SAAD), con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas y la garantía por la Administración General del Estado de un contenido mínimo común de derechos para todos los ciudadanos en cualquier parte del territorio del Estado español.

Asimismo, la norma señala que el SAAD responderá a una acción coordinada y cooperativa de la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas, que contemplará medidas en todas las áreas que afectan a las personas en situación de dependencia, con la participación, en su caso, de las Entidades Locales (Artículo 1.2).

En suma, se plantea instaurar una nueva modalidad de protección social que amplía y complementa la acción protectora del Estado y la Seguridad Social, pero al margen de ésta, mediante la creación *ex novo* de un nuevo instrumento (SAAD), de carácter universal.

(b) *Fundamento constitucional.* La doctrina jurídica ha señalado que la protección de las personas dependientes es una materia transversal a efectos de la habilitación competencial. La razón de ello es que las situaciones de dependencia no se conciben únicamente como una materia exclusivamente de Seguridad Social o de Asistencia Social, sino como una situación fáctica de necesidad, susceptible de ser protegida por ambos tipos de técnicas y, en consecuencia, inserta dentro del más amplio concepto de protección social (Barcelona y Quintero, 2006).

Este carácter transversal ha motivado un intenso debate en torno a los fundamentos constitucionales de la Ley, ya que –en relación a los distintos niveles de protección previstos por la norma– concurren competencias de la Administración Central junto a otras de las Comunidades Autónomas y de las Corporaciones Locales³⁵.

³⁵ El conflicto competencial constituyó, como ya se ha señalado, el principal motivo de rechazo de los partidos políticos nacionalistas al proyecto de Ley.

La opción finalmente elegida por el legislador ha sido la de fundamentar la Ley sobre la base del artículo 149.1.1^a, que atribuye competencia exclusiva al Estado para regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y el cumplimiento de los deberes constitucionales. Una opción criticada desde diversas perspectivas, por entender que se debería haber reforzado el fundamento constitucional de la Ley recurriendo a otros preceptos de la Constitución además del mencionado³⁶.

(c) **Principios.** Una vez delimitado el concepto de dependencia y otras definiciones vinculadas³⁷, la Ley recoge los principios que inspiran la misma (Cuadro II.11). Unos principios que consagran el carácter público, garantista y universal del Sistema, recogiendo además los criterios recomendados por la Comisión Europea –calidad, sostenibilidad y accesibilidad– y otros que tratan sobre la participación de las personas afectadas y sus familiares, el papel de las entidades privadas lucrativas o no, y la cooperación entre Administraciones.

Es particularmente destacable el reconocimiento de la perspectiva de género, una dimensión particularmente relevante en el desarrollo del modelo de atención a las personas dependientes.

(d) **Ámbito subjetivo.** La delimitación de los titulares de los derechos por la Ley (Artículo 5) permite destacar distintos aspectos.

En primer lugar, la norma determina que las personas beneficiarias serán las que se encuentren en situación de dependencia; en ningún caso los familiares u otras personas o entidades que les asistan, ni siquiera para el caso de las prestaciones económicas para la atención a las personas dependientes en el ámbito familiar. La Ley determina como requisito, asimismo, estar en situación de dependencia “en alguno de los grados establecidos”; un requisito adecuado para ser beneficiario de los derechos establecidos para la atención, pero no para los relativos a la prevención.

³⁶ Cf. por ejemplo Consejo Económico y Social (2006.a).

³⁷ Se recoge esta definición en el capítulo II.1.1.

CUADRO II.11.

Principios de la Ley de Dependencia

- El carácter público de las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.
- La universalidad en el acceso de todas las personas en situación de dependencia, en condiciones de igualdad efectiva y no discriminación, en los términos establecidos en esta Ley.
- La atención a las personas en situación de dependencia de forma integral e integrada.
- La transversalidad de las políticas de atención a las personas en situación de dependencia.
- La valoración de las necesidades de las personas, atendiendo a criterios de equidad para garantizar la igualdad real.
- La personalización de la atención, teniendo en cuenta de manera especial la situación de quienes requieren de mayor acción positiva como consecuencia de tener mayor grado de discriminación o menor igualdad de oportunidades.
- El establecimiento de las medidas adecuadas de prevención, rehabilitación, estímulo social y mental.
- La promoción de las condiciones precisas para que las personas en situación de dependencia puedan llevar una vida con el mayor grado de autonomía posible.
- La permanencia de las personas en situación de dependencia, siempre que sea posible, en el entorno en el que desarrollan su vida.
- La calidad, sostenibilidad y accesibilidad de los servicios de atención a las personas en situación de dependencia.
- La participación de las personas en situación de dependencia y, en su caso, de sus familias y entidades que les representen en los términos previstos en esta Ley.
- La colaboración de los servicios sociales y sanitarios en la prestación de los servicios a los usuarios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia que se establecen en la Ley y en las correspondientes normas de las Comunidades Autónomas y las aplicables a las Entidades Locales.
- La participación de la iniciativa privada en los servicios y prestaciones de promoción de la autonomía personal y atención a la situación de dependencia.
- La participación del tercer sector en los servicios y prestaciones de promoción de la autonomía personal y atención a la situación de dependencia.
- La cooperación interadministrativa.
- La integración de las prestaciones establecidas en esta Ley en las redes de servicios sociales de las Comunidades Autónomas, en el ámbito de las competencias que tienen asumidas, y el reconocimiento y garantía de su oferta mediante centros y servicios públicos o privados concertados.
- La inclusión de la perspectiva de género, teniendo en cuenta las distintas necesidades de mujeres y hombres.
- Las personas en situación de gran dependencia serán atendidas de manera preferente.

En segundo lugar, la Ley señala que serán titulares de los derechos las personas de nacionalidad española que residan en territorio español; un criterio que podría entrar en contradicción con la normativa comunitaria, que prevé que no pueden establecerse diferencias entre los ciudadanos nacionales de los distintos Estados miembros³⁸.

Por último, destacar que la norma recoge también previsiones referidas a las personas carentes de la nacionalidad española, así como para la protección a favor de los españoles no residentes en España.

(e) Configuración del Sistema. El SAAD se configura como una red de utilización pública, que integra de forma coordinada centros y servicios –públicos y privados– cuyo objetivo es garantizar las condiciones básicas y el contenido común de la Ley.

La Ley establece tres niveles de protección de la situación de dependencia por parte del Sistema (Artículo 7):

- El nivel de protección mínimo establecido por la Administración General del Estado.
- El nivel de protección que se acuerde entre la Administración General del Estado y la Administración de cada una de las Comunidades Autónomas, a través de los correspondientes Convenios que se suscriban en el marco de la cooperación administrativa.
- El nivel adicional de protección que pueda establecer cada Comunidad Autónoma.

La norma sólo garantiza el nivel de protección mínimo, mientras que los otros dos son contingentes, pues requieren la colaboración o intervención de las Comunidades Autónomas (que pueden decidir desarrollarlos o no).

Para la articulación del Sistema, se regulan la coordinación y cooperación entre la Administración General del Estado y las Administraciones de las Comunidades Autónomas, la participación de éstas y las Corporaciones Locales, y la creación del Consejo Territorial

³⁸ Para un análisis de la protección social a los residentes comunitarios en España, Cf. Fernández (2006).

del SAAD como instrumento de cooperación, coordinación e información entre las distintas Administraciones Públicas.

En relación a este punto, desde la doctrina se ha criticado que la Ley –en contraste con el énfasis en la coordinación entre las distintas Administraciones– no realiza un mínimo tratamiento de la concertación con las empresas mercantiles y organizaciones del tercer sector (Cavas, 2006). Una concertación que, como ya se ha señalado, ha cobrado creciente importancia en la última década, hasta convertirse en la forma jurídica predominante de gestión de los servicios sociales.

(f) Prestaciones del Sistema. La norma establece dos tipos de prestaciones de atención a la dependencia –las de naturaleza económica y los servicios– otorgando carácter prioritario a los últimos.

La Ley delimita un catálogo de servicios (Cuadro II.12) y establece que los mismos podrán prestarse a través de la oferta pública de Servicios Sociales por las Comunidades Autónomas mediante centros y servicios públicos o privados concertados debidamente acreditados.

CUADRO II.12.

Catálogo de servicios de atención a la dependencia

- Los servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal.
- Servicio de Teleasistencia.
- Servicio de Ayuda a domicilio: Atención de las necesidades del hogar; y Cuidados personales.
- Servicio de Centro de Día y de Noche: Centro de Día para mayores; Centro de Día para menores de 65 años; Centro de Día de atención especializada; y Centro de Noche.
- Servicio de Atención Residencial: Residencia de personas mayores en situación de dependencia; y Centro de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad.

Fuente: Ley 39/2006 (Artículo 15).

Asimismo, se señala que los poderes públicos promoverán la participación de las organizaciones de voluntarios y de las entidades del tercer sector en la colaboración solidaria con las personas en situación de dependencia. Una referencia que ha sido criticada desde diversas perspectivas, en la medida en que no se establece que la

implicación del tercer sector no implicará, en ningún caso, una rebaja en los niveles de la calidad exigibles a todas las empresas privadas que aspiren al concierto con la red pública.

(g) Financiación. Los servicios y prestaciones del SAAD serán financiados por las Administraciones Públicas, asumiendo íntegramente la Administración Central el coste del nivel de protección mínimo o común. En relación a los otros niveles, se señala que los Convenios de cooperación entre la Administración Central y las Autonómicas, determinarán las obligaciones asumidas por cada una de las partes para la financiación de los servicios y prestaciones del Sistema (Artículo 32).

La norma establece, asimismo, la participación de los beneficiarios en el coste de las prestaciones –sistema de copago– y se señala que, en todo caso, ningún ciudadano quedará fuera del sistema por no disponer de recursos económicos.

(h) Otros contenidos. La Ley aborda, también, asimismo otros aspectos –cf. Cuadro II.10– entre los que tiene especial interés el apartado sobre la calidad del Sistema.

Así, como principio general, se señala que el SAAD fomentará la calidad de la atención a la dependencia, con el fin de asegurar la eficacia de las prestaciones y los servicios. Para ello, en el ámbito del Consejo Territorial se fijarán criterios comunes de acreditación de centros y planes de calidad del Sistema, dirigidos tanto a las empresas y entidades de gestión pública directa, como a las privadas en sus diversas modalidades.

Un aspecto particularmente relevante es la consideración de que, a la hora de fijar los estándares esenciales de calidad, “se atenderá, de manera específica, a la calidad del empleo así como a promover la profesionalidad y potenciar la formación en aquellas entidades que aspiren a gestionar prestaciones o servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia” (Artículo 35.3).

El texto legal no entra a detallar de forma específica los criterios relativos a la calidad del empleo³⁹; no obstante, la mera referencia a

³⁹ La calidad del empleo un concepto complejo que, siguiendo los criterios de la Comisión Europea, integra diversas dimensiones relacionadas con las con-

este tema constituye por sí misma un elemento indudablemente positivo, en la medida en que se reconoce la estrecha asociación existente entre la calidad de la atención a las personas dependientes que deben prestar las empresas y entidades acreditadas, y las condiciones laborales de las personas que trabajan en las mismas.

En el año 2007 han comenzado a darse los primeros pasos para el desarrollo del Sistema Nacional de Dependencia, cuya implantación a medio plazo conllevará dificultades de diversa complejidad (de orden tanto técnico como político). En cualquier caso, a modo de valoración final, cabe reiterar que la aprobación de la Ley 39/2006 ha significado un avance sustancial en la promoción de la protección social a las personas dependientes en España, que por primera vez en la historia de este país, se ha configurado como un derecho subjetivo de ciudadanía de carácter universal.

3.2. Aproximación al sector de la atención a la dependencia

El objetivo de este capítulo es realizar una caracterización general del sector de la atención a la dependencia en España, en una doble dimensión: el análisis de los principales servicios sociales objeto de estudio, en aspectos como el número de personas atendidos y/o plazas disponibles, el precio del servicio, la titularidad de los centros o el perfil de los usuarios; y el examen del empleo y condiciones laborales de los trabajadores del sector.

3.2.1. Características de los servicios sociales

Se abordan en este apartado algunos indicadores relativos a la situación de los principales servicios sociales de atención a las personas dependientes en España, concretamente: Servicio de Ayuda a

condiciones de trabajo, como son: **(a)** calidad intrínseca del empleo; **(b)** cualificaciones, formación continua y desarrollo de la trayectoria profesional; **(c)** igualdad entre hombres y mujeres; **(d)** salud y seguridad en el trabajo; **(e)** flexibilidad y seguridad; inclusión y acceso al mercado laboral; **(g)** organización del trabajo y conciliación de la vida laboral y familiar; **(h)** diálogo social y participación de los trabajadores; e **(i)** rendimiento y productividad económicos globales (Comisión Europea, 2001.b).

Domicilio; Servicio de Teleasistencia; Centros de Día; Centros residenciales; y Centros para personas con discapacidad.

El estudio de estos servicios ha estado condicionado tradicionalmente por la información estadística disponible, que ha sido bastante escasa hasta fechas relativamente recientes, y que sigue presentando serias deficiencias. Una situación que se explica en buena medida por la heterogeneidad en los sistemas y criterios de tratamiento de la información a nivel territorial, pero también por una cierta falta de cooperación e incluso de transparencia que –salvo excepciones– ha sido la pauta general de las distintas Administraciones (Maravall, 2003.a).

En la presente investigación se ha utilizado como fuente de información el Observatorio de Personas Mayores, que elabora anualmente una serie de indicadores de los servicios sociales en España. En la actualidad, se dispone de una serie homogénea por Comunidades Autónomas para el período 1999-2006, que recoge datos para cuatro de los servicios sociales considerados: el Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD); el Servicio de Teleasistencia; los Centros de Día; y los Centros Residenciales⁴⁰.

Los datos del Observatorio se refieren únicamente a las personas mayores de 65 o más años, sin recoger, por tanto, la información relativa al resto de la población. No obstante, este colectivo integra el mayor volumen de personas dependientes en España, por lo que la información analizada es muy significativa respecto de la situación de los servicios sociales (en aspectos como el número de usuarios o el índice de cobertura)⁴¹.

En cuanto a los centros para las personas con discapacidad, existe una notable carencia de información estandarizada y actualizada que permita analizar de forma adecuada la situación en los distintos territorios. Una deficiencia que se ha tratado de paliar en los últimos años desde el IMSERSO a través de diversas iniciativas⁴², cuyos re-

⁴⁰ La información para este período ha sido recogida y analizada de forma sistemática en el último informe sobre personas mayores publicado por el IMSERSO. Cf. Sancho et ál (2007). En dos territorios –Andalucía y Ceuta– los datos relativos a determinados servicios no están disponibles para el último año de referencia de la serie (2006).

⁴¹ La población dependiente en España ascendía en 2005, según las estimaciones del IMSERSO, a 1,13 millones de personas, de las que el 74% tienen 65 o más años (Cf. capítulo II.1., tabla II.1).

⁴² Por ejemplo, a través de la puesta en marcha del proyecto DESDE (Descripción Estandarizada de Servicios de Discapacidad en España).

sultados hasta el momento son bastante limitados (AA.VV., 2005). Ello motiva que el análisis de los centros para las personas con discapacidad se circunscriba a los datos disponibles para el conjunto del Estado, sin descender al ámbito territorial.

3.2.1.1. Principales magnitudes

La población mayor en España ha pasado de 6,7 millones de personas en 1999 a 7 millones y medio en 2006, lo que supone una tasa de crecimiento del 11%⁴³. Tomando como referencia estos datos, la evolución del número de usuarios y/o plazas disponibles en los diferentes servicios sociales ofrece una aproximación a la cobertura de este colectivo (Tabla II. 8).

TABLA II.8.
N.º usuarios/plazas en algunos servicios sociales para mayores:
1999-2006 (Enero)

Tipo de servicio	1999	2006	Variación 06/99 (%)
Servicio de Ayuda a Domicilio	112.797	305.973	171,3
Servicio de Teleasistencia	48.754	261.433	436,2
Centros de Día *	18.639	47.624	155,5
Residencias	199.058	298.870	50,1

* Centros de Día: Datos disponibles para 2002 y 2006.

SAD y Teleasistencia: n.º de usuarios; Centros de Día y Residencias: n.º de plazas.

Fuente: Informe 2006. Las personas mayores en España.

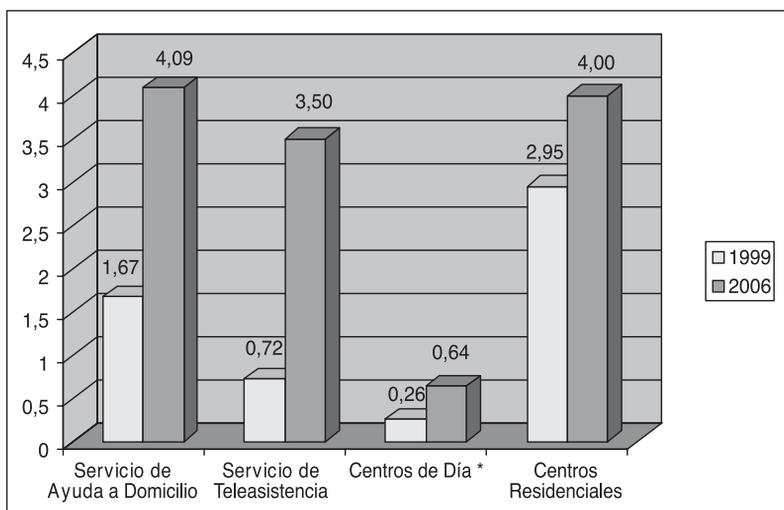
Así, el número de usuarios/plazas ha crecido de forma significativa en todos los servicios durante este período, con una tasa de crecimiento particularmente elevada en el caso de la Teleasistencia. En cuanto al volumen, al final del período destaca el Servicio de Ayuda a Domicilio, que registra para el conjunto del Estado un total de 306 mil usuarios.

Una visión más ajustada de este proceso la proporciona el índice de cobertura, que mide la proporción de usuarios/plazas en relación

⁴³ INE, Datos revisados del Padrón Municipal.

a la población destinataria. La evolución de este indicador ha sido positiva en todos los servicios sociales, destacando nuevamente la Teleasistencia, que ha incrementado su cobertura en tres puntos porcentuales durante este período (Gráfico II.5).

GRÁFICO II.5.
**Índice de cobertura de algunos servicios sociales para personas mayores.
 1999-2006 (Enero)**



* Centros de Día: Datos disponibles para 2002 y 2006.

Índice de cobertura = n.º usuarios/plazas s/total población 65 y más años.

SAD y Teleasistencia: n.º usuarios; Centros de Día y Residencias: n.º plazas.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de *Informe 2006. Las personas mayores en España*.

Los mayores valores al final del período corresponden, sin embargo, a otros dos servicios: el Servicio de Ayuda a Domicilio, con una cobertura del 4,1% de la población de 65 o más años; y las Residencias, cuya cobertura se sitúa en torno al 4%.

El análisis comparado refleja, por otra parte, que la cobertura prestada por los servicios sociales a las personas mayores en España sigue siendo muy insuficiente –máxime, considerando el significativo crecimiento registrado por este colectivo–, situándose significativamente por debajo de la media registrada por los países de la Unión Europea.

Así, según los datos disponibles para 2005, el porcentaje de población de 65 y más años que recibe cuidados de larga duración en

la UE-25 se sitúa como media en un 10%, frente al 6% estimado en España (Observatorio de Personas Mayores y Alboma 2000 S.L., 2006).

En cuanto al perfil de los usuarios, la mayoría son mujeres, con una importante proporción de las personas mayores de 80 años, particularmente elevada en el caso de los centros residenciales.

Finalmente, una magnitud especialmente relevante para delimitar la situación de los servicios sociales en la actualidad concierne a los recursos financiados por el sector público, que incluyen tanto los destinados a los servicios de gestión pública directa, como a los concertados.

En enero de 2006, el gasto público en servicios sociales para personas mayores en España ascendía a 2.866,5 millones de euros, una cifra que representa el 0,32% del Producto Interior Bruto (PIB) a nivel nacional. Un dato que todavía se sitúa a una distancia significativa del gasto realizado en este campo por los países más desarrollados⁴⁴.

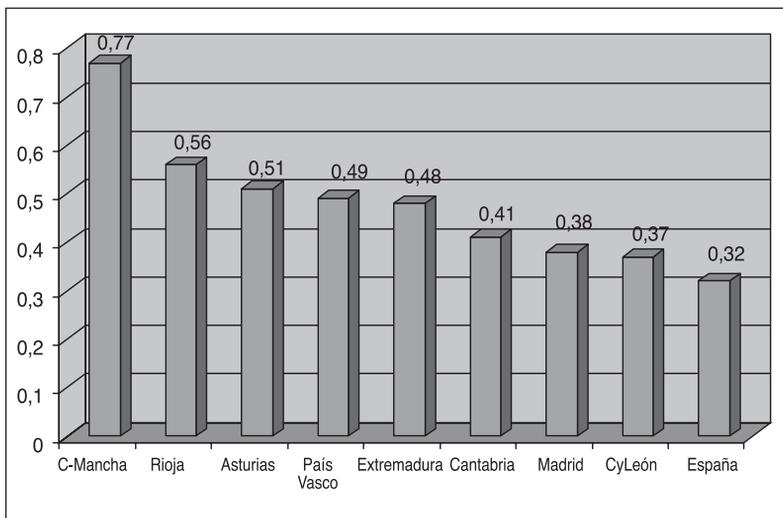
El gasto destinado a los servicios sociales en España difiere significativamente, por otra parte, entre las distintas Comunidades Autónomas⁴⁵. Así, ocho Comunidades Autónomas registran un gasto sobre el PIB superior a la media, destacando particularmente Castilla-La Mancha (0,77%), La Rioja (0,56%) y Asturias (0,51%); tres Comunidades con una estructura de población especialmente envejecida (Gráfico II.6). En el extremo opuesto, se sitúa Canarias, con un peso del gasto en el PIB del 0,11%.

Las diferencias en el gasto público se enmarcan en el desigual desarrollo registrado por los servicios sociales en las Comunidades Autónomas. Ello ha determinado un elevado grado de disparidad entre los distintos territorios, como ya se ha apuntado, que presenta características diferentes en los distintos tipos de servicio.

⁴⁴ El promedio de gasto para el ámbito de la OCDE ascendía en 2005 al 1,1% del PIB, 0,8 puntos porcentuales superior al registrado en España. Una distancia que es aún mayor si se compara con los países como Suecia (3,3%), Finlandia (2,9%), Noruega (2,6%) o Dinamarca (2,6%). Datos tomados de: Observatorio de Personas Mayores y Alboma 2000 S.L. (2006).

⁴⁵ Los indicadores de gasto público del Observatorio se han realizado a partir de la información presupuestaria facilitada por los territorios, con la excepción de seis para las que se ha estimado el gasto –Andalucía, Aragón, Baleares, Cantabria, Madrid, Murcia y Ceuta–, al no haber proporcionado dicha información.

GRÁFICO II.6.
Comunidades Autónomas con mayor gasto público en servicios sociales para personas mayores s/PIB (%). Enero de 2006



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de *Informe 2006. Las personas mayores en España*.

3.2.1.2. Servicio Público de Ayuda a Domicilio

El Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) está integrado por el conjunto de actuaciones llevadas a cabo en el hogar de las personas en situación de dependencia con el fin de atender sus necesidades de la vida diaria, prestadas por entidades o empresas, acreditadas para esta función (*Ley 39/2006*, artículo 23). Este servicio se inicia en España en los años 80, implantándose fundamentalmente a partir del *Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales*, puesto en marcha por el IMSERSO en 1988.

Un rasgo característico del SAD es su alto grado de flexibilidad, integrando prestaciones muy diversas que –en términos generales– pueden clasificarse en dos grandes grupos: servicios relacionados con las necesidades domésticas o del hogar, como limpieza, cocina, u otros; y servicios relacionados con la atención personal, en la realización de la actividad de la vida diaria.

El modelo institucional de este servicio en el ámbito territorial presenta, asimismo, un elevado grado de diversidad, tanto a nivel interterritorial –entre las distintas Comunidades Autónomas– como intraterritorial, en el ámbito local. A modo ilustrativo, algunos estudios han detectado incluso criterios diferentes de organización del servicio en el seno de grandes ayuntamientos, entre las concejalías de asuntos sociales de las distintas juntas de distrito (Santamarina, 2006).

En los últimos años se ha producido un importante aumento global en el número de usuarios de este servicio, registrándose un crecimiento de 193 mil personas entre 1999 y 2006. Ello se ha reflejado en un incremento de 2,4 puntos porcentuales del índice de cobertura del SAD, situándose en torno al 4,1% de la población mayor, en 2006. Otro indicador relevante concierne al precio público por usuario (euros/hora), que se ha incrementado en un 35% en este período (Tabla II.9).

TABLA II.9.
Indicadores del Servicio Público de Ayuda a Domicilio,
para personas mayores. 1999-2006 (Enero)

Indicador	1999	2006	Variación 06/99 (%)
N.º de usuarios	112.797	305.801	171,1
Índice de cobertura	1,67	4,09	144,9
Precio público por usuario (euros/hora)	8,97	12,12	35,1

Índice de cobertura = N.º usuarios s/total población 65 y más años.

Fuente: *Informe 2006. Las personas mayores en España.*

El análisis de estos indicadores entre las distintas Comunidades Autónomas, pone de manifiesto la disparidad existente –a fecha de enero de 2006– en la prestación del servicio en el ámbito territorial (Tabla II.10).

Así, Madrid es la Comunidad Autónoma que registra un mayor número de usuarios –cerca de 55 mil personas– seguida de Cataluña (48 mil) y Andalucía (38 mil). No obstante, si se relaciona el número de usuarios con la población de referencia, las Comunidades con mayor índice de cobertura son Extremadura (9,82%), Castilla-La Mancha (6,37%) y Madrid, donde se sitúa en el 6,29% (Gráfico II.7).

TABLA II.10.
Indicadores del Servicio Público de Ayuda a Domicilio, para personas mayores, por ámbito territorial. Enero de 2006

Ámbito territorial	N.º de usuarios	Índice de cobertura	Precio público
Andalucía	38.401	3,28	12,11
Aragón	9.592	3,67	10,0
Asturias	9.102	3,85	10,56
Baleares	4.325	3,13	16
Canarias	7.534	3,06	11,0
Cantabria	3.030	2,86	7,3
Castilla y León	23.567	4,13	12,29
Castilla-La Mancha	23.109	6,37	9,25
Cataluña	47.886	4,08	13,52
C. Valenciana	18.600	2,38	9,89
Extremadura	20.506	9,82	6,18
Galicia	13.932	2,34	8,43
Madrid	54.631	6,29	12,93
Murcia	3.502	1,85	10,26
Navarra	4.211	4,01	22,32
País Vasco	21.181	5,39	17,4
Rioja (La)	2.303	4,09	10,25
Ceuta*	306	3,65	10,5
Melilla	255	3,49	20,09
ESPAÑA	305.973	4,09	12,12

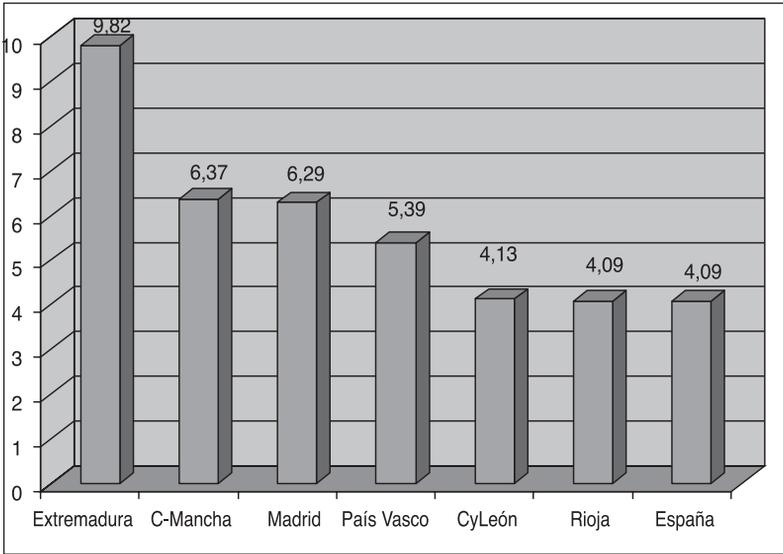
Índice cobertura = N.º usuarios s/total población 65 y más años.

Precio público = euros/hora.

Fuente: *Informe 2006. Las personas mayores en España.*

Otro indicador donde se expresan estas diferencias territoriales es el precio público por usuario. La media para el conjunto del Estado es de 12,12 euros/hora, alcanzándose los precios más elevados en Navarra –22,32 euros– y Melilla (20,09 euros). En el polo opuesto, las Comunidades con un precio del servicio más bajo para el usuario son las de Extremadura y Cantabria, con 6,18 y 7,18 euros/hora respectivamente.

GRÁFICO II.7.
**Comunidades Autónomas con mayor índice de cobertura del SAD
 para personas mayores. Enero de 2006**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de *Informe 2006. Las personas mayores en España*.

Existe un mayor grado de semejanza, en cambio, en relación al perfil del usuario. Así, entre las personas atendidas por el SAD hay un predominio claro de las mujeres, cuyo porcentaje oscila entre el 53% del País Vasco y el 95% de Castilla-La Mancha. Por otra parte, en casi todas las Comunidades Autónomas la mayoría de los usuarios superan los 80 años.

En suma, es posible apuntar que el Servicio de Ayuda a Domicilio en España sigue presentando en la actualidad –a pesar del crecimiento experimentado desde su implantación– unos niveles generales de cobertura relativamente bajos, especialmente si se los compara con otros países europeos, así como una notable heterogeneidad en su aplicación en el ámbito territorial.

A ello se suman, además, otros elementos críticos, como son: (a) una intensidad de la atención, medida a través del número de horas por usuario, que en promedio es también muy baja en

comparación con el promedio europeo; (b) escasa dotación de recursos humanos y técnicos en muchas Comunidades Autónomas, que incide en la cobertura de las personas dependientes; carencias significativas en la formación de parte del personal; (c) excesiva burocratización del servicio; y (d) la inexistencia de una imagen pública del SAD, que motiva un elevado grado de desconocimiento del servicio para una parte importante de la población⁴⁶.

Una realidad que plantea la necesidad de una remodelación profunda de este servicio que permita mejorar la eficacia de sus prestaciones, en el marco de la coordinación de los diferentes agentes implicados prevista por la Ley 39/2006, y que cuente asimismo con la participación de sus usuarios y beneficiarios.

3.2.1.3. Servicio Público de Teleasistencia

Este servicio facilita asistencia a los beneficiarios mediante el uso de tecnologías de la comunicación y de la información, con apoyo de los medios personales necesarios, en respuesta inmediata ante situaciones de emergencia, o de inseguridad, soledad y aislamiento. Puede ser un servicio independiente o complementario al de Ayuda a domicilio (*Ley 39/2006*, artículo 22).

El Servicio de Teleasistencia fue impulsado en España por el IMSERSO en los primeros años 90, intensificándose su desarrollo sobre todo en la segunda mitad de la década, con la presencia de otras Administraciones Públicas y también como servicio privado prestado por las empresas.

En cuanto a su evolución en los últimos años⁴⁷, el número de usuarios se ha incrementado en 213 mil personas. Ello ha supuesto un aumento muy significativo de la cobertura del servicio en casi tres puntos porcentuales, hasta situarse en el 3,5% de la población de 65 o más años en 2006 (Tabla II.11).

⁴⁶ Para un análisis más detallado de la situación del SAD, Cf. Santamarina (2005 y 2006).

⁴⁷ No se incluye la evolución del precio público, ya que no se dispone de datos para todo el período.

TABLA II.11.
**Indicadores del Servicio Público de Teleasistencia,
 para personas mayores. 1999-2006 (Enero)**

Indicador	1999	2006	Variación 06/99 (%)
N.º de usuarios	48.574	261.433	438,2
Índice de cobertura	0,72	3,50	386,1

Índice de cobertura = N.º usuarios s/total población 65 y más años.

Fuente: *Informe 2006. Las personas mayores en España.*

El análisis de estos indicadores en el ámbito territorial permite constatar la desigual situación del servicio en el conjunto del Estado. Así, el número total de usuarios asciende en enero de 2006 a 261 mil personas, destacando Madrid como la Comunidad que concentra un mayor volumen de población atendidas por el servicio (80 mil personas). A continuación, se sitúan Andalucía, que registra 41 mil usuarios y a mayor distancia Castilla-La Mancha –21 mil– y Castilla y León (17 mil). En el extremo opuesto, los territorios que cuentan con menor número de usuarios son los de Ceuta, Melilla y La Rioja (Tabla II.12).

El índice de cobertura se sitúa a nivel nacional en 3,5 usuarios por cada 100 personas de 65 y más años, destacando con una media significativamente superior Madrid (9,22%), Castilla-La Mancha (5,74%) y Navarra (5,22%). Las Comunidades que presentan una cobertura del servicio más baja, con índices inferiores al 1,30% de la población mayor, son las de Canarias, Galicia, Las Rioja y Cataluña.

El precio público por usuario del Servicio Público de Teleasistencia es de 265,51 euros/año⁴⁸. Nuevamente se constata una fuerte disparidad territorial, con una diferencia de 274,5 euros entre la Comunidad donde el servicio tiene un precio más alto –La Rioja, con 452,43 euros/año– y la que registra el más bajo (Andalucía, con 178 euros/año).

⁴⁸ A diferencia del SAD, el Observatorio proporciona los datos territoriales de este indicador en euros/año, no en euros/mes.

TABLA II.12.
Indicadores del Servicio Público de Teleasistencia, para personas mayores, por ámbito territorial. Enero de 2006

Ámbito territorial	N.º de usuarios	Índice de cobertura	Precio público
Andalucía	41.174	3,51	178,00
Aragón*	11.813	4,52	180,00
Asturias	5.771	2,44	274,08
Baleares	4.150	3,00	284,64
Canarias	2.396	0,97	276,24
Cantabria	2.996	2,82	259,68
Castilla y León	17.143	3,01	269,12
Castilla-La Mancha	20.826	5,74	203,24
Cataluña*	15.040	1,28	320,60
C. Valenciana	22.508	2,88	315,00
Extremadura	7.052	3,38	230,76
Galicia	6.413	1,08	283,67
Madrid	80.024	9,22	244,00
Murcia	4.671	2,47	279,84
Navarra	5.473	5,22	199,41
País Vasco	12.815	3,26	227,59
Rioja (La)	648	1,15	452,53
Ceuta*	263	3,14	225,00
Melilla	257	3,51	265,20
ESPAÑA	261.433	3,50	261,51

* Cataluña:>85 años. Aragón: precio enero 2004. Ceuta: Datos a enero de 2005.

Índice de cobertura = N.º usuarios s/total población 65 y más años.

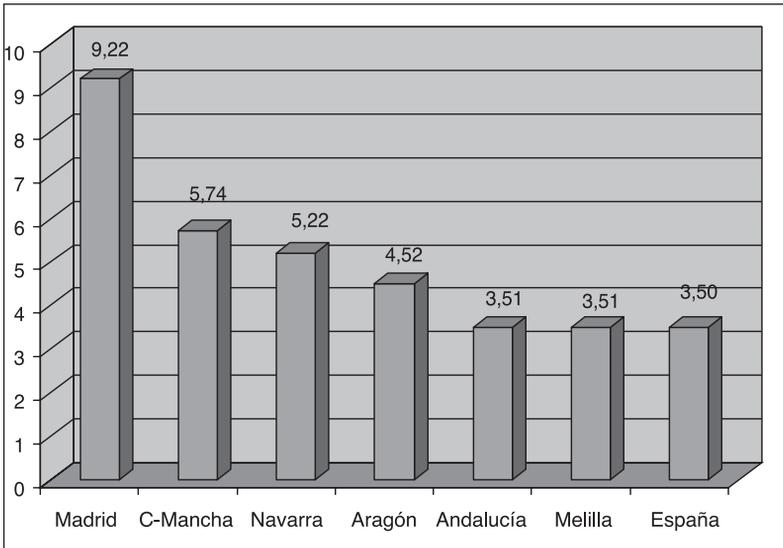
Precio público = euros/año.

Fuente: *Informe 2006. Las personas mayores en España.*

El perfil del usuario se caracteriza por un predominio mayoritario de las mujeres, que oscila entre el 57% de las personas atendidas en Aragón, y el 89% registrado en Melilla. En relación a la edad, se observan mayores diferencias entre los distintos territorios. Así, el porcentaje

de usuarios de 80 y más años es muy bajo en Aragón (28%), Ceuta (26%) o Melilla (38%). En otras Comunidades, en cambio, el peso de este colectivo entre las personas atendidas es bastante elevado, por ejemplo en La Rioja (79%), Asturias (72%) y Baleares (68%).

GRÁFICO II.8.
Comunidades Autónomas con mayor índice de cobertura del Servicio Público de Teleasistencia para personas mayores. Enero de 2006



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de *Informe 2006. Las personas mayores en España*.

El Servicio Público de Teleasistencia ha experimentado, en síntesis, un importante crecimiento desde la segunda mitad de los años 90, si bien mucho menor del esperado. Un hecho que se explica posiblemente por el limitado conocimiento de este servicio por parte de la población potencialmente usuaria. En todo caso, es previsible que tenga un impulso cualitativo en los próximos años, incorporando nuevos servicios asociados al desarrollo de las tecnologías de la información y las comunicaciones⁴⁹.

⁴⁹ Por ejemplo, en aspectos como telegestión de servicios domésticos, teleobiovigilancia en materia de salud, telerelación de relaciones sociales, programas terapéuticos a domicilio, etc.

3.2.1.4. Centros de Día

El Servicio de Centro de Día ofrece una atención integral durante el periodo diurno a las personas en situación de dependencia, con el objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal y apoyar a las familias o cuidadores. En particular, cubre, desde un enfoque biopsicosocial, las necesidades de asesoramiento, prevención, rehabilitación, orientación para la promoción de la autonomía, habilitación o atención asistencial y personal (*Ley 39/2006*, artículo 24).

Este servicio se inició en España en el ámbito sanitario a finales de los 60, experimentando un lento desarrollo en las dos décadas posteriores. A finales de los años 80 comienzan a implantarse algunos Centros de Día desde el ámbito de los servicios sociales, intensificándose su crecimiento a partir de la segunda mitad de los 90.

Entre los años 2002 y 2006⁵⁰, se han creado 29 mil nuevas plazas para personas mayores dependientes –públicas, concertada y privadas– en España. Asimismo, se ha registrado un crecimiento de 916 centros –públicos y privados– en este período. Como resultado de ello, en enero de 2006 existen en España 47.624 plazas, distribuidas entre 1.872 centros (Tabla II.13).

TABLA II.13.

Indicadores de Centros día para personas mayores dependientes. 2002-2006 (Enero)

Indicador	2002	2006	Variación 06/02 (%)
N.º total de plazas	18.639	47.624	155,5
N.º total de centros	956	1.872	95,8
Índice de cobertura	0,26	0,64	146,2

Plazas = públicas + concertadas + privadas. **Centros** = públicos + privados.

Índice de cobertura = N.º plazas s/total población 65 y más años.

Fuente: *Informe 2006. Las personas mayores en España*.

Este proceso se ha traducido asimismo en un incremento de la cobertura del servicio de 0,4 puntos porcentuales, hasta situarse en

⁵⁰ El Observatorio de Personas Mayores recoge únicamente datos territoriales desde 2002.

el 0,64% de las personas de 65 y más años. Un ratio que, en todo caso, puede considerarse muy bajo, máxime considerando que las previsiones del Plan Gerontológico eran alcanzar una cobertura del 1% para el año 2000.

En cuanto a la titularidad, predomina de forma mayoritaria la privada en relación tanto al número de los centros –62% en enero de 2006– como de las plazas disponibles (64%).

Por otra parte, la participación del sector público es mayoritaria en la financiación de las plazas: 60 de cada 100 plazas reciben financiación pública, de las que 36 son gestionadas de forma directa por el sector público y 24 por el sector privado bajo el sistema de concertación. El resto, 40 de cada 100, son plazas financiadas en su totalidad por el usuario a precios de mercado, y gestionadas por entidades privadas.

La distribución territorial pone de manifiesto una notable concentración de este servicio en dos Comunidades, donde se ubican el 48% del total de centros y el 43% de las plazas disponibles: Cataluña, que cuenta con 646 centros y 11 mil plazas; y Madrid, con 254 centros y nueve mil quinientas plazas. En el extremo opuesto se sitúan Ceuta y Melilla, con 1 y 2 centros respectivamente (Tabla II.14).

Cinco Comunidades registran, por otra parte, un índice de cobertura superior a la media, destacando especialmente Madrid con un valor superior al 1% de la población mayor (Gráfico II.9). Los territorios donde el índice de cobertura es inferior, por debajo del 0,40%, son Ceuta, Andalucía, Galicia y Castilla-La Mancha.

El precio público de una plaza para dependiente se sitúa en torno a los 7 mil euros de promedio para el conjunto del Estado. La realidad territorial presenta una notable disparidad, observándose una diferencia de algo más de 10 mil euros entre la Comunidad donde el precio público de la plaza para dependientes es mayor –País Vasco, con 14,6 mil euros/año– y la que registra el rango más bajo (Murcia, con poco más de 4 mil euros/año).

En cuanto al precio de concertación, la insuficiente información disponible por Comunidades Autónomas no permite calcular un promedio para el conjunto del Estado. En todo caso, los datos disponibles permiten destacar al País Vasco y Madrid como las Comunidades con un precio superior –13 y 9 mil euros/año respectivamente– y Murcia como la que registra el más bajo (4 mil euros/año).

TABLA II.14.
Indicadores de Centros de Día para personas mayores dependientes,
por ámbito territorial. Enero de 2006

Ámbito territorial	N.º centros	N.º plazas	Índice de cobertura	Precio público	Precio concertado
Andalucía*	180	4.265	0,36	--	6.661,25
Aragón	21	1.494	0,57	7.908,00	7.908,00
Asturias	41	1.041	0,44	5.067,24	--
Baleares	30	657	0,48	5.121,37	--
Canarias	49	1.036	0,42	8.680,00	--
Cantabria	25	545	0,51	7.141,38	7.141,38
Castilla y León	127	2.709	0,48	6.843,75	6.843,75
Castilla-La Mancha	62	1.370	0,38	5.325,00	--
Cataluña	646	11.133	0,95	5.696,84	--
C. Valenciana	141	5.838	0,75	6.184,00	8.400,00
Extremadura	61	1.166	0,56	6.000,00	6.000,00
Galicia	66	2.279	0,38	5.356,00	5.356,00
Madrid	254	9.525	1,10	11.071,00	9.334,41
Murcia	33	1.034	0,55	4.273,19	4.273,19
Navarra	11	288	0,27	5.716,68	--
País Vasco	109	2.891	0,74	14.641,14	13.464,47
Rioja (La)	13	279	0,50	7.477,13	--
Ceuta	1	25	0,30	7.500,00	--
Melilla	2	49	0,67	10.800,00	--
ESPAÑA	1.872	47.624	0,64	7.266,82	--

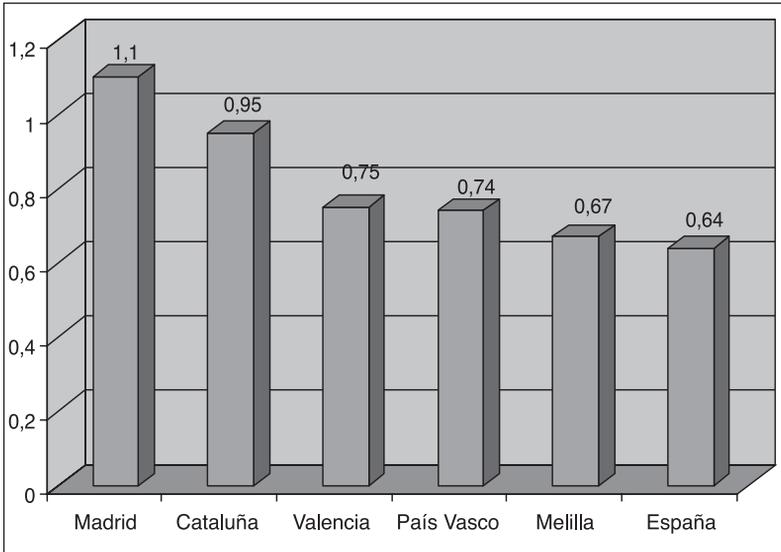
* Andalucía. Datos a enero de 2005.

Plazas = públicas + concertadas + privadas. **Centros** = públicos + privados. **Precio público y concertado** = euros/año. **Índice cobertura** = N.º plazas s/total población 65 y más años.

Fuente: *Informe 2006. Las personas mayores en España.*

Finalmente, el perfil de los usuarios se caracteriza, al igual que en los otros servicios, por un mayor peso de las mujeres y de las personas más longevas, aunque presentando diferencias territoriales significativas.

GRÁFICO II.9.
Comunidades Autónomas con mayor índice de cobertura de Centros de Día para personas mayores dependientes. Enero de 2006



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de *Informe 2006. Las personas mayores en España*.

3.2.1.5. Centros Residenciales

El servicio de atención residencial ofrece, desde un enfoque biopsicosocial, servicios continuados de carácter personal y sanitario. Este servicio se presta en los Centros Residenciales habilitados al efecto según el tipo de dependencia, grado de la misma e intensidad de cuidados que precise la persona. La prestación de este servicio puede tener carácter permanente, cuando el Centro Residencial se convierta en la residencia habitual de la persona; o temporal, cuando se atiendan estancias temporales de convalecencia o durante vacaciones, fines de semana y enfermedades o periodos de descanso de los cuidadores no profesionales (*Ley 39/2006*, artículo 25).

Los Centros Residenciales destinados a personas mayores constituyen, en el contexto de los servicios sociales en España, el recurso más desarrollado y con mayor diversidad de características. En los 70 comienzan a construirse residencias por la Seguridad Social, que

experimentan un fuerte crecimiento en la década de los 80, registrándose en paralelo un significativo aumento de la iniciativa privada (lucrativa o no). Un desarrollo que se intensifica en los años 90, con el impulso derivado de las iniciativas puestas en marcha desde la Administración Central, como el Plan Gerontológico y las subvenciones del 0,52% del IRPF.

Por otra parte, además del crecimiento cuantitativo en este período se ha producido un proceso evolutivo del modelo residencial: desde las macroresidencias de los años 70, que se caracterizaban por un diseño más “hotelero” y sin apenas servicios sociosanitarios, al Centro residencial de finales de los 90, con un número de residentes mucho más reducido, y con una gama de servicios y prestaciones de mucha mayor calidad (Maravall, 2003.a).

Tomando como referencia los últimos años, se ha producido la creación de algo más 2 mil nuevos Centros Residenciales –públicos y privados– en España, que suponen una tasa de crecimiento del 63%. Asimismo, se ha registrado un incremento de 99,8 mil plazas residenciales, que representa una tasa de variación del 50%. Como consecuencia de este proceso, el índice de cobertura de este servicio ha aumentado en 1 punto porcentual, hasta situarse en el 4% de la población de 65 y más años en 2006.

TABLA II.15.

Indicadores de Centros Residenciales para personas mayores. 1999-2006 (Enero)

Indicador	1999	2006	Variación 06/99 (%)
N.º total de plazas	199.058	298.870	50,1
N.º total de centros	3.720	6.052	62,7
Índice de cobertura	2,95	4,00	35,6

Plazas = públicas + concertadas + privadas. **Centros** = públicos + privados.

Índice de cobertura = N.º plazas s/total población 65 y más años.

Fuente: *Informe 2006. Las personas mayores en España.*

El 83% del total de los Centros Residenciales existentes son de titularidad privada. En cuanto a las plazas, predominan asimismo las de titularidad privada (56%), seguidas de las públicas (24%) y las concertadas (20%). Por otra parte, el 68% de las plazas están destinadas a personas dependientes y el resto a no dependientes.

La distribución de los Centros y plazas presenta una significativa concentración territorial. Así, tres Comunidades Autónomas registran el 56% del total de Centros Residenciales en España: Cataluña (2 mil), Madrid (616) y Castilla y León (603). Por otra parte, el 55% de las plazas disponibles se localizan en Cataluña (52 mil), Madrid (43 mil), Castilla y León (cerca de 36 mil) y Andalucía, con casi 32 mil (Tabla II.16).

TABLA II.16.
Indicadores de Centros residenciales, por ámbito territorial.
Enero de 2006

Ámbito territorial	N.º centros*	N.º plazas**	Índice de cobertura	Precio público	Precio concertado (1)	Precio concertado (2)
Andalucía*	578	31.727	2,71	--	8.833,00	15.881,20
Aragón	281	14.682	5,62	8.147,00	8.147,00	14.760,00
Asturias	217	9.576	4,05	11.563,40	11.563,40	--
Baleares	48	3.963	2,87	21.970,40	14.636,50	14.636,50
Canarias	150	7.891	3,21	17.520,00	--	26.280,00
Cantabria	42	4.552	4,29	15.449,20	15.449,20	15.449,20
Castilla y León	603	35.848	6,29	8.654,50	12.340,70	12.340,70
Castilla-La Mancha	281	20.716	5,71	--	15.793,60	--
Cataluña	2.147	52.603	4,48	15.780,00	--	--
C. Valenciana	323	22.841	2,93	16.196,00	13.866,00	14.542,00
Extremadura	187	9.072	4,35	12.000,00	12.000,00	12.000,00
Galicia	129	14.133	2,38	18.932,00	1.2854,00	13.536,00
Madrid	616	43.516	5,01	24.757,00	11.296,80	17.611,30
Murcia	38	3.994	2,11	14.497,80	14.497,80	14.497,80
Navarra	71	5.443	5,19	6.804,80	--	13.713,60
País Vasco	307	15.271	3,87	32.410,70	22.599,00	24.799,30
Rioja (La)	29	2.697	4,79	12.450,70	18.308,40	18.308,40
Ceuta	3	197	2,35	14.924,90	--	--
Melilla	2	202	2,76	16.720,00	--	--
ESPAÑA	6.052	298.924	4,00	15.810,50	--	16.311,10

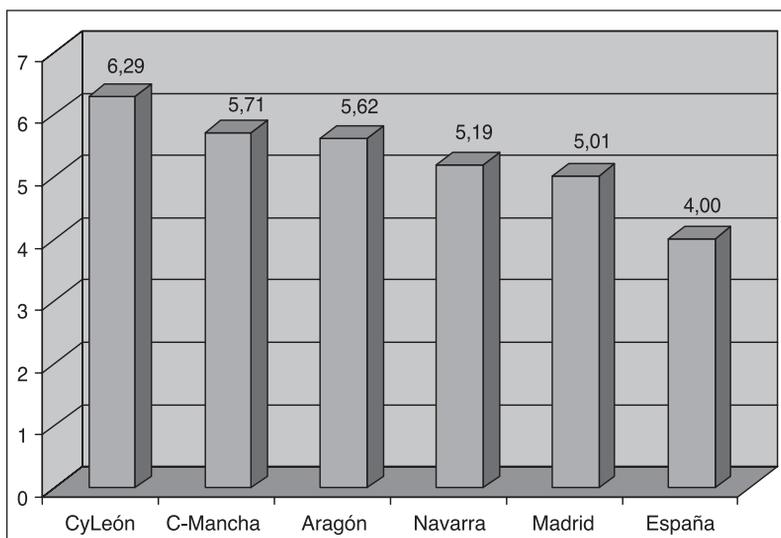
* Andalucía. Datos a enero de 2005.

Plazas = públicas + concertadas + privadas. **Centros** = públicos + privados. **Precio público y concertado** = euros/año. **Índice cobertura** = N.º plazas s/total población 65 y más años.

Fuente: *Informe 2006. Las personas mayores en España.*

La cobertura de este servicio también se caracteriza por una significativa variación, que oscila entre el máximo índice registrado por Castilla y León –6,29% de la población de 65 y más años– y el mínimo de Murcia (2,11%).

GRÁFICO II.10.
**Comunidades Autónomas con mayor índice de cobertura (>5%)
 de Centros Residenciales para personas mayores dependientes.
 Enero de 2006**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de *Informe 2006. Las personas mayores en España*.

El precio público de una plaza residencial en España es de casi 16 mil euros por año, observándose diferencias muy sustanciales entre las Comunidades Autónomas. Así, las Comunidades con mayor precio por plaza son las de País Vasco –32 mil euros/año– y Madrid (casi 25 mil euros/año). En el extremo opuesto, se sitúan muy por debajo del promedio Navarra, Aragón y Castilla y León, entre 6 y 8 mil euros/año por plaza.

El precio de la concertación registra variaciones significativas en función del tipo de plaza residencial (dependiente o no). Así, en el caso de las plazas de no dependientes se puede observar una diferencia de 14 mil euros entre la Comunidad que registra un mayor

precio –País Vasco, con más de 22 mil euros/año por plaza– y la que tiene uno menor (Aragón, con 8 mil euros/año).

En cuanto a las plazas de dependientes, el precio promedio para el conjunto del Estado es de 16 mil euros/año, mientras que en el ámbito territorial el precio oscila entre el máximo rango registrado en Canarias –26 mil euros/año– y el mínimo de Extremadura (12 mil euros/año).

El perfil de los usuarios es más homogéneo y aproximado, por otra parte, al de los otros servicios sociales, con un predominio de las mujeres usuarias y una mayoría clara de las personas de 80 años y más.

En síntesis, es posible apuntar que el servicio de atención residencial ha experimentado un importante desarrollo en los últimos años, en relación tanto al número de centros como de plazas disponibles. Asimismo, se ha producido un importante proceso de modernización de los Centros Residenciales desde mediados de los años 90, que ha posibilitado una mejor adecuación y eficacia de los servicios prestados.

El balance de este servicio social presenta sin embargo algunos elementos críticos, como son: la persistencia de una cobertura relativamente baja de la población mayor en España, si se la compara con los promedios más avanzados existentes en el entorno europeo; el insuficiente número de plazas públicas, máxime considerando la creciente demanda de las mismas; la diversidad existente en el número y calidad de las prestaciones de los Centros, desde aquellos que desarrollan un gran número de actividades y tratamientos, a los que sólo se ocupan prácticamente de la alimentación y aseo de los residentes⁵¹; o el notable grado de disparidad territorial, en aspectos como el índice de cobertura –especialmente bajo en algunas Comunidades Autónomas– o el precio de la plaza.

3.2.1.6. Centros para personas con discapacidad

La información estadística sobre los centros para personas con discapacidad presenta importantes carencias, como ya se ha señalado, especialmente cuando se desagregan los datos en el ámbito terri-

⁵¹ Para un análisis cualitativo de los modelos de atención en alojamientos residenciales para personas dependientes, Cf. González (2006).

torial. Por esta razón, se ha optado por realizar un análisis de los indicadores disponibles para el conjunto del Estado, relativo a los distintos tipos de Centros (Tabla II.17).

TABLA II.17.
Indicadores de Centros para personas con discapacidad.
Diciembre de 2003

Tipo Centro	N.º Centros	N.º Plazas	N.º Usuarios
Centros de Día	592	14.845	16.303
Centros Ocupacionales	755	32.516	28.202
Centros de Recuperación Profesional	98	1.046	2.762
Centros de Rehabilitación Psicosocial	86	3.704	3.911
Centros de Convivencia y Ocio	66	1.185	7.130
Centros Residenciales para dependientes	580	19.895	14.730
Centros Residenciales para no dependientes	254	7.458	5.156
Sistemas de alojamiento alternativo	505	3.603	2.612

Fuente: *Libro Blanco sobre atención a la dependencia en España*.

Los *Centros de Día* tienen como finalidad la atención diurna a personas con cualquier tipo de discapacidad, que no pueden integrarse en un medio laboral normalizado y que precisan de cuidados que no pueden recibir en su núcleo familiar durante el día.

El 43% de los Centros de Día y el 33% de sus plazas se encuentran financiadas mediante la figura del Concierto por los distintos órganos gestores con competencia en la gestión.

El número de usuarios atendidos ascendió al final de 2003 a 16 mil personas, predominando las que tienen dos tipos de discapacidad –intelectual y por enfermedad mental– encontrándose además ambos grupos mayoritariamente en situación de dependencia.

Los *Centros Ocupacionales* tienen como objetivo la prestación de servicios especializados a personas con cualquier tipo de discapacidad en edad laboral, que no pueden acceder a empleo ordinario o especial. La mayor parte de las plazas disponibles están gestionadas en régimen de concertación.

Estos Centros contabilizaron un total de 28 mil usuarios, siendo ocupadas las plazas sobre todo por personas con discapacidad intelectual, mayoritariamente no dependientes.

Los *Centros de Rehabilitación Psicosocial* están orientados a la rehabilitación personal y social de las personas con discapacidad con enfermedad mental, en situación o no de dependencia. A diferencia de los otros Centros, donde predomina la gestión concertada, el mayor porcentaje de plazas son mantenidas directamente por los órganos gestores.

Los datos disponibles sobre el perfil de los usuarios permiten apuntar, por otra parte, que estos Centros prestan atención a personas que mayoritariamente no se encuentran en situación de dependencia.

La finalidad de los *Centros de Convivencia y Ocio* es promover actividades de ocio y tiempo libre para personas con cualquier tipo de discapacidad que, por ese motivo o por falta de adaptación al medio, no pueden realizarlas de forma normalizada. La gestión de las plazas se realiza, de forma mayoritaria, en régimen de concertación.

La escasa información disponible apunta que los usuarios de estos Centros son fundamentalmente personas con enfermedad mental y con discapacidad intelectual.

En cuanto a los Centros Residenciales, existen tres modalidades. Por una parte, los *Centros Residenciales para personas con discapacidad en situación de dependencia*, cuya finalidad es la atención a personas que precisan ayuda continuada para el desenvolvimiento diario, cualquiera que sea el tipo de discapacidad que les afecte. En torno al 40% de las plazas de estos Centros son gestionadas de forma concertada, y en general son cubiertas por personas con discapacidad intelectual.

Por otra parte, están los *Centros Residenciales para personas con discapacidad que no se encuentran en situación de dependencia*, que presentan un número significativamente menor (tanto de centros como de plazas). La mitad de las plazas disponibles en estos Centros son gestionadas de forma concertada, y sólo el 15% de forma directa por los órganos gestores. El perfil mayoritario de los usuarios es una persona con discapacidad intelectual, a la que siguen en importancia las que tienen enfermedad mental y las que están afectadas por una discapacidad física.

Finalmente, se encuentran los *Sistemas de alojamiento alternativo*, que consisten en unidades de alojamiento ubicadas en edificios o zonas de viviendas normalizadas, y destinadas a personas con cualquier tipo

de discapacidad que tienen el grado suficiente de autonomía, pero que precisan apoyo (intermitente o permanente, según sus necesidades).

El 40% de las plazas disponibles para este tipo de alojamiento son directamente sustentadas por los órganos gestores, siguiendo en importancia las concertadas y las subvencionadas. En relación con el perfil del usuario, predominan las personas con discapacidad intelectual y las que tienen enfermedad mental.

En suma, las carencias en materia de información dificultan la realización de un diagnóstico ajustado, especialmente en el ámbito territorial. En todo caso, es posible remarcar que –en contraste con los avances producidos en el ámbito de las prestaciones económicas y la universalización de la asistencia sanitaria– la extensión de los servicios sociales para las personas con discapacidad resulta claramente insuficiente para atender la fuerte demanda de los mismos. Una valoración que llevó al movimiento asociativo a reclamar, con anterioridad a la aprobación de la *Ley 39/2006*, la implantación de un sistema básico de carácter universal, que reconociera la protección social como un derecho subjetivo, y en cuyo marco se impulsara un catálogo de prestaciones y servicios extenso y adecuado a las características de sus destinatarios, con especial atención a los distintos grupos de personas con discapacidad⁵².

3.2.2. Empleo y condiciones de trabajo

Los microdatos de la Encuesta de Población Activa (EPA) facilitan información detallada sobre la situación del empleo asalariado en las tres ramas de actividad relacionadas con la atención a la dependencia en España: *Actividades sanitarias* (CNAE⁵³ 851); *Actividades de servicios sociales* (CNAE 853); y *Hogares que emplean personal doméstico* (CNAE 950).

Es necesario remarcar, sin embargo, que las personas que trabajan en los cuidados a las personas dependientes representan tan sólo una parte del empleo total de cada una de estas ramas, cuyo volumen no es posible precisar. La razón de ello es que la EPA no proporciona datos estadísticamente rigurosos al nivel de desagregación necesario, por lo

⁵² Para un análisis más detallado de estas propuestas, Cf. Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (2004).

⁵³ Clasificación Nacional de Actividades Económicas.

que actualmente no se dispone de una cuantificación exacta del empleo en el sector, sino de estimaciones aproximadas sobre el mismo⁵⁴.

El análisis de estas tres ramas de actividad se plantea, por tanto, como una aproximación general al empleo asalariado en la atención a la dependencia, que se ha completado con la información cualitativa procedente tanto de la literatura especializada, como del contraste con informantes clave.

El empleo en estas tres ramas ha experimentado un notable dinamismo en la última década, generando en conjunto 858 mil nuevos puestos de trabajo (el 12% del total creado en España en este período). Un proceso que ha sido particularmente intenso en *Actividades de servicios sociales* y *Hogares que emplean personal doméstico*, con tasas de crecimiento del empleo muy superiores a la registrada por el conjunto de sectores. Desagregando por sexos, destaca asimismo el dinamismo del empleo ocupado por mujeres, con un ritmo de crecimiento muy elevado que –en el caso de las *Actividades de servicios sociales*– es más del doble de la media estatal (Tabla II.18).

TABLA II.18.

Evolución del empleo asalariado en actividades sanitarias, actividades de Servicios Sociales y hogares que emplean personal doméstico, por sexo. 1996-2006 (miles)

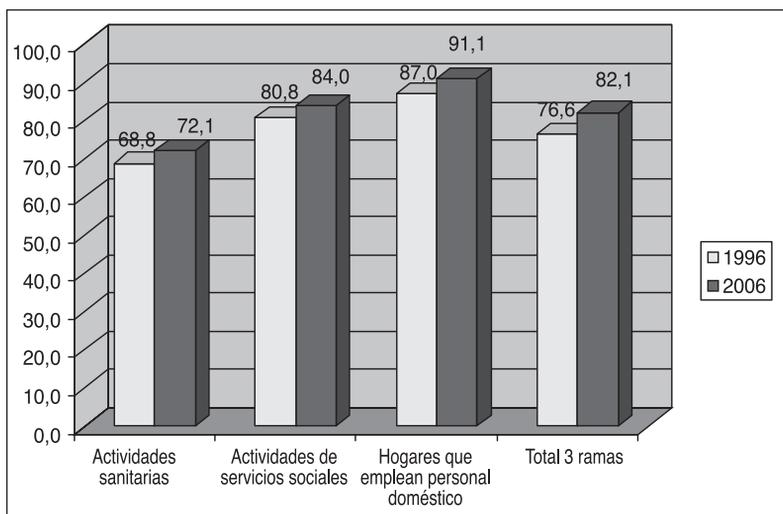
Rama actividad	1996	2006	Variación 06/96 (%)
Actividades sanitarias	520,4	741,3	42,5
Varones	162,4	206,8	27,3
Mujeres	357,9	534,5	49,3
Actividades de servicios sociales	119,1	325,9	173,6
Varones	22,9	52,1	127,6
Mujeres	96,2	273,7	184,6
Hogares que emplean personal doméstico	344,3	760,9	121,0
Varones	44,8	67,5	50,7
Mujeres	299,6	693,5	131,5
Total 3 ramas	983,8	1.828,1	85,8
Varones	230,1	326,4	41,8
Mujeres	753,7	1.501,7	99,2

Fuente: Elaboración propia a partir de microdatos de la EPA (2.º trimestre).

⁵⁴ A modo ilustrativo, el Libro Blanco estimaba un volumen de 88,5 mil personas ocupadas en 2005, distribuidas entre: Residencias (60 mil personas); Centros de Día (10,5 mil); Servicio de Ayuda a Domicilio (18 mil); y Servicios de Teleasistencia (mil).

Un rasgo significativo en las tres ramas es la elevada tasa de feminización del empleo, particularmente intensa en la de *Hogares que emplean personal doméstico* (Gráfico II.11).

GRÁFICO II.11.
Tasa de feminización del empleo asalariado en actividades sanitarias, actividades de servicios sociales y hogares que emplean personal doméstico. 1996-2006 (% s/total empleo)



Fuente: Elaboración propia a partir de microdatos de la EPA (2.º trimestre).

Asimismo, destaca la presencia creciente de los trabajadores de nacionalidad extranjera, especialmente significativa en la rama de *Hogares que emplean personal doméstico*, y que se espera crezca a medio plazo como consecuencia de la creciente demanda del sector⁵⁵.

En cuanto a las características del empleo, un primer aspecto destacable es la alta temporalidad registrada por las ramas de *Actividades de servicios sociales* y *Hogares que emplean personal doméstico*.

⁵⁵ La escasez de personal en el sector de la atención a la dependencia es un hecho generalizable a todos los países europeos. Ello ha dado lugar a estrategias públicas y empresariales dirigidas a retener y atraer trabajadores inmigrantes, incluyendo la contratación en país de origen.

tico, que superan ampliamente la media del conjunto del Estado. En todas las ramas se constata además una mayor temporalidad del empleo de las mujeres, especialmente elevada en la rama de *Hogares que emplean personal doméstico* (Tabla II.19).

TABLA II.19.

Evolución de tasas de temporalidad en actividades sanitarias, actividades de Servicios Sociales y hogares que emplean personal doméstico, por sexo. 1996-2006 (%)

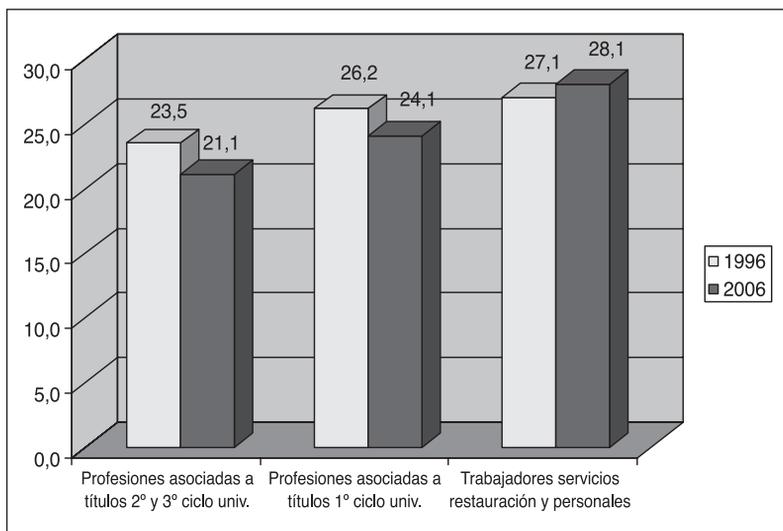
Rama actividad	TT 1996	TT 2006	Variación 06-96
Actividades sanitarias	24,2	28,9	4,7
Varones	20,3	23,2	3,0
Mujeres	26,1	31,1	5,1
Actividades de servicios sociales	38,5	41,8	3,4
Varones	24,0	29,5	5,4
Mujeres	41,9	44,2	2,3
Hogares que emplean personal doméstico	40,2	49,4	9,2
Varones	14,8	26,0	11,2
Mujeres	44,0	51,7	7,7

Fuente: Elaboración propia a partir de microdatos de la EPA (2.º trimestre).

Otra cuestión relevante concierne a los requerimientos de cualificación, existiendo diferencias sustanciales entre las tres ramas de actividad, e incluso dentro de las mismas en relación a ambos sexos.

Así, en la rama de *Actividades Sanitarias* se observa una clara polarización, con un peso sustancial de tres ocupaciones que concentran más del 70% del empleo asalariado (Gráfico II.12): dos que tienen elevados requerimientos de cualificación (Profesiones asociadas a titulaciones de 2.º y 3.º ciclo universitario y afines y Profesiones asociadas a titulaciones de 1er ciclo universitario y afines); y una con bajos requerimientos (Trabajadores de servicios de restauración y servicios personales).

GRÁFICO II.12.
**Ocupaciones más relevantes en actividades sanitarias.
 1996-2006 (% s/total empleo asalariado de la rama)**



Fuente: Elaboración propia a partir de microdatos de la EPA (2.º trimestre).

El análisis de los microdatos al máximo nivel de desagregación disponible (tres dígitos de la CNO⁵⁶) permite delimitar con mayor precisión las ocupaciones más relevantes en esta rama de actividad: Enfermeros; Auxiliares de enfermería y asimilados; y Médicos y Odontólogos (Tabla II.20).

Por otra parte, se observan ciertas diferencias entre las ocupaciones con mayor peso en el empleo masculino y femenino. Así, las mujeres trabajan fundamentalmente como Enfermeras y auxiliares de enfermería, seguidas por Médicas y Odontólogas y otras ocupaciones relacionadas con diversas profesiones administrativas. El empleo masculino se concentra fundamentalmente en la ocupación de Médicos y Odontólogos.

El empleo en de *Actividades de servicios sociales* se caracteriza por el peso mayoritario de las ocupaciones con bajos requerimientos de cualificación, destacando dos que concentran en torno al 60% del empleo: Trabajadores de servicios de restauración y servicios personales, y Trabajadores no cualificados en servicios (Gráfico II.13).

⁵⁶ Clasificación Nacional de Ocupaciones.

TABLA II.20.

**Occupaciones más relevantes en el empleo de Actividades sanitarias,
por sexo. 1996-2006 (% s/total empleo asalariado)**

TOTAL RAMA		1996	2006
NMAC	Enfermeros	25,7	23,2
NMBC	Auxiliares de enfermería y asimilados	20,0	18,0
NMAC	Médicos y odontólogos	17,2	16,5
	Resto ocupaciones	37,1	42,3
	Total empleo rama	100,0	100,0
MUJERES		1996	2006
NMAC	Enfermeros	31,2	27,9
NMBC	Auxiliares de enfermería y asimilados	26,2	22,8
NMAC	Médicos y odontólogas	9,2	10,2
	Resto ocupaciones	33,4	39,1
	Total empleo femenino en rama de actividad	100,0	100,0
VARONES		1996	2006
NMAC	Médicos y odontólogos	35,0	32,9
NMAC	Enfermeros	13,1	11,7
NMBC	Trabajadores que se dedican al cuidado de personas y asimilados*	12,6	11,2
	Resto ocupaciones	39,3	44,2
	Total empleo masculino en rama de actividad	100,0	100,0

* Excepto Auxiliares de enfermería.

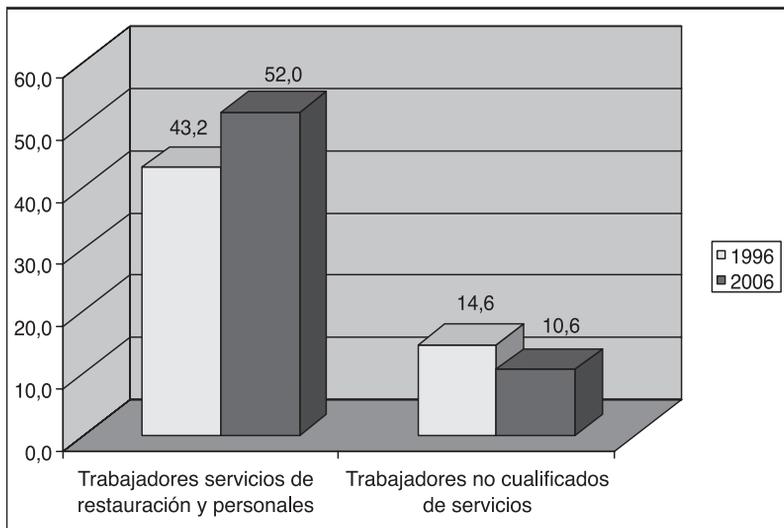
NMAC = No manual de alta cualificación. NMBC = No manual de baja cualificación.

Fuente: Elaboración propia a partir de microdatos de la EPA (2.º trimestre).

A un nivel más desagregado, las ocupaciones predominantes en esta rama de actividad son las de Trabajadores que se dedican al cuidado de personas, Auxiliares de enfermería y Personal de limpieza de edificios.

La tasa de feminización de esta rama es muy elevada, como ya se ha apuntado, concentrándose el empleo de las mujeres fundamentalmente en tres ocupaciones: Auxiliares de enfermería, Trabajadores que se dedican al cuidado de personas y Personal de limpieza de edificios.

GRÁFICO II.13.
**Ocupaciones más relevantes en Actividades de servicios sociales.
 1996-2006 (% s/total empleo asalariado de la rama)**



Fuente: Elaboración propia a partir de microdatos de la EPA (2.º trimestre).

El porcentaje de empleo masculino en el conjunto de la rama es significativamente inferior, y se halla más disperso entre las distintas ocupaciones, sin que pueda destacarse ninguna realmente predominante. Las tres que tienen mayor peso, en todo caso, son las de Trabajadores que se dedican al cuidado de personas, Profesionales de apoyo a la promoción social y Auxiliares de enfermería.

En cuanto al empleo en *Hogares que emplean personal doméstico*, que también presenta una elevada feminización, se concentra fundamentalmente en el grupo de Trabajadores no cualificados de servicios, que concentra en torno al 80% del empleo.

La ocupación mayoritaria entre las mujeres del sector es la de Empleados del hogar seguida, a mucha distancia, por la de Trabajadores que se dedican al cuidado de personas. En cuanto al empleo masculino, su principal ocupación es la de Conserjes, limpiacristales o asimilados, situándose a continuación –aunque con mucho menor peso– la de Trabajadores cualificados agrícolas por cuenta ajena (jardineros).

TABLA II.21.
Occupaciones más relevantes en empleo de Actividades de servicios sociales, por sexo. 1996-2006 (% s/total empleo asalariado)

	TOTAL RAMA	1996	2006
NMBC	Trabajadores que se dedican al cuidado de personas y asimilados*	22,5	20,9
NMBC	Auxiliares de enfermería y asimilados	18,6	26,3
MBC	Personal de limpieza de edificios	13,1	8,2
	Resto ocupaciones	45,8	44,6
	Total empleo rama	100,0	100,0
	MUJERES	1996	2006
NMBC	Auxiliares de enfermería y asimilados	24,6	29,6
NMBC	Trabajadores que se dedican al cuidado de personas y asimilados*	21,1	22,8
MBC	Personal de limpieza de edificios	15,7	9,6
	Resto ocupaciones	38,6	38,1
	Total empleo femenino en rama de actividad	100,0	100,0
	VARONES	1996	2006
NMBC	Trabajadores que se dedican al cuidado de personas y asimilados*	14,0	11,3
NMAC	Profesionales de apoyo a la promoción social	11,4	12,1
NMBC	Auxiliares de enfermería y asimilados	7,4	9,4
	Resto ocupaciones	67,2	67,2
	Total empleo masculino en rama de actividad	100,0	100,0

* Excepto Auxiliares de enfermería.

NMAC = No manual de alta cualificación. NMBC = No manual de baja cualificación.
MBC= Manual de baja cualificación.

Fuente: Elaboración propia a partir de microdatos de la EPA (2.º trimestre).

El análisis de la EPA permite destacar, en síntesis, tres rasgos significativos del empleo en las ramas de actividad consideradas, como son: una proporción mayoritaria de mujeres, con unas tasas de feminización del empleo muy superiores a la media del conjunto de sectores; un elevado nivel de temporalidad; y un peso significativo de las ocupaciones con bajos requerimientos de cualificación, especialmente en las ramas de *Actividades de servicios sociales y Hogares que emplean personal doméstico*.

TABLA II.22.

Occupaciones más relevantes en empleo de Hogares que emplean personal doméstico, por sexo. 1996-2006 (% s/total empleo asalariado)

TOTAL RAMA		1996	2006
MBC	Empleados del hogar	67,6	72,5
NMBC	Trabajadores que se dedican al cuidado de personas y asimilados*	14,8	13,4
	Resto ocupaciones	17,6	14,1
	Total empleo rama	100,0	100,0
MUJERES		1996	2006
MBC	Empleados del hogar	77,2	84,8
NMBC	Trabajadores que se dedican al cuidado de personas y asimilados*	14,3	15,2
	Resto ocupaciones	8,5	7,6
	Total empleo femenino en rama de actividad	100,0	100,0
VARONES		1996	2006
MBC	Conserjes de edificios, limpiacristales o asimilados	54,9	36,4
MAC	Trabajadores cualificados por cuenta ajena en actividades agrícolas	18,1	14,0
	Resto ocupaciones	27,0	49,5
	Total empleo masculino en rama de actividad	100,0	100,0

* Excepto Auxiliares de enfermería.

NMAC = No manual de alta cualificación. NMBC = No manual de baja cualificación. MBC = Manual de baja cualificación.

Fuente: Elaboración propia a partir de microdatos de la EPA (2.º trimestre).

En cuanto a otras fuentes de información, la Fundación Tripartita para la Formación en el Empleo ha realizado una aproximación al peso de las distintas ocupaciones en el empleo de Residencias y Servicio de Ayuda a Domicilio, utilizando los datos de una encuesta a las empresas que participan en las acciones de formación continua.

Los primeros resultados de esta encuesta apuntan que las mujeres que trabajan en la atención a la dependencia desempeñan como ocupaciones más frecuentes las siguientes: Lavandera/Planchadora; Limpiadora; Auxiliar de Ayuda a domicilio; Supervisora; Gerocul-

tor; Cocinero, Camarero y Pinche de cocina; Trabajador Social; ATS/DUE; y Psicólogo. En cuanto a los varones, las ocupaciones con mayor volumen de empleo son las de Oficial de mantenimiento, Conductor, Portero y Médico/Geriatra (Fundación para la Formación Tripartita en el Empleo, 2007)⁵⁷.

Una aproximación más cualitativa a partir del contraste con informantes clave⁵⁸ permite destacar, por último, algunos aspectos específicos sobre las condiciones de trabajo en el sector de la atención a la dependencia, como son⁵⁹: (a) la existencia de bajos niveles retributivos en general, así como de diferencias interterritoriales significativas entre las retribuciones de categorías profesionales similares; una situación determinada por el hecho que la mayoría de las empresas desarrolla sus actividades en el marco de la concertación con las Administraciones autonómicas, constatándose precios muy diferentes entre los distintos territorios; (b) el escaso fomento de las prácticas de formación y actualización de conocimientos de los trabajadores, particularmente en el ámbito de las pequeñas y medianas empresas⁶⁰; (c) el bajo desarrollo de mecanismos de promoción del personal; y (d) el agravamiento de los riesgos laborales típicos en el sector, debido a factores como las prolongaciones de jornada o las sobrecargas de trabajo; un hecho asociado en buena medida al déficit de personal existente en muchas empresas, como consecuencia de las restricciones presupuestarias de las Administraciones Públicas, que ha provocado una limitación o congelación en el crecimiento de las plantillas.

La combinación de estos elementos delimita un panorama general de deterioro de las condiciones de trabajo, que se manifiesta en la existencia de elevados índices de rotación, absentismo, desmotivación e incluso “fugas” hacia otro sector (especialmente, el sanitario). Una situación cuyas consecuencias exceden el ámbito estrictamente laboral, afectando negativamente a los servicios recibidos por los usuarios.

Conviene tener presente que las empresas del sector prestan servicios de carácter muy personalizado, que cubren necesidades vita-

⁵⁷ Estos resultados se han obtenido a partir de una muestra de 461 empresas. La encuesta se actualiza periódicamente, pudiendo consultarse en: www.efo-residencias-ayudadomicilio.org

⁵⁸ Expertos y representantes de las organizaciones sindicales y empresariales.

⁵⁹ Diversos estudios han constatado rasgos similares, por otra parte, en la situación laboral del sector en distintos países europeos. Cf. Litske et ál (2006).

⁶⁰ Para un estudio específico de las necesidades formativas de los profesionales en este sector, Cf. Jiménez (2007).

les de las personas dependientes, y que, en muchas ocasiones, no tienen posible aplazamiento en el tiempo (levantarse, vestirse, asearse, etc.). A ello se añade el tipo de usuario, habitualmente personas con problemas de salud –física o mental– que precisan de la ayuda continuada de trabajadores profesionales y de confianza, dado el carácter íntimo de muchos de los servicios requeridos. Ello motiva que la calidad del empleo en el sector constituya un elemento central para garantizar la propia calidad del servicio y, en última instancia, del derecho a la protección social de la dependencia.

La calidad del empleo es un concepto multidimensional, cuya promoción en este sector debe realizarse desde distintos ámbitos de intervención. Así, las Administraciones Públicas tienen que jugar un papel clave, por ejemplo a través de la exigencia de requisitos específicos sobre esta materia en la elaboración de los estándares de acreditación de las empresas que vayan a prestar los servicios de atención a las personas dependientes⁶¹. Asimismo, sería necesaria una mayor atención a las condiciones de trabajo en las organizaciones del tercer sector –donde la prestación de servicios es realizada en buena medida por personal voluntario sin la formación adecuada–, así como abordar la realidad de la economía sumergida (especialmente en servicios como la ayuda a domicilio).

Los agentes sociales, por su parte, deberían potenciar sus esfuerzos en la promoción de la mejora de las condiciones de trabajo, a través de un enriquecimiento de los contenidos de la negociación colectiva en relación a materias como empleo y contratación, clasificación profesional, retribuciones, formación profesional, tiempo de trabajo, y salud laboral.

En suma, es posible concluir apuntando que la atención a las situaciones de dependencia es un derecho basado en la prestación de servicios, cuya calidad está necesariamente asociada a las condiciones de trabajo –en definitiva, a la calidad del empleo– de los profesionales que atienden a las personas dependientes. Todo ello exige sin duda un mayor esfuerzo en los próximos años de los distintos agentes implicados, que redunde en una mejora efectiva de los estándares laborales del sector.

⁶¹ Actualmente, la regulación autonómica relativa a la acreditación de las entidades que desarrollan estos servicios se centra más en las condiciones de dotación de infraestructuras, que en las relativas al personal y sus requerimientos formativos. Sobre este tema, Cf. García y Martín (2006).

III

LA NEGOCIACIÓN COLECTIVA EN EL SECTOR DE ATENCIÓN A PERSONAS DEPENDIENTES

El objetivo de este capítulo es analizar la estructura y contenidos de la negociación colectiva en el sector de la atención a las personas dependientes, abordando específicamente los convenios de aplicación a las empresas y establecimientos que desarrollan su actividad en los subsectores de Residencias, Centros de Día, Servicio de Ayuda a Domicilio y Centros para personas con discapacidad. Un análisis que se completa con el examen de los criterios y estrategias de los agentes sociales en estos subsectores.

El estudio tiene como punto de partida la delimitación del universo de convenios colectivos, que se ha realizado con los siguientes criterios: (a) se han incluido los convenios de empresas de titularidad pública y privada, con independencia que la actividad de estas últimas se preste o no en régimen de concertación con una determinada Administración Pública; (b) se han seleccionado únicamente los convenios vigentes en 2005; y (c) los convenios colectivos de Comunidades Autónomas uniprovinciales se han contabilizado como autonómicos. A partir de estos criterios, se ha confeccionado la base de referencia, que integra un total de 74 convenios¹.

La base presenta una doble restricción: por una parte, no recoge algunos convenios cuyo ámbito temporal es anterior a 2005, pero que en razón de su ultraactividad pueden seguir vigentes; por otra, no incluye los Acuerdos Laborales y convenios que afectan al personal –funcionario y laboral– de las Administraciones Públicas. La razón de ello es que la regulación de las condiciones de trabajo en el ámbito de las Administraciones Públicas contempla de forma gene-

¹ El listado de convenios se incluye en el anexo final del libro.

ral a todo el personal, sin diferenciar –salvo en aspectos muy específicos– por tipo actividad².

En todo caso, esta base integra la inmensa mayoría de los convenios vigentes en el año de referencia, por lo que su análisis proporciona una información representativa de la negociación colectiva en el sector.

1. ESTRUCTURA DE LA NEGOCIACIÓN COLECTIVA

La negociación colectiva en el sector de la atención a la dependencia se estructura en los siguientes ámbitos³: (a) 2 convenios colectivos de ámbito sectorial estatal; (b) 19 convenios colectivos de ámbito sectorial autonómico; (c) 8 convenios de ámbito sectorial provincial; y (d) 45 convenios de empresa (Tabla III.1)⁴.

TABLA III.1.

N.º de convenios colectivos y trabajadores en el sector de atención a la dependencia

Ámbito negociación	N.º convenios	N.º trabajadores	N.º trabajadores s/convenios
Sectorial estatal	2	113.467	56.733,5
Sectorial autonómico	19	67.201	3.536,9
Sectorial provincial	8	7.314	914,3
Empresa	45	5.659	125,8
Total*	74	193.641	2.615,08

* El total de trabajadores estatal no coincide con la suma de los registrados en los distintos ámbitos de negociación, ya que ésta incluye los que son afectados por más de un convenio. Los convenios de CC.AA. uniprovinciales se contabilizan como autonómicos.

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de convenios.

² No obstante, en el capítulo III.4. se realiza una breve aproximación al contenido de estos Acuerdos.

³ Convencionalmente, en el texto se distingue entre ámbito de negociación y ámbito sectorial. El primero se refiere a las distintas unidades de negociación: estatal, autonómicas, provinciales y de empresa. La denominación de ámbito sectorial se utiliza, en cambio, para referirse al conjunto de actividades delimitadas por el convenio para su aplicación.

⁴ Los datos recogidos en las tablas de este capítulo se refieren exclusivamente a los convenios colectivos incluidos en la base, es decir: convenios del sector de la atención a la dependencia en España, vigentes en 2005.

La distribución de los trabajadores afectados en cada uno de los ámbitos proporciona una información más relevante que el número de convenios, sin embargo, a la hora de estudiar los efectos de la negociación colectiva en las condiciones de trabajo.

Así, en relación a esta variable destaca el peso de los dos convenios estatales, que afectan a algo más de 113 mil trabajadores; una cifra que puede tomarse como estimación del empleo total del sector, en la medida en que los convenios estatales afectan al conjunto de trabajadores del mismo. A continuación, se sitúan los convenios sectoriales autonómicos, seguidos por los convenios sectoriales provinciales y los de empresa.

Desagregando el análisis por subsectores, destacan los de Residencias y Centros de Día⁵, que registran en conjunto un número total de 39 convenios; a continuación se sitúa el Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) con 20 convenios; y, por último, el subsector de Centros para Personas con Discapacidad, con 16 (Tabla III.2).

TABLA III.2.
Número de convenios colectivos y trabajadores afectados en el sector de atención a la dependencia, por ámbito de negociación y subsector

Ámbito negociación	Residencias/centros de día		Ayuda a domicilio		Centros personas con discap.		Total*	
	Convenios	Trabajadores	Convenios	Trabajadores	Convenios	Trabajadores	Convenios	Trabajadores
Estatal	1	87.467	1	87.467	1	26.000	2	113.467
Sectorial autonómico	8	30.692	6	12.277	5	24.232	19	67.201
Sectorial provincial	1	3.500	7	3.814	0	0	8	7.314
Empresa	29	3.003	6	394	10	2.259	45	5.659
Total	39	124.665	20	103.952	16	52.508	74	193.641

El total de trabajadores estatal no coincide con la suma de los registrados en los distintos ámbitos de negociación, ya que ésta incluye los que son afectados por más de un convenio. Fuente: Elaboración propia a partir de la base de convenios.

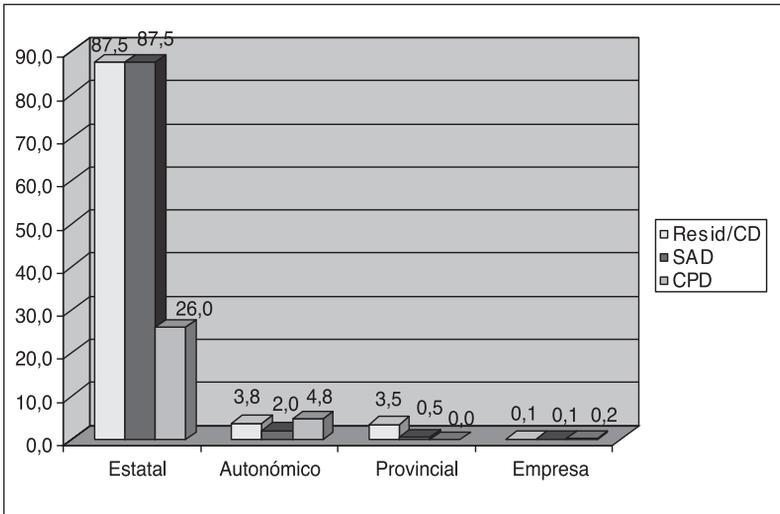
En cuanto al número total de trabajadores afectados en cada uno de los subsectores, en el caso de las Residencias, Centros de Día y

⁵ Ambos subsectores se consideran conjuntamente, en la medida en que comparten un elevado porcentaje de convenios en los distintos ámbitos de negociación.

SAD no es posible desagregarlo con exactitud, pues están cubiertos –como ya se ha apuntado– por el mismo convenio estatal; un convenio que, en conjunto, se aplica a algo más de 87 mil trabajadores. Por su parte, el convenio estatal de Centros para personas con discapacidad afecta a 26 mil trabajadores, que puede tomarse como estimación del empleo total en el subsector.

Considerando la media de trabajadores afectados por convenio, se observan algunas diferencias por subsectores entre los distintos ámbitos de negociación (Gráfico III.1).

GRÁFICO III.1.
N.º de trabajadores afectados por convenio, según ámbito de negociación y subsector (miles)



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de convenios.

Por otra parte, desde una perspectiva territorial se aprecian también algunas variaciones en los distintos subsectores. Así, en el subsector de Residencias y Centros de Día, las Comunidades Autónomas que registran un mayor número de trabajadores afectados por convenio son las de Madrid, Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana Aragón y Asturias (Tabla III.3). En el extremo opuesto, destaca el bajo número de trabajadores afectados por convenio de ámbito inferior al estatal en Cataluña.

En cuanto al Servicio de Ayuda a Domicilio, destacan fundamentalmente las Comunidades de Madrid y Castilla y León. En el polo opuesto, cabe señalar que Extremadura no registra ningún convenio de ámbito inferior al estatal.

TABLA III.3.
Número de convenios colectivos y trabajadores afectados en el sector de atención a la dependencia, por subsector y territorio

Ámbito territorial	Residencias y centros de día			Servicio Ayuda a Domicilio			Centros personas con discapacidad		
	Convenios	Trabajadores	Trab. s/conv	Convenios	Trabajadores	Trab. s/conv	Convenios	Trabajadores	Trab. s/conv
Andalucía	3	213	71,0	2	647	323,5	1	560	560,0
Aragón	1	2.200	2.200,0	2	700	350,0	1	154	154,0
Asturias	1	1.734	1.734,0	1	1.400	1.400,0	0	0	0,0
Baleares	0	0	0,0	1	1.000	1.000,0	0	0	0,0
Canarias	2	761	380,5	0	0	0,0	0	0	0,0
Cantabria	0	0	0,0	1	580	580,0	0	0	0,0
Castilla y León	3	172	57,3	1	4.030	4.030,0	0	0	0,0
Castilla-La Mancha	1	4.000	4.000,0	2	800	400,0	0	0	0,0
Cataluña	3	175	58,3	1	767	767,0	4	20.756	5.189,0
C. Valenciana	3	8.998	2.999,3	0	0	0,0	2	3517	1.758,5
Extremadura	0	0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0
Galicia	4	961	240,3	1	25	25,0	1	400	400,0
Madrid	3	12.992	4.330,7	1	4.500	4.500,0	0	0	0,0
Murcia	1	60	60,0	2	65	32,5	0	0	0,0
Navarra	6	242	40,3	0	0	0,0	6	1.121	186,8
País Vasco	5	3.946	789,2	4	1.971	0,0	0	0	0,0
Rioja (La)	1	708	708,0	0	0	0,0	0	0	0,0
Ceuta	0	0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0
Melilla	1	36	36,0	0	0	0,0	0	0	0,0
Estatal	1	87.467	87.467,0	1	87.467	87.467,0	1	26.000	26.000,0
Total*	39	124.665	3.196,5	20	103.952	5.197,6	16	52.508	3281,0

* El total de trabajadores no coincide con la suma de los registrados en los distintos ámbitos de negociación, ya que incluye los que son afectados por más de un convenio.

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de convenios.

Por último, en el subsector de Centros para Personas con Discapacidad sobresalen particularmente las Comunidades de Cataluña y Comunidad Valenciana, con ratios de 5 mil y 1,7 mil trabajadores afectados por convenio respectivamente⁶.

A partir de esta aproximación general a la distribución de convenios y trabajadores afectados, se abordan a continuación dos aspectos especialmente relevantes para la estructura de la negociación colectiva del sector, como son los ámbitos funcionales y las reglas de articulación entre las distintas unidades de negociación.

1.1. Ámbitos sectoriales

La delimitación de los ámbitos sectoriales de actividad tiene como elemento central de referencia el contenido de los dos convenios colectivos estatales vigentes en 2005: uno que se aplica a los subsectores de Residencias, Centros de Día y Servicio de Ayuda a Domicilio; y otro para los Centros de Personas con Discapacidad.

1.1.1. Residencias, Centros de Día y Servicio de Ayuda a Domicilio

El III Convenio Marco Estatal de Residencias Privadas de Personas Mayores y del Servicio de Ayuda a Domicilio continúa la tendencia iniciada por el anterior, que ya amplió su ámbito de aplicación en relación al primero.

Así, si el I convenio estatal se circunscribía a las residencias privadas para la tercera edad y a los Centros de Día, en su segunda edición extendió su aplicación a las viviendas tuteladas y a las empresas dedicadas a la prestación del servicio de ayuda a domicilio.

El III convenio estatal establece, por su parte, que *será de aplicación las empresas y establecimientos que ejerzan su actividad en el sector de residencias para personas mayores (asistidas, no asistidas y mixtas), tanto para estancias permanentes como temporales, así como también residencias de día, centros socio-sanitarios, viviendas tuteladas y las dedicadas a la prestación del servicio de*

⁶ No se dispone de información desagregada rigurosa de la distribución de estos Centros a nivel territorial.

*ayuda a domicilio, todo ello cualquiera que sea su denominación*⁷ (Artículo 1).

Así pues, se amplía el ámbito sectorial incorporando a los centros sociosanitarios, entendiéndolos como tales aquellos que prestan una atención y apoyo a las personas dependientes; en cambio, se mantiene la exclusión –ya presente en los anteriores convenios– de las empresas que realicen cuidados sanitarios y/o formativos como actividad fundamental.

La voluntad de los negociadores de fijar un convenio de amplio ámbito sectorial se manifiesta, además, con una cláusula que establece que *igualmente quedan afectadas las divisiones, líneas de negocio, secciones y otras unidades productivas autónomas dedicadas a la prestación del servicio del ámbito funcional, aun cuando la actividad principal de la empresa en que se hallen integradas sea distinta o tenga más de una actividad perteneciente a los diversos sectores productivos* (Artículo 1).

Esta cláusula es particularmente relevante, ya que establece como criterio central para la aplicación del convenio que una empresa realice algunas de las actividades específicas incluidas dentro de su ámbito funcional, con independencia de que desarrolle otros servicios que excedan el mismo. Un criterio que debe ser valorado positivamente, máxime considerando el desarrollo en los últimos años de las empresas multiservicios, y su creciente presencia en el sector de atención a la dependencia.

Por otra parte, en el año 2006 se ha publicado el **IV Convenio Marco Estatal de Servicios de atención a las Personas Dependientes y Desarrollo de la Promoción de la Autonomía Personal**, que en relación a esta cuestión presenta tres diferencias respecto del anterior: **(a)** se amplía la aplicación del convenio a las empresas y establecimientos que prestan servicio de teleasistencia; **(b)** se excluye toda mención a los centros sociosanitarios, que sí se recogían en el III convenio marco estatal, quizás para evitar equívocos en la delimitación sectorial; y **(c)** se determina que el convenio afectará a las empresas y establecimientos cualquiera que sea su denominación, con la única excepción de aquellas empresas cuya gestión y titularidad sean públicas (una salvedad que no venía recogida en el anterior convenio).

⁷ En cursiva, los textos literales de los convenios.

En cuanto a los convenios sectoriales autonómicos y provinciales vigentes en 2005, el ámbito de aplicación suele desdoblarse en dos subsectores: Residencias y Centros de Día, y Servicios de Ayuda a Domicilio.

El contenido de los convenios de Residencias y Centros de Día presenta una gran similitud en la delimitación de las actividades afectadas por la aplicación de los convenios, en relación a lo establecido a nivel estatal. En relación a los convenios del subsector de Servicios de Ayuda a Domicilio, la pauta general es asimismo incluir a todas las empresas dedicadas a la prestación de este servicio, cualquiera que sea su forma jurídica.

Un caso excepcional lo constituye el convenio colectivo de **Servicios de Ayuda a Domicilio de Asturias**, que amplía su aplicación a *aquellos servicios socio/sanitarios que complementen la ayuda a domicilio, evitando y/o retrasando la institucionalización de las personas mayores e infancia, previniendo circunstancias sociales que es preciso tutelar, hasta que estas circunstancias desaparezcan, como pueden ser: Centros de día, casas de acogida, hogares tutelados y servicios socio/sanitarios análogos. Quedan excluidos, por definición, geriátricos y residencias de ancianos* (Artículo 2).

En suma, el ámbito funcional de los convenios estatales ha registrado una progresiva ampliación en sus sucesivas ediciones, cuyo objetivo ha sido la adecuación a la realidad cambiante de un sector que ha experimentado una rápida evolución en la última década. Un proceso que culmina con el IV convenio marco actualmente vigente, donde se alude ya directamente a las empresas y establecimientos que ejerzan su actividad en el “sector de atención a las personas dependientes” como ámbito general de aplicación⁸.

1.1.2. Centros para Personas con Discapacidad

El **XI Convenio Colectivo de Centros de Asistencia, Atención, Diagnóstico, Rehabilitación y Promoción de Personas con Discapacidad**, se caracteriza también por su complejidad y diversidad, en

⁸ El contenido del IV convenio estatal se enmarca, por otra parte, en el contexto de elaboración de la Ley de Dependencia, como se pone de manifiesto en la propia denominación del mismo.

la medida en que se aplica a actividades de diversa naturaleza (asistencial, educativa y de empleo).

Así, la aplicación del convenio *afecta a todas las empresas y centros de trabajo que tienen por objeto la atención, diagnóstico, rehabilitación, formación, educación, promoción e integración laboral de personas con discapacidad física, psíquica o sensorial, así como a las asociaciones e instituciones constituidas con esa finalidad* (Artículo 2).

El convenio establece una tipología de centros o empresas, que requieren condiciones laborales diferenciadas: los centros o empresas de carácter asistencial, que son objeto de una enumeración detallada; los centros educativos; y los centros de trabajo (Cuadro III.1.)

Por otra parte, el convenio determina que esta relación no es cerrada, considerándose asimismo incluido cualquier otro centro existente o de nueva creación cuya función sea la especificada, con independencia de que sean sostenido o no por fondos públicos. En este caso, se determina que dichos centros deberán adscribirse a alguna de las tres modalidades indicadas, en función de la naturaleza de la actividad.

CUADRO III.1.

Tipología de Centros para Personas con Discapacidad

(a) Centros o empresas de carácter asistencial.

- Centros de día de atención temprana.
- Centros ambulatorios de atención temprana.
- Residencias y pisos o viviendas tuteladas.
- Centros y talleres ocupacionales o de terapia ocupacional.
- Centros de día o de estancia diurna.
- Centros y servicios de respiro familiar.
- Centros y servicios de ocio y tiempo libre.
- Instituciones y asociaciones de atención a las personas con discapacidad.
- Centros de rehabilitación e integración social de enfermos mentales.
- Centros de rehabilitación psicosocial.

(b) Centros educativos: Centros de educación especial.

(c) Centros de trabajo: Centros especiales de empleo.

Fuente: XI Convenio colectivo de Centros de Asistencia, Atención, Diagnóstico, Rehabilitación y Promoción de Personas con Discapacidad.

En 2006 se suscribió el **XII Convenio Colectivo General de Centros y Servicios de Atención a Personas con Discapacidad**, que reproduce los criterios de aplicación sectorial del anterior, con

dos novedades: la incorporación de los Centros Asistenciales Específicos de Enfermos mentales; y la inclusión de una cláusula que faculta a la Comisión Paritaria para incorporar aquellos otros centros o servicios que pudieran constituirse, siempre que su actividad quede comprendida en el ámbito funcional establecido.

En el ámbito territorial, los convenios optan mayoritariamente por una regulación genérica, determinando que su ámbito de aplicación serán las empresas y establecimientos que tengan como actividad la atención a personas con discapacidad.

Una delimitación más detallada puede encontrarse, sin embargo, en dos convenios autonómicos. Así, el **III Convenio Colectivo Laboral Autonómico de Centros y Servicios de Atención a Personas Discapacitadas de la Comunidad Valenciana** profundiza en la enumeración de los Centros, especificando algunos como son: los Centros de Día específicos de parálisis cerebral; los Centros de Día para discapacitados gravemente afectados; los Centros de Día para enfermos mentales crónicos; y los Centros específicos para enfermos mentales crónicos.

Por otra parte, el convenio colectivo de **Escuelas de educación especial de Cataluña** establece como ámbito de aplicación los centros privados y servicios complementarios que imparten las siguientes actividades educativas: servicios de atención precoz; educación básica obligatoria; y las etapas formativas posteriores que determine la legislación vigente prescindiendo del tipo o carácter de la entidad titular, que atiendan a personas con problemas y alteraciones de naturaleza física, psíquica, caracterológica y de personalidad, o trastornos de conducta social.

1.2. Reglas de articulación

El objetivo de este apartado es realizar una breve aproximación a las reglas que delimitan la concurrencia y complementariedad entre los convenios colectivos de distintos ámbitos de negociación, en los distintos subsectores analizados⁹.

El III Convenio Marco Estatal de Residencias Privadas de Personas Mayores y del Servicio de Ayuda a Domicilio

⁹ El análisis se limita a la comparación entre las reglas de articulación, sin examinar las diferencias en la regulación de materias concretas entre los convenios de distinto ámbito, que –en su caso– se abordan en el capítulo III.2.

aborda específicamente esta cuestión en su artículo 5.º, relativo a la “Estructura de la negociación colectiva, concurrencia y complementariedades”.

Así, en primer lugar –y al amparo de lo previsto en el artículo 83.2 del Estatuto de los Trabajadores (ET)¹⁰– se establecen como unidades preferentes de negociación la del ámbito estatal y la de Comunidad Autónoma. Ello no implica la exclusión de otras unidades convencionales de negociación –provinciales y de empresa– sino la preferencia de las de ámbito superior.

El convenio incluye también una cláusula de reserva material que –en línea con el artículo 84 del ET– establece que se considerarán materias no negociables en ámbitos inferiores al estatal: el período de prueba; las modalidades de contratación, excepto en los aspectos de adaptación al ámbito de la empresa; los grupos profesionales; el régimen disciplinario; las normas mínimas en materia de seguridad e higiene en el trabajo; y la movilidad geográfica.

Por otra parte, se establece que la regulación material del convenio estatal *tiene el carácter de derecho mínimo necesario con respecto a los convenios de empresa (incluidos los convenios de empresa), en los de ámbito inferior a la empresa y en aquellos convenios que siendo de ámbito superior a la empresa no reúnen los requisitos del artículo 84 del Estatuto de los Trabajadores, por lo que los conflictos de concurrencia conflictiva entre la regulación contenida en dichos convenios y en el convenio estatal se resolverá a favor del convenio que sea más favorable.*

Por último, y reforzando el principio de jerarquía del convenio marco, se señala que los conflictos de concurrencia conflictiva en las materias no negociables en ámbitos inferiores entre el convenio estatal y los de ámbito inferior, se resolverán con sujeción a lo regulado en el convenio estatal.

En el ámbito territorial, algunos convenios han utilizado las posibilidades brindadas por el artículo 83.2 del ET para incorporar re-

¹⁰ Este artículo establece que *mediante acuerdos interprofesionales o por convenios colectivos las organizaciones sindicales y asociaciones patronales más representativas, de carácter estatal o de comunidad autónoma, podrán establecer la estructura de la negociación colectiva, así como fijar las reglas que han de resolver los conflictos de concurrencia entre convenios de distinto ámbito y los principios de complementariedad de las diversas unidades de contratación, fijándose siempre en este último supuesto las materias que no podrán ser objeto de negociación en ámbitos inferiores.*

glas de concurrencia y complementariedad en relación a unidades de negociación de ámbito inferior.

Así, el convenio de **Ayuda a domicilio de Cantabria** dedica un artículo específico a esta cuestión, en el que se señala que *este convenio colectivo regional es una norma de condiciones económicas de carácter mínimo. Los convenios de ámbito inferior o de empresa que se puedan pactar a partir de la fecha de publicación del presente convenio, en concurrencia con el mismo, sea cual sea su ámbito de aplicación y eficacia, deberán respetar como mínimo las condiciones de trabajo aquí pactadas en conjunto y en cómputo anual, tal y como se ha señalado en el párrafo anterior, considerándose nulas las condiciones que no respeten el mínimo establecido en este convenio* (Artículo 9).

De forma similar, el convenio de **Ayuda a Domicilio de la Comunidad de Madrid** establece que *los convenios de ámbito inferior o de empresa que se puedan pactar en concurrencia con el presente, sea cual sea su ámbito de aplicación y eficacia, deberá respetar como mínimo todas y cada una de las condiciones de trabajo aquí pactadas, considerándose nulas todas y cada una de las condiciones que no respeten el mínimo establecido en el presente convenio* (Artículo 7).

El convenio de **Residencias privadas de personas mayores de La Rioja**, por su parte, reproduce íntegramente el artículo sobre estructura de la negociación colectiva, concurrencias y complementariedad del convenio marco estatal.

En el ámbito provincial, el convenio de **Centros de la Tercera Edad de Bizkaia** establece que *se podrán negociar Convenios en ámbitos funcionales inferiores, de carácter sectorial dentro del mismo marco territorial, y en el caso de que se alcanzara acuerdo una vez entrado en vigor el nuevo quedarían afectados por el mismo, y en consecuencia desligados del presente salvo en aquellos apartados sobre los que las partes establecieran otra cosa diferente* (Artículo 4.º).

Finalmente, algunos convenios colectivos se remiten –en relación a las materias no tratadas por los mismos– a la regulación del convenio estatal. A modo de ejemplo, el convenio de **Residencias privadas de la tercera edad de Galicia**; o de forma más clara el de **Ayuda a domicilio de Sevilla**, que establece que, *para todas aquellas materias no reguladas expresamente en el presente convenio, se aplicará con carácter supletorio el convenio marco estatal de Resi-*

dencias privadas de personas mayores y del Servicio de Ayuda a Domicilio (Artículo 6).

El sector de la atención a la dependencia incluye, por otra parte, a los Centros de atención a las Personas con Discapacidad que, como se ha señalado, tienen como marco estatal de referencia el **XI Convenio Colectivo de Centros de Asistencia, Atención, Diagnóstico, Rehabilitación y Promoción de Personas con Discapacidad**.

La regulación de las reglas de articulación en este convenio es menos detallada que en el caso del Convenio de Residencias, Centros de Día y Servicio de Ayuda a Domicilio.

Así, el artículo 7.º relativo a “Convenios y acuerdos de ámbito inferior” establece que *las partes firmantes reconocen la validez de los convenios de ámbito inferior, cuya vigencia y aplicación no es cuestionable, y del derecho de efectuar pactos de acomodación que habrán de ser negociados por las organizaciones más representativas*. En cuanto a los Centros de enseñanza, se determina asimismo que –en las Comunidades Autónomas con competencias plenas en materia educativa– se podrán hacer pactos complementarios retributivos para el personal, que acuerden las organizaciones patronales y sindicales, y la Administración Pública Autonómica.

En el ámbito territorial, el único convenio donde se ha detectado una referencia a esta cuestión es el de **Centros y Servicios de Atención a Personas Discapacitadas de la Comunidad Valenciana**, donde se señala que su objeto es *la regulación de las condiciones mínimas de trabajo entre los centros e instituciones de atención a personas con discapacidad, vinculados anteriormente por el convenio estatal vigente, quedando éste como convenio marco para el sector y el personal que preste sus servicios en ellos* (Artículo 2).

En suma, es posible apuntar la voluntad de los agentes sociales de establecer un marco de regulación global, particularmente en el ámbito de los subsectores de Residencias, Centros de Día y SAD, donde el convenio estatal tiene una clara vocación de ordenación de la negociación colectiva, e incluso de jerarquización en términos materiales (sin perjuicio de la aplicación preferente del convenio que, en conjunto, sea más favorable). Un hecho que puede valorarse positivamente, considerando que se trata de un sector que ha conocido una rápida evolución en la última década, y que además presenta –como se ha apuntado reiteradamente– un elevado grado de heterogeneidad a nivel territorial, tanto en términos de estructura empresarial, como de condiciones de trabajo.

2. CONTENIDOS DE LOS CONVENIOS

Este apartado tiene como objetivo el contenido de los convenios colectivos, cuyo estudio se ha centrado específicamente en seis materias: empleo y contratación; clasificación profesional; retribuciones; tiempo de trabajo; formación profesional; y prevención de riesgos laborales.

La regulación convencional de estas materias se ha abordado a partir de una tipología de cláusulas, que permite comparar su tratamiento en los distintos ámbitos de negociación, sectoriales –estatal, autonómico y provincial– y de empresa (Cuadro III.2). La única excepción la constituye el análisis de las retribuciones, una materia cuyo análisis no se ha planteado en torno al examen de cláusulas, sino desde un enfoque diferente¹¹.

El análisis se ha estructurado en tres grandes apartados, relativos a los subsectores de Residencias y Centros de Día –que se abordan conjuntamente, en la medida en que comparten un elevado porcentaje de convenios–, Servicio de Ayuda a Domicilio y Centros para Personas con Discapacidad.

El capítulo se completa con una breve aproximación a la regulación convencional de las condiciones de trabajo del personal –funcionario y laboral– de las Administraciones Públicas.

2.1. Residencias y Centros de Día

Los subsectores de Residencias y Centros de Día registran en conjunto 39 convenios vigentes en 2005: 1 estatal, 8 autonómicos, 1 provincial y 29 de empresa¹². Las materias consideradas son objeto de regulación en todos los convenios sectoriales, mientras que su tratamiento es inferior –en términos generales– en los de empresa.

2.1.1. Empleo y contratación

El empleo en estos subsectores se caracteriza por unos elevados niveles de temporalidad y rotación; un hecho que ha motivado que los agentes sociales consideren el fomento de la estabilidad laboral como un objetivo prioritario de la negociación colectiva.

¹¹ Cf. apartado III.2.1.3.

¹² Cf. capítulo III.1., tablas III.2 y III.3.

CUADRO III.2.
Tipología de cláusulas

I. EMPLEO Y CONTRATACIÓN
Compromisos de creación de empleo estable Identificación de supuestos de contratación temporal Provisión de vacantes Subrogación de personal
II. CLASIFICACIÓN PROFESIONAL
Grupos profesionales Categorías profesionales Movilidad funcional
III. TIEMPO DE TRABAJO
Determinación de jornada Distribución flexible de la jornada Causas de horas extraordinarias Sistemas de compensación de horas extraordinarias Descansos Vacaciones Conciliación de la vida laboral y familiar
IV. FORMACIÓN PROFESIONAL
Objetivos formación Creación de una comisión/comité para la formación Planes de formación Permisos retribuidos para la formación
V. PREVENCIÓN RIESGOS LABORALES
Cláusulas relativas a la salud laboral Formación Órganos de participación de los trabajadores

Fuente: Elaboración propia.

Para analizar el tratamiento de esta cuestión en los convenios, se han considerado cuatro tipos de cláusulas: los compromisos en la creación de empleo estable; la identificación de los supuestos causales en los dos grandes contratos temporales estructurales (obra y servicio, y eventuales); la provisión de vacantes; y las cláusulas de subrogación de personal.

2.1.1.1. Compromisos de creación de empleo estable

El **III Convenio Marco Estatal de Residencias Privadas de Personas Mayores y del Servicio de Ayuda a Domicilio** remarca la importancia de la estabilidad laboral, planteando que contribuye *a la competitividad de las empresas, a la mejora del empleo y a la reducción de la temporalidad y rotación del mismo y con el fin de conseguir que la atención a los residentes y usuarios sea de la mayor calidad y más cualificada posible* (Artículo 13). El fomento del empleo estable se conforma así como un objetivo prioritario que, como aspecto positivo, se vincula además a la calidad de la atención a las personas dependientes.

Para la consecución de este objetivo, se plantea el establecimiento de porcentajes obligados de contratación indefinida, que se amplían gradualmente en el período de vigencia del convenio: el 45% del personal con contratos indefinidos en 2003; un 60% en 2004; y un 70% en 2005¹³. De forma inversa, se señala que los porcentajes de contratación temporal sobre el total de la plantilla se reducirán gradualmente durante este período, con la excepción de los contratos en prácticas y formativos. Asimismo, el convenio especifica que los compromisos de contratación indefinida deberán ser cumplidos en el ámbito del centro de trabajo y de la empresa a nivel provincial.

La cuantificación de los objetivos de contratación indefinida es indicativa, por otra parte, de la persistencia de una elevada temporalidad del empleo del sector, que en el año 2005 se situaría –conforme a la previsión convencional– en torno al 30% del personal.

En cuanto al desarrollo de estos compromisos, el convenio señala que las empresas podrán acceder a los programas de las Administraciones Públicas que fomenten la transformación de los contratos temporales en indefinidos. Asimismo, se establece que las empresas que no cumplan los objetivos establecidos, deberán transformar los contratos temporales en indefinidos hasta completar los porcentajes fijados, por orden de antigüedad y excluyendo los contratos interinos.

Por último, se establece una moratoria de 18 meses para aquellos centros o servicios de nueva apertura desde el inicio de la acti-

¹³ En el IV convenio estatal, el porcentaje de contratación indefinida se eleva al 77% del personal, obligatorio a fecha de enero de 2007 y para todo el periodo de vigencia del mismo (hasta 31 diciembre de este año).

vidad¹⁴, excluyendo el supuesto de continuación del servicio en los casos de subrogación.

Cuatro convenios sectoriales autonómicos incluyen cláusulas relativas a la creación de empleo estable. En cuanto a su contenido, los convenios de **Residencias de Personas Mayores de Aragón** y **Convenio de Residencias privadas de Personas Mayores de La Rioja** reproducen las previsiones del convenio estatal; la única salvedad es que el convenio de La Rioja rebaja el plazo de moratoria para las empresas de nueva creación a 12 meses, en vez de 18.

Los otros dos convenios que abordan esta cuestión modifican, sin embargo, los porcentajes de contratación indefinida establecidos en el ámbito estatal. Así, el convenio de **Residencias y Centros de Día para Personas Mayores de Madrid** rebaja los topes, estableciendo que las empresas deberán tener un porcentaje del 40% del personal con contrato indefinido el primer año y un 50% el segundo. Asimismo, varía la fórmula de moratoria, señalando que las empresas de nueva creación durante la vigencia del convenio deberán cumplir el porcentaje del 50% de contratación indefinida en su segundo año de actividad.

El convenio de **Residencias Privadas para la Tercera Edad en la Comunidad Valenciana**, en cambio, incrementa los porcentajes obligatorios de contratación indefinida, situándolos en un 75% de la plantilla para finales de 2005. Asimismo, delimita los porcentajes para las empresas de nueva creación en un 50% al finalizar el segundo año de actividad, un 65% el tercero y un 75% el cuarto.

En el ámbito provincial, el convenio de **Centros de la Tercera Edad de Bizkaia** también amplía a los porcentajes previstos en el convenio estatal, situándolos en un 50% de la plantilla a finales de 2003 y en un 85% para 2005. Ambos porcentajes se establecen igualmente para las empresas de nueva creación, a partir del segundo año de actividad.

La incorporación de cláusulas de creación de empleo estable es proporcionalmente inferior en los convenios de empresa, abordándose únicamente en 6 de los 29 registrados en este ámbito. En cinco convenios se amplían los porcentajes de contratación indefinida previstos en el ámbito estatal para 2005, concretamente en los de las empresas: **Funda-**

¹⁴ En el IV convenio estatal se varía la fórmula de la moratoria, especificando que las empresas de nueva creación tendrá que alcanzar el 50% de contratación indefinida el primer año de actividad, y el 77% a la finalización del segundo.

ción Residencia Urribarren Abaroa (85% personal); Centro Asistencial San Juan de Dios de Málaga (75%); Asociación Hospital Residencia San Francisco de Águilas (75%); Centro Geriátrico La Pina-da SL (72%); y Residencia de Mayores Ciudad El Ejido (70%).

El convenio de la **Fundación Privada Municipal Emma** rebaja significativamente los topes, en cambio, estableciendo un porcentaje de contratación indefinida del 33% del personal para el año 2005. Asimismo, esta Fundación amplía el período de moratoria para los centros o servicios de nueva actividad a 24 meses.

2.1.1.2. Identificación de supuestos de contratación temporal

El Estatuto de los Trabajadores (ET) habilita a la negociación colectiva para la identificación de las causas que permiten la celebración de los dos grandes contratos temporales estructurales: los contratos para obra o servicio determinado; y los contratos eventuales. En este sentido, el tratamiento de la causalidad constituye un eje relevante de intervención en relación al fomento de la estabilidad en el empleo, en la medida en que puede favorecer –o perjudicar– el adecuado uso de la contratación temporal por parte de las empresas.

Así, el ET establece que podrá utilizarse el contrato para obra o servicio cuando *se contrate al trabajador para la realización de una obra o servicio determinados, con autonomía y sustantividad propia dentro de la actividad de la empresa, y cuya ejecución, aunque limitada en el tiempo, sea en principio de duración incierta* (Artículo 15.1.a). Una fórmula flexible, que permite establecer diferentes supuestos causales de contratación, que además han sido progresivamente ampliados por la jurisprudencia del Tribunal Supremo.

La norma legal es más precisa en relación al contrato eventual, estableciendo que podrá celebrarse *cuando las circunstancias del mercado, acumulación de tareas o exceso de pedidos así lo exigieran, aun tratándose de la actividad normal de la empresa* (Artículo 15.1.b. ET). No obstante, es posible diferenciar asimismo diversos supuestos en relación al uso de esta modalidad contractual cuya delimitación se ha realizado igualmente en el marco de la Unificación de Doctrina elaborada por el Tribunal Supremo¹⁵.

¹⁵ Para un análisis de los diferentes supuestos relativos a ambas modalidades contractuales y su regulación en la negociación colectiva, Cf. Rocha, Colado y Aragón (2006).

El III Convenio Marco Estatal de Residencias Privadas de Personas Mayores y del Servicio de Ayuda a Domicilio establece que el contrato para obra o servicio *podrá ser utilizado, entre otros supuestos, cuando el presupuesto anual de las Administraciones Públicas para las que se presta el servicio comporte variaciones, por su carácter de servicio temporal, respecto a la solicitud de prestación del servicio* (Artículo 13).

Este supuesto se explica por el hecho de que las empresas del sector, en un elevado porcentaje, desarrollan sus actividades en el marco de la contratación concertada con las Administraciones Públicas, lo que genera una fuerte dependencia de las mismas. En este sentido, aunque el contrato para obra se refiera a tareas que se incardinan dentro de la actividad normal y permanente de la empresa, la sustantividad y autonomía de las mismas se hace derivar de la circunstancia de que –por el modo de organizar su actividad económica– la continuidad o no de los servicios depende de forma directa de las empresas clientes.

La delimitación de este supuesto como causa para esta modalidad contractual ha sido avalada por la jurisprudencia del Tribunal Supremo, aunque también criticada desde diversas perspectivas, en la medida en que merma el principio de causalidad, favoreciendo además la adopción de un modelo de organización productiva basado en el uso extensivo de esta modalidad contractual¹⁶.

En cuanto al contrato eventual, el convenio estatal establece que podrá utilizarse cuando concurren dos supuestos, que se acomodan al diseño legal del mismo¹⁷: (a) cuando transitoriamente aumente el grado medio de dependencia del conjunto de las personas atendidas, utilizando cualquiera de las escalas de valoración reconocida por la correspondiente Administración Pública; y (b) cuando la ocupación de la residencia o centro de día exceda del 80% de su capacidad máxima autorizada, aplicándose –en relación a las plazas ocupadas que excedan del citado porcentaje– la siguiente escala: de 1 a 3 plazas, 1 contrato; de 4 a 6 plazas, 2 contratos; de 7 a 9 plazas, 4 contra-

¹⁶ El IV convenio estatal ahonda en esta línea, estableciendo como otro supuesto la realización de contratos con las Administraciones Públicas de carácter temporal y determinado. Asimismo, se añade un tercero –la existencia de circunstancias especiales de duración incierta que impliquen aumento de la actividad asistencial– que estaría más relacionado con el diseño legal del contrato eventual.

¹⁷ El IV convenio estatal, en cambio, elimina cualquier referencia a supuestos concretos, limitándose a remitir a la norma legal.

tos; de 10 a 12 plazas, 4 contratos; y así progresivamente hasta la totalidad de plazas ocupadas.

En el ámbito autonómico, seis convenios incorporan cláusulas relativas de identificación causal relativas a ambas modalidades contractuales. En cuanto a su contenido, los convenios de Asturias, Aragón, Castilla-La Mancha y uno de los dos registrados en la Comunidad Valenciana –**Residencias para la Tercera Edad, Residencias Materno-Infantiles y Servicio de Ayuda a Domicilio de titularidad pública**– se limitan a remitir a la norma legal, o a reproducir los supuestos previstos en el ámbito estatal.

El convenio de **Residencias y Centros de Día para Personas Mayores de Madrid** altera ligeramente uno de los supuestos establecidos por el estatal para los contratos eventuales, estableciendo que podrá utilizarse cuando se supere el 75% de la capacidad legalmente autorizada para la Residencia o centro de Día (en vez del 80%).

El convenio de **Residencias privadas para la Tercera Edad en la Comunidad Valenciana**, por su parte, establece un tercer supuesto de autorización para los contratos eventuales, concretamente cuando se produzcan estancias temporales (entendiendo como tales aquellas cuya duración sea igual o inferior a tres meses).

En relación a los contratos para obra o servicio, este convenio establece como supuesto un incremento de los usuarios de la empresa, fijando una escala de número de contratos en relación a las plazas ocupadas. Un supuesto que encajaría mejor, sin embargo, con el diseño del contrato eventual, en la línea establecida por el convenio estatal.

En el ámbito provincial, el convenio de **Centros de la Tercera Edad de Bizkaia** se limita a remitir a la norma legal, señalando la posibilidad de acudir a las instancias de resolución de conflictos laborales en caso de desacuerdo sobre la identificación de los trabajos susceptibles de cubrirse mediante contrato para obra o servicio.

El tratamiento de la causalidad de los contratos temporales estructurales es abordado por 9 convenios de empresa. La pauta general es la remisión a la norma legal o la reproducción de los supuestos identificados en el ámbito estatal, como ocurre en los convenios de las empresas **Centro Geriátrico La Pinada SL, Centro Gerontológico de Berio SL, Fundación Valdegodos, Fundación Residencia Urribarren Abaroa, Residencia de Mayores Ciudad El Ejido y Atendo Calidade**.

Los convenios de las empresas **Residencia Nuestra Señora de la Paz y Centro San Juan de Dios (Ciempozuelos)** establecen, por su parte, que se podrá utilizar el contrato para obra o servicio a fin de atender a las necesidades laborales derivadas de la suscripción de acuerdos o convenios de colaboración con terceros, siempre que los mismos tengan sustantividad propia y estén definidos temporalmente.

Por último, la **Fundación Privada Municipal Emma** autoriza la celebración de contratos para obra o servicio por el aumento de plazas ocupadas, de forma similar a la apuntada para el convenio de **Residencias privadas para la Tercera Edad** de la Comunidad Valenciana. Asimismo, determina que se podrán utilizar contratos eventuales cuando se supere el 75% de la capacidad legalmente autorizada, un tope inferior al fijado por el convenio estatal.

2.1.1.3. Provisión de vacantes

La regulación de esta cuestión en la negociación colectiva ha optado, en términos generales, por otorgar preferencia de ingreso a los puestos vacantes indefinidos de la empresa a los trabajadores previamente vinculados a ésta; una práctica convencional que puede valorarse positivamente, en la medida en que contribuye a potenciar la estabilidad en el empleo.

El **III Convenio Marco Estatal de Residencias Privadas de Personas Mayores y del Servicio de Ayuda a Domicilio** establece que los puestos vacantes o de nueva creación, siempre que sean indefinidos, serán cubiertos conforme al siguiente procedimiento: **(a)** a través de convocatoria interna, en primera instancia, a la que tendrá derecho el personal que pertenezca a la misma empresa, siempre que reúna las condiciones que se exijan para el desarrollo del puesto de trabajo y conforme a un baremo de valoración. Todo el personal tendrá derecho a presentarse a dichas plazas en igualdad de condiciones¹⁸; **(b)** y si la plaza no se cubre por el procedimiento anterior, mediante convocatoria externa a través de pruebas de capacitación acordes con el perfil del puesto de trabajo.

¹⁸ El IV convenio estatal presenta dos elementos diferenciales respecto de esta regulación: por una parte, se restringe el derecho de preferencia al personal que pertenezca al mismo centro, y no al conjunto de la empresa; por otra, se excluye expresamente de este procedimiento a los puestos de confianza de la empresa.

El convenio establece también un baremo para la valoración de las personas candidatas, en la que se puntúan aspectos como la antigüedad en la empresa, los años transcurridos como “correpuestos” y “corretornos”, o la titulación relacionada con el puesto que se solicita. Asimismo, se reconoce la participación de un representante de los trabajadores en la convocatoria interna, y el derecho a estar informado en el caso de las convocatorias externas.

Todos los convenios autonómicos incluyen cláusulas sobre provisión de vacantes, siendo la pauta general la reproducción de los criterios fijados en el ámbito estatal (como sucede en los convenios de Asturias, Aragón, Castilla-La Mancha, Galicia, Madrid y La Rioja).

El convenio de **Residencias privadas para la Tercera Edad en la Comunidad Valenciana**, por su parte, excluye del procedimiento de convocatoria interna *la cobertura de puestos de confianza, siendo estos: director/a, subdirector/a, supervisor/a, gobernante/a y aquellas personas que en algún momento puedan sustituirlos* (Artículo 16.1). Una regulación más restrictiva que la del convenio estatal, que extiende el ámbito subjetivo de este derecho a todo el personal de la empresa.

Por último, el convenio de **Residencias para la Tercera Edad, Residencias Materno-infantiles y Servicio de Ayuda a Domicilio de titularidad pública de la Comunidad Valenciana** presenta asimismo un elemento restrictivo en relación al estatal, en la medida en que se prioriza en la convocatoria interna el derecho de preferencia de los trabajadores y trabajadoras que pertenezcan al mismo centro o servicio en que se produzca la vacante y, en caso de no existir personas interesadas, los del resto de la empresa.

En el ámbito provincial, el convenio de **Centros de la Tercera Edad de Bizkaia** circunscribe el derecho de preferencia a los trabajadores y trabajadoras del mismo centro donde se produce la vacante.

En cuanto al procedimiento, se distingue entre dos grupos: las vacantes del personal de confianza –gobernante/a, encargada/o y responsable de equipo– que serán cubiertas mediante libre designación; y las relativas al resto de la plantilla, que serán ofertadas en convocatoria interna, en primera instancia, o externa.

Por otra parte, además de los criterios habituales de capacidad, titulación, aptitud y antigüedad, se señala que *la condición bilingüe podrá ser también un factor positivo o criterio de preferencia para cubrir vacantes* (Artículo 15).

Por último, en el ámbito de empresa la provisión de vacantes es regulada en 13 convenios que –en términos más o menos extensos– siguen las pautas fijadas por el convenio marco estatal¹⁹.

2.1.1.4. Subrogación de personal

El tratamiento convencional de la subrogación de personal en los supuestos de sucesión de empresas tiene como referente la regulación del Estatuto de los Trabajadores, que establece que *el cambio de titularidad de una empresa, de un centro de trabajo o de una unidad productiva autónoma no extinguirá por sí mismo la relación laboral, quedando el nuevo empresario subrogado en los derechos y obligaciones laborales y de Seguridad Social del anterior, incluyendo los compromisos de pensiones, en los términos previstos en su normativa específica, y, en general, cuantas obligaciones en materia de protección social complementaria hubiere adquirido el cedente* (Artículo 44.1 ET).

El Estatuto determina asimismo que una vez consumada la sucesión, y salvo pacto en contrario, las relaciones laborales de los trabajadores afectados seguirán rigiéndose por el convenio colectivo que en el momento de la transmisión fuere de aplicación a la empresa, centro de trabajo o unidad autónoma transferida (Artículo 44.4 ET). Al mismo tiempo, se contempla la posibilidad de que –con motivo de la transmisión– el cedente o cesionario puedan adoptar algunas medidas de índole laboral; no obstante, para ello es preceptiva la consulta previa con los representantes legales de los trabajadores, en relación a las medidas previstas y sus consecuencias para los trabajadores (Artículo 44.9 ET).

Por último, se establece que tanto el cedente como el cesionario deberán informar a los representantes de los trabajadores afectados por el cambio de titularidad, particularmente en relación a los siguientes aspectos: (a) fecha prevista de la transmisión; (b) motivos

¹⁹ Hospital Residencia de ancianos Nuestra Señora de la Concepción; Centro de San Juan de Dios; Centro Geriátrico La Pinada SL; Centro Gerontológico de Berio SL; Fundación Valdegodos; Llar-Residencia Nuestra Señora del Carmen; Asociación Hospital Residencia San Francisco de Águilas; CLECE, SA (Centro Gámez Morón de Melilla); Fundación Residencia Urribarren Abaroa; Fundación Privada Municipal Emma; Residencia de Mayores Ciudad El Ejido; Patronato Benéfico San Bernabé y San Antolín; y Atendo Calidade.

de la transmisión; (c) consecuencias jurídicas, económicas y sociales, para los trabajadores, de la transmisión; y (d) medidas previstas respecto de los trabajadores (Artículo 44.6 ET).

En el marco delimitado por la norma estatutaria, el **III Convenio Marco Estatal de Residencias Privadas de Personas Mayores y del Servicio de Ayuda a Domicilio** aborda la regulación de diversos aspectos relativos a la subrogación de personal, con el objetivo de *mantener la estabilidad del personal en el empleo, conseguir la profesionalización del sector y evitar en la medida de lo posible la proliferación de contenciosos* (Artículo 59).

Así, el convenio establece que –al término de una contrata– el personal de la empresa saliente pasará a estar adscrito a la nueva empresa titular, siempre que se dé alguno de los siguientes supuestos (que deberán ser acreditados fehaciente y documentalmente por la empresa saliente a la entrante):

- Personal en activo que venga prestando sus servicios para la empresa saliente con una antigüedad mínima de tres meses, sea cual fuere la naturaleza o modalidad de su contrato de trabajo.
- Personal que, en el momento del cambio de titularidad de la contrata, se encuentre en suspensión del contrato con derecho de reincorporación (enfermos/as, accidentados/as, en excedencia, baja maternal, en servicio militar o situación análoga, etc.) y que reúna con anterioridad a la suspensión de su contrato de trabajo la antigüedad mínima establecida en el apartado anterior.
- Personal que, con contrato de sustitución, supla a alguno del personal mencionado en los apartados anteriores.
- Personal de nuevo ingreso que, por exigencias de la empresa o entidad contratante, se haya incorporado al centro, como consecuencia de la ampliación del contrato dentro de los últimos noventa días.

El convenio estatal determina que la nueva empresa titular se subrogará en todos los derechos y obligaciones que tuvieran reconocidos en su anterior empresa, debiendo entregar al personal un documento en el que se refleje el reconocimiento de dichos derechos –con mención expresa al menos a la antigüedad y categoría– dentro de los treinta días siguientes a la subrogación.

En relación a las condiciones de trabajo, el convenio presta una atención específica a la distribución de las vacaciones, señalando que *las empresas entrante y saliente respetarán siempre el calendario vacacional concediéndose el disfrute total del período de vacaciones tal y como esté asignado en dicho calendario y con independencia de la parte proporcional de vacaciones que se haya devengado en cada empresa* (Artículo 59).

En los supuestos en que se produzca la subrogación una vez comenzado el año natural, la empresas entrante y saliente realizarán las compensaciones económicas necesarias. Si no se llegara a un acuerdo entre ambas empresas sobre las compensaciones, la empresa en cuyo seno se haya disfrutado el período vacacional completo descontará en la nómina del trabajador o, en su caso, en la liquidación la cantidad correspondiente al período devengado en la otra empresa; asimismo, la empresa en cuyo seno no se disfrutaron vacaciones, abonará al personal la parte proporcional de vacaciones que le corresponda junto con la liquidación o en la primera nómina, según el caso.

El convenio estatal establece también que, en caso de subrogación de los representantes del personal, la empresa entrante respetará las garantías sindicales establecidas, tanto en el propio convenio como en la legislación vigente. Por otra parte, se determina que los/as Delegados/as de Personal o los miembros del Comité de Empresa que hubieran sido elegidos en proceso electoral referido al centro objeto de subrogación, mantendrán su condición de representantes del personal a todos los efectos en la nueva empresa concesionaria, siempre que el número total de representantes del personal no exceda del que pudiera corresponder por la plantilla.

Por último, se establece que el carácter vinculante de esta regulación convencional no desaparecerá en los casos en que la empresa adjudicataria del servicio suspendiese el mismo por un período inferior a dos meses. Del mismo modo, tampoco se anula la subrogación de personal si el arrendatario del servicio suspendiese el mismo por un período no superior a seis meses, siempre que se acredite que el servicio se hubiese reiniciado con la misma u otra empresa.

En el ámbito autonómico, los únicos convenios que no incluyen cláusulas relativas a la subrogación de personal son los de **Geriátricos Privados de Asturias** y **Residencias privadas para la Tercera Edad de la Comunidad Valenciana**.

Los convenios autonómicos que abordan esta cuestión se limitan, bien a reproducir la regulación fijada en el ámbito estatal, bien a

remitir a la norma estatutaria. La excepción la constituye el convenio de **Residencias para la Tercera Edad, Residencias Materno-infantiles y Servicio de Ayuda a Domicilio de titularidad pública de la Comunidad Valenciana**, que presenta dos elementos diferenciales: por una parte, modifica uno de los supuestos relativos al personal afectado por la subrogación, al establecer que la misma se aplicará a los trabajadores y trabajadoras en activo que estén prestando sus servicios en la empresa saliente con una antigüedad mínima de 120 días (en vez de los 3 meses fijados en el convenio estatal); un plazo que no será de aplicación, sin embargo, en los casos en que la contratación se haya producido para sustituir a algún trabajador o trabajadora que tenga rescindida de forma definitiva su relación laboral con la empresa. El criterio de 120 días sí se aplicará, en cambio, a los trabajadores de nuevo ingreso, mientras que en el convenio estatal el plazo de antigüedad es de 90 días.

Por otra parte, en relación a la subrogación de las condiciones de trabajo, se aborda un supuesto no contemplado en el convenio estatal, como es el relativo a las situaciones de pluriempleo. Así, se establece que *si la subrogación implicase a trabajadores y trabajadoras que realizasen su jornada en varios centros de trabajo, afectando a uno o varios de ellos el cambio de adjudicación, la empresa cesante y la nueva adjudicataria gestionarán el pluriempleo legal del trabajador o trabajadora* (Artículo 17.10). En estos casos, el convenio determina que las empresas afectadas están obligadas a colaborar conjuntamente en los casos de incapacidad temporal, permisos, vacaciones, excedencias, etc., de dichos trabajadores, a fin de que los que se encontrasen en alguna de estas situaciones –u otras análogas– sigan el mismo régimen en las empresas a las que pudieran pertenecer.

En el ámbito provincial, el convenio de **Centros de la Tercera Edad de Bizkaia** se limita a reproducir la regulación estatutaria sobre esta cuestión.

Finalmente, sólo 3 convenios de empresa incorporan cláusulas relativas a la subrogación de personal. Dos de ellos, los correspondientes a las empresas **Residencia de Mayores Ciudad El Ejido** y **Atendo Calidade**, se limitan a reproducir la regulación del convenio estatal.

El convenio de la empresa **Clece S.A. (Centro Gámez Morón de Melilla)** presenta, en cambio, algunos elementos particulares. Así, por una parte delimita de forma específica el concepto de contrata, señalando *que engloba con carácter genérico cualquier modalidad de contratación, e identifica una concreta actividad que pasa*

a ser desempeñada por una determinada empresa, sociedad u organismo público (Artículo 45).

Por otra parte, se introducen dos alteraciones relativas al ámbito subjetivo del personal que puede verse afectado por la subrogación, en relación a la regulación del convenio estatal: **(a)** se amplía el plazo de antigüedad mínima a 4 meses, para los trabajadores en activo de las empresas salientes, los que están en situación de suspensión de contrato y aquellos de nuevo ingreso; y **(b)** se añade un quinto supuesto a los cuatro fijados en el ámbito estatal: los trabajadores que sustituyan a otros que se jubilen habiendo cumplido 64 años dentro de los cuatro últimos meses anteriores a la finalización efectiva de la contrata, y tengan una antigüedad mínima en la misma de los 4 meses anteriores a la jubilación.

2.1.2. Clasificación profesional

La regulación convencional de la clasificación profesional está condicionada por la evolución de la negociación colectiva en el subsector, que en sus fases iniciales incorporaba categorías relacionadas con otras actividades productivas –como la hostelería– que se han mantenido en el texto de los convenios. Ello explica que en la actualidad muchos convenios recojan un amplio número de categorías profesionales, que en muchos casos no se corresponden con las actividades propias del subsector o la empresa.

El **III Convenio Marco Estatal de Residencias Privadas de Personas Mayores y del Servicio de Ayuda a Domicilio** establece un sistema mixto de clasificación profesional, que parte del establecimiento de seis grupos según el nivel de titulación, conocimiento o experiencia exigidos para su ingreso.

Sobre esta base, el convenio concreta las categorías profesionales que se encuadran en los distintos grupos (Cuadro III.3), así como aquellas que –en su caso– quedarían asimiladas a efectos económicos. Asimismo, señala que –en virtud de la tarea a realizar y de la idoneidad de la persona– cuando no se crea necesaria la exigencia de titulación, el contrato determinará el grupo en el cual se tiene que integrar la persona contratada de acuerdo con los conocimientos y las experiencias requeridas con relación a las funciones a ejercer.

El convenio estatal regula también la movilidad funcional de los trabajadores, incidiendo en tres aspectos: por una parte, excluye la movilidad funcional descendente al prohibir destinar al personal a ocupar un puesto de trabajo correspondiente a un grupo inferior.

CUADRO III.3.
**Grupos y categorías profesionales del subsector de Residencias
 y Centros de día²⁰**

Grupo	Categoría profesional
A-1: Gerente y Administrador	Administrador
	Gerente
A-2: Titulados superiores y Mandos	Director
	Médico
	Titulado superior
B: Titulados medios	Supervisor
	ATS/DUE
	Trabajador/ a social
	Fisioterapeuta
	Terapeuta ocupacional
	Titulado medio
C: Personal técnico y Mandos intermedios	Gobernante
	Técnico en Actividades Socioculturales (TASOC)
	Oficial Mantenimiento
	Oficial Administrativo
	Conductor
	Gerocultor
	Cocinero
D: Personal Auxiliar	Jardinero
	Auxiliar de mantenimiento
	Auxiliar administrativo
	Portero -repcionista
E: Personal subalterno y Personal no cualificado	Limpiador/ a, planchador/ a
	Pinche de cocina
	Ayudante oficios varios
	Personal no cualificado

Fuente: III Convenio Marco Estatal de Residencias Privadas de Personas Mayores y del Servicio de Ayuda a Domicilio.

²⁰ El IV Convenio estatal añade otras categorías relacionadas con el Servicio de Teleasistencia, como son las de: Director de Centro Teleasistencia (grupo A); Director Territorial (grupo A); Coordinador (grupo B); Técnico Informático (grupo B); Oficial de Teleasistencia (grupo C), Teleoperador (grupo D); Instalador (grupo D); y Telefonista-Recepcionista (grupo D).

Por otra parte, y siguiendo la regulación estatutaria, establece que la realización de funciones correspondientes a una categoría profesional de un grupo inferior solo será posible siempre que existan razones técnicas u organizativas, por acuerdo expreso entre la empresa y el trabajador que deberá ser comunicado de forma inmediata a los representantes de los trabajadores, o para responder a necesidades del servicio en circunstancias apremiantes. En todo caso, el trabajador mantendrá la retribución de origen.

Finalmente, en consonancia también con el ET, se determina que –cuando se destine al personal a tareas correspondientes a una categoría superior– percibirá las retribuciones de esta categoría durante el tiempo y jornada que las realice. Asimismo, se señala que cuando las realice durante más del 30% de la jornada habitual de trabajo diaria, en un período superior a 6 meses en un año o a 8 durante dos años, consolidará el ascenso, si existe vacante, y siempre que esté en posesión de la titulación correspondiente que el puesto requiera.

Todos los convenios autonómicos tratan la clasificación profesional, reproduciendo en términos generales las pautas fijadas en el ámbito estatal, con algunas pequeñas variaciones.

Así, en tres convenios el encuadramiento de las categorías en los distintos grupos difiere a la establecida en el convenio estatal. Concretamente, los convenios de **Geriátricos Privados de Asturias** y **Residencias y Centros de Día para Personas Mayores de Madrid** no incluyen la categoría de *Gerocultor* en el grupo de Personal técnico y Mandos intermedios, sino en el de Personal auxiliar. Asimismo, el convenio de Madrid, encuadra la categoría de *Jardinero* en un grupo superior, el de Personal técnico y Mandos intermedios.

El convenio de **Residencias Privadas de la Tercera Edad de Castilla-La Mancha**, por su parte, unifica los grupos de Personal técnico y Mandos intermedios, y Personal auxiliar en uno sólo, donde incorpora categorías profesionales referidas a ambos.

Otro aspecto relevante concierne a la inclusión de categorías novedosas, o la especificación de algunas que en el convenio estatal se recogen entre las asimiladas. Es el caso del convenio de **Residencias para la Tercera Edad, Residencias materno-infantiles y Servicio de ayuda a domicilio de titularidad pública de la Comunidad Valenciana**, que incorpora las categorías de *Coordinador/a del equipo social y sanitario*, *Coordinador/a de enfermería* y *Puericultor/a*.

La mayoría de los convenios utiliza una denominación genérica, o la indicación de ambos sexos, a la hora de delimitar las categorías

profesionales; sin embargo, dos convenios optan por asignar el género femenino a determinadas categorías; concretamente, el de **Gerriátricos Privados de Asturias**, que incluye las categorías de *Supervisora, Gobernanta y Gerocultora*; y el de **Residencias Privadas de la Tercera Edad de Castilla-La Mancha**, que incorpora la categoría de *Gobernanta*.

Por último, en relación a la movilidad funcional los convenios autonómicos reproducen, en general, los criterios del convenio estatal, si bien en algunos casos se establecen límites temporales para la asignación del personal a trabajos de inferior categoría: de un mes como máximo en los convenios de **Residencia Personas Mayores de Aragón** y **Residencias Privadas de la Tercera Edad de Castilla-La Mancha**; y de tres meses en un período de un año, o de seis meses en tres años, en los convenios de **Residencias Privadas de la Tercera Edad de Galicia**, **Residencias Privadas para la Tercera Edad en la Comunidad Valenciana** y **Residencias para la Tercera Edad, Residencias Materno-infantiles y Servicio de Ayuda a Domicilio de titularidad pública en la Comunidad Valenciana**.

El convenio provincial de **Centros de la Tercera Edad de Bizkaia** incorpora como novedad la categoría de *Celador/a nocturno*, que se encuadra en el grupo de Personal técnico, Especialistas y Mandos intermedios.

En cuanto a la movilidad funcional, este convenio presenta dos elementos diferenciales en relación al convenio estatal. Por una parte, establece que la asignación de personal a trabajos de superior categoría no podrá tener una duración mayor a 4 meses ininterrumpidos; si superara ese plazo, u ocupara el puesto de categoría superior durante 12 meses alternos, el trabajador consolidará el salario de dicha categoría, sin que ello suponga necesariamente la creación de un nuevo puesto de trabajo.

Por otra parte, se incluye una cláusula de plurifuncionalidad que permite soslayar excepcionalmente la prohibición de destinar al personal a realizar tareas correspondientes a una categoría inferior. Concretamente, dicha cláusula establece que *en los centros cuya capacidad sea de 14 o menos plazas, los/as trabajadores/as siempre que todo el personal, sea gerocultor o limpiador, tuviera un contrato como gerocultor/a o auxiliar de clínica, la realización de tareas entre todas ellas podrá ser indistinta, tanto como gerocultor/a como de limpiador/a. Si la empresa mantiene entre el personal de la plantilla alguna relación contractual como limpiador/*

a, no se podrá exigir esta plurifuncionalidad (Disposición adicional cuarta).

En el ámbito de empresa, todos los convenios incorporan cláusulas relativas a la clasificación profesional, que en su mayor parte reproducen las pautas fijadas en el convenio estatal (en relación tanto al sistema de grupos y categorías, como a los criterios de movilidad funcional).

Los convenios de empresa suelen incorporar, asimismo, una cláusula en la que se especifica que la clasificación profesional establecida es enunciativa y no exclusiva, sin que presuponga la obligación de tener provistas todas las categorías recogidas. También, resulta frecuente dejar abierta la posibilidad a la incorporación de nuevas categorías profesionales, siempre que la eficacia en los servicios y la racionalización de la organización así lo requieran.

Un caso singular de regulación lo constituye la empresa **Aztegui**, cuyo convenio establece que *el encuadramiento profesional, el organigrama y la definición de funciones del personal afecto figura recogido en el Manual de Organización, cuya elaboración y adecuación progresiva a las necesidades corresponde a la Dirección* (Artículo 6). Una cláusula que puede valorarse negativamente, pues contradice la norma estatutaria que determina de forma expresa que el sistema de clasificación profesional se regulará mediante la negociación colectiva o, en su defecto, el acuerdo entre la empresa y los representantes de los trabajadores (Artículo 22.1. ET).

Entre los convenios que realizan una enunciación más extensa, destaca el de la empresa **Residencia Nuestra Señora de la Paz**, que establece cuatro grupos profesionales:

- *Personal Sanitario Asistencial*, que a su vez se estructura en tres subgrupos, correspondientes a titulados superiores, de grado medio y profesionales de oficios sanitarios (formación profesional de segundo grado, bachiller o equivalente). En estos grupos se incorporan algunas categorías novedosas; por ejemplo, la de *Médico de guardia*, que se define expresamente como una categoría *integrada por aquellas personas que acrediten titulación médica y que sean contratados para prestar servicios exclusivamente en turnos de guardia o para sustituir, en caso de necesidad, al médico titular* (Artículo 9). Otras dos categorías novedosas son las de *Educador social* y *Monitor ocupacional*

- *Personal Administrativo*, que incluye tres categorías: *Administrador*, *Oficial administrativo* y *Auxiliar administrativo*.
- *Personal de Servicios Generales*, que incluye categorías relativas a profesionales de la actividad de hostelería, como: *Encargada de servicios generales*, *Auxiliar de información*, *Auxiliar de lencería/Planchadora*, *Auxiliar de hostelería* y *Auxiliar de mantenimiento*.
- Por último, se crea un grupo *ex novo* en relación al convenio estatal, que integra tres categorías: una de titulado superior (*Capellán*); y dos de titulados de grado medio: *Informático* y *Relaciones laborales*.

Una clasificación similar se encuentra en el convenio de las empresas **Centro San Juan de Dios (Ciempozuelos)** y **Centro Asistencial San Juan de Dios (Málaga)**, si bien la delimitación de categorías presenta alguna variación. Así, el grupo de Personal Sanitario Asistencial se desglosa en cuatro subgrupos, distinguiendo entre técnicos especialistas (FP2) y Profesionales de oficios sanitarios (FP1). En relación a las categorías, se concretan seis específicas de médicos²¹, así como otras novedosas (como las de *Educador de minusválidos* y *Coordinador de laborterapia*). En cuanto al resto de grupos, se incluyen, asimismo, algunas categorías novedosas, como las de *Pintor*, *Panadero*, *Impresor*, *Socorrista*, *Peluquero-barbero*, *Jefe de Admisión*, *Jefe de recursos humanos* y *Agente pastoral*.

Otro convenio que realiza una clasificación particularmente extensa y detallada, es el de la empresa **Clece S.A. (Gámez Morón)**, donde se recogen nueve grupos profesionales, en función de la formación. Cada uno de estos grupos integra, a su vez, diversas categorías, que en muchos casos no están directamente relacionadas con los servicios de atención a las personas dependientes.

A modo de ejemplo, en el grupo que requiere mayor formación, se incluyen las siguientes categorías: *Titulado superior*; *Técnico organizador de artes gráficas*, *Técnico de producción de muebles*, *Técnico de taller de nuevas tecnologías*, *Analista*; *Creativo*; *Técnico superior de programas*; *Técnico comercial*; *Técnico de administración*; *Técnico de personal*; y *Técnico de secretaría*. Y,

²¹ Jefe de servicio; Jefe clínico; Jefe laboratorio; Adjunto y de guardia; Geriatra; y Electroencefalografista.

en el grupo profesional para el que se exige titulación o conocimientos equivalentes a Graduado Escolar o Formación Profesional 1, se incluyen categorías como *Corredor en Plaza Artes Gráficas*, *Guillotiner de 2.^a y 3.^a Artes Gráficas*, *Ayudante Mercantil* y *Reprógrafo*.

El convenio de la empresa **Aztegui** delimita dos grupos profesionales: Personal del servicio de vivienda y Personal adscrito al resto de servicios de la asociación. En el primero, se incluyen algunas categorías novedosas, como *Responsable de Grupo de Viviendas*, *Cuidador Responsable de viviendas de apoyo intermitente*, *Ama de Casa*, *Velador Nocturno*, *Servicio Doméstico* y *Aprendiz de Cuidador*.

Por otra parte, diversos convenios recogen algunas otras categorías novedosas, como: *Masaje y dinámica ocupacional (Real Casa de Misericordia)*; *Responsable de recaudación de fondos (Fundación Cudeca)*; *Archivero bibliotecario (Instituto Insular de Atención Social y Sociosanitaria)*; *Monitor de estimulación (Atendo Calidade)*; y *Responsable de recursos humanos y Técnico de estimulación sensorial (Fundación Uliazpi)*.

Finalmente, en relación a la movilidad funcional, los convenios de empresa reproducen los criterios fijados en el ámbito estatal para la asignación del personal a trabajos de superior o inferior categoría.

2.1.3. *Retribuciones*

El objetivo de este apartado es realizar una breve aproximación a las retribuciones fijadas en los convenios para algunas categorías profesionales. Para ello, se han seleccionado ocho categorías que se recogen en un elevado número de convenios colectivos, y que se encuadran en distintos grupos profesionales (en función de los requerimientos de cualificación).

Así, para el subsector de Residencias se han considerado las categorías de: *Gerente/Administrador*; *Médico*; *ATS-DUE*; *Gerocultor*; *Auxiliar administrativo*; y *Limpiador*. Y para los Centros de Día, las de *Titulado Medio* y *Auxiliar administrativo*.

El análisis se centra específicamente en los salarios base fijados en convenio para estas categorías, sin examinar los complementos salariales (cuya regulación, por otra parte, tiene un escaso desarrollo en la negociación colectiva del sector de atención a la dependencia).

Los datos permiten constatar los bajos niveles retributivos fijados, en general, para estas categorías (Tabla III.4). Así, en el subsector de Residencias el salario medio mensual de las dos categorías situadas en los grupos profesionales superiores²² –*Gerente/Administrador* y *Médico*– se sitúa en torno a 1.300 y 1.200 euros respectivamente. En el grupo de Titulados medios, el salario base medio de la categoría de *ATS/DUE* es de unos 980 euros mensuales, mientras que en los grupos que requieren menor cualificación, los salarios medios para las categorías de *Gerocultor* y *Limpiador* se sitúan en 730 y 683 euros al mes, respectivamente.

En cuanto a los Centros de Día, el salario mensual para los *Titulados medios* se sitúa como promedio en 1.260 euros, mientras que el de *Auxiliar administrativo* en 867 euros, superior al registrado en el subsector de Residencias.

TABLA III.4.
Salario base fijado en los convenios de Residencias y Centros de Día para 2005, según categorías profesionales seleccionadas (euros/mes)

Categorías Profesionales	Media	Mínimo	Máximo	Desviación estándar	CC estatal
Residencias					
Gerente / Administrador	1.301,5	984,3	1.893,5	193,7	1.316,1
Médico	1.216,0	909,1	2.312,0	347,6	1.096,7
ATS-DUE	980,2	814,6	1.579,0	206,3	877,4
Gerocultor	749,7	645,8	1.038,0	103,0	706,3
Auxiliar administrativo/a	730,3	638,0	1.126,0	112,1	693,1
Limpiador/a	683,4	592,7	975,0	93,8	636,1
Centros de Día					
Titulado medio	1.260,0	747,2	2.443,2	570,0	921,3
Auxiliar administrativo	866,9	588,3	1.126,6	213,9	693,1

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de convenios.

²² Cf. cuadro III.2.

Otro aspecto relevante lo constituye la existencia de diferencias significativas entre las retribuciones fijadas en convenio para las mismas categorías profesionales. En el subsector de Residencias, destaca especialmente la categoría de *Médico*, con una desviación respecto de la media de 348 euros²³; y en los Centros de Día la categoría de Titulado medio, con una desviación de 570 euros respecto de la media.

En suma, el análisis de estos datos es indicativo de dos aspectos significativos de las condiciones de trabajo, como es la existencia de bajos niveles retributivos, en términos generales, y de diferencias relevantes entre las retribuciones de categorías profesionales similares. Una situación que, en buena medida, viene determinada por el hecho de que la mayoría de las empresas desarrolla sus actividades en un régimen de concertación con las Administraciones Públicas territoriales, constatándose variaciones significativas en los precios de los servicios ofertados entre las distintas Comunidades Autónomas²⁴.

2.1.4. Tiempo de trabajo

El análisis de esta materia se ha estructurado en cinco apartados: delimitación de la jornada; determinación de las horas extraordinarias; descansos; vacaciones; y cláusulas relativas a la conciliación de la vida laboral y familiar.

2.1.4.1. Delimitación de la jornada

La determinación de la jornada es una de las cuestiones que mayor tratamiento suele recibir tradicionalmente en la negociación colectiva y, de hecho, su regulación aparece en todos los convenios del subsector de Residencias y Centros de Día. Para su análisis, se contemplan tres tipos de cláusulas: (a) las que establecen el número máximo de horas, en cómputo anual o semanal; (b) las que prevén

²³ Se utiliza la desviación típica o desviación estándar, definida como la medida de la dispersión de los valores de una determinada distribución respecto a la media. Se tiene, por tanto, una medida de la dispersión en relación a un valor común, que permite estandarizar la relación entre todos los valores (en la tabla sólo se recogen los máximos y mínimos, sin incluir los intermedios).

²⁴ Cf. capítulo II.3.2.

una reducción de la jornada máxima; y (c) las que introducen algún tipo de flexibilización en la ordenación de la jornada.

El III Convenio Marco Estatal de Residencias Privadas de Personas Mayores y del Servicio de Ayuda a Domicilio delimita la jornada anual máxima para las empresas y establecimientos de estos subsectores, incorporando una previsión de reducción progresiva en el período de vigencia del mismo.

Así, para los Centros Residenciales y Centros de día se establece una jornada anual máxima de: 1.800 horas de trabajo efectivo, ya sea en turno partido o continuo, para el año 2003; 1.796 horas para 2004; y 1.792 horas para 2005²⁵. Por otra parte, el convenio establece que la jornada máxima será considerada en cómputo trimestral.

En cuanto a la ordenación de la jornada, el convenio estatal se acoge a las posibilidades de flexibilización que brinda el artículo 34.3 del ET, admitiendo la posibilidad de superar el tope máximo diario fijado en 9 horas diarias, siempre que se cumplan tres requisitos: (a) la existencia de un mínimo de doce horas entre el final de una jornada y el comienzo de la siguiente; (b) que la prolongación de la jornada se fije mediante mutuo acuerdo entre la empresa y los representantes del personal o, si no existen estos últimos, directamente con el personal); y (c) que se respete la jornada máxima anual establecida en el convenio.

En el ámbito autonómico, la regulación de la jornada presenta algunas variaciones entre los distintos convenios. Así, en relación al número de horas los convenios que fijan una jornada anual máxima mayor para 2005 –similar a la estatal– son los de **Geriátricos privados de Asturias, Residencias Privadas Personas Mayores de La Rioja y Residencias para la Tercera Edad, Residencias Materno-infantiles y Servicio de Ayuda a Domicilio de titularidad pública en la Comunidad Valenciana**.

En el extremo opuesto, los convenios que delimitan una menor jornada anual máxima para este año son los de **Residencia Personas Mayores de Aragón** (1.755 horas), **Residencias Privadas para la Tercera Edad de la Comunidad Valenciana** (1.784 horas) y **Residencias y centros de día para personas mayores de Madrid** (1786 horas).

²⁵ El IV convenio estatal mantiene la jornada anual máxima en 1.792 horas de trabajo efectivo.

Un segundo aspecto concierne a la incorporación de cláusulas de reducción de jornada, que se incluyen en los convenios de Asturias, Aragón, Castilla-La Mancha, Madrid y La Rioja.

En relación a la flexibilización en la ordenación de la jornada, contemplada en todos los convenios, salvo el de Asturias, se han detectado dos tipos de cláusulas: por una parte, las que reconocen la posibilidad de prolongar la jornada máxima diaria, que se contempla en los convenios de Aragón, Galicia, Madrid, Castilla-La Mancha, La Rioja y los dos de la Comunidad Valenciana. La regulación que se realiza es similar a la del convenio estatal, con la excepción del convenio de **Residencias Privadas de la Tercera Edad de Castilla-La Mancha**, que presenta una pequeña variación al señalar que *en jornadas completas no podrán realizarse menos de siete ni más de nueve horas diarias de trabajo efectivo en jornada diurna, y diez en jornada nocturna* (Artículo 27).

Por otra parte, las cláusulas que establecen la capacidad de la empresa para modificar el horario de trabajo, que se recogen en el convenio de **Residencias Privadas para la Tercera Edad de la Comunidad Valenciana**.

El convenio establece que la dirección de las empresas podrá variar o flexibilizar unilateralmente los horarios de trabajo, fundamentando siempre la decisión en causas conectadas con la utilidad y necesidades de funcionamiento, y ajustándose a las siguientes premisas:

- El desplazamiento en la franja horaria de tres horas al año durante diez días consecutivos, o no.
- Retrasar o adelantar una hora la entrada o salida del personal durante los meses de verano.
- El deslizamiento de la hora de entrada y salida inferiores a una hora.
- El deslizamiento de horarios de entrada o salida con la finalidad de ajustar el calendario anual a las horas anuales pactadas el convenio.
- La unificación de los horarios de las diferentes secciones, por necesidades técnicas y de organización.
- Ampliación de la jornada en media hora a la semana y 25 horas al año.

El convenio provincial de **Centros de la Tercera Edad de Bizkaia** incorpora una cláusula de reducción de la jornada anual máxi-

ma, con los siguientes toques: 1.755 horas de trabajo efectivo, ya sea de turno continuo o partido, en 2003; 1.750 horas en 2004; y 1.730 horas en 2005 (inferior, por tanto, a la del convenio estatal). Además, se establece que 20 horas de cada año serán consideradas como tiempo efectivo, si el personal lo invierte en tiempo de formación, con los criterios acordados en el convenio.

Asimismo, se reconoce la posibilidad de ampliar la jornada diaria máxima, estableciendo un tope máximo de 10 horas.

En el ámbito de empresa, 20 convenios optan por el cómputo anual a la hora de delimitar la jornada, detectándose tan sólo tres que fijan un número máximo de horas para 2005 superior a la establecida en el ámbito estatal: **Residencia Hijas de San Camilo**, que establece 1.820 horas; **Clece S.A. (Gámez Morón)**, con 1.816 horas; y **Fundación Valdegodos**, con 1.800 horas. La mayoría de los convenios de empresa reducen, sin embargo, el tope marcado en el ámbito estatal, destacando en el extremo los de las empresas **Aztegui** (1.592 horas) y **Residencia Mixta Solidaridad de Castejón** (1.616 horas).

Ocho convenios aplican, en cambio, un cómputo semanal, estableciendo como pauta más común un tope máximo de 40 horas; por debajo del mismo, destacan dos empresas: la **Fundación Cudeca**, cuyo convenio fija un máximo de 37 horas y media; y el **Instituto Insular de Atención Social y Sociosanitaria**, que diferencia entre dos categorías: el personal de los centros asistenciales y hospitales, para los que se establece una jornada máxima de 35 horas semanales; y el resto del personal adscrito a los servicios centrales y todas las categorías con funciones técnicas y administrativas, con una jornada máxima de 37 horas y media.

Un caso singular lo constituye finalmente el convenio de la **Fundación Uliazpi**, que establece que *para todos los tipos de jornada completa, excepto la nocturna, las horas de trabajo efectivo serán las establecidas cada año por el ARCEPAFE²⁶, aplicándose la correspondiente jornada a partir de la fecha de publicación del citado acuerdo en el Boletín Oficial de Guipúzcoa. En caso de no acordarse o desaparecer el mencionado ARCEPAFE, la jornada de trabajo será la que se establezca con carácter general para el personal de la Diputación Foral de Guipúzcoa (Artículo 19).*

²⁶ Acuerdo Regulador de las Condiciones de Empleo del Personal de la Administración Local y Foral de Euskadi.

En cuanto a la reducción de la jornada anual máxima, sólo es contemplada por 9 convenios de empresa²⁷; un porcentaje excesivamente reducido, considerando que la inclusión de cláusulas sobre esta materia constituye una buena práctica, en la medida en que favorece la conciliación de la vida laboral y familiar.

Finalmente, la inclusión de cláusulas de flexibilización de la ordenación de la jornada es contemplada en 9 convenios, distinguiéndose dos grupos: por un lado, 6 convenios que reconocen la posibilidad de ampliar la jornada máxima diaria, en la línea marcada por el ET: **Centro Geriátrico La Pinada SL; Llar-Residencia Nuestra Señora del Carmen; Asociación Hospital Residencia San Francisco de Águilas; Fundación Residencia Urribarren Abaroa; Fundación Municipal Emma; y Residencia de Mayores Ciudad El Ejido.**

Por otro lado, dos empresas contemplan la posibilidad de modificación de los horarios de trabajo. Así, el convenio de la **Real Casa de Misericordia** vincula los cambios en los horarios a la disponibilidad de personal voluntario; concretamente, establece que *hasta la firma del presente convenio el servicio de noche de Servicios Diversos se ha cubierto con personal voluntario, debiéndose si es posible seguir cubriéndolo de la misma forma. De no haber personal voluntario, dicho servicio se cubriría con personal de Servicios Diversos de jornada completa que designe la dirección, estableciéndose una rotación de personal cada seis meses* (Artículo 8.7)

El convenio de la empresa **Aztegui** (Artículo 13) establece, por su parte, que *podrá pactarse individualmente una distribución de la jornada en horarios adaptados a las necesidades a cubrir para programas específicos.*

2.1.4.2. Horas extraordinarias

El análisis de la regulación convencional de las horas extraordinarias se ha centrado en dos tipos de cláusulas: las que establecen las causas que permiten la realización de las mismas; y las que fijan los sistemas de compensación.

²⁷ Residencia Mixta Solidaridad de Castejón; Centro Geriátrico La Pinada SL; Fundación Residencia Urribarren Abaroa; Gestión Social San Adrián SA; Residencia Hijas de San Camilo; Patronato Benéfico San Bernabé y San Antolín; Centro Gerontológico de Berio SL; Residencia de Mayores Ciudad El Ejido; y Aztegui.

El **III Convenio Marco Estatal de Residencias Privadas de Personas Mayores y del Servicio de Ayuda a Domicilio** incluye tres previsiones en relación a esta materia.

En primer lugar, el convenio establece que *debido a las características del sector y a su misión de servicio continuado las 24 horas al día, las horas que deban realizarse en función de la cobertura de las posibles ausencias por causas urgentes e imprevistas, tendrán de por sí la consideración de horas extraordinarias cuando, consideradas en cómputo trimestral, excedan la jornada establecida* (Artículo 42). Asimismo, se señala que la realización de horas extraordinarias se autorizará únicamente en situaciones excepcionales, y deberá argumentarse a los representantes del personal.

En segundo lugar, se determina que las horas extraordinarias se compensarán preferentemente en tiempo de trabajo, o se abonarán al 175% del valor de la hora ordinaria.

Finalmente, el convenio determina que las horas extraordinarias no podrán superar en ningún caso un tope máximo de 50 horas al año, inferior al límite legal de 80 (Artículo 35.2 ET).

En el ámbito autonómico, todos los convenios autorizan la realización de horas extraordinarias únicamente para situaciones excepcionales, en la línea fijada por el convenio estatal.

Existe una mayor variación, en cambio, a la hora de concretar el sistema de compensación mediante abono económico. Así, los convenios de Aragón, Galicia, Castilla-La Mancha y Madrid establecen una compensación similar a la estatal, del 175% del valor de la hora ordinaria. El convenio de Asturias, por su parte, determina que se abonará el 75% del valor de la hora ordinaria y el 100% de la hora nocturna, quedando incluido en este último caso el plus de nocturnidad.

También se aprecian diferencias significativas en los dos convenios de la Comunidad Valenciana: el convenio de **Residencias Privadas para la Tercera Edad** fija una compensación económica del 75% del valor de la hora ordinaria; y el de **Residencias para la Tercera Edad, Residencias Materno-infantiles y Servicio de Ayuda a Domicilio de titularidad pública**, por su parte, incrementa la compensación económica al 200% del valor de la hora ordinaria, y del 250% de la hora nocturna.

La delimitación de los topes anuales para la realización de horas extraordinarias presenta asimismo algunas variaciones. Así, el límite de 50 horas anuales fijado en el ámbito estatal se reproduce en los convenios de Aragón, Madrid y La Rioja. Los convenios de Astu-

rias, Castilla-La Mancha y los dos de la Comunidad Valenciana establecen, en cambio, el tope legal de 80 horas anuales. Por último, el convenio de Galicia fija un número máximo de 60 horas al año.

El convenio provincial de **Centros de la Tercera Edad de Bizkaia** plantea una regulación más restrictiva de las causas que autorizan las horas extraordinarias, estableciendo su prohibición expresa salvo en los siguientes supuestos excepcionales:

- (a) Fuerza mayor: cuando se trate de prevenir o reparar siniestros y daños extraordinarios y urgentes.
- (b) Cuando por razones no previsibles con antelación suficiente, y considerando las características del sector y su servicio continuado a lo largo de 24 horas, las horas extraordinarias resulten imprescindibles para el normal funcionamiento de la empresa. Ante este supuesto, deberá acreditarse en cualquier caso que no resulta posible la realización del exceso de trabajo con cargo a nuevo personal, por alguna de las siguientes razones:
 - Por tratarse de un tiempo de trabajo tan corto que no haga viable una nueva contratación.
 - Por no ser materialmente posible proceder a nuevas contrataciones en el tiempo requerido.
 - Porque, habiéndose requerido la colaboración de los servicios públicos de empleo, éstos no hayan facilitado a la empresa demandante personal con la cualificación adecuada al puesto correspondiente.
 - Por tratarse de coberturas por posibles ausencias imprevistas (IT, permisos, etc.).

Por otra parte, el convenio determina que las horas extraordinarias se compensarán por horas de descanso; concretamente, 1,75 por cada hora trabajada. Asimismo, se establece que el descanso deberá disfrutarse en los 30 días siguientes a partir de la realización de las mismas, concretándose mediante acuerdo entre la empresa y el trabajador. En cuanto a la compensación económica, el convenio señala que tan sólo se abonará en metálico en caso de liquidación²⁸.

²⁸ En este supuesto, el cálculo se realiza a partir del cociente entre el salario base anual y una determinada cantidad.

Finalmente, este convenio fija un tope máximo de 50 horas anuales, similar al establecido en el ámbito estatal.

En el ámbito de empresa, la regulación de las horas extraordinarias es contemplada en 20 convenios, que como pauta común sólo autorizan su realización en situaciones excepcionales, causas urgentes e imprevistas o por fuerza mayor. Destaca como caso singular el convenio de la **Fundación Residencia Urribarren Abaroa**, con un tratamiento más detallado y restrictivo de las causas, similar al del convenio provincial de Bizkaia.

El contenido de los convenios presenta mayores diferencias en relación a los dos sistemas de compensación. Así, cinco convenios cuantifican el tiempo de descanso por cada hora extraordinaria: **Residencia Ramón y Cajal** y **Aspace-Centro de día Ramón y Cajal** (1 hora de descanso por cada hora extraordinaria, y 2 horas en caso de los días festivos); **Real Casa de la Misericordia** y **Residencia Mixta Solidaridad de Castejón** (1,45 horas de descanso); y **Asociación Hospital Residencia San Francisco de Águilas** (el doble de tiempo).

En cuanto a la compensación mediante abono económico, se constata una regulación muy diversa de las cantidades establecidas, que oscilan entre dos límites: los rangos máximos establecidos por los convenios de la **Fundación Valdegodos** (220% del valor de la hora ordinaria) y el **Centro Geriátrico La Pinada SL** (210% del valor de la hora ordinaria, y 215% de la hora nocturna); y los mínimos del **Instituto Insular de Atención Social y Sociosanitario** (31% del valor de la hora ordinaria y 51% de la nocturna) y de la empresa **Llar-Residencia Nuestra Señora del Carmen** (50% del valor de la hora ordinaria).

Finalmente, en relación a los topes la mayoría de las empresas se acoge a la norma legal de 80 horas anuales, y sólo en tres casos se rebaja el límite a las 50 horas fijadas en el convenio estatal²⁹.

2.1.4.3. Descansos

El tratamiento de esta materia se contempla con relativa frecuencia en los convenios de Residencias y Centros de Día, especialmente en relación a los descansos intrajornada y semanales.

²⁹ Fundación Residencia Urribarren Abaroa, Residencia de Mayores Ciudad El Ejido y Fundación Privada Municipal Emma.

El **III Convenio Marco Estatal de Residencias Privadas de Personas Mayores y del Servicio de Ayuda a Domicilio** reproduce los criterios del ET para los descansos intrajornada (Artículo 34.4), que determina que –siempre que la duración de la jornada diaria continuada exceda de seis horas– se establecerá un periodo de descanso durante la misma de quince minutos de duración, que tendrá la consideración de tiempo efectivo de trabajo a todos los efectos.

En cuanto al descanso semanal, el convenio sigue igualmente la norma legal –Artículo 37.1 ET– al señalar que *el personal tendrá derecho a un descanso mínimo semanal de día y medio (36 horas) sin interrupción. Dicho descanso deberá coincidir obligatoriamente en domingo, al menos una vez cada seis semanas, excepto para aquellos trabajadores con contratos específicos de fin de semana* (Artículo 35). No obstante, a continuación el convenio señala que –con independencia de lo establecido anteriormente– se respetará cualquier fórmula que se haya pactado o se pacte entre la empresa y los representantes de los trabajadores o, en su defecto, los mismos trabajadores.

En el ámbito autonómico, sólo los convenios de **Geriátricos Privados de Asturias y Residencias Privadas para la Tercera Edad de la Comunidad Valenciana** reproducen el criterio estatal para los descansos intrajornada. Otros convenios amplían en cambio el tiempo de descanso para los trabajadores con jornada continuada, bien a 20 minutos –en los de Galicia, La Rioja y Madrid–, bien incluso a 30 (**Residencias para la Tercera Edad, Residencias Materno-infantiles y Servicio de Ayuda a Domicilio de titularidad pública de la Comunidad Valenciana**).

Los convenios de Aragón y Castilla-La Mancha, por su parte, realizan una mejora cualitativa de la norma legal, en la medida en que reconocen el derecho a una pausa de 20 minutos para todos los trabajadores, con independencia del tipo de jornada (continuada o partida). Además, la duración del descanso se amplía a 30 minutos para los trabajadores que tuvieran –por la particularidad de sus turnos– que realizar la comida o cena dentro de ellos.

Una cláusula innovadora se encuentra asimismo en el convenio de **Residencias para la Tercera Edad, Residencias Materno-infantiles y Servicio de Ayuda a Domicilio de titularidad pública de la Comunidad Valenciana**, cuyo contenido establece que *los trabajadores y trabajadoras que utilicen pantallas de ordenador, con exposiciones de 2 o más horas continuadas, y no pudiesen realizar pequeñas interrupciones o alternancias con otras tareas, dispondrán de una pausa de 15 minutos por cada dos horas de trabajo*

en las mismas (Artículo 27.4). Esta cláusula puede valorarse como una buena práctica convencional, en la medida en que contribuye favorablemente a la prevención de riesgos laborales.

En cuanto a los descansos semanales, la pauta común es la reproducción de los criterios fijados en el convenio estatal. La única excepción la constituye el convenio de **Residencias para la Tercera Edad, Residencias Materno-infantiles y Servicio de Ayuda a Domicilio de titularidad pública de la Comunidad Valenciana**, que –como buena práctica– incorpora una cláusula donde se establece que *los trabajadores y trabajadoras tendrán derecho a un descanso mínimo semanal de 2 días sin interrupción, teniendo como mínimo un fin de semana (sábado y domingo) al mes, fijándose a estos efectos de mutuo acuerdo entre la empresa y los representantes de los trabajadores y trabajadoras, criterios de rotación entre los trabajadores y trabajadoras de un mismo servicio* (Artículo 27.2).

En el ámbito provincial, la cláusula sobre descanso intrajornada incluida en el convenio de **Centros de la Tercera Edad de Bizkaia** mejora la regulación del convenio estatal, al determinar que todo el personal que trabaje de forma continuada al menos 4,30 horas, tendrá derecho a una pausa de 20 minutos. Asimismo, el convenio establece que todo el personal con contrato vigente que disfrutara de ese derecho y que –por reducción de jornada– pasara a trabajar de forma continuada menos de 4,30 horas, seguirá manteniendo el mismo.

La regulación del descanso semanal mejora ligeramente también la del convenio estatal, al establecer que el personal tendrá derecho a un día y medio sin interrupción, que deberá coincidir obligatoriamente en domingo al menos una vez cada cinco semanas.

En el ámbito de empresa, resulta relativamente frecuente que los convenios amplíen la duración del descanso intrajornada para los trabajadores con jornada continuada a 20 minutos³⁰, e incluso en algunos casos a 30³¹. Un caso singular es el de la **Fundación Cudeca**, que establece un descanso de 15 minutos cuando la jornada continuada es igual o inferior a 7 horas, y de 30 minutos cuando supera dicha duración.

³⁰ Hospital Residencia de ancianos Nuestra Señora de la Concepción, Residencia Nuestra Señora de la Paz, Centro San Juan de Dios (Ciempozuelos), Fundación Valdegodos, Asociación Hospital Residencia San Francisco de Águilas, Fundación Residencia Urribarren Abaroa, Gestión Social San Adrián SA, Fundación Privada Municipal Emma, e Instituto Insular de Atención Social y Sociosanitario.

³¹ Centro Gerontológico de Berio SL, Nuestra Señora del Carmen de Sarriá y Fundación Cudeca.

Los convenios de las empresas **Centro San Juan de Dios (Ciempozuelos)** y **Nuestra Señora del Carmen de Sarriá** reconocen, asimismo, un descanso de 15 minutos para los trabajadores que tengan jornada partida. Y la **Fundación Residencia Urribarren Abaroa**, por su parte, incluye una cláusula similar a la del convenio provincial de a, reconociendo el derecho a un descanso de 20 minutos cada 4,30 horas.

Finalmente, la mayoría de los convenios de empresa reducen el criterio fijado en el ámbito estatal para el descanso semanal. Las únicas excepciones se encuentran en tres convenios: **Residencia Mixta Solidaridad de Castejón y Clece SA. (Gámez Morón)**, que amplían el descanso mínimo semanal a dos días; y **Nuestra Señora del Carmen de Sarriá**, cuyo convenio establece que los trabajadores tendrán derecho a 1 día de descanso una semana, y 2 días a la siguiente.

2.1.4.4. Vacaciones

Esta materia es abordada en la práctica totalidad de los convenios, centrándose su contenido en aspectos como la duración de las vacaciones o el modo de disfrute de las mismas.

El **III Convenio Marco Estatal de Residencias Privadas de Personas Mayores y del Servicio de Ayuda a Domicilio** establece que el período de vacaciones anuales será retribuido, su duración será de treinta días naturales –el mínimo marcado por el ET– y se disfrutará preferentemente durante los meses de junio a septiembre. Asimismo, y como buena práctica convencional, se reconoce que –en aquellos casos que no se haya completado el año de trabajo efectivo– los trabajadores tendrán derecho a la parte proporcional.

Otra buena práctica es el reconocimiento de la posibilidad de fragmentar el período de vacaciones, en consonancia con las recomendaciones de la Organización Internacional del Trabajo³². El convenio estatal establece que el período de disfrute se fijará en un período de treinta días o en dos períodos de quince, no pudiéndose realizar más fracciones, de mutuo acuerdo entre el personal y la empresa, y respetándose siempre los siguientes criterios (Artículo 36):

³² Convenio 132 de la OIT relativo a las vacaciones anuales pagadas.

- El régimen de turnos de vacaciones se hará por rigurosa rotación anual del personal entre los distintos meses, iniciándose esta rotación el primer año, por antigüedad en la empresa. A tal efecto se constituirán los correspondientes turnos de vacaciones. Estos turnos se harán de acuerdo con el calendario laboral, según las prestaciones del servicio.
- El inicio del período de vacaciones o de disfrute de las fiestas abonables, no puede coincidir con un día de descanso semanal, de forma y manera, que en estos casos se entenderán iniciadas las vacaciones al día siguiente del descanso semanal. Si el regreso de las vacaciones coincide con el día libre, éste deberá respetarse, reiniciándose el trabajo al día siguiente.
- El calendario de vacaciones se elaborará en el primer trimestre de cada año y, en todo caso, con un mínimo de dos meses del comienzo del mismo.

El convenio determina también que, si se produce una situación de IT una vez iniciado el disfrute de las vacaciones, no se interrumpe el período ni es conmutable por otros. El personal tendrá derecho, en este caso, a sus percepciones salariales a razón de la totalidad de sus haberes durante la duración de las vacaciones.

Por último, en consonancia con el ET se reconoce el carácter indisponible del derecho vacacional, que no podrá ser sustituido por ninguna compensación económica, salvo en los casos de liquidación por finiquito. En conexión con ello, el convenio señala que el no disfrute durante el año natural –cualquiera que sea la causa– supone la pérdida de las mismas o de la fracción pendiente de disfrute.

En el ámbito autonómico, los convenios reproducen los criterios fijados en el ámbito estatal, con dos excepciones: el de **Residencias Privadas de la Tercera Edad** de Galicia, que establece un período vacacional de 26 días laborables o un mes natural; y el de **Residencias para la Tercera Edad, Residencias Materno-infantiles y Servicio de Ayuda a Domicilio de titularidad pública de la Comunidad Valenciana**, que reconoce 1 mes natural de vacaciones, siempre que se disfruten de manera continuada en los meses de junio a septiembre³³.

La ampliación del período de vacaciones anuales también se recoge en el convenio provincial de Bizkaia, que establece una duración de 31 días naturales.

³³ De no ser así, la duración se establece en 30 días naturales.

En el ámbito de empresa, la regulación convencional de esta materia sigue en general las pautas fijadas en el ámbito estatal. No obstante, algunos convenios incrementan la duración de las vacaciones: a 30 días naturales, pero obligatoriamente 26 laborales, en la empresa **Centro Gerontológico de Berio SL**; a 31 días, en las empresas **Aspace-Centro de día Ramón y Cajal**, **Residencia Ramón y Cajal** y **Patronato Benéfico San Bernabé y San Antolín**; a 1 mes natural, en el **Instituto Insular de Atención Social y Sociosanitario**; e incluso hasta 48 días naturales en el caso de la **Fundación Residencia Urribarren Abaroa** (de los que se consideraran sólo 31 a efectos de finiquito y liquidación de vacaciones).

Finalmente, un caso singular lo constituye el convenio de la **Fundación Uliazpi**, que establece que todo el personal tendrá derecho a los siguientes períodos vacacionales retribuidos (Artículo 21): (a) mes de agosto; (b) siete días naturales con ocasión de la Semana Santa; y (c) ocho días naturales en navidades, entre el 24 de diciembre y el 2 de enero. Asimismo, se reconoce la posibilidad de fraccionar las vacaciones de verano –para quienes trabajen en agosto– en más de dos períodos, desligándose así de la restricción establecida en el convenio estatal.

2.1.4.5. Conciliación de la vida laboral y familiar

La regulación convencional de esta materia tiene como referente la *Ley 39/1999 de Conciliación de la Vida Laboral y Familiar*, que introduce diversas modificaciones relativas al tiempo de trabajo en el ET, en aspectos como las licencias retribuidas, excedencias, reducciones de jornada o permiso por lactancia³⁴.

El **III Convenio Marco Estatal de Residencias Privadas de Personas Mayores y del Servicio de Ayuda a Domicilio** incorpora cláusulas que mejoran en algunos aspectos las previsiones legales.

Así, se amplía de 2 a 3 días el derecho del personal a una licencia retribuida –previo aviso y justificación– en los casos de nacimiento o adopción de hijo/a o por el fallecimiento, accidente o enfermedad grave u hospitalización de conviviente, parientes hasta el segundo

³⁴ Las disposiciones estatutarias sobre conciliación se han modificado nuevamente tras la aprobación de la *Ley Orgánica 3/2007, de 22 marzo para la igualdad efectiva de mujeres y hombres* (en adelante, Ley de Igualdad).

grado de consanguinidad o afinidad. Igualmente, en el supuesto de que el personal necesitase realizar un desplazamiento, se incrementa el plazo a 5 días (uno más que el fijado por el ET).

En cuanto a las excedencias, el convenio contempla dos supuestos: la excedencia especial por maternidad, cuya regulación reproduce los criterios del artículo 46.3 del ET³⁵; y la excedencia por cuidado de familiares, en la que se mejora las previsiones legales al señalar que la duración de la misma no podrá superar los tres años, en vez del límite de 1 año fijado por el Estatuto de Trabajadores (Artículo 46.3)³⁶.

El convenio estatal también mejora la norma legal en la regulación del permiso por lactancia, en una doble dimensión: reconociendo el derecho en el supuesto de lactancia de un hijo menor de 12 meses, en vez de los 9 establecidos por ley; y ampliando la posibilidad de reducir la jornada 1 hora, en vez del criterio legal de media hora (Artículo 37.4. del ET).

La cláusula sobre reducción de la jornada por otros motivos familiares reproduce, en cambio, los criterios marcados por la norma legal³⁷.

Por último, en relación a los horarios de trabajo el convenio establece que *la empresa facilitará, en la medida de lo posible, cambios de turno a los trabajadores para el acompañamiento a consulta médica de familiares menores o dependientes hasta el primer grado de consanguinidad* (Artículo 34.1).

³⁵ El personal tendrá derecho a un período de excedencia de duración no superior a tres años para atender al cuidado de cada hijo/a, tanto cuando lo sea por naturaleza como por adopción; o, en los supuestos de acogimiento, tanto permanente como preadoptivo, a contar desde la fecha de nacimiento o, en su caso, de la resolución judicial o administrativa o a partir de que finalice el descanso obligatorio por maternidad.

³⁶ La regulación del convenio estatal sigue suponiendo una mejora del derecho legal tras la modificación introducida por la Ley de Igualdad, que amplía el período máximo de excedencia por cuidado de familiares a dos años.

³⁷ Esta cláusula establece que *quien, por razones de guarda legal, tenga a su cuidado directo algún menor de seis años o un minusválido físico, psíquico o sensorial, o persona mayor en situación de dependencia, que no desempeñe actividad retribuida, tendrá derecho a una reducción de su jornada de trabajo, con la disminución proporcional de salario entre, al menos, un tercio y un máximo de la mitad de la duración de aquella. Tendrá el mismo derecho quien precise encargarse del cuidado directo de un familiar, hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad, que por razones de edad, accidente o enfermedad no pueda valerse por sí mismo, y que no desempeñe actividad retribuida* (Artículo 53).

En el ámbito autonómico, los convenios reproducen en general las pautas fijadas a nivel estatal, aunque dos presentan algunas variaciones. Así, el convenio de **Residencias Privadas de la Tercera Edad de Galicia** amplía el derecho a las licencias retribuidas, estableciendo: (a) 1 día por matrimonio de hijo; (b) 5 días en caso de fallecimiento de cónyuge, o de hijos de cualquiera de los cónyuges; y (c) 4 días por nacimiento de hijo, o adopción de un menor de 3 años.

El convenio de **Residencias para la Tercera Edad, Residencias Materno-infantiles y Servicio de Ayuda a Domicilio de titularidad pública de la Comunidad Valenciana** incorpora, por su parte, una cláusula novedosa relativa a la interrupción voluntaria del embarazo, donde se establece que *en los supuestos contemplados por la ley, la trabajadora tendrá derecho a 3 días de licencia retribuida. El trabajador cuyo cónyuge o equivalente realice dicha interrupción, dispondrá de un día* (Artículo 42).

En el ámbito provincial, el convenio de **Centros de la Tercera Edad de Bizkaia** reproduce los criterios marcados en el ámbito estatal, excepto en relación a la reducción de jornada por lactancia, donde aplica el criterio legal de media hora.

En cuanto al ámbito de empresa, 26 convenios incorporan cláusulas relativas a esta materia. La regulación convencional de las excedencias y reducciones de jornada reproduce en términos generales los criterios legales o, en aquellos aspectos diferenciales, el contenido del convenio estatal.

El tratamiento de las licencias retribuidas presenta en cambio algunas variaciones, que en general consisten en la ampliación en 1 o 2 días de la duración del permiso en los supuestos de nacimiento o adopción, o de fallecimiento, accidente o enfermedad grave de familiares hasta el segundo grado de consanguinidad.

Finalmente, algunos convenios incluyen algunos supuestos novedosos para estas licencias; por ejemplo, en las empresas **Real Casa de la Misericordia, Fundación Residencia Urribarren Abaroa** y **Fundación Uliazpi** se reconoce el derecho a una licencia retribuida para visitas médicas (bien propias, bien de familiares). Y el convenio de la **Fundación Residencia Urribarren Abaroa** incluye asimismo una cláusula (Artículo 27), en la que se señala que *en caso de separación de derecho o divorcio decretado por un Juez, se tendrá derecho a una licencia de 7 días naturales a partir del hecho causante*.

2.1.5. Formación profesional

El **III Convenio Marco Estatal de Residencias Privadas de Personas Mayores y del Servicio de Ayuda a Domicilio** establece como principio general que el personal tendrá derecho—a fin de facilitar su formación y promoción profesional— a ver facilitada la realización de estudios para la obtención de títulos académicos o profesionales reconocidos oficialmente, y de cursos de perfeccionamiento profesional organizados por la propia empresa u otros organismos.

Sobre esta base, el convenio delimita los objetivos a los que se deberá orientar la formación profesional en la empresa (Cuadro III.4).

CUADRO III.4.

Objetivos pactados de la formación profesional en la empresa, en los subsectores de Residencias, Centros de Día y Servicio de Ayuda a Domicilio

- Adaptar al titular al puesto de trabajo y a las modificaciones del mismo.
- Actualizar y poner al día los conocimientos profesionales exigibles en la categoría y puesto de trabajo.
- Especializar, en sus diversos grados, en algún sector o materia del propio trabajo.
- Facilitar y promover la adquisición por el personal de títulos académicos y profesionales.
- Reconversión profesional.
- Conocer idiomas nacionales y extranjeros.
- Adaptar la mentalidad del personal y de las direcciones hacia una dirección participativa por objetivos.
- Ampliar los conocimientos del personal que le permita prosperar y aspirar a promociones profesionales y la adquisición de los conocimientos correspondientes a otros puestos de trabajo.
- Formar teórica y prácticamente, de manera suficiente y adecuada, en materia preventiva cuando se produzcan cambios en las funciones que se desempeñen o se introduzcan nuevas tecnologías o cambios en los equipos de trabajo y en las condiciones que establece el artículo 19 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.
- Homologar las certificaciones acreditativas de la Formación Continua en todo el ámbito sociosanitario. Y proponer al Instituto Nacional de las Cualificaciones la homologación de las certificaciones.

Fuente: III Convenio Marco Estatal de Residencias Privadas de Personas Mayores y del Servicio de Ayuda a Domicilio.

La responsabilidad de determinar las prioridades específicas, a partir de estos objetivos, se asigna a la Comisión Sectorial³⁸ integrada por las organizaciones empresariales y sindicales que firman el convenio.

En cuanto al desarrollo de la formación, el convenio estatal fija los siguientes criterios (Artículo 24):

- (a) La formación del personal se efectuará a través de los planes aprobados por la Comisión Sectorial de Formación, los planes financiados por las propias empresas o mediante concierto con centros oficiales o reconocidos. Las empresas facilitarán el uso de sus instalaciones para desarrollar las actividades anteriores.
- (b) La formación se impartirá, según los casos, dentro o fuera de la jornada laboral, o de una forma mixta; en este caso, utilizando la mitad del tiempo de la jornada laboral y otra mitad de fuera de la misma. La asistencia del personal será obligatoria cuando la formación se imparta dentro de la jornada laboral.
- (c) El personal de la empresa y especialmente el que desempeñe puestos de trabajo de mando orgánico, esta obligado a prestar su apoyo pleno al Plan de Formación, cuando le sea requerido en actividades del mismo y en el área de su competencia.
- (d) El personal de la empresa podrá presentar a la representación del personal, o directamente a la dirección, sugerencias relativas a mejorar aspectos y actividades concretas del Plan de Formación.
- (e) Tendrá preferencia para la asistencia a cursos, el personal que haya participado en menos ocasiones y quien esté desempeñando un puesto de trabajo relacionado con la materia objeto del curso. Las discrepancias se resolverán de mutuo acuerdo entre la dirección de la empresa y los representantes de los trabajadores.

Por último, el convenio estatal establece que las empresas, grupos de empresas, asociaciones empresariales y organizaciones sindi-

³⁸ Esta Comisión se crea en el marco de las previsiones del *III Acuerdo Nacional de Formación Continua* (Artículo 18) suscrito por los agentes sociales.

cales afectadas por el presente convenio, podrán solicitar los fondos necesarios para financiar los Planes de Formación aprobados por la Comisión Sectorial, en la forma y condiciones establecidas en el III Acuerdo Nacional de Formación Continua.

Todos los convenios autonómicos regulan la formación profesional, reproduciendo en su mayor parte los criterios fijados en el ámbito estatal, incluyendo la creación de una Comisión Sectorial. Los únicos convenios que presentan elementos diferenciales son los de **Residencias para la Tercera Edad, Residencias Materno-infantiles y Servicio de Ayuda a Domicilio de titularidad pública de la Comunidad Valenciana y Residencias Privadas para la Tercera Edad de la Comunidad Valenciana.**

Así, ambos convenios incluyen entre los objetivos de la formación el de *favorecer el acceso de la mujer a categorías superiores y puestos directivos*. Una cláusula que constituye una buena práctica, en la medida en que contribuye a fomentar la igualdad de oportunidades entre géneros.

Por otra parte, en relación al desarrollo de la formación los dos convenios incorporan tres aspectos novedosos en relación al convenio estatal, que también pueden valorarse positivamente: (a) el criterio de que la formación se impartirá preferentemente durante el horario laboral; (b) la obligación, para los trabajadores y trabajadoras que asistan a los cursillos, de presentar un parte de asistencia y una memoria donde se recojan las materias estudiadas en los mismos (que será accesible posteriormente para el personal interesado); y (c) una cláusula específica en la que se establece que *los certificados de asistencia y aprovechamiento, así como las valoraciones y calificaciones obtenidas en dichos cursos, se harán constar en el expediente de los trabajadores y trabajadoras que asistan y tendrán relevancia para su promoción profesional.*

El convenio provincial de **Centros de la Tercera Edad de Bizkaia** reproduce en líneas generales los criterios fijados en el ámbito estatal, incorporando como novedad una cláusula donde se regulan las condiciones de los permisos para cursos de perfeccionamiento. Concretamente, el convenio establece las siguientes previsiones:

- (a) Cuando sea el titular del centro quien proponga la realización de estos cursos, el personal asistente dispondrá del tiempo necesario para acudir a los mismos y tendrá derecho a la percepción íntegra de sus haberes salariales y de los gastos que el curso comporte (incluyendo los relativos

a traslado, estancia, dieta por manutención y matrícula). En caso de que el trabajador/a disfrute de alguna beca, el titular del centro abonará tan sólo la diferencia entre el importe de ésta y el salario del trabajador

- (b) Si el cursillo tuviera lugar fuera de las horas de jornada laboral, el tiempo empleado podrá ser descontado –previo acuerdo con la empresa– del total de horas computadas como jornada anual máxima.
- (c) Si se trata de cursos de formación de oferta y demanda específica de la Fundación Vasca para la Formación Continua, desarrollados en horas laborales habituales –o fuera de las horas de trabajo que se correspondieran al calendario laboral–, se considerarán 20 horas de trabajo efectivo, a efectos de completar el cómputo horario anual.
- (d) La decisión del personal de adscribirse a un curso no será impedida por la empresa; si ésta valora que dicho curso no tiene correspondencia con ninguna de las actividades que constituyen el ámbito funcional del convenio, podrá recurrir a la Comisión Paritaria para que en su caso dictamine sobre ello.

El convenio prevé, asimismo, la creación de una Comisión Paritaria de formación –integrada por representantes de las empresas y sindicatos– que tendrá como principales funciones: analizar las prioridades en este campo, concretando en su caso las acciones formativas; y resolver en su caso las discrepancias –sobre turnos, licencias etc.–, determinando las condiciones que faciliten a los trabajadores el acceso a las acciones formativas.

Finalmente, la práctica totalidad de los convenios de empresa contempla la formación profesional, a través de una regulación que –en mayor o menor extensión– reproduce las pautas fijadas en el ámbito estatal.

2.1.6. Prevención de riesgos laborales

La actividad en el sector de atención a la dependencia presenta una serie de riesgos que pueden incidir negativamente en la salud de los trabajadores. Así, muchas de las tareas implican que el trabajador deba soportar pesadas cargas que entrañan riesgos dorso-lumbares. Por otra parte, en el medio de trabajo pueden existir agentes patógenos

de origen biológico, como bacterias o virus; a ello se añade, además, que determinadas actividades implican la utilización de técnicas o productos sanitarios, que también pueden conllevar un riesgo.

El trabajo en este sector plantea igualmente riesgos psicosociales relevantes, asociados tanto a la organización del trabajo de muchas empresas –con frecuentes prolongaciones de jornada, turnos nocturnos, etc.– como a la propia naturaleza de la actividad, que tiene un fuerte componente de relación personal directa con personas en situación de dependencia.

El III Convenio Marco Estatal de Residencias Privadas de Personas Mayores y del Servicio de Ayuda a Domicilio reproduce, en términos generales, los criterios legales sobre esta materia³⁹.

Así, como principio general el convenio establece que el personal tiene derecho a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo; un derecho que supone el deber correlativo de la empresa en la protección del personal a su servicio frente a los riesgos laborales (Artículo 27).

En cumplimiento del deber de protección, la empresa garantizará la seguridad y la salud del personal a su servicio en todos los aspectos relacionados con el trabajo y, en caso necesario, entregará con carácter previo a los trabajadores el protocolo de actuación para evitar los riesgos laborales. Corresponde a cada trabajador velar por el cumplimiento de las medidas de prevención que en cada caso sean adoptadas.

Igualmente, la empresa está obligada a garantizar al personal una formación, teórica y práctica, suficiente y adecuada en materia preventiva y, de una forma particular, cuando se produzcan cambios de actividades y tareas o se introduzcan nuevas tecnologías o cambios de puesto de trabajo.

Para el desarrollo de estos principios, se regulan una serie de cuestiones relativas a la seguridad e higiene en el trabajo, como son:

(a) *Vigilancia de la salud.* La Ley 31/1995 establece que el empresario garantizará a los trabajadores a su servicio la vigilancia periódica de su estado de salud, en función de los riesgos inherentes al trabajo (Artículo 22).

³⁹ Ley 31/1995 de 8 de noviembre, de Prevención de riesgos laborales (en adelante, Ley 31/1995). Esta ley sería modificada parcialmente unos años más tarde, en el apartado de protección a la maternidad, con motivo de la Ley 39/1999 sobre conciliación de la vida laboral y familiar.

La regulación del convenio estatal presenta dos diferencias en relación a los criterios fijados por la norma legal para el desarrollo de este derecho, que pueden valorarse positivamente: por una parte, establece que –cuando se trate de revisiones obligatorias⁴⁰– el tiempo dedicado a ellas se computará como trabajo efectivo; por otra, determina que el personal que en el desarrollo de su actividad se encuentre sometido a un riesgo específico, tendrá derecho a una revisión anual sobre el mismo a cargo de la empresa (Artículo 29).

(b) *Medidas de emergencia.* El convenio se limita en esta cuestión a reproducir la norma legal, determinando que el empresario –teniendo en cuenta el tamaño y la actividad de la empresa, así como la presencia de las personas atendidas en el caso de las residencias– deberá analizar las posibles situaciones de emergencia y adoptar las medidas necesarias en materia de primeros auxilios, lucha contra incendios y evacuación de los residentes y trabajadores, designando para ello al personal encargado de poner en práctica estas medidas y comprobando periódicamente, en su caso, su correcto funcionamiento (Artículo 30).

Asimismo, se señala que para la aplicación de las medidas adoptadas, el empresario deberá organizar las relaciones que sean necesarias con servicios externos a la empresa –en particular en materia de primeros auxilios, asistencia médica de urgencias, salvamento y lucha contra incendios–, de forma que quede garantizada la rapidez y la eficacia de las mismas.

(c) *Ropa de trabajo.* En aplicación de la *Ley 31/1995*, el convenio establece que las empresas están obligadas a facilitar al personal (Artículo 32): al menos dos uniformes, incluyendo una prenda de abrigo (siempre y cuando estén obligados a salir uniformados al

⁴⁰ La Ley determina que las revisiones médicas serán voluntarias, exceptuando –previo informe de los representantes de los trabajadores– los supuestos en los que: la realización de los reconocimientos sea imprescindible para evaluar los efectos de las condiciones de trabajo sobre la salud del personal; o para verificar si el estado de salud del personal puede constituir un peligro para el mismo, para los demás trabajadores o para otras personas relacionadas con la empresa; o cuando así esté establecido en una disposición legal en relación con la protección de riesgos específicos y actividades de especial peligrosidad.

exterior); los pares de calzado al año que sean necesarios, homologados según la legislación vigente; los guantes de trabajo que sean necesarios, así como material desechable y los medios de protección personal de carácter preceptivo, adecuados al personal para el ejercicio de sus funciones.

Por su parte, el personal estará obligada a usar durante la realización de su trabajo la ropa facilitada por la empresa, así como a responsabilizarse de su cuidado.

(d) *Protección de la maternidad.* El convenio sigue los criterios establecidos por la norma legal, incidiendo en tres aspectos (Artículo 33):

- La obligatoriedad para el empresario, tras una evaluación de riesgos, de adoptar medidas que eviten la exposición a los mismos de las trabajadoras y sus hijas/os durante el período de embarazo o lactancia. Ello implica que el empresario bien deberá adaptar los puestos de trabajo, bien –cuando ello no sea posible– tendrá que asignar a la trabajadora a un puesto de trabajo o función diferente, que sea compatible con su estado.
- En el supuesto de que el cambio de puesto no resultara técnica u objetivamente posible, o no pueda razonablemente exigirse por motivos justificados, podrá declararse el paso de la trabajadora afectada a la situación de suspensión del contrato por riesgo durante el embarazo, contemplada en el artículo 45.1.d. del ET, durante el período necesario para la protección de su seguridad o de su salud y mientras persista la imposibilidad de reincorporarse a su puesto anterior o a otro puesto compatible con su estado. En este supuesto, la empresa complementará las prestaciones de la Seguridad Social hasta el importe íntegro de sus retribuciones desde el primer día.
- Finalmente, se reconoce el derecho de las trabajadoras embarazadas a ausentarse del puesto de trabajo con derecho a remuneración, para la realización de exámenes prenatales y técnicas de preparación al parto, previo aviso al empresario y justificación de la necesidad de su realización dentro de la jornada laboral.

(e) *Otras cuestiones.* El convenio estatal recoge, dentro del capítulo de salud laboral, dos temas específicos que no se regulan en la *Ley 31/1995*⁴¹.

Así, se incluye una cláusula sobre el tratamiento de las drogodependencias, que plantea una serie de medidas –a concretar por el Comité Central de Seguridad y Salud– desde una óptica preventiva, asistencial, reinsertiva, participativa, no sancionadora, voluntaria y planificada.

Por otro lado, se recoge un apartado sobre gestión y protección medioambiental, cuya justificación es que la defensa de la salud en los lugares de trabajo no puede ser eficaz, si al mismo tiempo no se asume la responsabilidad propia en relación con la gestión de la repercusión medio ambiental de las actividades laborales, y no abarca la defensa del medio ambiente. En este sentido, el convenio señala que *esta responsabilidad exige que las empresas establezcan y pongan en práctica políticas, objetivos y programas en materia de medio ambiente y sistemas eficaces de gestión medio ambiental, por lo que deberá adoptarse una política en este sentido que contemple el cumplimiento de todos los requisitos normativos correspondientes, así como las responsabilidades derivadas de la acción empresarial en materia de medio ambiente* (Artículo 31).

Finalmente, el convenio estatal regula la participación de los trabajadores en la prevención de los riesgos laborales, que se canaliza a través de cuatro figuras: dos contempladas en la *Ley 31/1995* –Delegados de Prevención y Comité de Seguridad y Salud Laboral– cuya regulación se reproduce en el convenio; y dos figuras de nueva creación, que no se incluyen en la norma legal:

(a) *Delegada/o Sectorial de Prevención.* El convenio establece que se nombrarán por las organizaciones sindicales firmantes hasta 5 Delegados/as Sectoriales de Prevención, en proporción a su representación en la Comisión Paritaria del convenio (Artículo 27.2.c). Sus competencias y facultades son las atribuidas a los/as Delegados/as de Prevención, así como las que emanen de las decisiones del Co-

⁴¹ Además de estos dos, el IV Convenio estatal incluye una nueva cláusula en el capítulo de salud laboral, en la que se recuerdan los derechos reconocidos a las trabajadoras por la *Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género*.

mité Central de Seguridad y Salud y las que se acuerden en el reglamento del propio Comité.

Su ámbito de actuación serán todas las empresas afectadas por el Convenio. No obstante, las actuaciones de estos Delegados/as Sectoriales de Prevención no prevalecerán en ningún caso sobre las de los Delegados/as de Prevención de las empresas. Donde no se hubiesen designado Delegados/as de Prevención en el ámbito empresarial, los Delegados/as Sectoriales asumirán sus funciones y en las empresas en las que existan, los Delegados/as Sectoriales colaborarán con ellos/as.

(b) *Comité Central de Seguridad y Salud Laboral.* Este Comité es el órgano paritario y colegiado de participación y representación, del cual emanarán las directrices para las Comisiones de las Comunidades Autónomas. Está formado por doce representantes –seis por las patronales y otros seis por los sindicatos firmantes del convenio– y tienen asignadas unas competencias y facultades específicas (Cuadro III.5).

CUADRO III.5.

Competencias/facultades del Comité Central de Seguridad y Salud Laboral

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1) Vigilar el desarrollo y cumplimiento del contenido de este artículo del Convenio. 2) Elaborar un catálogo de derechos y deberes del personal en materia de Salud Laboral. 3) Elaborar el Plan de Formación de Salud Laboral, en función de las necesidades formativas que aporte estrategia, contenidos y desarrollos de los/as Delegados/as de Prevención y de los/as trabajadores/as, orientadas a los riesgos laborales detectados en los centros de trabajo. Se tendrán en cuenta especialmente: <ul style="list-style-type: none"> • Los relacionados con lesiones músculo-esqueléticas y soluciones ergonómicas. • La planificación e impartición de itinerarios formativos atendiendo a una planificación estratégica de la prevención, en virtud de las funciones y responsabilidades de los destinatarios. • Los presupuestos de los planes e itinerarios de formación saldrán de los fondos de formación (Acuerdos de Formación suscritos entre las Organizaciones del Sector y las Organizaciones sindicales firmantes). • El tiempo dedicado por los trabajadores a esta formación será por cuenta de su respectiva empresa y siempre durante la jornada de trabajo. 4) Realizar acciones tendentes a promover la difusión y conocimientos sobre la Legislación de Prevención y Riesgos Laborales. |
|---|

CUADRO III.5. (continuación)
**Competencias/facultades del Comité Central de Seguridad
y Salud Laboral**

- 5) Establecer un catálogo de puestos para personas con discapacidad y adaptación de los mismos, así como garantizar la protección de los/as trabajadores/as especialmente sensibles a determinados riesgos.
- 6) Dictamen y consulta sobre recursos humanos, materiales y determinación de medios en esta materia.
- 7) Asesoramiento técnico a la Empresa y representación del personal.
- 8) Elaborar un programa de actuación en el ámbito de las drogodependencias.
- 9) Las atribuidas a los/las Delegados/as de Prevención. Donde no se hubiese designado Delegado/a de Prevención, asumirá sus funciones, donde existiese, colaborará con el mismo.
- 10) Analizar y dar conformidad a las actuaciones de la Empresa tendentes a las características de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales a su ámbito de actuación. Vigilancia de las obligaciones asignadas por dicha Ley a la Empresa, especialmente en materia de:
 - Diseño y aplicación de planes y programas de actuación preventiva.
 - Participación en los Servicios de Prevención.
 - Evaluación de los factores de riesgo.
 - Adopción de medidas y asistencia para la correcta información y formación del personal.
 - Vigilancia de la salud del personal a través de reconocimientos médicos específicos en función de los riesgos, investigación de las causas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, análisis de ergonomía del puesto de trabajo, investigación sobre causas de absentismo por enfermedad profesional y atención médica.
 - Investigación de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, determinación de sus causas y control de actividades potencialmente peligrosas.
 - Estudio de epidemiología laboral.
 - Protección específica de la gestación y del período de lactancia.

Fuente: III Convenio Marco Estatal de Residencias Privadas de Personas Mayores y del Servicio de Ayuda a Domicilio (Artículo 27).

En el ámbito autonómico, todos los convenios reproducen en líneas generales los criterios fijados en el ámbito estatal sobre las principales cuestiones relacionadas con la seguridad e higiene en el trabajo (vigilancia de salud, medidas de emergencia, ropa de trabajo y protección de la maternidad).

La única variación en relación a estos temas se ha detectado en el convenio de **Residencias Privadas de la Tercera Edad de Castilla-La Mancha**, que incluye una cláusula sobre equipos de traba-

jo y medios de protección –no recogida en el convenio estatal– y cuyo contenido reproduce las pautas fijadas por la *Ley 31/1995* (Artículo 17.1).

Una mayor diversidad se constata, en cambio, en relación a los órganos de participación del personal. Así, en tres Comunidades se contempla únicamente la figura de Delegada/o de Prevención: Asturias, Castilla-La Mancha y Comunidad Valenciana (**Residencias para la Tercera Edad, Residencias Materno-Infantiles y Servicio de Ayuda a Domicilio de titularidad pública**). El otro convenio de la Comunidad Valenciana, por su parte, incluye las dos figuras contempladas en la norma legal (Delegada/o de Prevención y Comité de Seguridad y Salud Laboral).

Por otro lado, los convenios de Aragón, Madrid y Galicia recogen en su texto tres figuras: Delegada/o de Prevención; Comité de Seguridad y Salud Laboral; y Comité Central de Seguridad y Salud Laboral. Y el convenio de La Rioja, finalmente, es el único que contempla las 4 figuras fijadas en el ámbito estatal.

En el ámbito provincial, el convenio de Bizkaia reproduce, asimismo, los criterios del convenio estatal sobre las materias relativas a la seguridad e higiene en el trabajo. En cuanto a la participación del personal, establece que se canalizará a través de las/os Delegadas/os de Prevención y los Comités de Seguridad y Salud Laboral.

La práctica totalidad de los convenios de empresa regulan la prevención de riesgos laborales. En cuanto a su contenido, en términos generales, se reproducen las pautas del convenio estatal, aunque se pueden constatar también algunos elementos diferenciales en relación a cuestiones como la vigilancia de la salud o equipamiento y protección.

En relación a la vigilancia de la salud, es necesario destacar en primer lugar los convenios de las empresas **Hospital Residencia de Ancianos Nuestra Señora de la Concepción y Residencia Mixta de Solidaridad de Castejón**. La razón de ello es que ambos incluyen una cláusula similar, donde se determina genéricamente la obligatoriedad de la revisión médica anual para todos los trabajadores⁴².

⁴² Así, el convenio de la **Residencia de Ancianos Nuestra Señora de la Concepción** determina que *se efectuará un reconocimiento médico anualmente, con carácter obligatorio, a todos los trabajadores afectados por este convenio* (Artículo 41). Y el de la **Residencia Mixta de Solidaridad de Castejón** establece que *la empresa estará obligada a realizar a sus trabajadores una revisión médica anual. Del mismo modo, los trabajadores estarán obligados a asistir estas revisiones* (Artículo 30).

Este mandato contradice abiertamente la *Ley 31/1995*, que –como ya se ha apuntado– establece la voluntariedad de dichos reconocimientos, salvo para supuestos específicos que además deben ser notificados a los representantes de los trabajadores. En este sentido, la inclusión de este tipo de cláusula debe valorarse como una mala práctica convencional –planteándose incluso sobre su posible nulidad– en la medida en que afecta a derechos fundamentales de las personas sin justificación suficiente.

Otros convenios, en cambio, incluyen cláusulas que pueden ser consideradas como buenas prácticas, en la medida en que amplían los derechos reconocidos en la ley y el convenio estatal. Es el caso de las empresas que reconocen el derecho a revisiones específicas, como las ginecológicas⁴³ u oftalmológicas⁴⁴; o a medidas sanitarias preventivas, de tipo profiláctico o de vacunación⁴⁵.

También constituye una buena práctica la determinación de los reconocimientos médicos y asignación de equipos de protección y ropa para el personal, en función de los riesgos específicos del entorno laboral (especialmente, en aquellos casos en que puedan afectar muy negativamente a la salud de los trabajadores).

Así, el convenio del **Centro Asistencial San Juan de Dios de Málaga** determina que *en los casos en que el personal realice su actividad en unidades de radiaciones, radioterapia y medicina nuclear, deberá proveérseles de gafas, guantes, delantales, pantallas de plomo y calzado especial; y, en su caso, además establecer los oportunos sistemas de control para medir las irradiaciones recibidas, así como conocer el estado morfológico de la sangre y demás datos que se consideren necesarios para velar por su seguridad; para lo cual se utilizarán cámaras de ionización, películas y dosímetros según las normas dictadas al respecto; y se efectuarán al menos cada tres meses los análisis y pruebas que se juzguen convenientes para salvaguardar la salud de los/as trabajadores/as en relación con el trabajo que realicen* (Artículo 43).

Y en la misma línea, aunque de forma más genérica, el convenio de la **Societat Anònima Municipal de Gestió de la Sanitat i Serveis Socials d'Amposta**, establece que deben cumplirse las disposiciones legales en materia de protección de radiaciones (Artículo 30).

⁴³ Centro Gerontológico de Berio SL (Artículo 34).

⁴⁴ Llar-Residencia Nuestra Señora del Carmen (Artículo 20.3).

⁴⁵ Llar-Residencia Nuestra Señora del Carmen (Artículo 20.1)

Finalmente, en relación a la participación de los trabajadores, los convenios se remiten a las dos figuras reguladas en la Ley 31/1995, es decir: las/os Delegadas/os de Prevención y los Comités de Seguridad y Salud Laboral.

2.2. Servicio de Ayuda a Domicilio

El subsector de Ayuda a Domicilio tiene 20 convenios: 1 de ámbito estatal; 6 autonómicos⁴⁶; 7 provinciales, y 6 de empresa. El convenio estatal es el mismo que para los subsectores de Residencias y Centros de Día; por ello, para el análisis de su contenido se remite al apartado anterior, con la excepción de dos materias –clasificación profesional y tiempo de trabajo– en la que el convenio estatal incluye algunas cláusulas específicas relativas al Servicio de Ayuda a Domicilio.

2.2.1. Empleo y contratación

El empleo en este subsector se caracteriza, al igual que en los de Residencias y Centros de Día, por unos niveles significativos de temporalidad y rotación. En este sentido, la inclusión de distintos tipos de cláusulas orientadas a promover la estabilidad en el empleo es relativamente frecuente en los distintos ámbitos de negociación.

2.2.1.1. Compromisos de creación de empleo estable

Tres convenios autonómicos incorporan cláusulas sobre creación de empleo estable, estableciendo porcentajes obligados de contratación indefinida que varían en relación a los fijados a nivel estatal.

Así, el convenio de **Ayuda a Domicilio de la Comunidad de Madrid** fija un porcentaje del 75% de la plantilla con contratos indefinidos, superior al del convenio estatal (70% para 2005). Los otros dos convenios rebajan, en cambio, estos porcentajes: al 34%

⁴⁶ El convenio de **Residencias para la Tercera Edad, Residencias materno-infantiles y Servicio de Ayuda a Domicilio de titularidad pública en la Comunidad Valenciana**, se ha contabilizado dentro del subsector de Residencias, ya que tiene un peso mucho más significativo en términos de empleo.

en el de **Atención Domiciliaria y Trabajo Familiar de Cataluña**; y al 50% en el de **Servicios de Ayuda a Domicilio y afines de Asturias**.

En cuanto al resto de convenios de este ámbito, el de **Ayuda a Domicilio de Cantabria** se limita a establecer un compromiso genérico sobre fomento de estabilidad del empleo; y los otros dos – **Servicio de Ayuda a Domicilio de las Islas Baleares** y **Ayuda a Domicilio de Castilla y León**– no incluyen cláusulas de este tipo.

En el ámbito provincial, sólo los convenios de **Servicio de Ayuda a domicilio de Álava** y **Ayuda a domicilio de Sevilla** determinan un porcentaje obligado de contratación indefinida, similar al fijado en el ámbito estatal.

El convenio de **Ayuda a Domicilio de Bizkaia**, por su parte, señala que *las empresas se obligan a mantener como mínimo el número de contratos indefinidos que recibieron en la adjudicación hasta el final de la misma* (Artículo 6.c).

Finalmente, se han detectado tres convenios de empresa que establecen compromisos específicos de creación de empleo estable. Así, el de la empresa **Agoñe SL** establece un porcentaje obligado del 34% de la plantilla con contrato indefinido para 2005, que es menos de la mitad del que fija el convenio estatal. Los convenios de **Clece S.A. (Irún)** y **Clece S.A. (Donostia)**, en cambio, amplían los porcentajes al 75% de la plantilla.

El convenio de la empresa **Clece S.A. (Donostia)** incorpora, no obstante, una cláusula de “excepcionalidad”, donde se señala que *sólo en los casos que al llegar a estos porcentajes de contratación indefinida ponga en peligro la continuidad de la empresa podrán reducirse, todo esto con el acuerdo de la representación legal de los trabajadores y con la suficiente justificación sobre dicha cuestión* (Artículo 43). Una cláusula que puede ser valorada de forma negativa, ya que el convenio marco estatal –que fija las condiciones mínimas para todo el subsector– no prevé el “descuelgue” de los compromisos de creación de empleo estable por ninguna causa, se haya negociado o no con los representantes de los trabajadores.

2.2.1.2. Identificación de supuestos de contratación temporal

La causa más común para la autorización de contratos de obra o servicio determinado en los convenios sectoriales de ámbito autonómico, es la cobertura de un servicio que la empresa concierta con un

tercero (Administración pública, empresa o particular). Un supuesto que se contempla en los convenios de **Servicio de Ayuda a Domicilio de las Islas Baleares, Ayuda a Domicilio de Castilla y León, Ayuda a Domicilio de Cantabria y Ayuda a Domicilio de Madrid**, y que –como ya se ha apuntado– está avalado por la jurisprudencia del Tribunal Supremo⁴⁷.

El convenio de **Atención domiciliaria y trabajo familiar de Cataluña**, por su parte, se limita a reproducir la norma legal; y el de **Servicios de Ayuda a Domicilio y afines de Asturias** establece simplemente que modalidad será aplicable para la prestación de servicios de duración limitada. Una regulación genérica, sobre todo en el caso del convenio de Asturias, que puede valorarse como poco útil considerando el diseño legal tan flexible del contrato para obra o servicio determinado.

En cuanto a los contratos eventuales, la mayoría de los convenios autonómicos se limita a reproducir o remitir a la ley. La única excepción es el convenio de **Atención domiciliaria y trabajo familiar de Cataluña**, que establece que se podrá utilizar esta modalidad contractual cuando se supere el 75% de la capacidad legalmente autorizada para el servicio contratado (un límite inferior al fijado en el convenio estatal, que lo sitúa en el 80%).

En el ámbito provincial, cuatro convenios incluyen cláusulas de identificación de supuestos relativos al contrato para obra o servicio determinado, con un contenido diferente en cada caso.

Así, el convenio de **Servicio de Ayuda a Domicilio de Álava** establece que *dadas las características peculiares de la actividad del Servicio de Ayuda a Domicilio, cuya ejecución aunque limitada en el tiempo es de duración incierta y dedicación horaria reducida para cada usuario, se podrá establecer como modalidad de contrato el de obra o servicio determinado* (Artículo 10.1).

Esta cláusula puede valorarse de forma negativa, ya que no justifica causalmente la realización de este tipo de contrato en base a tareas con sustantividad y autonomía propias, sino que se autoriza su celebración por la propia naturaleza del subsector; una regulación que, en última instancia, puede utilizarse como mecanismo de legitimación de la adopción de un determinado modelo de organización productiva, basado en el uso extensivo de esta modalidad contractual.

⁴⁷ Cf. apartado III.2.1.1.

El convenio de **Ayuda a Domicilio de Ciudad Real** autoriza este contrato para la *prestación de servicios de duración incierta* (Artículo 13.b). Una cláusula que también es susceptible de crítica, en la medida en que el ET especifica claramente que esta modalidad contractual sólo podrá utilizarse para tareas cuya duración no sólo sea incierta, sino también limitada en el tiempo.

El convenio de **Servicios de Ayuda a Domicilio de Zaragoza**, por su parte, identifica como supuesto la cobertura de un servicio prestado a terceros, similar a la apuntada para los convenios autonómicos; y el de **Ayuda a Domicilio de Sevilla**, por último, reproduce la cláusula recogida en el convenio estatal, que establece que podrá utilizarse esta modalidad contractual cuando el presupuesto anual de las Administraciones Públicas para las que se presta el servicio comporte variaciones.

En cuanto a los contratos eventuales, la regulación de estos cuatro convenios se limita a reproducir o remitir a la norma estatutaria.

En el ámbito de empresa, los convenios se limitan bien a reproducir la norma legal –en relación a los contratos eventuales– bien a incluir una cláusula similar a la fijada en el ámbito estatal sobre los contratos para obra o servicio determinado.

La única excepción la constituye el convenio de **Clece, S.A. (Irún)**, que autoriza los contratos de obra o servicio determinados para *cubrir aquellas tareas o trabajos suficientemente diferenciados por el volumen adicional de trabajo que representan* (Artículo 11). Una cláusula cuyo contenido no parece adecuado, ya que el supuesto identificado encaja mejor con el diseño legal de los contratos eventuales.

2.2.1.3. Provisión de vacantes

La regulación de esta materia es utilizada en distintos convenios para otorgar preferencia en la cobertura de vacantes a trabajadores previamente vinculados a la empresa, contribuyendo así a fomentar la estabilidad en el empleo.

En el ámbito autonómico, cuatro convenios incorporan cláusulas sobre provisión de vacantes, cuyos contenidos presentan variaciones significativas.

Así, un caso singular lo constituye el convenio de **Servicios de Ayuda a Domicilio y afines de Asturias**, que vincula la preferencia en el acceso a vacantes tanto al fomento de la estabilidad, como a la

promoción económica y profesional de los trabajadores. Concretamente, el convenio establece que –dada la diferenciación de las retribuciones entre el personal adscrito a servicios concertados con la Administración Pública, y el que lo está a servicios privados contratados directamente con particulares– *de existir vacante en la plantilla en un servicio concertado, tendrán absoluta preferencia para cubrir la misma las trabajadoras asignadas⁴⁸ a un servicio privado, favoreciendo con ello su promoción económica y profesional* (Artículo 19).

El convenio de **Ayuda a Domicilio de Castilla y León**, por su parte, determina que las vacantes serán cubiertas preferentemente a través de la ampliación de la jornada de aquellos trabajadores que estén contratados a tiempo parcial. Una regulación que se fundamenta en el elevado número de personas que trabajan en estas condiciones en el subsector.

El tratamiento de esta materia en el convenio de **Atención domiciliaria y trabajo familiar de Cataluña** reproduce los criterios fijados en el ámbito estatal, señalando que las vacantes serán cubiertas conforme al siguiente procedimiento: (a) mediante convocatoria interna, a la que tendrá derecho el personal que pertenezca a la misma empresa, siempre que reúna las condiciones exigidas para el puesto de trabajo; y (b) a través de convocatoria externa, en segunda instancia, mediante unas pruebas de capacitación.

Por último, el convenio de **Ayuda a Domicilio de la Comunidad de Madrid** incluye una cláusula más genérica, en la que se determina que las plazas vacantes serán cubiertas por trabajadores de igual jornada.

En el ámbito provincial, los convenios de Ciudad Real y Sevilla reproducen las pautas fijadas en el ámbito estatal. Los convenios de a, Cuenca, Huesca y Zaragoza, por su parte, determinan que tendrán preferencia en la convocatoria de vacantes los trabajadores que tengan contratos a tiempo parcial y/o a los que se haya reducido anteriormente la jornada.

Finalmente, en el ámbito de empresa los convenios de **Agoñe SL**, y **Clece S.A. (Irún)** determinan asimismo que –dado el elevado volumen de trabajadores con contrato a tiempo parcial– éstos tendrán preferencia en la cobertura de vacantes. En el caso de la última empresa se especifica, además, que se creará una bolsa de *disponibilidad para el trabajo*, en la que se considerarán como criterios de valora-

⁴⁸ Este convenio emplea en todo su texto la denominación de trabajadoras.

ción los siguientes: la disposición personal de los trabajadores a incrementar la jornada; el buen hacer profesional; y la antigüedad.

2.2.1.4. Subrogación de personal

Todos los convenios autonómicos incorporan cláusulas de subrogación de personal, que en términos generales reproducen los criterios establecidos en el ámbito estatal. No obstante, algunos convenios presentan variaciones, que empeoran o mejoran –según los casos– la regulación del convenio marco.

Así, el convenio de **Servicios de Ayuda a Domicilio y afines de Asturias** establece que el personal activo de la empresa saliente será adscrito a la entrante, siempre que se acredite una antigüedad mínima de seis meses. Una cláusula que puede valorarse de forma negativa, ya que amplía el período de antigüedad fijado por el convenio estatal (3 meses).

El convenio incluye otra cláusula que determina una restricción a la subrogación de las condiciones salariales; concretamente, el convenio señala que *quedará eximida la empresa adjudicataria de respetar los incrementos retributivos de las trabajadoras que se hubiesen producido en los tres meses anteriores a la fecha de subrogación, salvo que proviniesen de cambio de anualidad, revisión del convenio o revisión de acuerdos anteriores* (Artículo 11.B.2.1).

Esta cláusula puede considerarse igualmente como una mala práctica convencional, ya que contradice los criterios del convenio estatal –y del propio Artículo 44.1 del ET– que establece que la nueva empresa titular se subrogará en todos los derechos y obligaciones reconocidas en la anterior empresa.

Este convenio establece, asimismo, que no desaparecerá el carácter vinculante de la subrogación en el caso de que el arrendatario del servicio suspendiese o redujese el mismo por un período no superior a 12 meses, superior al establecido en el ámbito estatal (2 meses).

Finalmente, en relación a las representantes de los trabajadores, el convenio determina que podrán optar entre permanecer en su empresa o subrogarse a la adjudicataria, salvo en los supuestos siguientes (Artículo 11.C):

- Que hubiera sido contratada expresamente por obra o servicio determinado para el centro afectado por la subrogación.

- Que haya sido elegida específicamente para representar a las trabajadoras del centro de trabajo objeto de subrogación, siempre que afecte a la plantilla del centro.
- Que no hubiese en sus empresas ningún otro servicio de su categoría profesional.

El convenio de **Ayuda a Domicilio de Cantabria** determina que la subrogación afectará a todos aquellos trabajadores que estuvieran contratados con una antigüedad de al menos 15 días; una regulación que puede considerarse como buena práctica, ya que reduce significativamente el plazo establecido por el convenio estatal.

La valoración contraria merece, en cambio, el convenio de **Ayuda a Domicilio de Castilla y León**, que amplía el período de antigüedad a 5 meses, tanto para el personal en activo de la empresa saliente, como para el de nueva contratación.

Este convenio regula, por otra parte, un supuesto no contemplado en el ámbito estatal. Así, establece que *si la subrogación implicase a trabajadores y trabajadoras que realizasen su jornada en varias zonas, afectando a una o varias de ellas el cambio de adjudicación, la empresa cesante y la nueva adjudicataria gestionarán el pluriempleo legal del trabajador o trabajadora* (Artículo 27.8). En estos casos, el convenio determina que las empresas afectadas están obligadas a colaborar conjuntamente en los casos de IT, permisos, vacaciones, excedencias, etc., de dichos trabajadores, a fin de que los que se encontrasen en alguna de estas situaciones –u otras análogas– sigan el mismo régimen en las empresas a las que pudieran pertenecer.

En el ámbito provincial, la mayoría de los convenios sigue las pautas fijadas en el ámbito estatal, aunque algunos presentan elementos diferenciales relevantes.

Así, el convenio de **Ayuda a Domicilio de Bizkaia** determina que la subrogación afectará al personal activo de la empresa saliente con una antigüedad mínima de 6 meses, el doble de la establecida en el ámbito estatal.

El convenio de **Ayuda a Domicilio de Ciudad Real** establece, por su parte, que el período mínimo de 3 meses de antigüedad exigible al personal en activo *no será de aplicación en los casos en que la contratación se haya producido para sustituir a algún trabajador o trabajadora que tenga rescindida de forma definitiva su relación laboral con la empresa* (Artículo 17.a). Una cláusula que puede ser

valorada de forma positiva, ya que extiende las perspectivas de continuidad en la empresa.

Un caso singular lo constituye el convenio de **Servicio de Ayuda a Domicilio de Álava**, que plantea que *las empresas a quienes las Instituciones Públicas adjudiquen servicios por primera vez, o cuyo porcentaje de horas anuales adjudicadas resulte incrementado, deberán integrar en su plantilla un determinado número de trabajadores/as de las empresas cuyos porcentajes de adjudicación se reduzca* (Artículo 21.1).

El convenio establece que el número e identidad de estos trabajadores será aprobado por la Comisión Paritaria, en un plazo de 30 días después de la adjudicación. Para ello, cada empresa cuyos porcentajes se reduzcan deberá dirigir un escrito a la Comisión donde consten los trabajadores a transferir y especificando sus datos personales, antigüedad, condiciones de contratación, retribución, jornada efectiva y servicios asignados a cada uno.

Asimismo, se determina que la empresa que deba integrar trabajadores en su plantilla respetará su antigüedad, modalidad contractual y la jornada que viniera prestando en la empresa de origen. No obstante, se proponen algunas reglas relativas al mantenimiento del tipo contractual; así, los trabajadores con contratos para obra o servicio determinado mantendrán el mismo; y los que tuviesen contrato indefinido, pasarán a estar con contrato indefinido a tiempo parcial.

El convenio incluye igualmente una cláusula de garantía de empleo, en la que se establece que *siempre que se dé una finalización legal del contrato para obra o servicio, por pérdida de todos los servicios que afectan a un trabajador, la empresa en la que haya causado baja dicho trabajador/a ofertará a éste –con preferencia absoluta sobre cualquier otro/a sean cuales fueran sus circunstancias– el primer servicio del que la empresa resulte adjudicataria en la zona donde el trabajador preste sus servicios, con posterioridad al cese de aquel* (Artículo 21.4).

Finalmente, en el ámbito de empresa todos los convenios reproducen los criterios fijados en el ámbito estatal. La única variación se ha detectado en el convenio de la empresa **Clece S.A. (Irún)**, que incluye dentro del personal afectado por la subrogación a los trabajadores que se encuentren en situaciones de pluriempleo, a través de una cláusula similar a la contemplada en el convenio autonómico de Castilla y León.

2.2.2. Clasificación profesional

El **III Convenio Marco Estatal de Residencias Privadas de Personas Mayores y del Servicio de Ayuda a Domicilio** establece 7 categorías para el subsector de Servicio de Ayuda a Domicilio (Cuadro III.6), un número significativamente inferior a las 26 fijadas para las Residencias y Centros de Día.

Los criterios sobre movilidad funcional —en aspectos como la prohibición de destinar al personal a puestos de trabajo de inferior categoría, o los criterios de asignación a funciones de distinta categoría— son comunes, en cambio, para los tres subsectores.

CUADRO III.6.

Categorías profesionales del subsector de Servicio de Ayuda a Domicilio⁴⁹

- Responsable de Coordinación
- Coordinador
- Ayudante de Coordinación
- Jefe de Administración
- Oficial Administrativo
- Auxiliar Administrativo
- Auxiliar Ayuda a Domicilio

Fuente: III Convenio Marco Estatal de Residencias Privadas de Personas Mayores y del Servicio de Ayuda a Domicilio.

Todos los convenios de ámbito autonómico incluyen cláusulas relativas a la clasificación profesional, que en términos generales reproducen los criterios fijados en el ámbito estatal. No obstante, dos convenios presentan algunos elementos diferenciales significativos.

El convenio de **Servicios de Ayuda a Domicilio y afines de Asturias** incorpora las siguientes categorías novedosas, en relación al convenio estatal: *Auxiliar de enfermería*; *Auxiliar de Clínica*; *Auxiliar de Atención a Menores*; *Conductor*; *Telefonista*; y *Ayudante Domiciliaria*.

⁴⁹ El III Convenio marco no encuadra estas categorías en ningún grupo profesional. El IV convenio, en cambio, sí realiza la siguiente clasificación: Grupo A (Gerente, Administrador, Titulado superior y mando): Responsable de Coordinación y Jefe Administrativo; Grupo B (Titulado medio): Coordinador; Grupo C (Personal técnico y mando intermedio): Oficial Administrativo; Grupo D (Personal Auxiliar): Ayudante Coordinación, Auxiliar Administrativo y Auxiliar Ayuda a Domicilio.

En la delimitación de las funciones de estas categorías, cabe destacar particularmente la relativa a la de *Ayudante Domiciliaria*. Así, se establece que esta categoría será de exclusiva aplicación a las trabajadoras que –teniendo o careciendo de la titulación de *Auxiliar de Ayuda a Domicilio*– presta su trabajo exclusivamente en servicios contratados por la empresa directamente con los usuarios particulares, sin que pueda aplicarse a las que atienden a usuarios pertenecientes a la administración pública (Artículo 14).

Por otra parte, en relación a la movilidad funcional, el convenio determina que sólo se podrá asignar a las trabajadoras a funciones de inferior categoría por razones de auténtica necesidad, durante un período que no podrá ser superior en ningún caso a tres meses. Una regulación más restrictiva que la del convenio estatal, y que puede ser valorada, por tanto, de forma positiva.

El convenio de **Servicio de Ayuda a Domicilio de las Islas Baleares** incluye la categoría de *Trabajador/a familiar*, cuyas funciones se asimilan a la de *Auxiliar de Ayuda a Domicilio*.

Asimismo, y como buena práctica, este convenio especifica que *para los trabajos de inferior categoría nunca se podrán superar los tres meses en un período de un año o de seis meses en tres años* (Artículo 30).

En el ámbito provincial, todos los convenios siguen las pautas de clasificación profesional fijadas en el ámbito estatal. La única variación se ha detectado en el convenio de **Ayuda a Domicilio de Ciudad Real**, que especifica los límites temporales para la asignación de funciones de inferior categoría, a través de una cláusula similar a la incluida en el convenio de Baleares.

En el ámbito de empresa, la mayoría de los convenios reproduce igualmente los criterios delimitados a nivel estatal.

Un convenio que presenta aspectos diferenciales significativos es el de la empresa **Agoñe SL**, que establece un sistema de clasificación mixto con cinco grupos profesionales: Director gerente; Titulados medios; Personal técnico y mandos medios; Personal auxiliar; y Personal subalterno. A partir de esta clasificación, se incluyen 26 categorías profesionales entre las que destacan como novedosas, en relación al convenio estatal, las siguientes: *Director gerente; Jefe de Personal; Trabajador social; Trabajador social adjunto; Psicólogo, DUE; Auxiliar de servicios sociales; Encargada de zona; Auxiliar de enfermería; Ayudante de ayuda a domicilio; Lavandero; Peluquero; y Teleoperador de teleasistencia.*

Por último, en cuanto a la movilidad funcional el convenio plantea una regulación más restrictiva que la del convenio estatal o la norma legal, prohibiendo expresamente destinar al personal a realizar tareas correspondientes a una categoría inferior.

2.2.3. Retribuciones

El objetivo de este apartado es comparar los salarios base fijados en convenio de dos categorías profesionales de distinto nivel de cualificación, como son las de *Responsable de Coordinación* y *Auxiliar de Ayuda a Domicilio* (Tabla III.5).

TABLA III.5.
Salario base mensual fijado para 2005 en los convenios de Servicio de Ayuda a Domicilio, según categorías seleccionadas (euros)

Categoría profesional	Media	Mínimo	Máximo	Desviación Estándar	Convenio Estatal
Responsable de coordinación	1.180,13	873,30	1.784,64	290,54	1.476,16
Auxiliar Ayuda a domicilio	677,87	556,59	992,39	123,71	631,83

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de convenios.

Los datos ponen de relieve los bajos niveles retributivos existentes en el subsector, con un salario medio de 1.180 euros para los *Responsables de Coordinación* y de 678 euros para los *Auxiliares de Ayuda a Domicilio*.

Por otra parte, se observan diferencias significativas en los salarios delimitados para cada categoría. Así, en el caso del *Responsable de Coordinación* se constata una desviación típica de algo más de 290 euros respecto a la media, mientras que en la de *Auxiliar de Ayuda a Domicilio* se sitúa en 124 euros.

Estas diferencias son indicativas de la notable heterogeneidad en las condiciones laborales del subsector que, en relación a esta materia, están muy condicionadas por las diferencias en el precio público del servicio entre los distintos territorios. Un precio que para el conjunto del Estado se situaba –en enero de 2006– en 12,12 euros por usuario (euros/hora), pero que en el ámbito de las Comunidades Au-

tónomas oscilaba entre el rango máximo registrado en Navarra (22 euros/hora), y el mínimo de Extremadura, con 6,2 euros/hora⁵⁰.

Las diferencias en las retribuciones percibidas por los *Auxiliares de Ayuda a Domicilio* se relacionan, asimismo, con el elevado número de trabajadores con contratos a tiempo parcial. Un hecho que ha motivado que los agentes sociales, como ya se apuntado, hayan tratado de fomentar la ampliación de jornada de los trabajadores en esta situación a fin de mejorar sus condiciones salariales; por ejemplo, a través de la regulación convencional de los mecanismos de provisión de vacantes, o incluyendo cláusulas de garantía mínima de jornada⁵¹.

2.2.4. Tiempo de trabajo

La regulación del tiempo de trabajo es una materia abordada por la totalidad de los convenios colectivos del subsector, cuyo contenido se ha analizado en relación a cinco aspectos: delimitación de la jornada; determinación de horas extraordinarias; descansos; vacaciones; y conciliación de la vida laboral y familiar.

2.2.4.1. Delimitación de la jornada

El **III Convenio Marco Estatal de Residencias Privadas de Personas Mayores y del Servicio de Ayuda a Domicilio** establece, para este último subsector, una jornada anual máxima de 1.755 horas anuales⁵², sin que esté contemplada la reducción progresiva de la misma (como sí se plantea para los otros subsectores integrados en el ámbito funcional del convenio).

El convenio marco determina unas normas especiales de tiempo de trabajo para el Servicio de Ayuda a Domicilio, que inciden sobre aspectos como la consideración del trabajo efectivo o el tipo de jornada (Cuadro III.7).

En relación a otros aspectos, como la posibilidad de flexibilización de la jornada a través de la superación del tope de 9 horas diarias, los criterios de regulación son los mismos que para las Residencias y Centros de Día.

⁵⁰ Cf. capítulo II.3.2.1., tabla II.10.

⁵¹ Este aspecto se aborda en el apartado siguiente.

⁵² Una cifra que se mantiene en el IV convenio estatal.

Cuadro III.7.

Normas especiales sobre jornada para el Servicio de Ayuda a Domicilio

Para quienes presten sus servicios en Ayuda a Domicilio, la jornada laboral tendrá las siguientes características específicas:

1. Tendrán la consideración de trabajo efectivo tanto las horas que se dediquen a la asistencia en el domicilio del usuario como las empleadas en desplazamientos entre servicios realizados consecutivamente, así como las que se dediquen a funciones de coordinación y control.
2. La prestación del servicio tendrá lugar en horario diurno, salvo en aquellas establecidas con objeto de atender servicios nocturnos.
3. La prestación de servicios en días laborables se realizará de lunes a viernes, a excepción de las jornadas establecidas para cubrir los servicios de los sábados por la mañana, sin perjuicio de que la jornada de trabajo de días laborables sea de lunes a sábado.
4. Las jornadas de trabajo podrán ser completas, a tiempo parcial o especiales, entendiéndose por estas últimas las vinculadas a contratos causales de duración determinada reguladas en el apartado 3 de este artículo.
 - 4.1. **Jornadas completas:** Las jornadas completas podrán ser continuadas o partidas. Se considera jornada completa, a efectos de realizar jornada partida, la estipulada como máxima anual en este Convenio.
 - Jornadas continuadas: Las jornadas completas y continuadas tendrán como horario de entrada el comprendido entre las 7 horas y las 10 horas y como límite máximo de salida las 18 horas.
 - Jornadas partidas: Las jornadas completas y partidas se establecerán por pacto entre la empresa y el personal, que deberá ser recogido en el propio contrato de trabajo o, en su caso, mediante acuerdo escrito. El tiempo de trabajo en las jornadas partidas no podrá dividirse cada día en más de dos fracciones de tiempo. Las jornadas completas y partidas se realizarán en horario diurno, es decir entre las 7 y las 22 horas.
 - 4.2. **Jornadas a tiempo parcial:** Las jornadas a tiempo parcial incluidas en turno de mañana tendrán como horario de entrada el comprendido entre las 7 y las 10 horas y como límite máximo de salida las 17 horas. Las jornadas a tiempo parcial incluidas en turno de tarde tendrán como horario de entrada el comprendido entre las 15 y las 18 horas y como límite máximo de salida las 22 horas. Las jornadas a tiempo parcial destinadas a la prestación de servicios en sábados, domingos y festivos, se realizarán en horario diurno, es decir entre las 7 y las 22 horas, salvo aquellas establecidas con objeto de atender servicios nocturnos. Sin perjuicio de lo regulado en el artículo 13 sobre contratación.
 - 4.3. **Jornadas especiales:** Podrán realizarse jornadas especiales para la atención de servicios nocturnos, privados, rurales o cualesquiera otros que por sus características requieran una atención especial o no reúnan las condiciones para aplicar las jornadas establecidas. Las jornadas especiales supondrán la existencia de un contrato de duración determinada

Cuadro III.7. (continuación)

Normas especiales sobre jornada para el Servicio de Ayuda a Domicilio

para la realización de una obra o servicio determinado, en el que se encuentre identificado claramente el servicio o servicios a prestar. Cuando los servicios especiales descritos en el primer párrafo de este artículo tengan carácter estable, el contrato podrá ser indefinido. El régimen de jornada y horario de las jornadas especiales vendrá dado en cada caso por las necesidades de los servicios a atender y será especificado en cada contrato.

Fuente: III Convenio Marco Estatal de Residencias Privadas de Personas Mayores y del Servicio de Ayuda a Domicilio

En el ámbito autonómico, dos convenios establecen una jornada anual máxima para 2005 inferior a la fijada en el convenio estatal; concretamente, los de: **Ayuda a Domicilio de Castilla y León** (1.628 horas); y **Atención domiciliaria y trabajo familiar de Cataluña** (1.655 horas). Otros dos, en cambio, superan el límite fijado en el ámbito estatal: el convenio de **Servicios de Ayuda a Domicilio y afines de Asturias**, que determina una jornada anual máxima para este año de 1.826 horas; y el de **Ayuda a Domicilio de Cantabria** (1.774 horas).

Los otros dos convenios autonómicos, por su parte, optan por el cómputo semanal; así, el convenio de **Servicio de Ayuda a Domicilio de las Islas Baleares** fija un máximo de 40 horas semanales; y el convenio de **Ayuda a Domicilio de la Comunidad de Madrid** establece un tope de 37 horas semanales.

Tres convenios contemplan, por otra parte, la reducción progresiva de la jornada máxima: el convenio de **Servicios de Ayuda a Domicilio y afines de Asturias**, que plantea una reducción de progresiva de 1.826 horas anuales en 2005, a 1.775 horas en 2008; el convenio de **Ayuda a Domicilio de Castilla y León**, donde se determina una reducción de 1.628 horas en 2005, a 1.614 horas en 2008; y el convenio de **Ayuda a Domicilio de la Comunidad de Madrid**, donde el límite máximo pasa de 39 horas semanales en 2001, a 37 en 2005.

El convenio de **Servicio de Ayuda a Domicilio de las Islas Baleares**, por su parte, incluye una cláusula novedosa, cuyo objetivo es *garantizar una jornada mínima a las trabajadoras*⁵³ *del subsector que les permita mantener una estabilidad salarial mensual* (Artículo 8).

⁵³ El texto del convenio utiliza el género femenino para referirse a las personas incluidas en la categoría objeto de esta regulación.

Para concretar este objetivo, el convenio establece jornadas mínimas semanales para las *Trabajadoras familiares de atención directa*, que incluyen el tiempo dedicado a desplazamiento, coordinación, descanso y formación: (a) para el año 2005, 30 horas y 46 minutos, de las que 27 horas se computarán como jornada efectiva en el domicilio del usuario; y (b) para los años 2006 y 2007, 31 horas y 55 minutos, de las que 28 horas se computarán como jornada efectiva en el domicilio del usuario.

Por otra parte, el convenio incluye una serie de normas de procedimiento para la regularización de la jornada, en función del exceso o defecto de horas que se produzca (como consecuencia de las características de la atención domiciliaria y su incidencia en el servicio).

Esta cláusula puede valorarse de forma positiva, en la medida en que contribuye a mejorar las condiciones laborales de un subsector que –como ya se ha señalado– se caracteriza por unos niveles retributivos muy bajos (especialmente, en las categorías profesionales de atención directa).

Asimismo, este convenio es el único de ámbito autonómico que se acoge a las posibilidades de flexibilización brindadas por el ET, estableciendo que se podrá superar el tope diario fijado en 8 horas –en vez de las 9 del convenio estatal– de mutuo acuerdo con los representantes de los trabajadores, y siempre que se respete el tiempo legal de descanso entre el inicio y fin de las jornadas.

El convenio de **Ayuda a Domicilio de la Comunidad de Madrid** también fija una jornada mínima para los trabajadores con contrato a tiempo parcial de 20 horas semanales; se exceptúan aquellos que tengan contratos por obra o servicio a tiempo parcial que, por sus características, requieran jornadas inferiores, en cuyo caso la duración mínima de las mismas será de 12 horas semanales.

En el ámbito provincial, sólo los convenios de **Ayuda a Domicilio de Sevilla** y **Ayuda a Domicilio de Huesca** fijan una jornada máxima anual para 2005 similar a la establecida a nivel estatal. Una jornada inferior se contempla únicamente en el convenio de **Servicio de Ayuda a Domicilio de Álava** (1.700 horas), mientras que se supera el límite estatal en los de: **Ayuda a Domicilio de Ciudad Real** y **Ayuda a Domicilio de Cuenca** (1.826 horas), y en el de **Servicios de Ayuda a Domicilio Zaragoza** (1.800 horas). El convenio de **Ayuda a Domicilio de Bizkaia**, por último, opta por fijar una jornada semanal máxima de 40 horas.

En cuanto al resto de normas sobre la jornada, los convenios provinciales siguen los criterios delimitados en el ámbito estatal. La única excepción la constituye la delimitación de lo que se considera como tiempo de trabajo efectivo, ya que en tres casos se contempla una regulación más restrictiva que la del convenio estatal.

Así, los convenios de **Servicio de Ayuda a Domicilio de Álava** y **Ayuda a Domicilio de Bizkaia** reconocen como tiempo de trabajo efectivo únicamente las horas que se dediquen a la asistencia y atención directa de los usuarios. Y el convenio de **Ayuda a Domicilio de Cuenca** considera además las horas de control y coordinación, pero no las de desplazamiento.

En el ámbito de empresa dos convenios fijan una jornada anual máxima, reduciendo en ambos casos los límites fijados en el ámbito estatal: **Clece S.A. (Irún)**, con una jornada anual de 1.592 horas; y **Clece S.A. (Donostia)**, que determina un tope de 1.638 horas. Los otros convenios optan por el cómputo semanal, situándose el mínimo en la empresa **Mancomunidad de Servicios Sociales del Sureste** (37 horas y media).

Todos los convenios de empresa siguen las normas especiales fijadas en el ámbito estatal para el Servicio de Ayuda a Domicilio. La única novedad relevante se ha detectado en el convenio de **Clece S.A. (Irún)**, que regula la garantía mínima de jornada; así, el convenio establece que el 90% del personal que lo considere oportuno tendrá garantizadas 30 horas de la jornada semanal, siempre que tenga disponibilidad para trabajar dentro del horario de servicio. En la misma línea, se determina que los trabajadores con contrato a tiempo parcial tendrán derecho a un mínimo de 20 horas semanales, excepto en los casos en que por razones de servicio no sea posible, reduciéndose a 15 horas.

2.2.4.2. Horas extraordinarias

La regulación de las horas extraordinarias es contemplada en todos los convenios autonómicos, salvo en el de Madrid. En términos generales, los convenios plantean un criterio muy restrictivo sobre esta materia, autorizando la realización de horas extraordinarias únicamente para situaciones urgentes, imprevistas, excepcionales o de fuerza mayor.

Los convenios presentan mayores diferencias, en cambio, a la hora de determinar la compensación por abono económico; así, se

constata un intervalo que oscila entre el rango máximo del convenio de **Ayuda a Domicilio de Cantabria** –que fija una abono, similar al estatal, equivalente al 175% del valor de la hora ordinaria– y el mínimo del convenio de **Atención domiciliaria y trabajo familiar de Cataluña** (35% del valor de la hora ordinaria). Una regulación diferencial es la del convenio de **Ayuda a Domicilio de Castilla y León**, que determina una compensación cifrada en 8,25 euros por cada hora.

El tope máximo para las horas extraordinarias reproduce, por último, el límite estatal de 50 horas anuales (inferior al máximo legal de 80).

Las principales diferencias entre los convenios de ámbito provincial radican, asimismo, en los sistemas de compensación. Así, el abono económico oscila entre un valor mínimo del 75% del valor de la hora ordinaria⁵⁴ y un máximo del 175%⁵⁵.

Por otra parte, el convenio de **Servicio de Ayuda a Domicilio de Álava** establece que las horas extras se compensarán en tiempo libre, a razón de 1,75 en días laborales y 2 en días festivos y domingos. Y el convenio de **Ayuda a Domicilio de a** reconoce también la posibilidad de optar a tiempo libre como compensación, con la única restricción de que el número de trabajadores que escoja una determinada fecha no podrá superar en ningún caso el 10% del personal en activo.

En cuanto a los límites para la realización de horas extraordinarias, el único convenio provincial que concreta un tope es el de **Ayuda a Domicilio de Ciudad Real**, fijándolo en 80 horas anuales.

Por último, los convenios de empresa que regulan las horas extraordinarias las autorizan únicamente por causas excepcionales, o incluso sólo en casos de extrema necesidad. Por otra parte, sólo dos convenios concretan los sistemas de compensación: el de la empresa **Ayuda a Domicilio de Molina de Segura S.A.L.**, que establece que se compensarán por tiempo equivalente de descanso retribuido; y el convenio de la **Mancomunidad de Servicios Sociales del Sureste** que reconoce que se podrá optar por una doble vía: bien por abono económico, con un valor del 150% sobre la hora ordinaria en 2004 y 175% en 2005; bien por tiempo libre, en la proporción de 175% en 2004 y 200% en 2005.

⁵⁴ Convenios de Bizkaia, Ciudad Real y Huesca.

⁵⁵ Convenio de Sevilla.

2.2.4.3. Descansos

La regulación del descanso intrajornada en el **III Convenio Marco Estatal de Residencias Privadas de Personas Mayores y del Servicio de Ayuda a Domicilio**, es común para todos los subsectores afectados en su ámbito funcional.

El convenio estatal establece, en cambio, que el descanso semanal de 36 horas se disfrutará en el subsector de Servicio de Ayuda a Domicilio los sábados y domingos, salvo las jornadas establecidas para la atención en tales días (Artículo 34.2).

Los convenios autonómicos reproducen los criterios fijados en el ámbito estatal, tanto para los descansos intrajornada como para los semanales. La única variación se encuentra en el convenio de **Servicios de Ayuda a Domicilio y afines de Asturias**, que mejora la regulación del ámbito estatal al reconocer un descanso de 15 minutos a todo el personal que tenga jornada diaria continuada, con independencia de la duración de la misma (mientras que el convenio marco reconoce ese descanso a los trabajadores cuya jornada continuada exceda de las 6 horas).

En el ámbito provincial, tres convenios mejoran, asimismo, el derecho al descanso intrajornada: los de **Ayuda a Domicilio de Cuenca** y **Ayuda a Domicilio de Huesca**, que reconocen este derecho a todos los trabajadores con jornada diaria continuada, independientemente de su duración; y el convenio de **Servicios de Ayuda a Domicilio de Zaragoza**, que fija un descanso de 20 minutos.

En cuanto a los descansos semanales, se reproducen en general los criterios fijados a nivel estatal. La excepción la constituye el convenio de **Ayuda a Domicilio de Sevilla** que, como buena práctica, amplía el descanso semanal a un mínimo de 48 horas, que se disfrutará en sábados y domingos (salvo en casos de necesidad del servicio, o jornadas especiales).

Finalmente, los convenios de empresa también siguen de forma mayoritaria las pautas fijadas en el ámbito estatal, detectándose únicamente dos que presentan elementos diferenciales: el convenio de la empresa **Agoñe SL.**, que plantea una regulación más restrictiva del disfrute del descanso semanal, estableciendo que –a partir de 2004– coincidirá como mínimo en dos fines de semanas al mes; y el de la **Mancomunidad de Servicios Sociales del Sureste**, que reconoce el derecho a un descanso diario de 30 minutos –sin especificar tipo de jornada o duración de la misma– siempre que se garantice que el servicio público no quede desatendido.

2.2.4.4. Vacaciones

Todos los convenios abordan el tema de las vacaciones, centrandose su regulación en su duración o en el modo de disfrute de las mismas.

En el ámbito autonómico, la mayoría de los convenios establece un período de 30 días naturales, similar al fijado a nivel estatal. La única salvedad se encuentra en el convenio de **Ayuda a Domicilio de Cantabria**, que determina una duración de 1 mes natural.

En cuanto al resto de cláusulas relativas a esta materia, se siguen las pautas marcadas por el convenio estatal. Únicamente el convenio de **Servicios de Ayuda a Domicilio y afines de Asturias** plantea, como elemento más restrictivo, que tendrán derecho a las vacaciones las personas que lleven 1 año al servicio de la empresa, sin reconocer el derecho a disfrutar de la parte proporcional a las que llevan menos tiempo (como sí hace el convenio estatal).

Los convenios provinciales reproducen, asimismo, los criterios fijados en el ámbito estatal, con dos salvedades: el convenio de **Ayuda a Domicilio de Ciudad Real**, que determina un período vacacional de 1 mes natural; y el de **Servicios de Ayuda a Domicilio de Zaragoza**, que establece 21 días naturales –entre julio y agosto– y 8 días hábiles, a disfrutar el resto del año.

En el ámbito de empresa tres convenios incluyen cláusulas cuyo contenido presenta algunas variaciones sobre la duración de las vacaciones. Así, el convenio de la **empresa Clece S.A. (Irún)** mejora la regulación de esta materia, ampliando las vacaciones a 31 días naturales. El convenio de **Clece S.A. (Donostia)**, por su parte, fija un período vacacional de 26 días laborables. Finalmente, el convenio de la **Mancomunidad de Servicios Sociales del Sureste** fija la duración de las vacaciones en 31 días naturales, o en 23 lectivos cuando se fraccionen.

2.2.4.5. Conciliación de la vida laboral y familiar

Todos los convenios autonómicos recogen cláusulas sobre licencias retribuidas, excedencias, reducciones de jornada o permisos por lactancia, reproduciendo en general tanto los criterios de la norma legal como del convenio estatal (que, en algunos aspectos, mejora los derechos reconocidos por la ley)⁵⁶. Tres convenios presentan, por

⁵⁶ Cf. apartado II.2.1.4.5

su parte, algunos elementos diferenciales en la regulación de temas específicos.

Así, el convenio de **Servicios de Ayuda a Domicilio y afines de Asturias** reconoce el derecho a una excedencia especial por una duración máxima de 5 años con motivo del nacimiento de un hijo o adopción, ampliables hasta 8 años si concurrese en el hijo algún tipo de minusvalía. Una cláusula positiva ya que mejora la norma legal, que establece que la excedencia especial en estos supuestos no será superior a 3 años.

El convenio de **Servicio de Ayuda a Domicilio de las Islas Baleares** incluye una cláusula en la que se especifica que quienes tengan a cargo a un menor, tendrán derecho a permiso no retribuido por el tiempo indispensable para acompañarlo a las consultas médicas.

Por último, el convenio de **Ayuda a Domicilio de Cantabria** incorpora una cláusula que también merece destacarse favorablemente, en la medida en que reconoce explícitamente el derecho a las licencias retribuidas por motivos de conciliación de la vida laboral y familiar a las parejas que convivan de hecho, y que lo hayan acreditado fehacientemente a la empresa.

En el ámbito provincial, todos los convenios incorporan cláusulas relativas a la conciliación de la vida laboral y familiar, que de forma mayoritaria siguen los criterios bien de la norma legal, bien del convenio estatal.

El convenio de **Ayuda a Domicilio de Ciudad Real** incorpora una cláusula novedosa, que establece que la trabajadora tendrá derecho a 3 días de licencia retribuida con motivo de la interrupción voluntaria del embarazo, en los supuestos contemplados por la ley. Asimismo, se reconoce el derecho a 1 día de permiso retribuido para el trabajador cuyo cónyuge o equivalente realice dicha interrupción.

El convenio de **Ayuda a Domicilio de Cuenca**, por su parte, reconoce el derecho a licencias retribuidas por motivos de conciliación a la vida laboral y familiar, a las parejas de hecho legalmente inscritas en el Registro Oficial.

Todos los convenios de empresa incorporan, en mayor o menor extensión, cláusulas relativas la conciliación de la vida laboral y familiar, que en general siguen los criterios de la norma legal o del convenio estatal. Algunos convenios incorporan cláusulas, sin embargo, que suponen una ampliación de derechos para los trabajadores.

Así, el convenio de **Clece S.A. (Irún)** establece una licencia retribuida de 5 días en el supuesto de nacimiento o adopción de un

hijo, que además podrán ampliarse a dos más en caso de parto por cesárea. Igualmente, reconoce el derecho a un permiso retribuido de 5 días en los supuestos de fallecimiento o enfermedad grave del cónyuge e hijos.

Este convenio también incluye el derecho a licencia retribuida para las trabajadoras que precisan acudir al médico especialista en horas de trabajo.

Por último, este convenio extiende los derechos a licencias retribuidas a las parejas de hecho debidamente inscritas en el correspondiente registro.

El convenio de **Clece S.A. (Donostia)** reconoce el derecho a ampliar el permiso retribuido de 3 días por nacimiento de hijo en tres más, si el parto se realiza mediante cesárea. También incrementa a 5 días la duración del permiso en los supuestos de fallecimiento o enfermedad grave del cónyuge o hijo.

Asimismo, el convenio recoge el derecho licencia retribuida para las trabajadoras que precisan acudir al médico especialista en horas de trabajo. Y, como novedad, reconoce igualmente el derecho a licencia retribuida de los trabajadores que precisen acompañar al médico a sus hijos menores de edad, o padres incapacitados, en horas de trabajo.

Este convenio también reconoce los derechos a licencias retribuidas a las parejas de hecho inscritas en el registro.

Finalmente, el convenio de la **Mancomunidad de Servicios Sociales del Sureste** contempla el derecho a ampliar de 2 a 3 días el permiso legal con motivo del nacimiento de un hijo, en los casos en que el parto se realice mediante cesárea.

2.2.5. Formación profesional

Todos los convenios de ámbito autonómico abordan la formación profesional, reproduciendo en términos generales los criterios sobre esta materia fijados en el ámbito estatal. No obstante, se han detectado cláusulas específicas cuyo contenido presenta elementos diferenciales significativos, que mejoran la regulación del convenio marco.

Así, el convenio **Servicio de Ayuda a Domicilio y afines de Asturias** incorpora la siguiente cláusula, que puede considerarse como buena práctica: *cuando se efectúe la actividad formativa obligatoria fuera de la jornada laboral, las horas empleadas en ella serán abo-*

*nadas a la trabajadora*⁵⁷ en la cuantía del valor de la hora ordinaria de la categoría profesional. Se procurará que el tiempo de formación coincida con la jornada de trabajo y que, en todo caso, no coincida con el descanso semanal de la trabajadora (Artículo 10).

El convenio de **Servicio de Ayuda a Domicilio de Baleares** incorpora tres cláusulas que también pueden valorarse de forma positiva. Por una parte, incluye entre los objetivos generales de la formación *favorecer el acceso de la mujer a categorías superiores y a puestos directivos* (Artículo 32.f).

Por otra, el convenio establece que los trabajadores asistentes a los cursillos programados deberán presentar necesariamente un parte de asistencia a los mismos, así como una memoria donde se recojan las materias estudiadas en dichos cursos. A esta memoria tendrá acceso el personal que pudiera estar interesado.

Finalmente, se incluye una cláusula donde se determina que tanto los certificados de asistencia y aprovechamiento, como las valoraciones y calificaciones obtenidas en los cursos de formación, se harán constar en el expediente de los trabajadores y tendrán relevancia para su promoción profesional.

El convenio de **Ayuda a Domicilio de Cantabria** incluye una cláusula similar a la recogida en el de Baleares, donde se incluye entre los objetivos de la formación *favorecer la promoción profesional de las mujeres*.

El convenio de **Ayuda a Domicilio de Castilla y León** determina que los trabajadores que estén prestando servicios como *Auxiliares de Ayuda a Domicilio* antes de enero de 2002, deberán estar en posesión de la formación determinada en la norma legal que establece el Certificado de Profesionalidad de esta ocupación⁵⁸.

Por otra parte, y como buena práctica, este convenio establece que la empresa deberá abonar al trabajador los desplazamientos que tenga que realizar para asistir a sus planes de formación.

Finalmente, el convenio de **Ayuda a Domicilio de la Comunidad de Madrid** incluye una cláusula que también puede valorarse de forma muy positiva, en la que se plantea que la Comisión territorial de formación tendrá como objetivo prioritario –en su etapa inicial– la profesionalización de la⁵⁹ *Auxiliar de Ayuda a Domicilio*.

⁵⁷ El convenio utiliza en su texto el género femenino para referirse al personal.

⁵⁸ Real Decreto 333/1997, de 7 de marzo.

⁵⁹ El texto utiliza el género femenino para designar esta categoría.

Para ello, el convenio determina que la Comisión orientará su actividad a promover la implantación generalizada del Certificado de Profesionalidad establecido legalmente para esta ocupación.

Asimismo, el convenio señala que dicha Comisión territorial de formación *realizará la valoración permanente de las necesidades originadas por la adecuación constante a la realidad del sector y las nuevas tendencias emergentes del mismo* (Artículo 43).

En el ámbito provincial, los convenios siguen de forma mayoritaria los criterios fijados en el ámbito estatal. No obstante, algunos recogen cláusulas similares a las apuntadas anteriormente, que pueden considerarse como buenas prácticas convencionales.

Así, el convenio de **Servicio de Ayuda a Domicilio de Álava** incide en la promoción de la profesionalización de los *Auxiliares de Ayuda a Domicilio*, determinando que las empresas facilitarán cursos de formación a los trabajadores encuadrados en esta categoría.

El convenio de **Ayuda a Domicilio de Bizkaia** reconoce el derecho de los trabajadores a percibir el importe del gasto en transporte, cuando los cursos de formación se realicen fuera del municipio en que prestan sus servicios.

El convenio de **Ayuda a Domicilio de Ciudad Real** incluye entre los objetivos de la formación favorecer la promoción profesional de las mujeres. Asimismo, recoge sendas cláusulas sobre la asistencia a los cursos y la inclusión de certificados en el expediente de los trabajadores, similares a las apuntadas en el convenio autonómico de Baleares.

Finalmente, en el ámbito de empresa todos los convenios contemplan el tema de la formación profesional, siguiendo en general los criterios fijados en el ámbito estatal. El único convenio que presenta un elemento diferencial relevante es el de la **Mancomunidad de Servicios Sociales del Sureste**, que –como buena práctica– establece que los cursos cuyo objeto sea la mejora en el trabajo o la promoción profesional, se impartirán en horas laborables o computadas como tal al 100%.

2.2.6. Prevención de riesgos laborales

Todos los convenios autonómicos del subsector incluyen cláusulas relativas a la prevención de los riesgos laborales, que en algunos casos mejoran significativamente la regulación de esta materia realizada en el ámbito estatal.

Una práctica convencional especialmente positiva la constituye la delimitación de problemas específicos en materia de salud laboral relacionados con la atención a los usuarios, y las medidas preventivas oportunas para evitarlos.

Así, todos los convenios, salvo el de Cataluña, establecen que – con objeto de salvaguardar el derecho a la salud del personal– se observarán las siguientes medidas preventivas:

- (a) Los desplazamientos de los usuarios se realizarán conforme a las disposiciones sobre seguridad y salud en el trabajo, responsabilizándose el Comité de Seguridad y Salud de resolver las posibles discrepancias.
- (b) En relación a la realización de compras para los usuarios, a la carga o desplazamiento de material pesado y todo aquello que suponga un esfuerzo físico importante para el trabajador: se fijará un máximo de kilos por parte del Comité de Seguridad y Salud o, en su caso, de los Delegados de Prevención conjuntamente con la empresa.
- (c) Se efectuará un control y seguimiento en los domicilios que entrañen riesgo para los trabajadores, como son: domicilios en estado de parasitación; animales incontrolados; riesgos de incendios o explosiones.
- (d) Ante una situación conflictiva grave entre usuario y auxiliar, la empresa pondrá los medios necesarios de inmediato para evitar o paliar dicha conflictividad.
- (e) El personal deberá prevenir el riesgo por caídas evitando subirse en objetos que no reúnan las debidas condiciones de seguridad.
- (f) La empresa tomará las medidas necesarias para evitar que se ponga en peligro la integridad, tanto física como psíquica, del personal.
- (g) Los trabajadores que presten servicios a usuarios que padezcan enfermedades infecto-contagiosas serán informados por la empresa de las medidas preventivas que habrán de observarse, a fin de evitar cualquier riesgo de contagio.
- (h) Se informará a los Delegados de Prevención de los casos y situaciones que impliquen riesgos para el personal, para control y seguimiento de la situación.

A estas medidas, los convenios de **Servicio de Ayuda a Domicilio de las Islas Baleares y Ayuda a Domicilio de Castilla y León**

añaden una cláusula específica, que determina que se propondrá la suspensión del servicio prestado a un usuario, cuando se demuestre fehacientemente que éste ha puesto en peligro la integridad física de los trabajadores.

Por último, el convenio de **Ayuda a Domicilio de Castilla y León** establece, que –cuando el servicio a prestar sea a enfermos encamados– las empresas formarán debidamente a los trabajadores en todo lo relacionado a la atención y cuidado de los mismos.

En relación a otros aspectos relativos a la salud laboral –como la vigilancia de la salud, equipos y protección, medidas de emergencia o protección de la maternidad–, los convenios autonómicos siguen en términos generales los criterios fijados en el ámbito estatal.

De forma específica, cabe destacar el convenio de **Ayuda a Domicilio de la Comunidad de Madrid**, que incluye dos cláusulas que mejoran la norma legal: (a) la posibilidad de solicitar un reconocimiento médico urgente por el tipo de servicio a realizar, siempre que existan causas objetivas; y (b) el derecho de los trabajadores a recibir anualmente, con carácter voluntario, medidas de vacunación por parte de la empresa (contra la gripe y la hepatitis).

Por otra parte, el convenio de **Ayuda a Domicilio de Castilla y León** incluye dentro del capítulo de salud laboral una cláusula específica sobre acoso sexual, donde se plantean los derechos del personal en relación a esta materia.

Finalmente, todos los convenios establecen las dos figuras reguladas legalmente para la participación de los trabajadores (Delegados de Prevención y Comité de Seguridad y Salud Laboral).

En el ámbito provincial, los convenios que recogen algunas de las medidas preventivas apuntadas –en mayor o menor número– son los de **Ayuda a Domicilio de Bizkaia**, **Ayuda a Domicilio de Cuenca**, **Ayuda a Domicilio de Huesca** y **Servicios de Ayuda a Domicilio Zaragoza**.

En cuanto al resto de temas, los convenios provinciales reproducen de forma mayoritaria los criterios marcados en el ámbito estatal. La única excepción la constituyen dos convenios, que incluyen cláusulas que constituyen una ampliación de derechos. Así, el convenio de **Ayuda a Domicilio de Ciudad Real** contempla la posibilidad de solicitar reconocimientos urgentes, así como el derecho a recibir vacunación contra la gripe y la hepatitis (de forma similar a la del convenio autonómico de Madrid).

El convenio de **Ayuda a Domicilio de Huesca**, por su parte, incorpora una cláusula que delimita mejor la protección a la maternidad, estableciendo que *durante el período de cambio de servicios por embarazo, la trabajadora no realizará horas extraordinarias ni turnos de fines de semana o nocturno, ni atenderá casos codificados de enfermedad infecto-contagiosa, conservando la retribución íntegra que viniese percibiendo por estos u otros conceptos, salariales o no* (Artículo 25).

Los convenios recogen de forma mayoritaria, por último, las dos figuras legales establecidas por la ley para la participación de los trabajadores. La única excepción es el convenio de **Ayuda a Domicilio de Sevilla** que –además del Delegado de Prevención y el Comité de Seguridad y Salud Laboral– incluye la del Delegado Sectorial de Prevención.

En el ámbito de empresa, los convenios reproducen de forma mayoritaria los criterios sobre prevención de riesgos laborales fijados en el ámbito estatal. Los únicos convenios que incorporan algún tipo de mejora son los de **Clece S.A. (Irún)** y **Clece S.A. (Donostia)**, que contemplan el derecho al examen ginecológico como parte de los reconocimientos médicos.

Finalmente, los convenios encauzan la participación de los trabajadores en la prevención de riesgos laborales a través de la figura del Delegado de Prevención.

2.3. Centros para Personas con Discapacidad

Este subsector cuenta con 16 convenios: 1 de ámbito sectorial estatal; 5 sectoriales autonómicos; y 10 de empresa. Se incluyen los tres tipos de centros afectados por el ámbito funcional del convenio estatal, es decir: asistenciales, educativos y especiales de empleo (a pesar de que estos últimos tienen una regulación y características diferentes en distintos aspectos).

2.3.1. Empleo y contratación

Los convenios contemplan el fomento del empleo estable a través de cláusulas similares a las analizadas para los otros subsectores, pero con una frecuencia significativamente menor (en relación al porcentaje de convenios que incluyen dichas cláusulas).

2.3.1.1. Compromisos de creación de empleo estable

El **XI Convenio de Centros de Asistencia, Atención, Diagnóstico, Rehabilitación y Promoción de personas con discapacidad** determina que los contratos temporales no podrán sobrepasar en ningún caso el 25% del personal de la empresa, fijando así –de forma indirecta– el volumen de la plantilla que deberá tener obligatoriamente contrato indefinido.

No obstante, el convenio establece algunas salvedades en relación a esta cláusula: por una parte, dicho porcentaje no será de aplicación ni a las empresas de menos de 10 trabajadores, ni a los Centros Especiales de Empleo (CEE) durante el primer año de actividad de los mismos; por otra, se podrá superar el tope fijado para los contratos temporales hasta el 50% de la plantilla, para el desarrollo de los CEE de actividades puntas exigidas por las circunstancias de mercado, acumulación de tareas o exceso de pedidos.

El convenio no especifica la forma de cumplimiento del compromiso de estabilidad en el empleo (por ejemplo, planteando el acceso a los programas de bonificación)⁶⁰. Únicamente, establece que se creará una comisión de seguimiento para evaluar la evolución del empleo y, concretamente, el volumen de trabajadores con contrato fijo/temporal.

En el ámbito autonómico, sólo dos convenios incluyen cláusulas de este tipo: el convenio de **Residencias y centros de día para la atención a personas con discapacidad psíquica severa y profunda de Cataluña**, que establece que el 75% de la plantilla como mínimo tendrá contrato indefinido; y el de **Centros y servicios atención a personas discapacitadas de la Comunidad Valenciana**, que amplía el tope de personal con contratos temporales del convenio estatal al 33% de la plantilla. No obstante, este último convenio establece que dicho porcentaje no será de aplicación a las empresas que lleven a cabo programas, en relación a los trabajadores contratados para la realización de los mismos.

⁶⁰ El XII convenio estatal, suscrito en 2006, sí incorpora una nueva cláusula donde se establece que –con el objetivo de fomentar el empleo estable– los trabajadores con contrato eventual pasarán a indefinidos una vez superado el plazo establecido por la legislación vigente.

Finalmente, en el ámbito de empresa el único convenio que aborda esta materia es el del **Consortio comarcal de Servicios Sociales de L'Horta Nord**, a través de una cláusula de contenido similar al apuntado para el de la Comunidad Valenciana.

2.3.1.2. Identificación de supuestos de contratación temporal

El **XI Convenio de Centros de Asistencia, Atención, Diagnóstico, Rehabilitación y Promoción de personas con discapacidad** establece que el contrato para obra o servicio determinado podrá ser utilizado *por las empresas y centros que realicen conciertos o acuerdos con las Administraciones Públicas en cualquiera de sus ámbitos o con empresas privadas de cualquier orden para la prestación de servicios, cursos o actividades de carácter temporal, o aquellos que se encomienden a los centros y que sean de renovación incierta o no conocida con seguridad la duración del mismo* (Artículo 14). Es decir, se plantea que las empresas podrán realizar este tipo de contratos en el supuesto de contratación con terceros; un supuesto que, como ya se ha comentado, viene avalado por la jurisprudencia del Tribunal Supremo.

En cuanto al contrato eventual, se autoriza su celebración para los supuestos establecidos por el artículo 15 del Estatuto de los Trabajadores.

Los convenios sectoriales de ámbito autonómico, por su parte, se limitan a reproducir o remitir a la norma legal. Una regulación que, en el caso de los contratos para obra o servicio, puede considerarse ineficaz, considerando el diseño legal tan flexible de esta modalidad contractual.

En el ámbito de empresa, asimismo, los convenios remiten mayoritariamente a la norma legal para la autorización de ambos contratos. La única excepción se ha detectado en el convenio de la empresa **Disminuidos físicos de Aragón**, que establece que el contrato para obra o servicio determinado se podrá utilizar para *cubrir todas aquellas tareas o trabajos que estén directa o indirectamente relacionados con los procesos productivos o de trabajo de la empresa* (Artículo 11). Una cláusula que debe valorarse negativamente, ya que contradice la regulación legal que determina que esta modalidad contractual se utilizará para la realización de actividades con sustantividad y autonomía propias dentro de la empresa.

2.3.1.3. Provisión de vacantes

Los convenios del subsector utilizan este mecanismo como medio para fomentar la estabilidad en el empleo, al primar en la cobertura de vacantes a las personas previamente vinculadas con la empresa.

Así, el **XI Convenio de Centros de Asistencia, Atención, Diagnóstico, Rehabilitación y Promoción de personas con discapacidad** determina que todo el personal de la empresa tendrá –en igualdad de condiciones– derecho de preferencia para cubrir las vacantes existentes en cualquiera de los grupos profesionales (Artículo 19). En este sentido, se establece que la dirección de la empresa comunicará a los representantes de los trabajadores –o, en su defecto, mediante el tablón de anuncios– la vacante que se pretende cubrir, así como el sistema de selección.

La única excepción se establece para los centros educativos concertados, donde las vacantes se cubrirán de acuerdo a la norma establecida a tal efecto.

En el ámbito autonómico, sólo dos convenios contemplan esta cuestión: por una parte, el de **Escuelas de educación especial de Cataluña**, que establece la preferencia de los trabajadores de la misma empresa para la cobertura de vacantes (señalando que, en caso de igualdad de condiciones, primará el criterio de antigüedad). No obstante, el convenio señala que –cuando la vacante se produzca en un lugar de trabajo concertado– será cubierta por otro profesional que no esté trabajando en el centro, y con la misma categoría profesional y funciones.

Por otra parte, el convenio de **Centros y servicios atención a personas discapacitadas de la Comunidad Valenciana** determina que las vacantes serán cubiertas en primera instancia mediante promoción interna; en caso de que no se cubriese, se realizará una oferta pública de empleo. Al igual que en el anterior convenio, esta cláusula no será de aplicación a los centros educativos concertados, donde la vacante será cubierta en función de la norma establecida.

En el ámbito de empresa, 7 convenios incluyen cláusulas sobre provisión de vacantes, cuyo contenido presenta algunas variaciones. Así, los convenios del **Centro Especial de Empleo Canraso (Tudela)** y la empresa **Nasermo, S.L** determinan que las vacantes serán cubiertas preferentemente con personal de la propia empresa.

En los convenios de la **Clínica Psiquiátrica Padre Menni** y del **Consorcio comarcal de Servicios Sociales de L'Horta Nord**, se establece que las vacantes serán cubiertas, bien mediante promoción

interna –en primera instancia–, bien externa; asimismo, en el segundo se incluye la salvedad de los centros educativos concertados, en la línea del convenio de la Comunidad Valenciana.

El convenio de la empresa **Sant Joan de Deu (Serveis de Salut Mental)**, por su parte, se limita a señalar que la empresa informará a través del tablón de anuncios de la convocatoria de vacantes, especificando los criterios de selección.

Los convenios de las empresas **Adisco Centro Especial de Empleo (Corella)** y **Aspace Centro Especial de Empleo (Noáin)** plantean, por último, dos procedimientos de cobertura distintos, en función de la vacante a cubrir. Así, se establece que los puestos de trabajo de las áreas Técnica y de Administración –y, en general, cualquiera de confianza– se cubrirán mediante el sistema de libre designación, o de nueva contratación. Un mecanismo más restrictivo que el planteado por el convenio estatal, donde se extiende el derecho de acceso a la vacante para todo el personal de empresa.

La provisión de los restantes puestos, en cambio, se realizará con personal de la empresa, mediante criterios y/o pruebas objetivas de mérito y capacidad (consultados con los representantes de los trabajadores).

2.3.1.4. Subrogación de personal

El tratamiento de la subrogación de personal en la negociación colectiva de este subsector es mucho menos relevante que en los otros considerados en el presente estudio, tanto en términos cuantitativos –en relación al número de convenios que abordan esta cuestión– como cualitativos (en cuanto al contenido de las cláusulas).

Así, el **XI Convenio de Centros de Asistencia, Atención, Diagnóstico, Rehabilitación y Promoción de personas con discapacidad** se limita a señalar que las empresas y centros que –en virtud de contratación pública o de cualquier tipo de transmisión– sustituyan a otras que viniesen prestando servicios de atención y asistencia a personas con discapacidad, se subrogarán en la totalidad de derechos y obligaciones en los términos previstos en el artículo 44 del Estatuto de los Trabajadores (Artículo 46)⁶¹.

⁶¹ El XII convenio estatal añade una nueva cláusula, en la que se prevé la creación de una comisión –integrada por las organizaciones firmantes–, cuyo objetivo sería contemplar las situaciones que se planteen en relación a la aplicación de la norma estatutaria sobre subrogación.

En el ámbito autonómico, el único convenio que aborda la subrogación de personal es el de **Centros públicos concertados de atención a discapacitados de Navarra**, limitándose a remitir a la norma estatutaria.

Finalmente, en el ámbito de empresa sólo el convenio de la **Asociación para la promoción del minusválido PROMI (Andalucía)** aborda esta cuestión. Concretamente, estableciendo que —en el supuesto que se produjera algún cambio en la titularidad de la empresa, o transferencia de la gestión— dicha modificación no afectará a lo acordado en el convenio, que tendrá la consideración de norma mínima.

2.3.2. Clasificación profesional

La regulación de la clasificación profesional en el **XI Convenio de Centros de Asistencia, Atención, Diagnóstico, Rehabilitación y Promoción de personas con discapacidad** presenta elementos diferenciales, en relación a los tres tipos de centros contemplados en el ámbito funcional del mismo.

Así, para los Centros Asistenciales el convenio estatal utiliza un sistema de clasificación mixto, que parte de la delimitación de cuatro grupos profesionales: **(a)** Personal Técnico, que a su vez se subdivide en 4 subgrupos (Titulados de grado superior; Titulados de grado medio; Personal Docente; y Personal técnico y auxiliar); **(b)** Personal Administrativo; **(c)** Profesionales de Oficio; y **(d)** Personal de Servicios.

A partir de esta clasificación, se especifican 39 categorías profesionales, distribuidas entre los 4 grupos (Cuadro III.8). No obstante, el convenio señala que se trata de una delimitación meramente enunciativa, que no supone la obligación de tener provistas todas las plazas si las necesidades y volumen del centro no lo requieren (una previsión que afecta igualmente a la clasificación profesional de los otros dos tipos de centros).

En relación a los Centros Especiales de Empleo, el convenio no utiliza el sistema de clasificación mixto, delimitando simplemente 7 categorías profesionales: *Técnico Superior*; *Técnico Medio*; *Mando Intermedio*; *Técnico Ayudante*; *Administrativo Técnico no cualificado*; y *Operario*⁶².

⁶² El XII convenio estatal modifica el sistema de clasificación para los CEE, estableciendo cinco grupos profesionales y 40 categorías, similares a las delimitadas para los Centros Asistenciales.

CUADRO III.8.
Grupos y categorías profesionales de los Centros para Personas con Discapacidad (Centros Asistenciales)⁶³

Grupo	Categoría
Grupo I. Personal técnico	
Subgrupo 1.º Personal titulado de grado superior	Titulado superior
	Médico
	Psicólogo
	Pedagogo
	Orientador
Subgrupo 2.º Personal titulado de grado medio	Titulado medio
	Logopeda
	Fisioterapeuta
	Trabajador social
	Diplomado en enfermería
Subgrupo 3.º Personal docente	Profesor titular
	Profesor titular de enseñanzas especiales
	Profesor de taller
	Adjunto de taller
	Educador
Subgrupo 4.º Personal técnico y auxiliares	Jefe de producción
	Adjunto de producción
	Preparador laboral
	Técnico en integración social
	Ayudante
	Auxiliar técnico educativo
	Cuidador

⁶³ El XII convenio estatal plantea una nueva clasificación profesional, que establece cinco grupos y 42 categorías. Las categorías novedosas, respecto del XI convenio, son las de: Psicopedagogo; Terapeuta Ocupacional; Psicomotricista; y Auxiliar de enfermería; No se recogen, en cambio, las categorías de Orientador y Profesor titular de Enseñanzas Especiales, que sí se contemplaba en el XI convenio.

CUADRO III.8. (continuación)
Grupos y categorías profesionales de los Centros para Personas con Discapacidad (Centros Asistenciales)

Grupo	Categoría
Grupo II. Personal administrativo	Jefe de administración
	Jefe de primera
	Jefe de segunda
	Oficial de primera
	Oficial de segunda
	Auxiliar
Grupo III. Profesionales de oficio	Jefe de cocina
	Gobernante
	Oficial de primera
	Oficial de segunda, cocinero, conductor
	Ayudante de cocina
	Personal de servicios domésticos
	Personal no cualificado
Grupo IV. Personal de servicios	Conserje
	Ordenanza
	Portero, vigilante
	Telefonista

Fuente: XI Convenio colectivo de Centros de Asistencia, Atención, Diagnóstico, Rehabilitación y Promoción de personas con discapacidad.

Un sistema similar se utiliza para los Centros Educativos, especificándose 13 categorías: *Director*; *Vicedirector*; *Jefe de Estudios*; *Secretario*; *Profesor Titular*; *Profesor de Taller (Formación Profesional)*; *Psicólogo*; *Pedagogo*; *Logopeda*; *Profesor de Apoyo*; *Otros titulados de grado medio*; *Auxiliar Técnico Educativo*; y *Encargado de Residencia*⁶⁴.

⁶⁴ El XII convenio implanta un nuevo sistema de clasificación mixto para los Centros Educativos, estableciendo 4 grupos profesionales y 18 categorías. Las ca-

Por último, en relación a la movilidad funcional el convenio estatal se limita a reproducir la norma legal –Artículo 39 del ET– relativa a la asignación de los trabajadores a funciones de superior o inferior categoría.

Todos los convenios sectoriales autonómicos incorporan cláusulas sobre clasificación profesional, cuya contenido presenta en algunos casos variaciones respecto de los criterios fijados en el ámbito estatal.

Así, la mayoría de los convenios utilizan un sistema de clasificación mixto, sobre la base de grupos y categorías profesionales; la única excepción la constituye el convenio de **Residencias y centros de día para la atención a personas con discapacidad psíquica severa y profunda de Cataluña**, que utiliza un sistema basado únicamente en categorías.

Por otra parte, dos convenios incorporan categorías novedosas en relación al estatal: el convenio de **Escuelas de educación especial de Cataluña**, que incluye las categorías de *Monitor/a de tiempo libre y comedor* y *Monitor/a de transporte*; y el de **Centros y servicios de atención a personas discapacitadas de la Comunidad Valenciana**, que contempla cuatro nuevas categorías: *Terapeuta de Ayuda a Domicilio*; *Terapeuta ocupacional*; *Responsable de actividades de ocio y vida social*, y *Técnico en atención temprana*.

En cuanto a la movilidad funcional, los convenios reproducen en general los criterios de la norma legal. La única variación se ha detectado en el convenio de **Centros y servicios de atención a personas discapacitadas de la Comunidad Valenciana**, que determina que –cuando se asigne a los trabajadores a tareas correspondientes a una categoría inferior– esta situación se plasmará por escrito en un acuerdo, con conocimiento de los representantes legales de los trabajadores, donde se precisará siempre que sea posible la temporalidad de la situación (Artículo 53). Una cláusula que puede ser valorada positivamente, en la medida en que la previsión de limitación temporal introduce un elemento de mayor garantía para los trabajadores ante estas situaciones.

En el ámbito de empresa, todos los convenios abordan esta materia, reproduciendo en términos generales los criterios fijados a nivel estatal. Algunos convenios incluyen, no obstante, algunas categorías novedosas (Cuadro III.9).

tegorías novedosas son las de: Profesor de Audición y Lenguaje; Otros Profesores titulados de Grado Medio; Psicopedagogo; Fisioterapeuta; y Trabajador Social.

CUADRO III.9.

Categorías profesionales novedosas recogidas en los convenios de empresa de los Centros para Personas con Discapacidad

Empresa	Categorías
Fundación San Rosendo	<ul style="list-style-type: none"> • Auxiliar de jardín de infancia • Animadora social • Carpintero
Clínica Psiquiátrica Padre Menni	<ul style="list-style-type: none"> • Médico psiquiatra • Auxiliar de psiquiatra • Auxiliar de psicólogo • Auxiliar de noches • DUE psicólogo • DUE noches
Sant Joan de Déu (Serveis de Salut Mental)	<ul style="list-style-type: none"> • Médico adjunto • Médico guardia • MIR1 • MIR2 • MIR3 • MIR4 • PIR1 • PIR2 • PIR3 • Técnico laboratorio • Monitor salud mental • Oficial 2.ª farmacia • Auxiliar psiquiatría • Peluquero • Capellán
Adisco Centro Especial de Empleo (Corella)	<ul style="list-style-type: none"> • Verificador • Almacenero • Personal de mantenimiento preventivo
Aspace Centro Especial de Empleo (Noáin)	<ul style="list-style-type: none"> • Verificador • Almacenero • Personal de mantenimiento preventivo
Centro Especial de Empleo Canraso (Tudela)	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable de recursos humanos • Responsable de calidad • Comercial

Fuente: Elaboración propia a partir de los convenios.

Un caso singular lo constituye el convenio de la empresa **Nasermo S.L. (Noáin)**, que establece que el *encuadramiento profesional y la definición de funciones del personal afecto a este convenio figura recogido en el Manual de Aseguramiento de la Calidad* (Artículo 4). Una cláusula que puede ser valorada negativamente, ya que apunta a que esta materia es regulada unilateralmente por la dirección, cuando el Estatuto de los Trabajadores determina que la clasificación profesional se establecerá mediante la negociación colectiva o, en su defecto, mediante el acuerdo entre la empresa y los representantes de los trabajadores (Artículo 22.1 ET).

Finalmente, en relación a la movilidad funcional los convenios se remiten de forma mayoritaria a la norma legal, con la única excepción de dos convenios: el del **Consorcio comarcal de Servicios Sociales de L'Horta Nord**, que incluye una cláusula sobre asignación de trabajos de inferior categoría, similar a la apuntada en el convenio autonómico de la Comunidad Valenciana; y el convenio de la empresa **Nasermo S.L. (Noáin)**, que –en relación a la asignación de los trabajadores a funciones de superior categoría– determina que *se podrá establecer un período máximo de 6 meses para que el trabajador se haga acreedor del nivel retributivo de dicha categoría* (Artículo 15).

Esta cláusula puede ser valorada negativamente, ya que establece un plazo para el reconocimiento del derecho a percibir la retribución por asignación a un trabajo de superior categoría, mientras que el Estatuto de los Trabajadores (Artículo 39.3) no establece restricción temporal alguna para el disfrute del mismo.

2.3.3. *Retribuciones*

El análisis de las retribuciones se ha realizado a partir de la comparación de los salarios base fijados para cuatro categorías profesionales de distinto nivel de cualificación, que se reproducen en un amplio número de convenios, como son: Titulado superior; Titulado Medio; Auxiliar administrativo; y Ordenanza (Tabla III.6).

Los datos ponen de manifiesto dos aspectos significativos: por una parte, los bajos niveles retributivos fijados en los convenios de este subsector, particularmente en relación a las categorías de menor cualificación, con un salario medio para los Auxiliares administrativos y Ordenanzas de 843 y 726 euros mensuales respectivamente.

TABLA III.6.

Salarios base mensual fijado en los convenios de Centros para personas con Discapacidad, según categoría profesional seleccionada. 2005 (euros)

	Media	Mínimo	Máximo	Desviación estándar	CC Estatal
Titulado superior	1.651,7	1.397,6	2.144,7	265,8	1.397,6
Titulado medio	1.155,3	593,2	1.387,4	226,1	1.029,4
Auxiliar administrativo	843,3	652,3	1.313,8	195,9	657,7
Ordenanza	726,2	513,0	918,9	117,1	636,4

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de convenios.

Por otra parte, se observa una notable disparidad entre los salarios fijados para las mismas categorías, especialmente elevada en la de *Titulados superiores*, donde se registra una desviación estándar de 266 euros en relación a la media de la misma. Una situación que, como ya se ha apuntado para los otros subsectores considerados en el presente estudio, está estrechamente relacionada a las diferencias en el precio de este servicio en el ámbito territorial.

2.3.4. Tiempo de trabajo

La regulación del tiempo de trabajo se aborda en la práctica totalidad de los convenios del subsector, que de forma mayoritaria incluyen –con algunas excepciones– las distintas cláusulas consideradas para el análisis de esta materia.

2.3.4.1. Delimitación de la jornada

El XI Convenio de Centros de Asistencia, Atención, Diagnóstico, Rehabilitación y Promoción de personas con discapacidad determina una jornada anual máxima específica para cada uno de los tres tipos de centros afectados por el mismo.

Así, para los Centros Asistenciales se establece una jornada máxima de 1.736 horas anuales, mientras que para los Centros Espe-

ciales de Empleo se fija en 1.766 horas. En cuanto a los Centros Educativos, se realiza una distinción entre: (a) personal docente, para el que establece una jornada anual máxima de 1.323 horas –en los centros sin internado– y de 1.389 horas (en los centros con internado)⁶⁵; y (b) el resto de la plantilla, para la que establece un máximo de 1.736 horas al año⁶⁶.

Este convenio no contempla, por tanto, la reducción de jornada en el período de vigencia del convenio; una buena práctica convencional que se contempla, en cambio, en el otro convenio estatal de aplicación al sector de la atención a la dependencia.

Por último, en cuanto a la ordenación flexible, se reconoce a las empresas el derecho –en los Centros Asistenciales y de Empleo– a establecer un calendario de distribución irregular de la jornada, previa información a los representantes de los trabajadores, de acuerdo con lo previsto en el artículo 34 del ET. En este sentido, el convenio determina que el número de horas semanales de trabajo efectivo no podrá ser superior a 45 horas (Artículo 28).

En el ámbito autonómico, una práctica mayoritaria es la de determinar una jornada diferente dentro del mismo convenio en función de diversos criterios: según el grupo y/o categoría profesional⁶⁷; el tipo de centro⁶⁸; o combinando el turno del trabajador –diurno o nocturno– y la categoría profesional⁶⁹. La única excepción es la del convenio de **Residencias y centros de día para la atención a personas con discapacidad psíquica severa y profunda de Cataluña**, que fija una jornada única para todo el personal afectado por el mismo.

En cuanto a la duración, los convenios se sitúan, en general, por debajo del límite establecido en el ámbito estatal. Así, la jornada anual máxima oscila entre las 1.146 horas fijadas en el convenio de

⁶⁵ En este último caso, el convenio establece que las horas anuales se reducirán en 68 si se disfruta de un incremento de las vacaciones anuales.

⁶⁶ El XII convenio estatal, por su parte, reduce la jornada anual máxima a: 1.729 horas (Centros Asistenciales); 1.758 horas (Centros Especiales de Empleo); 1.300 horas (personal docente de Centros Educativos); y 1.600 horas (personal no docente de Centros Educativos).

⁶⁷ Talleres de disminuidos psíquicos de Cataluña; y Escuelas de educación especial de Cataluña

⁶⁸ Centros y servicios de atención a personas discapacitadas de la Comunidad Valenciana.

⁶⁹ Centros públicos concertados de atención a discapacitados de Navarra.

Escuelas de educación especial de Cataluña para el personal docente y técnico, y las 1.720 horas reguladas por el convenio de **Residencias y centros de día para la atención a personas con discapacidad psíquica severa y profunda de Cataluña**, para todo el personal⁷⁰.

Por otra parte, este último convenio es el único que incluye una cláusula de ordenación flexible, aprovechando la posibilidad brindada por el ET para determinar que se podrá prolongar la jornada diaria hasta un tope máximo de 12 horas.

Finalmente, cabe destacar que sólo el convenio de **Centros públicos concertados de atención a discapacitados de Navarra** contempla la reducción de la jornada durante el período de vigencia del convenio, una previsión que puede considerarse como una buena práctica.

En el ámbito de empresa, todos los convenios establecen una jornada anual, excepto el de la **Fundación San Rosendo**, que opta por el cómputo semanal (con un máximo de 40 horas).

Por otra parte, la mayoría de los convenios determinan una jornada única para todo el personal afectado, mientras que tan sólo tres plantean diferencias en función de criterios como: el tipo de centro⁷¹ o el turno de los trabajadores⁷².

En cuanto al tope de la jornada anual, se aprecian igualmente diferencias significativas, que oscilan entre dos polos: un mínimo de 1.374 horas, establecidas por el convenio del **Consorcio comarcal de Servicios Sociales de L'Horta Nord** para el personal de los centros ambulatorios; y un máximo de 1.800 horas, superior al fijado en el ámbito estatal, establecido por el convenio de la **Asociación para la promoción del minusválido PROMI (Andalucía)**.

Por otra parte, tres convenios incorporan una cláusula de reducción de la jornada, concretamente, los de las empresas **Sant Joan de Deu (Serveis de Salut Mental)**, **Disminuidos Físicos de Aragón** y **Centro Especial de Empleo Canraso (Tudela)**.

La regulación de la ordenación flexible es contemplada por cuatro convenios, aunque a través de fórmulas diferentes. Así, los convenios de las empresas **Sant Joan de Deu (Serveis de Salut Men-**

⁷⁰ Este convenio sólo afecta a Centros Asistenciales.

⁷¹ Consorcio comarcal de Servicios Sociales de L'Horta Nord;

⁷² Clínica Psiquiátrica Padre Menni y Sant Joan de Deu (Serveis de Salut Mental).

tal) y Clínica Psiquiátrica Padre Menni reconocen la posibilidad de ampliación de la jornada diaria, según los criterios planteados por el artículo 34 del ET.

Los otros dos convenios regulan, en cambio, la posibilidad de modificar el horario de los trabajadores, aunque con mecanismos distintos. Así, el convenio del **Centro Especial de Empleo Canra-so (Tudela)** establece que –una vez fijado el calendario laboral– la empresa tendrá la capacidad para efectuar modificaciones sobre el mismo, que podrán implicar que todo el centro o alguna de sus secciones debe trabajar en días no previstos inicialmente como laborables. El convenio establece, asimismo, que los trabajadores que presten sus servicios en esos días lo harán preferentemente de forma voluntaria, y sólo será obligatorio si no se cuenta con la plantilla suficiente.

El convenio de la empresa **Nasermo, S.L (Noáin)** establece, por último, que –cuando por circunstancias como cargas de trabajo, períodos punta, necesidades de atención al cliente, etc.– sea necesario modificar el horario establecido y ampliar el tiempo de trabajo en un período determinado, la empresa podrá requerir de los trabajadores una disponibilidad o crédito horario que en cómputo anual no superará las 24 horas.

De forma inversa, el convenio determina asimismo que si las circunstancias son las opuestas –períodos de inactividad por cualquier causa– la empresa podrá requerir de los trabajadores el cese de la actividad laboral o la inasistencia al trabajo por un tiempo igualmente máximo de 24 horas anuales.

Finalmente, el convenio determina la forma de gestionar este crédito horario, de modo que la acumulación de horas –a favor del trabajador, o a disposición de la empresa– puede ser liquidada anualmente.

2.3.4.2. Horas extraordinarias

El XI Convenio de Centros de Asistencia, Atención, Diagnóstico, Rehabilitación y Promoción de personas con discapacidad reconoce la posibilidad de realizar horas extraordinarias, remitiendo para su regulación al artículo 35 del ET.

El único aspecto específico que aborda el convenio concierne a los mecanismos de compensación, determinando que las horas extraordinarias se compensarán, bien preferentemente por descanso –siempre que no perturbe el normal proceso productivo–, bien por abono econó-

mico. En ambos casos, el valor de la compensación se cifra en un 1,25 de la hora ordinaria (Artículo 28).

En el ámbito autonómico, tres convenios incorporan cláusulas sobre esta materia, cuyo contenido presenta algunas variaciones. Así, el convenio de **Escuelas de educación especial de Cataluña** plantea dos elementos (Artículo 19): el límite máximo de las horas extraordinarias, determinando que no puede ser superior a la mitad de las que señala la legislación vigente (en la actualidad, 80 horas anuales); y el sistema de compensación, estableciendo que deberán ser abonadas económicamente a un precio no inferior a la hora ordinaria.

El convenio de **Centros y servicios de atención a personas discapacitadas de la Comunidad Valenciana** plantea que son horas extraordinarias todas aquellas que se realicen por encima de la jornada estipulada en este convenio para cada categoría y *por deseo expreso de la empresa* (Artículo 65). Una cláusula que se acomoda a la norma estatutaria, que brinda la posibilidad de pactar por convenio la obligatoriedad de las horas extraordinarias, pero que puede valorarse de forma negativa, en la medida en que debería plantearse la voluntariedad como criterio general.

Por otra parte, el convenio establece que las horas extraordinarias deberán compensarse, bien económicamente –con un abono nunca inferior al 175% del valor de la hora ordinaria–, bien por días de permiso.

El convenio de **Centros públicos concertados de atención a discapacitados de Navarra**, por su parte, adopta un criterio mucho más restrictivo al autorizar las horas extraordinarias por causa de fuerza mayor. En cuanto a su compensación, se establece que podrá ser por abono económico o tiempo de descanso, a razón del 150% de la hora ordinaria.

Finalmente, cinco convenios de empresa regulan esta materia. En relación a las causas que justifican las horas extraordinarias, los convenios plantean de forma mayoritaria un criterio restrictivo, autorizando su realización por motivos urgentes, imprevistos o en casos imprescindibles. La única excepción la constituye el convenio del **Consortio comarcal de Servicios Sociales de L'Horta Nord**, que establece que podrán realizarse por deseo expreso de la empresa.

En cuanto al sistema de compensación, suelen contemplarse los dos mecanismos habituales (abono económico y tiempo de descanso). Un caso singular lo constituye, al respecto, el convenio de la **Clínica psiquiátrica Padre Menni** que establece dos baremos para la compensación económica: en los supuestos normales, se abonará

por un valor equivalente al de la hora ordinaria; en cambio, cuando el personal de la empresa imparta formación a otros trabajadores del mismo centro, fuera de la jornada ordinaria, se pagarán los siguientes importes: 80 euros/hora (personal facultativo o licenciados); 36,06 euros/hora (personal de enfermería o diplomados); y 30,05 euros/hora, para el resto del personal.

2.3.4.3. Descansos

El **XI Convenio de Centros de Asistencia, Atención, Diagnóstico, Rehabilitación y Promoción de personas con discapacidad** se limita, en relación a esta materia, a señalar que los trabajadores tendrán derecho a un descanso semanal de 36 horas ininterrumpidas (similar al establecido por ley). Una regulación sorprendentemente escasa, máxime considerando que se trata de un subsector donde las prolongaciones de jornada diaria y el encadenamiento sucesivo de varios días de trabajo es una práctica relativamente frecuente⁷³.

En el ámbito autonómico, tres convenios abordan esta materia. Así, el convenio de **Residencias y centros de día para la atención a personas con discapacidad psíquica severa y profunda de Cataluña** incluye una cláusula sobre el descanso semanal, que se limita a reproducir las disposiciones del Estatuto de los Trabajadores.

El convenio de **Centros y servicios de atención a personas discapacitadas de la Comunidad Valenciana** mejora la norma legal, en cambio, al establecer que todo el personal tendrá derecho a un descanso semanal continuado de 48 horas en sábado y domingo (excepto en los supuestos en que las características de los trabajos no lo permitan).

Finalmente, el convenio de **Centros públicos concertados de atención a discapacitados de Navarra** también mejora la norma legal, aunque en relación a los descansos intrajornada, en una doble dimensión: ampliando su duración de 15 a 20 minutos para los trabajadores con jornadas continuadas de más de 6 horas; y reconociendo el derecho, para los trabajadores con jornadas continuadas de entre 5 y 6 horas, a un descanso de 10 minutos.

⁷³ El XII convenio estatal incorpora un apartado específico más amplio dedicado a los descansos, que en términos generales reproduce, asimismo, los criterios del ET.

En el ámbito de empresa, cinco convenios regulan los descansos intrajornada, que, en general, amplían las disposiciones estatutarias sobre esta materia.

Así, el convenio de la empresa **Sant Joan de Deu (Serveis de Salut Mental)** establece un descanso de 20 minutos para los trabajadores que tengan una jornada continuada de 5 o más horas. Asimismo, el convenio dispone que –si se realizan jornadas prolongadas de 12 horas en días alternos– el personal tendrá derecho a 45 minutos de descanso.

El convenio de la empresa **Adisco Centro Especial de Empleo (Corella)** reconoce el derecho a un descanso diario de 15 minutos para todos los trabajadores, con independencia del tipo de jornada –continuada o partida– o su duración (Artículo 14). Y el convenio de la empresa **Aspace Centro Especial de Empleo (Noáin)** incluye una cláusula similar, pero que además amplía la duración del descanso a 20 minutos.

El convenio del **Centro Especial de Empleo Canraso (Tudela)** también mejora la norma legal, al reconocer el derecho a un descanso de 10 minutos para los trabajadores que tengan jornadas continuadas de entre 4,5 y 6 horas.

La regulación convencional del descanso intrajornada en la empresa **Nasermo, S.L (Noáin)** se limita a reproducir, en cambio, la disposición legal sobre esta materia.

Finalmente, sólo cuatro convenios abordan los descansos semanales, de los que tres aplican los criterios legales⁷⁴. La única variación de detecta en el convenio del **Consorcio comarcal de Servicios Sociales de L'Horta Nord**, que mejora la regulación legal reconociendo el derecho a un descanso continuado de 48 horas semanales a disfrutar sábados y domingos, excepto cuando las características del trabajo no lo permitan.

2.3.4.4. Vacaciones

La regulación general de esta materia en el **XI Convenio de Centros de Asistencia, Atención, Diagnóstico, Rehabilitación y Promoción de personas con discapacidad** reproduce los criterios lega-

⁷⁴ Fundación San Rosendo, Clínica psiquiátrica Padre Menni. y Sant Joan de Deu (Serveis de Salut Mental)

les, determinando que todo el personal tendrá derecho a disfrutar 30 días naturales de vacaciones anuales –preferentemente en verano– que no podrán ser sustituidos por una compensación económica⁷⁵.

Por otra parte, el convenio incluye una cláusula específica sobre el personal de los Centros Educativos, que reconoce los siguientes derechos (Anexo I, Artículo 8):

- (a) Cada año, alternativamente, el 50% del personal docente de los Centros de Enseñanza con residencia disfrutará quince días más de vacaciones de verano. Al profesorado al que no corresponda disfrutar dicho incremento de vacaciones tendrá derecho a percibir ese mes un plus compensatorio por importe de 162,27 euros. Asimismo, disfrutarán de seis días de vacaciones en Semana Santa y ocho días en Navidad.
- (b) El profesorado de los Centros de Enseñanza donde no exista internado tendrá derecho a iniciar las vacaciones de verano una semana después de los alumnos y a incorporarse una semana antes del regreso de estos. En Navidad y Semana Santa tendrán las mismas vacaciones que los alumnos.
- (c) El resto del personal de los Centros de Enseñanza disfrutará hasta un total de dieciocho días naturales más de vacaciones al año distribuidos en cuatro periodos, dos de los cuales incluirán preferentemente fechas de Semana Santa y Navidad. Los restantes se disfrutarán aprovechando los periodos de inactividad o menor actividad de los servicios.
- (d) Las empresas y los trabajadores podrán establecer un calendario interno de vacaciones en el que podrán ampliar la duración de las mismas, así como fiestas laborales y permisos especiales, salvando la debida atención de los servicios que deban funcionar.

Todos los convenios sectoriales autonómicos incluyen cláusulas sobre las vacaciones anuales, que con frecuencia mejoran la regulación fijada en el ámbito estatal.

⁷⁵ El XII convenio reconoce expresamente la posibilidad de disfrutar las vacaciones fuera del período del verano, siempre que las necesidades del servicio lo permita. Asimismo, incluye una cláusula que puede ser valorada de forma positiva, en la que se establece que –si las vacaciones fueran interrumpidas por motivo de internamiento clínico– los días que dure el mismo no se computarán como período vacacional, pudiendo disfrutarse como tal posteriormente.

Así, el convenio de **Talleres de disminuidos psíquicos de Cataluña** establece la duración del período vacacional en 30 días naturales, a disfrutar preferentemente en verano. Además, determina que aquellos trabajadores que –por necesidades de la empresa y de acuerdo con los mismos– disfruten las vacaciones fuera del período estival, tendrán derecho a cinco días laborables más. Por último, y como buena práctica, se reconoce que los trabajadores de nuevo ingreso tendrán derecho a la parte proporcional de las vacaciones.

El convenio de **Residencias y centros de día para la atención a personas con discapacidad psíquica severa y profunda de Cataluña**, establece que los trabajadores tendrán derecho a 30 días naturales de vacaciones al año ininterrumpidos en el período estival, más 8 días naturales que se consensuarán en el calendario laboral. Asimismo, se reconoce el derecho a la parte proporcional de las vacaciones para los trabajadores que no hayan cumplido un año de servicios.

Por otra parte, este convenio determina que los períodos de vacaciones –una vez fijados por la dirección– no variarán como consecuencia de los procesos de incapacidad temporal (IT) de los afectados, con la única excepción de la maternidad, que mantendrá su derecho a disfrutar del período vacacional dentro del año natural en que se produzca esta situación.

El convenio de **Escuelas de educación especial de Cataluña** establece una regulación diferenciada para los distintos grupos profesionales. Así, para los grupos de personal docente y técnico se fijan 2 meses de vacaciones en verano, a las que se suman las que establece el calendario escolar en Navidad y Semana Santa. Y para el resto de los trabajadores –personal administrativo y de servicios generales–, se reconoce el derecho a 55 días ininterrumpidos –más los días fijados en Navidad y Semana Santa– reconociéndose el compromiso de ampliarlas hasta igualar los dos meses que disfrutaban los trabajadores de los dos grupos anteriores.

Por otra parte, el convenio incluye una cláusula que puede ser considerada como buena práctica, donde se determina que –en el caso de que el tiempo de IT por accidente laboral coincida total o parcialmente con el período de vacaciones– éstas se podrán disfrutar a continuación del alta médica o en otras fechas, de mutuo acuerdo entre la empresa y el trabajador.

El convenio de **Centros y servicios de atención a personas discapacitadas de la Comunidad Valenciana** establece que todo el

personal afectado por el mismo disfrutará de un mes de vacaciones al año, preferentemente en verano.

La duración de las vacaciones se amplía en 15 días más para los trabajadores de los centros ambulatorios y de atención temprana. Asimismo, se establece que el personal de estos centros tendrá derecho a las mismas vacaciones que se establezcan para el alumnado en el calendario escolar.

Por otra parte, el convenio establece que los trabajadores de los Centros Especiales de Empleo tendrán derecho a seis días laborables más de vacaciones, distribuidos a lo largo del año.

También se reconoce que el resto de los trabajadores afectados por el convenio tendrá derecho a disfrutar de 13 días laborables de vacaciones, durante los períodos de Navidad y Semana Santa.

Finalmente, el convenio de **Centros públicos concertados de atención a discapacitados de Navarra** fija las vacaciones en 30 días naturales al año. También se recoge una cláusula, que puede ser valorada de forma positiva, en la que se determina que –una vez fijado el calendario definitivo de vacaciones– éste no variará por motivos de IT, salvo en los siguientes supuestos: (a) accidente de trabajo que conlleve una baja de 7 días o más; (b) baja maternal o riesgo durante el embarazo; y (c) hospitalización previa al inicio del período vacacional. Cuando concurra alguna de estas circunstancias, coincidiendo con los días de vacaciones, el trabajador tendrá derecho a disfrutar de los mismos posteriormente.

En el ámbito de empresa, todos los convenios regulan asimismo esta materia, mediante cláusulas cuyo contenido presenta algunas variaciones.

Así, en relación a la duración del período vacacional, el criterio más extendido es el de fijar 30 días naturales. No obstante, algunos convenios amplían este período a 31 días naturales⁷⁶, e incluso a 34 (en el supuesto de que las vacaciones no puedan disfrutarse entre junio y septiembre)⁷⁷. Otros convenios optan por agregar días de vacaciones al período normal del mismo; por ejemplo, reconociendo 1 semana durante las navidades⁷⁸, o 3 días festivos no incluidos en el calendario oficial⁷⁹.

⁷⁶ Asociación para la promoción del minusválido PROMI (Andalucía).

⁷⁷ Sant Joan de Deu (Serveis de Salut Mental).

⁷⁸ Centro Especial de Empleo Canraso (Tudela).

⁷⁹ Sant Joan de Deu (Serveis de Salut Mental).

Un caso singular lo constituye el convenio del **Consortio comarcal de Servicios Sociales de L'Horta Nord**, que amplía el período normal de vacaciones para el personal de los distintos centros, en una línea similar a la apuntada para el convenio autonómico de la Comunidad Valenciana.

Una buena práctica convencional, que se recoge en la mayoría de los convenios⁸⁰, es el reconocimiento del derecho a disfrutar de la parte proporcional de las vacaciones a los trabajadores que lleven menos de 1 año de servicio. Asimismo, también merecen una valoración positiva las cláusulas que establecen el derecho a fraccionar el disfrute de las vacaciones⁸¹, en la línea recomendada por la Organización Internacional del Trabajo.

Finalmente, también pueden destacarse como buenas prácticas las cláusulas que contemplan la posibilidad de recuperar los días de vacaciones, en los supuestos en que éstas se hayan interrumpido por motivos de incapacidad temporal.

Así, cuatro convenios⁸² establecen que – en el supuesto de que el tiempo de IT por accidente laboral grave o muy grave coincida total o parcialmente con el período de vacaciones– el trabajador tendrá derecho a disfrutar, una vez reincorporado, un número de días de vacaciones igual al tiempo de las mismas que haya coincidido con la baja.

Por otra parte, los convenios de las empresas **Adisco Centro Especial de Empleo (Corella)** y **Aspace Centro Especial de Empleo (Noáin)** reconocen asimismo este derecho en los supuestos en el que trabajador sea hospitalizado durante sus vacaciones, siempre que se produzca pernocta en el centro, como consecuencia de un proceso de enfermedad común o accidente no laboral.

El convenio del **Centro Especial de Empleo Canraso (Tudela)**, por último, determina que tendrán derecho a un nuevo periodo de vacaciones las trabajadoras a las que les coincidan sus vacaciones

⁸⁰ La única excepción es el de la Asociación para la promoción del minusválido PROMI (Andalucía).

⁸¹ Fundación San Rosendo; Clínica Psiquiátrica Padre Menni; Sant Joan de Deu (Serveis de Salut Mental); Asociación para la promoción del minusválido PROMI (Andalucía); Disminuidos físicos de Aragón; Adisco Centro Especial de Empleo (Corella); y Aspace Centro Especial de Empleo (Noáin).

⁸² Adisco Centro Especial de Empleo (Corella); Aspace Centro Especial de Empleo (Noáin); Nasermo, S.L (Noáin); y Centro Especial de Empleo Canraso (Tudela).

con el tiempo de suspensión del contrato, por maternidad o riesgo durante el embarazo.

2.3.4.5. Conciliación de la vida laboral y familiar

El **XI Convenio de Centros de Asistencia, Atención, Diagnóstico, Rehabilitación y Promoción de personas con discapacidad** aborda esta materia a través de diversas cláusulas cuyo contenido – en términos generales– reproduce los criterios legales.

El único elemento diferencial concierne a los permisos retribuidos, ya que el convenio mejora la regulación legal ampliando de 2 a 3 días el derecho del personal a una licencia –previo aviso y justificación– en los casos de nacimiento o adopción de hijo/a o por el fallecimiento, accidente o enfermedad grave u hospitalización de conviviente, parientes hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad. Igualmente, en el supuesto que el trabajador necesitase realizar un desplazamiento, se incrementa el plazo a 5 días (uno más que el fijado por el ET).

En el ámbito autonómico, el tratamiento de esta materia sigue igualmente los criterios marcados en la ley o en el convenio estatal (en el supuesto apuntado). No obstante, algunos convenios incorporan cláusulas que en algunos casos suponen una ampliación de derechos.

Así, el convenio de **Escuelas de educación especial de Cataluña** establece que todo el personal tendrá derecho a permiso retribuido –previo aviso y justificación posterior– para la asistencia a consulta médica, o para acompañar a la misma a un familiar hasta el primer grado de consanguinidad.

Este derecho también es contemplado en el convenio de **Centros y servicios de atención a personas discapacitadas de la Comunidad Valenciana**. Este convenio reconoce asimismo el derecho a una reducción de la jornada a los trabajadores que –por razones de guarda legal– tengan a su cuidado directo a un menor de 8 años, en vez de los 6 fijados por la ley⁸³.

Por otra parte, el convenio plantea que las mujeres que asistan a cursillos prenatales podrán solicitar –a partir del sexto mes de emba-

⁸³ La Ley de Igualdad ha modificado la disposición del ET, ampliando la edad máxima del menor que da derecho a reducción de jornada a 8 años.

razo— un permiso retribuido de una hora diaria, tres veces a la semana. Una regulación más restrictiva que la del Estatuto de los Trabajadores, que determina que las trabajadoras podrán disponer del tiempo indispensable para asistir a esos cursos cuando se realicen durante la jornada de trabajo.

El convenio de **Centros públicos concertados de atención a discapacitados de Navarra**, por último, mejora los criterios fijados en el ámbito estatal para los permisos retribuidos en los siguientes supuestos: (a) 4 días naturales por nacimiento de hijo; (b) 6 días naturales por fallecimiento de cónyuge e hijos, que se ampliarán a 7 por necesidad de desplazamiento a otras localidades; y (c) 5 días naturales por ingreso en un centro hospitalario, superior a 1 día, de cónyuge e hijos, que se ampliarán a 6 en caso de desplazamiento a otras localidades.

Otra cláusula positiva es la ampliación del período legal de maternidad en dos semanas, retribuidas al 100% del salario, siempre que la trabajadora opte por disfrutar al menos 4 de las 18 semanas antes del parto y —en el momento de la solicitud— no estuviera en situación de incapacidad temporal.

Asimismo, este convenio mejora la regulación legal de las excedencias por cuidados familiares, al ampliar el período de la misma de 1 a 3 años, con derecho a reserva del puesto de trabajo y a mantener el cómputo de antigüedad durante el primer año⁸⁴.

En el ámbito de empresa, todos los convenios incluyen cláusulas relativas a la conciliación de la vida laboral y familiar, cuyo contenido reproduce en términos generales los criterios legales sobre esta materia. No obstante, el tratamiento de algunas cuestiones específicas presenta elementos diferenciales relevantes.

Así, en relación a los permisos retribuidos, algunos convenios amplían la duración fijada en el ámbito estatal para determinados supuestos: 4 días en el caso de nacimiento de hijos, ampliable si se precisa desplazamiento a otra localidad⁸⁵; y 4⁸⁶ o 7⁸⁷ días, en el su-

⁸⁴ La Ley de Igualdad ha ampliado el plazo máximo de excedencia por esta causa a 2 años.

⁸⁵ Adisco Centro Especial de Empleo (Corella); Aspace Centro Especial de Empleo (Noáin); Centro Especial de Empleo Canraso (Tudela); y Nasermo, S.L (Noáin).

⁸⁶ Adisco Centro Especial de Empleo (Corella) y Aspace Centro Especial de Empleo (Noáin)

⁸⁷ Centro Especial de Empleo Canraso (Tudela); y Nasermo, S.L (Noáin).

puesto de fallecimiento de cónyuge o hijos, también ampliable en caso de desplazamiento.

Por otra parte, distintos convenios contemplan el derecho a un permiso retribuido para asistir a consulta médica, o bien para acompañar a familiares a la misma⁸⁸.

Finalmente, en cuanto a la reducción de jornada el convenio del **Centro Especial de Empleo Canraso (Tudela)** reconoce el derecho de las trabajadoras embarazadas a una reducción de la jornada de 2 horas al día, en el mes anterior al parto. Por su parte, el convenio de la empresa **Nasermo S.L.** reconoce la posibilidad de sustituir el derecho a la pausa durante el período de lactancia por una reducción de la jornada de 1 hora, ampliando así en 30 minutos el tiempo fijado a tales efectos en el Estatuto de los Trabajadores.

2.3.5. Formación profesional

El **XI Convenio de Centros de Asistencia, Atención, Diagnóstico, Rehabilitación y Promoción de personas con discapacidad** establece que todos los trabajadores afectados por el mismo tendrán derecho a 30 horas anuales, dentro de su jornada laboral, para su formación en el propio centro de trabajo o para realizarla fuera del mismo. En este último supuesto, queda a criterio de la empresa la concesión de permisos para la formación cuando lo solicite más de un trabajador, y coincidan total o parcialmente las fechas del curso al que quieran asistir (Artículo 45)⁸⁹.

Por otra parte, el convenio incluye una cláusula específica relativa al personal docente de los Centros Educativos, en la que se establece que tendrá derecho a 35 o 43 horas anuales dentro de su jornada laboral –según se trate, respectivamente, de centros con o sin internado–, para la formación, se desarrolle o no en el propio centro de trabajo. Asimismo, el personal docente podrá asistir a cursos de per-

⁸⁸ Consorcio comarcal de Servicios Sociales de L'Horta Nord; Asociación para la promoción del minusválido PROMI (Andalucía); Adisco Centro Especial de Empleo (Corella); Aspace Centro Especial de Empleo (Noáin); Centro Especial de Empleo Canraso (Tudela); y Nasermo, S.L (Noáin).

⁸⁹ El XII convenio estatal incorpora una nueva cláusula, en la que se establece que –cuando la empresa realice cursos de perfeccionamiento y el trabajador participe en los mismos– los gastos de matrícula, desplazamientos y residencia, serán por cuenta de aquella.

feccionamiento –previo permiso de la empresa– y tendrá derecho a percibir su retribución durante su duración, siempre que la Administración educativa pague el sustituto. Para el resto del personal de los centros educativos, se reconocen las mismas 30 horas anuales que para los trabajadores de otros centros (Anexo 1, Artículo 9)⁹⁰.

Todos los convenios autonómicos regulan la formación profesional, a través de cláusulas cuyo contenido mejora en algunos aspectos los criterios fijados en el ámbito estatal.

Así, una práctica frecuente es la ampliación del número de horas anuales disponibles como derecho para la formación, bien a 40⁹¹, 60⁹² o hasta 65⁹³. Un caso singular lo constituye el convenio **Centros públicos concertados de atención a discapacitados de Navarra**, que establece 30 horas anuales *obligatorias* para el personal técnico y de oficio, y 20 para el resto de personal.

En relación a otros aspectos, los convenios de **Talleres de disminuidos psíquicos de Cataluña** y **Centros públicos concertados de atención a discapacitados de Navarra** son los únicos que prevén la elaboración de planes anuales de formación por las empresas, que se confeccionarán en consulta con los representantes de los trabajadores.

Finalmente, en el ámbito de empresa todos los convenios –salvo el de la **Asociación para la promoción del minusválido PROMI (Andalucía)**– abordan la formación profesional. La regulación convencional de esta materia se limita, en general, a determinar el derecho a la formación en los términos previstos por la ley.

Algunos convenios incluyen, por último, cláusulas que abordan aspectos específicos, como la elaboración de planes anuales de formación⁹⁴ o la previsión sobre los gastos de la misma⁹⁵.

⁹⁰ El XII convenio unifica el criterio para los Centros Educativos, estableciendo que todo el personal de los mismos –docente o no– tendrá derecho a 40 horas anuales de formación.

⁹¹ Centros y servicios de atención a personas discapacitadas de la Comunidad Valenciana.

⁹² Residencias y centros de día para la atención a personas con discapacidad psíquica severa y profunda de Cataluña; y Escuelas de educación especial de Cataluña

⁹³ Talleres de disminuidos psíquicos de Cataluña.

⁹⁴ Clínica psiquiátrica Padre Menni; Disminuidos físicos de Aragón; Adisco Centro Especial de Empleo (Corella); Aspace Centro Especial de Empleo (Noáin); Centro Especial de Empleo Canraso (Tudela); y Nasermo, S.L (Noáin).

⁹⁵ Consorcio comarcal de Servicios Sociales de L'Horta Nord; Disminuidos físicos de Aragón; y Centro Especial de Empleo Canraso (Tudela).

2.3.6. Prevención de riesgos laborales

El **XI Convenio de Centros de Asistencia, Atención, Diagnóstico, Rehabilitación y Promoción de personas con discapacidad** aborda esta materia en relación a diversas cuestiones –vigilancia de la salud, ropa de trabajo, protección de la maternidad, medidas de emergencia, formación y participación de los trabajadores– cuyo tratamiento reproduce en general los criterios de la Ley 31/1995, o incluso se limita a remitir a la misma. No obstante, el convenio también incluye algunas cláusulas que, bien desarrollan los contenidos de la norma legal, bien presentan alguna variación.

Así, en relación a la ropa de trabajo, se establece que –cuando la empresa no facilite la misma– ésta abonará al trabajador una cantidad de 30 euros anuales por este concepto. Un derecho que afecta a las categorías de: *Profesor y adjunto de taller; Cuidadores; Auxiliares; Oficial de primera y segunda; Cocinero; Ayudante de cocina; Personal de servicio doméstico; Personal no cualificado; Conserje; Ordenanza, Portero; y Vigilante* (Artículo 32).

El convenio también aborda la planificación de las medidas de emergencia, determinando que todos los centros de trabajo deberán contar con un Plan específico actualizado sobre esta materia, que incluya el Plan de evacuación de acuerdo con los criterios legales vigentes (Artículo 66).

Asimismo, se establece el compromiso de desarrollar en 6 meses –tras la firma del convenio– el Plan de Evaluación de Riesgos previsto por la ley, cuyos resultados deberán ser comunicados a los representantes de los trabajadores (Artículo 66).

El convenio estatal dispone, asimismo que se impartirá a todos los trabajadores una formación teórica y práctica de 15 horas como mínimo en materia de prevención, con cargo al cómputo de 30 horas disponible para todos los trabajadores para actividades formativas (Artículo 68).

Finalmente, el convenio estatal establece que la participación de los trabajadores se encauzará a través de las dos figuras establecidas por la Ley 31/1995: Delegados de prevención y Comité de Seguridad y Salud (Artículo 67).

El contenido de los convenios autonómicos reproduce, en general, los criterios legales, incluyendo la regulación de la participación de los trabajadores, aunque algunos incorporan cláusulas que constituyen una mejora en determinados aspectos.

Una práctica especialmente positiva, que se contempla en tres convenios, es la delimitación de enfermedades profesionales específicas del subsector; así, el convenio de **Residencias y centros de día para la atención a personas con discapacidad psíquica severa y profunda de Cataluña** plantea que la Seguridad Social y las mutuas patronales deberían calificar como tales las enfermedades neurológicas, las infecto-contagiosas y las dorso-lumbares (Artículo 44).

El convenio de **Centros y servicios de atención a personas discapacitadas de la Comunidad Valenciana**, por su parte, señala que se propondrán a la Seguridad Social como enfermedades profesionales las siguientes: (a) enfermedades neurológicas crónicas; (b) patologías otorrino-laringológicas; (c) enfermedades infecto-contagiosas crónicas; (d) alergias crónicas, (e) desviaciones y enfermedades de columna; y (f) enfermedades músculo-esqueléticas (Artículo 73).

El convenio de **Escuelas de educación especial de Cataluña** añade, a las propuestas anteriores, dos aspectos novedosos: (a) la especificación de las enfermedades osteo-articulares (hernia discal, pinzamientos vertebrales, meniscopatías, periartrosis escapúlohumeral, lumbalgias, cervicalgias, etc.); y (b) la inclusión de la *afectación psicológica motivada por causa profesional* (Artículo 43.2.5); un elemento especialmente destacable, máxime considerando el escaso tratamiento de los riesgos laborales psicosociales en el conjunto de convenios del sector de la atención a la dependencia.

Este último convenio incluye, además, otra cláusula que puede valorarse igualmente como una buena práctica: la consideración del acoso moral como riesgo de la salud laboral, definiéndose el mismo como *todas las conductas que, despreciando la dignidad personal, ejercen una presión psicológica de forma sistemática y recurrente durante un tiempo prolongado sobre una persona o personas en el lugar de trabajo* (Artículo 43.7).

Finalmente, el convenio de **Centros públicos concertados de atención a discapacitados de Navarra** contempla dos medidas que también pueden destacarse positivamente: (a) la creación de un protocolo de investigación de accidentes e incidentes laborales, a fin de detectar las causas que hayan producido un daño a los trabajadores en cada centro, e implantar medidas correctoras y preventivas; y (b) la obligación de impartir a todas las personas que ingresen en las empresas una formación inicial en materia de prevención, que abordará específicamente los siguientes aspectos: descripción física del lugar de trabajo; situaciones concretas sobre conductas inadaptadas; y medidas preventivas para el puesto de trabajo (Artículo 31).

En el ámbito de empresa, todos los convenios siguen de forma mayoritaria las pautas establecidas por la ley de prevención. El único convenio donde se han detectado elementos diferenciales significativos es el del **Consortio comarcal de Servicios Sociales de L'Horta Nord**, que incluye dos cláusulas que pueden destacarse como buenas prácticas.

Así, por una parte el convenio reconoce el derecho del personal a revisiones médicas anuales específicas, como: audiometría; control de visión; análisis de sangre y orina; historia clínica; exploración médica general; y exploraciones especiales como electrocardiogramas, espirometría, etc. (Artículo 70).

Por otra, se establece que la comisión paritaria gestionará ante la autoridad competente la creación de un servicio especializado en enfermedades profesionales, y propondrá asimismo a la Seguridad Social que se consideren como tales las siguientes (Artículo 71): (a) enfermedades neurológicas crónicas; patologías otorrino-laringológicas; (c) enfermedades infecto-contagiosas crónicas; (d) alergias crónicas, y (e) desviaciones y enfermedades de columna.

2.4. Nota sobre los Acuerdos laborales y convenios colectivos de las Administraciones Públicas

La regulación colectiva de las condiciones de trabajo del personal funcionario y laboral de las Administraciones Públicas trata de forma agregada las condiciones de trabajo, por lo que no es posible analizar –salvo en aspectos muy concretos– la situación de los trabajadores que prestan sus servicios en la atención a la dependencia. Por esta razón, se ha optado por incluir una breve nota sobre aquellas cuestiones concretas que se han detectado en los Acuerdos laborales de la Administración Pública y los sindicatos –de aplicación a los funcionarios– y los convenios colectivos que afectan al personal laboral⁹⁶.

Así, en relación al personal funcionario la única referencia específica se ha encontrado en el **Acuerdo entre la Administración de la Junta de Extremadura y las Organizaciones sindicales para la mejora de las condiciones de trabajo y de la prestación de servi-**

⁹⁶ Se han considerado únicamente los convenios suscritos en el ámbito estatal y de las Comunidades Autónomas. No se aborda en cambio el ámbito de la Administración Local, cuyo análisis excedería ampliamente los objetivos del estudio.

cios públicos en el ámbito de la Administración General de la Junta de Extremadura.

Concretamente, este acuerdo plantea que se promoverá la creación de empleo público en áreas de especial trascendencia para los ciudadanos, incluyendo las Residencias y otros servicios especializados de atención a las personas mayores (Artículo 5).

Los convenios colectivos de aplicación al personal laboral, por su parte, realizan un tratamiento más desagregado de este sector, en relación a la clasificación profesional y las retribuciones.

Así, el **Convenio único para el personal laboral de la Administración General del Estado** incluye –dentro de las once áreas funcionales a las que deben adscribirse los trabajadores – dos relacionadas con la atención a la dependencia: sanitaria y asistencial (Artículo 18)⁹⁷.

Por otra parte, el convenio detalla los diferentes grupos y categorías profesionales, según el ámbito ministerial de referencia. En esta clasificación se incluye, por ejemplo, el personal del IMSER-SO. Asimismo, se detallan las retribuciones para los distintos grupos y categorías profesionales.

La comparación entre los niveles retributivos fijados para el personal laboral de la Administración General del Estado (AGE), con los establecidos en los convenios de los otros subsectores presenta una cierta complejidad. No obstante, una aproximación a los salarios base fijados en el ámbito estatal permite apuntar que el personal laboral de la AGE percibe en términos generales una retribución superior a la establecida –para categorías profesionales similares– en los dos convenios de aplicación al sector de atención a la dependencia.

En el ámbito de las Administraciones Autonómicas, la mayoría de los convenios no diferencia las categorías profesionales en función del ámbito funcional de referencia. La única excepción la constituye el **Convenio colectivo del personal laboral de la Comunidad de Madrid**, en el que se detallan las categorías profesionales asignadas a cada una de las áreas de actividad y consejerías de la Comunidad Autónoma.

⁹⁷ El II Convenio, suscrito en 2006, reagrupa las 11 áreas funcionales en tres: Gestión y servicios comunes; Técnica y profesional; y Actividades específicas. Dentro de esta última área, se incluyen las actividades relacionadas con la atención a la salud en su vertiente preventiva, clínica y asistencial.

En segundo lugar, la mayor parte de los convenios colectivos no menciona la titulación o formación profesional requerida a los trabajadores para ocupar tales categorías. Por lo general, los convenios suelen delimitar únicamente las funciones y tareas que se tienen que realizar para el desempeño del trabajo.

En este sentido, se encuentran casos excepcionales como los de los convenios de Castilla y León y Cantabria en los que sí se define específicamente la titulación académica correspondiente a cada una de las categorías. Así por ejemplo, en este último convenio se contempla que para la categoría de *Celador Sanitario* se requiere una titulación de Graduado Escolar, Graduado en Educación Secundaria, Formación Profesional de Primer Grado, Ciclos Formativos de Grado Medio o equivalente; mientras que para la de *Empleado de servicios* se requiere el Certificado de Escolaridad o equivalente.

Por otra parte, se aprecia asimismo cierta indeterminación a la hora de delimitar las funciones de las distintas categorías profesionales, lo que lleva en algunos casos al solapamiento de funciones entre unas categorías y otras. A modo de ejemplo, el **V Convenio Colectivo del Personal laboral de la Junta de Extremadura** contempla que el *ATE-Cuidador* “en casos excepcionales, en ausencia del A.T.S. administra los medicamentos orales y tópicos preparados previamente por éste y remite la ropa de uso personal a la lavandería y realiza los cambios posturales que le sean encomendados”.

Este tipo de regulación centrada en la polivalencia de ciertas categorías profesionales –que se da fundamentalmente en las categorías intermedias e inferiores– puede suponer en último término el solapamiento de funciones y tareas que son propias de una determinada categoría o, en otros casos, un empeoramiento del servicio de atención prestado, por la falta de delimitación de las mismas a una u otra categoría profesional.

3. ESTRATEGIAS DE LOS AGENTES SOCIALES

El objetivo de este capítulo es completar el análisis de las relaciones laborales en el sector de la atención a la dependencia, incidiendo en una doble dimensión: el contexto de la negociación colectiva, destacando algunos factores que inciden significativamente en su desarrollo; y los criterios de las organizaciones empresariales y sindicales, en relación a las distintas materias consideradas en el estudio.

3.1. Contexto de la negociación colectiva

Las relaciones laborales en el sector de la atención a la dependencia están muy determinadas por el notable grado de heterogeneidad del mismo, que se manifiesta en diferentes aspectos.

Así, esta diversidad caracteriza en primer lugar a la estructura empresarial, coexistiendo en el sector entidades muy diferentes en relación a criterios como su tamaño o la naturaleza jurídica de las mismas (desde empresas mercantiles a cooperativas u organizaciones sin ánimo de lucro).

Una segunda dimensión concierne al ámbito funcional del sector, que integra actividades de muy distinto tipo, y que además ha experimentado un rápido desarrollo durante la última década –que se espere continúe a medio plazo– incorporando nuevos servicios (por ejemplo, los de teleasistencia).

Por último, otro aspecto relevante lo constituye el desigual grado de implantación de los servicios sociales en el ámbito territorial, que incide a su vez en el distinto desarrollo de las entidades privadas –con ánimo de lucro o no– que participan de la gestión de los mismos en las distintas Comunidades Autónomas.

Todos estos factores han determinado que, tradicionalmente, la representación de los intereses empresariales en el sector se haya caracterizado por un notable grado de disparidad.

Así, las primeras organizaciones empresariales en España surgen a nivel territorial, en el ámbito de las Residencias para personas mayores. Estas organizaciones fueron confluyendo progresivamente en la *Federación Nacional de Centros y Servicios de Mayores* (FNRPTE), que se constituye como la principal asociación de las empresas con ánimo de lucro del subsector.

Esta asociación experimenta posteriormente una escisión, de la que surgen otras dos organizaciones: la *Asociació Catalana de Recursos Assistencials* (ACRA); y la *Federación de Residencias de la Tercera Edad* (FEDERTER), que agrupa a asociaciones empresariales de distintas Comunidades Autónomas como Castilla-La Mancha, Andalucía, Galicia, Asturias, Comunidad Valenciana y Castilla y León. Asimismo, dentro de esta última organización se incluyen asociaciones específicas como AESTE –que representa a las 15 grandes empresas del sector residencial y ASADE, que agrupa a las empresas dedicadas a la prestación de servicios de ayuda a domicilio.

Posteriormente, se crea la *Confederación Española de Atención a la Dependencia* (CEAD) en la que se intenta aglutinar a la mayor parte de las organizaciones empresariales del sector entre las que figuran ACRA, AESTE y ASADE, entre otras. El resto de de las organizaciones quedan integradas dentro de la antigua FNRPTE que pasa a denominarse *Federación Nacional de Centros y Servicios de Mayores* (FNM).

En paralelo a estos procesos, se conforma asimismo una asociación empresarial destinada a representar los intereses de las entidades sin ánimo de lucro dedicadas a la atención a personas en situación de dependencia, y que se denomina *Federación de Residencias y Servicios de atención a los Mayores –Sector Solidario* (conocida como LARES)

En la actualidad se está configurando una asociación cuyo objetivo es aglutinar toda la representación empresarial denominada *Federación Empresarial de Asistencia a la Dependencia* (FED). Tiene representación en todas las Comunidades Autónomas, salvo en Canarias y La Rioja –donde se están creando asociaciones vinculadas– y en todos los subsectores de actividad dedicados a la atención a las personas en situación de dependencia.

En cuanto a los centros para personas con discapacidad, la representación empresarial también ha experimentado una evolución diversa en las últimas décadas. Así, hasta finales de la pasada década existían dos patronales principales: la *Asociación Nacional de Centros de Educación Especial* (ANCEE), asociación mayoritaria en la negociación colectiva; y la *Confederación Española de Centros de Enseñanza* (CECE), de ámbito religioso.

Posteriormente, surgen dos nuevas organizaciones: *Apoyo Empresarial por la Discapacidad* (AEDIS); y la *Federación Española Empresarial de Asociaciones de Centros Especiales de Empleo* (FEACEM), en la que se integran otras organizaciones que formaban parte de ANCEE.

La coexistencia de distintas patronales con intereses diversos, poco articulados y en ocasiones opuestos, ha determinado un contexto especialmente conflictivo para el normal desarrollo de las relaciones laborales. Ello se manifiesta, por ejemplo, en las dificultades que se plantean a la hora de constituir las mesas de negociación y que han llevado incluso a la impugnación de convenios suscritos en el ámbito estatal por algunas organizaciones, que han cuestionado la representatividad de las partes que suscribían los mismos (Cuadro III.10).

Esta situación también ha repercutido negativamente a la hora de abordar—en los procesos de negociación colectiva— la regulación de algunas materias especialmente significativas, como es la clasificación profesional.

CUADRO III.10.
Procesos de impugnación de los convenios colectivos estatales de Residencias, Centros de Día y Servicio de Ayuda a Domicilio

Fecha	Tribunal	Demandante	Demandado	Sentencia
07/11/1997	Audiencia Nacional	FERENO	FNRPTE	Desestimada
10/11/1997	Audiencia Nacional	ARPTE	FNRPTE	Desestimada
08/01/1998	Audiencia Nacional	GREMIO	FNRPTE	Desestimada
11/01/2002	Audiencia Nacional	ASADE	FNRPTE	Desestimada
16/06/2003	Tribunal Supremo	ASADE	FNRPTE	Desestimada
05/11/2003	Audiencia Nacional	FEDERTER	FNM	Desestimación parcial
	Audiencia Nacional	UGT-FEDERTER	FNM	Desestimada

Fuente: Federación Nacional de Centros y Servicios de Mayores, en www.fnrpte.com.

Por último, las organizaciones sindicales también se han encontrado con diversas dificultades para la articulación de la defensa de los derechos de los trabajadores, debido a las características del empleo en el sector, que se caracteriza por un elevado volumen de temporalidad y rotación. A ello se añaden otros factores como: la presencia de trabajadores que prestan sus servicios como autónomos; el hecho de que muchas de las actividades desarrolladas por muchas organizaciones sin ánimo de lucro sean cubiertas por personal voluntario, que en buena medida sustituyen empleo asalariado; y la existencia de un volumen indeterminado de economía sumergida, particularmente en actividades como la ayuda a domicilio.

3.2. Criterios de las organizaciones empresariales y sindicales

El análisis de los criterios adoptados por los agentes sociales permite destacar algunos aspectos relevantes sobre los procesos de negociación colectiva.

Así, en relación a la estructura de la negociación se plantean dos aspectos: por una parte, existe un consenso más o menos general a la hora de plantear la necesidad de convenios marco de ámbito estatal, que regulen una serie de condiciones mínimas para el conjunto de los trabajadores.

Por otra, se constatan mayores divergencias en relación a la delimitación del ámbito sectorial, en la medida en que algunas organizaciones empresariales consideran negativa la progresiva ampliación del mismo en los sucesivos convenios estatales. La razón que se plantea es que un sector que integra actividades tan diversas no puede regularse desde un único convenio.

En cuanto al contenido material de los convenios, es posible apuntar los siguientes elementos:

(a) *Empleo y contratación.* La mayor parte de las organizaciones empresariales están de acuerdo en que son necesarias cláusulas de estabilidad en el empleo, que contribuyan a reducir la temporalidad existente en el sector.

No obstante, desde algunas organizaciones se apunta la conveniencia de incluir en los convenios cláusulas que permitan el incumplimiento de los compromisos en esta materia, en aquellos casos en que su ejecución incida negativamente en la situación económica de las empresas.

Los sindicatos, por su parte, valoran positivamente las cláusulas de estabilidad en el empleo, aunque también remarcan la dificultad de seguimiento de las mismas, ya que en la práctica no suelen articularse mecanismos de evaluación o control.

(b) *Clasificación profesional.* Los agentes sociales coinciden en que es necesario actualizar el sistema de clasificación, en diversos aspectos. Por una parte, mediante la reducción del amplio número de categorías existentes, que en muchos casos se han quedado obsoletas; por otra, a través de la homologación de aquellas categorías profesionales que no tienen adscrita una formación profesional concreta.

Los agentes sociales consideran prioritaria, asimismo, una mayor regulación de algunas categorías profesionales relevantes, como son las de *Gerocultor*, *Auxiliar de ayuda a domicilio* y *Teleoperador*. Para ello, se plantea que es necesario establecer una titulación académica o certificación específica para estas categorías, que posibilite una mayor profesionalización de los trabajadores encuadrados en las mismas (y que a menudo no tienen la cualificación necesaria para desarrollar sus funciones).

Algunas patronales del subsector de Ayuda a domicilio, en cambio, no son partidarias de una regulación específica, entendiéndolo que resulta más conveniente delimitar categorías profesionales polivalentes, que permitan abarcar las diferentes funciones y actividades requeridas para este servicio.

Por último, hay que señalar que los agentes sociales valoran positivamente la constitución de observatorios como un instrumento de análisis válido que les permita identificar y evaluar las principales cuestiones que presenta el sector en este ámbito, así como crear mecanismos que permitan mejorar el empleo y las cualificaciones de los trabajadores del sector.

(c) *Retribuciones*. Existe consenso entre los agentes sociales a la hora de señalar que la determinación de las retribuciones está condicionada, en buena medida, por el hecho de que la mayoría de las empresas prestan sus servicios en régimen de concertación con las Administraciones Públicas (que son las que establecen el precio de los servicios, constatándose notables diferencias a nivel territorial)⁹⁸.

En este sentido, desde el ámbito sindical se señala a los bajos salarios como uno de los principales factores que provoca la elevada rotación de los trabajadores, un hecho que redundaría de forma muy negativa asimismo en la calidad de la atención a los usuarios de los servicios.

(d) *Tiempo de trabajo*. La posición de los agentes sociales en relación a esta materia presenta diferencias significativas. Así, desde el ámbito sindical se consideran prioritarias cuestiones como: la reducción progresiva de la jornada anual máxima; una mayor regula-

⁹⁸ Este tema se ha abordado en detalle en el capítulo II.

ción convencional de los descansos intrajornada y semanales, o un mayor seguimiento y control de los mecanismos de distribución irregular del trabajo.

Las organizaciones empresariales, en cambio, consideran que la reducción de la jornada máxima afectaría muy negativamente al desarrollo normal de la actividad, en la medida en que las empresas no podrían asumir nuevas contrataciones para asegurar la cobertura de los servicios. Por otra parte, se demanda un mayor grado de flexibilidad en la ordenación de la jornada, que se justifica por las especiales características de los servicios.

Por último, los agentes sociales también destacan la inclusión de cláusulas referidas a la conciliación de la vida laboral y familiar –aunque se limiten a reproducir la norma legal–, con el objetivo de potenciar su aplicación en el ámbito de la empresa.

(e) *Formación profesional.* Existe consenso al señalar que esta materia es una cuestión clave en la profesionalización del sector. Así, se estima necesaria la creación de una titulación académica que conlleve una formación profesional homogénea para todo el sector y que permita –en último término– mejorar la cualificación de los trabajadores y con ello la atención a los usuarios.

De forma específica, los agentes sociales plantean la conveniencia de mejorar la formación de ciertos grupos de trabajadores (como los que tienen una mayor edad). Asimismo, se plantea la situación específica de los trabajadores inmigrantes, en relación a aspectos como la homologación de las titulaciones.

(f) *Prevención de los riesgos laborales.* Los agentes sociales coinciden a la hora de identificar los riesgos laborales, tanto los físicos debidos al movimiento de personas –lesiones musculares, esqueléticas, etc.– como los psicosociales, provocados por el desgaste emocional que supone el tratar con personas en situación de dependencia.

Desde el punto de vista de las patronales, se pone de manifiesto que las actuaciones de prevención se realizan, sobre todo, en las grandes empresas y que para las pequeñas es más difícil realizar todas las acciones contempladas en los convenios colectivos. Algunas organizaciones estiman asimismo necesario adecuar la regulación de la seguridad y salud en el trabajo a cada uno de los subsectores, en función

de las características de cada uno de ellos. En general, se valora que los organismos encargados de esta materia (Comisiones sectoriales de seguridad e higiene en el trabajo) son poco operativos.

Las organizaciones sindicales consideran prioritario un mayor esfuerzo en esta materia, especialmente en relación a determinados ámbitos donde existen dificultades para el desarrollo de medidas de prevención, como el Servicio de Ayuda a domicilio.

Por último, los sindicatos también señalan que existe una necesidad de mayor apoyo y una falta de recursos y de personal para realizar las tareas de vigilancia y prevención en la empresa, que en muchas ocasiones no son realizadas adecuadamente en toda su extensión.

IV

CONCLUSIONES

La *Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia* constituye un avance histórico en la evolución de la legislación sobre protección social en España, en la medida en que, por primera vez, se regula la atención a la dependencia como un derecho universal de ciudadanía, que se configura así como el cuarto pilar del Estado del bienestar.

Un aspecto particularmente relevante de la ley es que se reconoce expresamente que la mejora de la atención a la dependencia está asociada, entre otros aspectos, a la calidad del empleo de los trabajadores que prestan sus servicios a los usuarios del sistema.

Las condiciones de trabajo en el sector de atención a las personas dependientes en España se caracterizan, en términos generales, por una serie de aspectos críticos como son: un elevado nivel de contratación temporal; bajos niveles retributivos; limitada implantación de mecanismos de promoción del personal en las empresas; escaso nivel de profesionalización de determinadas actividades; insuficiente desarrollo de la formación y reciclaje de los conocimientos de los trabajadores, sobre todo en las PYMES; y la incidencia de determinados riesgos laborales, particularmente de tipo psicosocial, debido a factores como las frecuentes prolongaciones de jornada o las sobrecargas de trabajo.

Todos estos elementos inciden de forma especialmente negativa en la calidad del empleo, como ponen de manifiesto los elevados índices de rotación, absentismo, desmotivación e incluso “fugas” de los trabajadores hacia otros sectores (especialmente, el sanitario); una situación cuyas consecuencias exceden el ámbito estrictamente laboral, ya que repercuten de forma igualmente negativa en la atención recibida por los usuarios.

La calidad del empleo es un concepto que afecta a diversas variables, y cuya promoción puede realizarse desde distintas áreas de actuación. El presente estudio se ha centrado en un campo de interven-

ción específico, como es la negociación colectiva. La hipótesis central es que las organizaciones sindicales y empresariales pueden promover –desde la autonomía colectiva– una mejor regulación de las condiciones de trabajo en este sector, favoreciendo así también una mayor calidad de la prestación de servicios a las personas dependientes.

El punto de partida de la investigación es un análisis general de la atención a la dependencia en España, incidiendo en los determinantes demográficos y sociales de su desarrollo. Esta panorámica se ha completado con una aproximación detallada a los principales servicios sociales en este campo, en relación tanto a sus características en los distintos territorios –en aspectos como su grado de cobertura o el precio de los mismos– como al empleo y las condiciones de trabajo.

El núcleo central del estudio lo constituye, sin embargo, el análisis de la estructura y contenidos de la negociación colectiva, abordándose concretamente los convenios vigentes en 2005 de aplicación a los subsectores de Residencias, Centros de Día, Servicio de Ayuda a Domicilio y Centros para Personas con Discapacidad.

Este análisis ha tenido como primer paso la delimitación del universo de convenios, una tarea de cierta complejidad debido al elevado nivel de heterogeneidad del sector, en el que coexisten empresas muy diversas en relación a variables como el tamaño, naturaleza jurídica o ámbito funcional. Una vez fijado el universo, se ha procedido a su análisis a partir de una tipología de contenidos, que permite el examen comparado de la regulación –en las diferentes unidades de negociación, sectoriales y de empresa– de las materias consideradas en el estudio.

El examen de los convenios se ha completado, por último, con una aproximación a los factores que determinan el desarrollo de las relaciones laborales en el sector, así como a los criterios de los agentes sociales en relación a las diferentes materias tratadas en la negociación colectiva.

1. PRINCIPALES RESULTADOS

La negociación colectiva en el sector de la atención a la dependencia incluye 74 convenios, que se estructuran en los siguientes ámbitos¹:

¹ No se incluyen los acuerdos y convenios de las Administraciones Públicas. Para una descripción de la base de convenios y sus restricciones, Cf. capítulo III.1. El listado de convenios analizados se recoge en el anexo final del libro.

(a) 2 convenios colectivos de ámbito sectorial estatal; (b) 19 convenios colectivos de ámbito sectorial autonómico; (c) 8 convenios de ámbito sectorial provincial; y (d) 45 convenios de empresa.

Su estudio tiene como elemento central de referencia el contenido de los dos convenios estatales vigentes en 2005: uno que se aplica a los subsectores de Residencias, Centros de Día y Servicio de Ayuda a Domicilio; y otro para los Centros de Personas con Discapacidad.

Ambos convenios suponen la continuidad de un proceso iniciado años atrás, que pone de manifiesto la voluntad de los agentes sociales de establecer marcos generales de regulación, que garanticen condiciones mínimas para los trabajadores en el conjunto del Estado; un enfoque que puede valorarse positivamente, considerando que el sector de atención a la dependencia presenta –como ya se ha apuntado– un elevado grado de diversidad, tanto en términos de estructura empresarial como de condiciones de trabajo.

Este enfoque es especialmente patente en el ámbito de los subsectores de Residencias, Centros de Día y Servicio de Ayuda a Domicilio, donde el convenio estatal tiene una clara vocación de ordenación de la negociación colectiva, e incluso de jerarquización en términos materiales (sin perjuicio de la aplicación preferente del convenio que, en conjunto, sea más favorable).

Otra característica relevante de los dos convenios estatales es la progresiva ampliación de sus ámbitos de aplicación sectorial, en relación a las ediciones anteriores; un hecho que se explica por la rápida evolución del sector de atención a la dependencia, que ha integrado progresivamente nuevas actividades en la última década².

Esta tendencia se manifiesta asimismo con una cláusula que –en el convenio estatal de Residencias, Centros de Día y Servicio de Ayuda a Domicilio– establece que quedan afectadas por el mismo las divisiones, líneas de negocio, secciones y otras unidades productivas autónomas dedicadas a la prestación de los servicios afectados por su ámbito de aplicación, aun cuando la actividad principal de la empresa en que se hallen integradas sea distinta o tenga más de una actividad perteneciente a diversos sectores productivos.

² De hecho, los dos nuevos convenios estatales suscritos en 2006 –IV y XII respectivamente– vuelven a ampliar su ámbito funcional.

Esta cláusula es particularmente relevante, ya que establece como criterio central para la aplicación del convenio que una empresa realice algunas de las actividades específicas incluidas dentro de su ámbito funcional, con independencia de que desarrolle otros servicios que excedan el mismo. Un criterio que debe ser valorado positivamente, máxime considerando el desarrollo en los últimos años de las empresas multiservicios, y su creciente presencia en el sector de atención a la dependencia.

En cuanto a su contenido material, los dos convenios se limitan a reproducir en muchos aspectos la normativa legal, pero también incorporan diversas cláusulas que mejoran los criterios de la misma en relación a distintas materias.

Por otra parte, la regulación convencional de las distintas materias en los ámbitos inferiores de negociación –sectoriales y de empresa– sigue en términos generales las pautas fijadas en el ámbito estatal. No obstante, se han detectado diferentes cláusulas que mejoran los contenidos de los convenios estatales, aunque asimismo otras que suponen un empeoramiento de los mismos.

La exposición de los resultados de la investigación se ha centrado en el análisis de los contenidos de la negociación colectiva, tomando como eje los ámbitos funcionales delimitados en los dos convenios estatales de referencia.

1.1. Residencias, Centros de Día y Servicio de Ayuda a Domicilio

El análisis se centra en las siguientes materias: empleo y contratación; clasificación profesional; retribuciones; tiempo de trabajo; formación profesional; y prevención de riesgos laborales.

1.1.1. Empleo y contratación

El convenio estatal establece como un objetivo prioritario el fomento de la estabilidad en el empleo, vinculándolo expresamente a la garantía de una mayor calidad de los servicios recibidos por los usuarios. Un planteamiento que debe valorarse de forma especialmente positiva, máxime considerando los elevados niveles de temporalidad y rotación que presenta el empleo en estos subsectores.

La consecución de este objetivo se regula a través de cuatro tipos de cláusulas: compromisos de creación de empleo indefinido; tratamiento de la causalidad en los dos grandes contratos temporales estructurales; mecanismos de provisión de vacantes; y cláusulas relativas a la subrogación de personal.

1.1.1.1. Compromisos de creación de empleo estable

El convenio estatal determina unos porcentajes obligados de contratación indefinida para todas las empresas afectadas por el mismo, que se amplían progresivamente durante su período de vigencia hasta situarse en el 70% de la plantilla en 2005³. De forma inversa, se establece que el volumen de contratación temporal se reducirá progresivamente, con la excepción de los contratos en prácticas y formativos⁴.

En cuanto al desarrollo de estos compromisos, el convenio señala que las empresas podrán acceder a los programas de las Administraciones Públicas que fomenten la transformación de los contratos temporales en indefinidos. Asimismo, se establece que las empresas que no cumplan los objetivos establecidos, deberán transformar los contratos temporales en indefinidos hasta completar los porcentajes fijados, por orden de antigüedad, y excluyendo los contratos interinos.

La regulación convencional de esta cláusula en los ámbitos inferiores de negociación reproduce en general las previsiones fijadas en el ámbito estatal. No obstante, en algunos casos se ha detectado una flexibilización de los topes marcados, distinguiéndose dos grupos: los convenios que reducen el volumen obligatorio de contratación indefinida, llegando a situarlo como extremo en el 33% de la plantilla en 2005 (menos de la mitad del porcentaje del convenio estatal); y los que amplían los topes, como máximo en algunos casos hasta el 85% del personal para ese año.

En términos más cualitativos, se ha detectado en un convenio de empresa una cláusula donde se autoriza la posibilidad de reducir los porcentajes obligados de contratación indefinida, en el supuesto de que su consecución ponga en peligro la continuidad de la empresa (y siempre que se justifique adecuadamente, con el acuerdo de la repre-

³ En el IV convenio estatal se amplía este porcentaje al 77% del personal.

⁴ Asimismo, se establece una moratoria de 18 meses para aquellos centros y servicios de nueva apertura, excluyendo el supuesto de subrogación.

sentación legal de los trabajadores). Una cláusula que puede ser valorada de forma negativa, ya que el convenio marco estatal –que fija las condiciones mínimas– no prevé el “descuelgue” de los compromisos de creación de empleo estable por ninguna causa, se haya negociado o no con los representantes de los trabajadores.

1.1.1.2. Identificación de causas de contratación temporal

El análisis se ha centrado en la delimitación de las causas que autorizan la celebración de los dos contratos temporales estructurales más utilizados: el contrato para obra o servicio determinado y el contrato eventual.

En términos generales, los convenios de los diferentes ámbitos de negociación realizan una mala regulación del contrato para obra o servicio determinado, favoreciendo así el uso inadecuado de esta modalidad contractual. La delimitación de las causas que autorizan el contrato eventual es más correcta, en cambio, ajustándose al diseño legal del mismo.

El convenio estatal establece que el contrato para obra o servicio determinado podrá ser utilizado, entre otros supuestos, cuando el presupuesto anual de las Administraciones Públicas para las que se presta el servicio comporte variaciones, por su carácter de servicio temporal, respecto a la solicitud de prestación del servicio.

Este supuesto se explica por el hecho de que las empresas del sector, en un elevado porcentaje, desarrollan sus actividades en el marco de la contratación concertada con las Administraciones Públicas, lo que genera una fuerte dependencia de las mismas. En este sentido, aunque el contrato para obra se refiera a tareas que se incardinan dentro de la actividad normal y permanente de la empresa, la sustantividad y autonomía de las mismas se hace derivar de la circunstancia de que –por el modo de organizar su actividad económica– la continuidad o no de los servicios depende de forma directa de las empresas clientes.

La identificación de este supuesto como causa para esta modalidad contractual ha sido avalada por la jurisprudencia del Tribunal Supremo, aunque también criticada desde diversas perspectivas, en la medida en que merma el principio de causalidad⁵.

⁵ El IV convenio estatal ahonda en esta línea, estableciendo como otro supuesto la realización de contratos con las Administraciones Públicas de carácter

En cuanto al contrato eventual, el convenio estatal establece que podrá utilizarse cuando concurren dos supuestos, que se acomodan al diseño legal del mismo⁶: **(a)** cuando transitoriamente aumente el grado medio de dependencia del conjunto de las personas atendidas, utilizando cualquiera de las escalas de valoración reconocida por la correspondiente Administración Pública; y **(b)** cuando la ocupación de la residencia o centro de día exceda del 80% de su capacidad máxima autorizada.

En los ámbitos inferiores de negociación, los convenios reproducen en general los criterios fijados en el ámbito estatal. Algunos convenios, en cambio, se limitan a reproducir o remitir al Estatuto de los Trabajadores (ET); una práctica que, en relación a los contratos para obra o servicio determinado, puede considerarse como poco útil, considerando el diseño legal tan flexible y ambiguo de esta modalidad contractual.

Por otra parte, en el subsector de Servicio de Ayuda a Domicilio se han detectado tres cláusulas relativas al uso de los contratos para obra o servicio determinado, que pueden destacarse como malas prácticas convencionales.

Así, un convenio autoriza la celebración de esta modalidad contractual en base a las características peculiares de la actividad del Servicio de Ayuda a Domicilio, cuya ejecución aunque limitada en el tiempo es de duración incierta. Esta cláusula puede valorarse de forma especialmente negativa, ya que no justifica causalmente la realización de este tipo de contrato en base a tareas con sustantividad y autonomía propias, sino que se autoriza su celebración por la propia naturaleza del subsector; una regulación que, en última instancia, puede utilizarse como mecanismo de legitimación de la adopción de un determinado modelo de organización productiva, basado en el uso extensivo de esta modalidad contractual.

Otro convenio, por su parte, determina que este contrato podrá celebrarse para la prestación de servicios de duración incierta. Una cláusula que también es susceptible de crítica, en la medida en que el ET especifica claramente que esta modalidad contractual sólo po-

temporal y determinado. Asimismo, se añade un tercero –la existencia de circunstancias especiales de duración incierta que impliquen aumento de la actividad asistencial– que estaría más relacionado con el diseño legal del contrato eventual.

⁶ El IV convenio estatal, en cambio, elimina cualquier referencia a supuestos concretos, limitándose a remitir a la norma legal.

drá utilizarse para tareas cuya duración no sólo sea incierta, sino también limitada en el tiempo.

Finalmente, un tercer convenio identifica como supuesto la cobertura de aquellas tareas o trabajos suficientemente diferenciados por el volumen adicional de trabajo que representan; un supuesto que, sin embargo, corresponde al diseño legal de los contratos eventuales.

1.1.1.3. Provisión de vacantes

El tratamiento de esta cuestión en la negociación colectiva ha optado, en términos generales, por otorgar preferencia de ingreso a los puestos vacantes indefinidos de la empresa a los trabajadores previamente vinculados a ésta; un criterio que puede valorarse positivamente, en la medida en que contribuye a potenciar la estabilidad en el empleo.

Así, el convenio estatal establece que los puestos vacantes o de nueva creación –siempre que sean indefinidos– serán cubiertos a través de un doble procedimiento: **(a)** mediante convocatoria interna, en primera instancia, a la que tendrá derecho todo el personal que pertenezca a la misma empresa en igualdad de condiciones, siempre que reúna los requisitos que se exijan para el desarrollo del puesto de trabajo y conforme a un baremo de valoración⁷; y **(b)** si la plaza no se cubre por el procedimiento anterior, mediante convocatoria externa a través de pruebas de capacitación acordes con el perfil del puesto de trabajo.

La regulación de esta materia en los ámbitos inferiores de negociación reproduce en general las pautas del convenio estatal, aunque el contenido de algunos convenios presenta algunas variaciones.

Así, en los subsectores de Residencias y Centros de Día algunos convenios plantean una regulación más restrictiva, en una doble dimensión: **(a)** excluyendo de los procedimientos apuntados la cobertura de puestos de trabajo de confianza, que se realizaría en base a criterios de libre designación; y **(b)** estableciendo que tendrá preferencia, en primer lugar, los trabajadores del centro de trabajo, y posteriormente del resto de la empresa.

⁷ El IV convenio estatal presenta dos elementos diferenciales respecto de esta regulación: por una parte, se restringe el derecho de preferencia al personal que pertenezca al mismo centro, y no al conjunto de la empresa; por otra, se excluye expresamente de este procedimiento a los puestos de confianza de la empresa.

Por otra parte, un criterio común a distintos convenios del Servicio de Ayuda a Domicilio es el de establecer que la cobertura de vacantes se realizará, preferentemente, mediante la ampliación de la jornada de aquellos trabajadores que estén contratados a tiempo parcial. Una regulación positiva, que se fundamenta en el elevado número de personas que trabajan en estas condiciones en el subsector.

Finalmente, un convenio de este subsector recoge una cláusula que también puede destacarse como buena práctica convencional, en la que se establece que –a la hora de cubrir las vacantes existentes en un servicio concertado con la Administración Pública– tendrá derecho de preferencia el personal adscrito a los servicios privados contratados directamente con particulares. Un derecho que se sustenta en los niveles retributivos más bajos de dichos trabajadores, en relación a las personas que trabajan en los servicios concertados.

1.1.1.4. Subrogación de personal

El convenio estatal aborda diferentes aspectos relativos a la subrogación de personal, con el objetivo expreso de mantener la estabilidad en el empleo, conseguir la profesionalización del sector y evitar en la medida de lo posible la proliferación de contenciosos. Un objetivo que puede valorarse de forma muy favorable, considerando que la sucesión de empresas que prestan un mismo servicio –generalmente en régimen de concertación con la Administración Pública– es una práctica muy extendida en estos subsectores.

La regulación del convenio estatal desarrolla las pautas generales fijadas en el artículo 44 del ET, especialmente en relación a la delimitación de los supuestos en los que se reconoce al personal de la empresa saliente el derecho a la subrogación. Cuando concurren las circunstancias definidas en dichos supuestos, la nueva empresa titular se subrogará en todos los derechos y obligaciones que tuvieran reconocidos los trabajadores en su anterior empresa, debiendo entregar al personal un documento en el que se refleje el reconocimiento de dichos derechos –con mención expresa al menos a la antigüedad y categoría– dentro de los treinta días siguientes a la subrogación.

Asimismo, en los casos de subrogación de los representantes del personal, la empresa entrante respetará las garantías sindicales establecidas, tanto en el propio convenio como en la legislación vigente.

Por último, se establece que el carácter vinculante de esta regulación convencional no desaparecerá en los casos en que la empresa adjudicataria del servicio suspendiese el mismo por un período inferior a dos meses. Del mismo modo, tampoco se anula la subrogación de personal si el arrendatario del servicio suspendiese el mismo por un período no superior a seis meses, siempre que se acredite que el servicio se hubiese reiniciado con la misma u otra empresa.

En los ámbitos inferiores de negociación, la mayoría de los convenios se limita, bien a reproducir las pautas fijadas en el ámbito estatal, bien a remitir a la norma legal. No obstante, algunos convenios incluyen cláusulas que mejoran el contenido del convenio marco.

Así, constituye una buena práctica la reducción –o incluso eliminación– del período de antigüedad necesario para disfrutar el derecho de subrogación, en la medida en que extiende las perspectivas de continuidad del trabajador en la nueva empresa⁸.

También pueden destacarse favorablemente las cláusulas que regulan la situación del personal que desarrolla su actividad en diferentes centros de trabajo, cuando el cambio de adjudicación afecta a uno o varios de los mismos. En estos casos, se establece que la empresa cesante y adjudicataria gestionarán el pluriempleo legal del trabajador.

Un caso singular lo constituye una cláusula que plantea que las empresas a quienes las Administraciones Públicas adjudiquen servicios por primera vez, o cuyo porcentaje de horas anuales adjudicadas resulte incrementado, deberán integrar en su plantilla un determinado número de trabajadores/as de las empresas cuyos porcentajes de adjudicación se reduzca.

Por otra parte, también se han detectado convenios cuya regulación sobre determinados aspectos puede valorarse en términos negativos. Por ejemplo, los que amplían el período de antigüedad fijado en el ámbito estatal para tener derecho a la subrogación, pues restringe las perspectivas de continuidad de los trabajadores; o los convenios que incrementan el período temporal que permite a una empresa anular la subrogación, con motivo de la suspensión del servicio.

Finalmente, de forma excepcional, se ha detectado una cláusula que exime a la empresa adjudicataria de respetar los incrementos retributivos de los trabajadores que se hubiesen producido en los tres

⁸ El convenio estatal establece una antigüedad mínima de tres meses para el personal activo de la empresa saliente.

meses anteriores a la fecha de subrogación (salvo que proviniesen de cambio de anualidad, revisión del convenio o revisión de acuerdos anteriores). Una cláusula que constituye una mala práctica, pues establece una restricción a la subrogación en materia salarial, mientras que el convenio estatal –y el propio Artículo 44.1 del ET– determina expresamente que la nueva empresa titular asumirá todos los derechos y obligaciones reconocidas en la anterior empresa.

1.1.2. Clasificación profesional

El tratamiento de la clasificación profesional está muy condicionado por la evolución de la negociación colectiva en estos subsectores, que en sus fases iniciales incorporaba categorías relacionadas con otras actividades productivas –como la hostelería– que se han mantenido en el texto de los convenios. Ello explica que en la actualidad muchos convenios recojan un excesivo número de categorías profesionales, que –en muchos casos–, bien están obsoletas, o bien no se corresponden con las actividades propias del subsector o la empresa.

La regulación de esta materia en el convenio estatal plantea una distinción entre las Residencias y Centros de Día, por un lado, y el Servicio de Ayuda a Domicilio por otro⁹.

Así, para las Residencias y Centros de Día el convenio adopta un sistema de clasificación mixto, que parte del establecimiento de seis grupos según el nivel de titulación, conocimiento o experiencia exigidos para su ingreso. Sobre esta base, el convenio concreta un amplio número de categorías profesionales que se encuadran en los distintos grupos, así como aquellas que –en su caso– quedarían asimiladas a efectos económicos. Asimismo, señala que –en virtud de la tarea a realizar y de la idoneidad de la persona–, cuando no se crea necesario la exigencia de titulación, el contrato determinará el grupo en el cual se tiene que integrar la persona contratada de acuerdo con los conocimientos y las experiencias necesarias con relación a las funciones a ejercer.

En cuanto al Servicio de Ayuda a Domicilio, el convenio no emplea un sistema de clasificación mixto, limitándose a enumerar las categorías profesionales del subsector (en un número mucho más reducido que para los dos anteriores).

⁹ En el IV convenio estatal se añaden, además, las categorías profesionales específicas para el subsector de Servicios de Teleasistencia.

Por otra parte, el convenio estatal también aborda la movilidad funcional de los trabajadores, prohibiendo de forma expresa destinar al personal a ocupar un puesto de trabajo correspondiente a un grupo inferior. No obstante, el convenio autoriza que se puede asignar a los trabajadores, de forma excepcional, a la realización de funciones de inferior categoría, respetando los criterios establecidos por el ET. Asimismo, se reconoce la posibilidad de destinar al personal a tareas correspondientes a una categoría superior, reproduciendo también en este caso las pautas de la norma legal.

Los convenios de ámbito inferior presentan una notable variedad en relación al número de categorías que contemplan, que en la mayoría de los casos son similares a las fijadas en el ámbito estatal. No obstante, también se han detectado diversos convenios en los que se contemplan diferentes categorías profesionales no recogidas en el estatal.

Por otra parte, en términos generales, se detecta una insuficiente especificación de los requerimientos formativos y de cualificación relativos a las categorías profesionales. Incluso, en el caso de algunas categorías especialmente relevantes se observa un tratamiento significativamente diferenciado¹⁰.

En cuanto a la movilidad funcional, la mayoría de los convenios reproduce los criterios del ámbito estatal, aunque también algunos incorporan cláusulas cuyo contenido presenta variaciones. Particularmente, cabe destacar de forma positiva las cláusulas que establecen un límite temporal concreto para la asignación de los trabajadores a tareas de inferior categoría.

1.1.3. Retribuciones

El análisis de esta materia se ha centrado específicamente en la comparación, entre los distintos convenios, de los salarios base fijados para algunas categorías profesionales especialmente relevantes en los distintos subsectores¹¹.

¹⁰ Por ejemplo, algunos convenios determinan para la categoría de Gerocultor –que no tiene asociada titulación– las funciones propias de la de Auxiliar de enfermería, cuyo desempeño sí requiere la titulación correspondiente. Otros convenios, en cambio, asimilan ambas categorías en una.

¹¹ Concretamente, en el subsector de Residencias se han considerado seis categorías: Gerente/Administrador; Médico; ATS-DUE; Gerocultor; Auxiliar administrativo; y Limpiador. Y para los Centros de Día, las de Titulado Medio y Auxiliar administrati-

El examen realizado permite destacar dos aspectos relevantes: los bajos niveles retributivos que, en términos generales, perciben los trabajadores de dichas categorías; y la existencia de diferencias relevantes entre las retribuciones de categorías profesionales similares (registrándose desviaciones muy significativas en relación a la media).

Esta situación se explica, en buena medida, por el hecho que la mayoría de las empresas desarrollan sus actividades en régimen de concertación con las Administraciones Públicas territoriales. Un factor que condiciona la fijación de los niveles retributivos de estas empresas en una doble dimensión: por una parte, debido a la dependencia de la financiación de las distintas Administraciones Públicas, que en muchos casos establecen un precio de concertación significativamente bajo, a lo que se suma en muchos casos la restricción o incluso congelación de los presupuestos.

Por otra, las diferencias en las retribuciones fijadas para categorías profesionales similares están estrechamente asociadas al precio fijado en los pliegos de la concertación, constatándose variaciones muy importantes –para un mismo servicio– entre las distintas Comunidades Autónomas¹².

1.1.4. *Tiempo de trabajo*

Esta materia es una de las que ha recibido mayor atención por los agentes sociales, abordándose su regulación en la práctica totalidad de los convenios. Para su análisis, en el estudio se han considerado las cláusulas relativas a cinco temas: delimitación de la jornada, horas extraordinarias; descansos; vacaciones; y conciliación de la vida laboral y familiar.

1.1.4.1. *Delimitación de la jornada*

El convenio estatal plantea una regulación diferenciada, en algunos aspectos, para los distintos subsectores.

vo. En el caso de los Centros de Día, se han analizado dos: Titulado medio y Auxiliar administrativo. Por último, para el Servicio de Ayuda a Domicilio se han comparado también dos categorías: Responsable de coordinación y Auxiliar de ayuda a domicilio.

¹² Para el análisis de las características de los servicios sociales en el ámbito territorial, incluido el precio de los mismos, Cf. capítulo II.3.2.1.

Así, para las Residencias y Centros de Día se establece una jornada máxima anual, que además se va reduciendo cada año durante el período de vigencia del convenio, hasta situarse en 1.792 horas en 2005.

En cuanto al Servicio de Ayuda a Domicilio, el convenio estatal fija una jornada máxima anual de 1.755 horas, sin contemplar –a diferencia de los otros subsectores– la reducción de la misma. El convenio establece, asimismo, una serie de normas específicas para los diferentes tipos de jornada contemplados en este subsector (completas, a tiempo parcial y especiales); una regulación que se explica por las peculiares características de este tipo de servicio.

Por otra parte, en relación a la ordenación flexible de la jornada, el convenio estatal –como norma común para los tres subsectores– se acoge a la posibilidad que brinda el Estatuto de los Trabajadores para prolongar la jornada máxima diaria (establecida en nueve horas).

En los convenios de ámbito inferior, la regulación de la jornada presenta algunas variaciones en relación a los criterios fijados a nivel estatal. Así, en relación a las Residencias y Centros de Día, diversos convenios flexibilizan el límite anual de horas, estableciéndose un intervalo que oscila entre un tope de 1.592 horas al año y otro –superior al estatal– de 1.820 horas. Resultan menos frecuentes, en cambio, los convenios –todos de empresa– que optan por fijar un tope semanal de horas, que varían entre las 37 y las 40.

Por otra parte, y como práctica que puede valorarse positivamente, diversos convenios –mayoritariamente, de Residencias y Centros de Día– contemplan la previsión de reducción de la jornada anual máxima durante su período de vigencia.

En relación a la ordenación flexible de la jornada, la mayoría de convenios de ambos subsectores incorporan cláusulas de prolongación de la jornada diaria, reproduciendo los criterios del ámbito estatal. Algunos convenios, en cambio, plantean otro tipo de fórmula, como es el reconocimiento a las empresas de la posibilidad de modificar los horarios de trabajo, en función de diversos criterios.

Los convenios de ámbito inferior en el Servicio de Ayuda a Domicilio, por su parte, presentan asimismo variaciones en relación al límite de la jornada anual, que oscila entre un tope máximo de 1.592 horas al año y otro –superior al estatal– de 1.826 horas.

En cuanto a la ordenación flexible de la jornada, los convenios de este subsector reproducen los criterios fijados en el ámbito estatal para la prolongación de la jornada diaria.

Finalmente, se ha detectado en algunos convenios del Servicio de Ayuda a Domicilio una cláusula novedosa en la que se fija una jornada mínima obligatoria, cuyo objetivo es garantizar un número de horas laborables fijo al mes. Esta disposición puede valorarse positivamente, en la medida en que asegura un determinado volumen de actividad –y, por tanto, de ingresos– para los trabajadores del subsector.

1.1.4.2. Horas extraordinarias

La práctica totalidad de los convenios autoriza la realización de horas extraordinarias únicamente por causas urgentes e imprevistas, en situaciones excepcionales o incluso por razones de fuerza mayor. Una regulación notablemente restrictiva, y en cierto modo contradictoria con el tratamiento convencional de la ordenación flexible de la jornada, que –como ya se ha apuntado– contempla la posibilidad de prolongar la jornada máxima diaria fijada en convenio.

Este tratamiento restrictivo se pone de manifiesto también en la determinación del número máximo de horas extraordinarias, que en el convenio estatal se fija en 50 al año (una cifra inferior a las 80 permitidas por el Estatuto de los Trabajadores). El tope de 50 horas también se recoge en muchos de los convenios de ámbito inferior, aunque otros optan por reproducir el criterio legal.

Las mayores diferencias entre los distintos convenios se encuentran, sin embargo, a la hora de concretar los sistemas de compensación (especialmente, en relación al abono económico).

Así, el convenio estatal establece que las horas extraordinarias se compensarán preferentemente en tiempo de trabajo, o se abonarán al 175% del valor de la hora ordinaria. En cuanto a los ámbitos inferiores, destacan las notables diferencias en el abono económico, cuyo importe oscila entre un valor mínimo del 31% y un máximo del 200% –sobre el valor de la hora ordinaria diurna– y entre el 51% y el 250%, en el caso de la hora nocturna.

1.1.4.3. Descansos

El tratamiento de esta materia se contempla con relativa frecuencia en los convenios de los distintos subsectores, especialmente en relación a los descansos intrajornada y los semanales.

El convenio estatal reproduce el criterio del ET para los descansos intrajornada que determina que –siempre que la duración de la jornada diaria continuada exceda de seis horas– se establecerá un periodo de descanso durante la misma de 15 minutos de duración, que tendrá la consideración de tiempo efectivo de trabajo a todos los efectos.

En cuanto al descanso semanal, el convenio estatal sigue igualmente la norma legal al señalar que el personal tendrá derecho a un descanso mínimo semanal de día y medio (36 horas) sin interrupción. Dicho descanso deberá coincidir obligatoriamente en domingo, al menos una vez cada seis semanas, excepto para aquellos trabajadores con contratos específicos de fin de semana.

La única salvedad se establece para el subsector de Servicio de Ayuda a Domicilio, determinándose que el descanso semanal se disfrutará los fines de semana, salvo las jornadas establecidas para la atención en tales días.

Los convenios de ámbito inferior reproducen en términos generales los criterios fijados en el ámbito estatal, aunque algunos incluyen cláusulas que mejoran su contenido.

Así, una buena práctica la constituye el reconocimiento de una pausa diaria para todos los trabajadores, con independencia del tipo de jornada (continuada o partida). Otros convenios optan, en cambio, por reconocer este derecho a los trabajadores con jornada continuada inferior a seis horas, que es el límite marcado por la ley. Asimismo, diversos convenios amplían la duración del descanso a 20 minutos, incluso en algún caso a media hora.

Un tratamiento singular de este tema se aborda en un convenio de Residencias y Centros de Día, que establece el derecho a una pausa de 15 minutos cada dos horas de trabajo, para los trabajadores que utilicen pantallas de ordenador con exposiciones de dos o más horas continuadas. Una cláusula que puede valorarse de forma particularmente positiva, en la medida en que contribuye favorablemente a la prevención de riesgos laborales.

En cuanto a los descansos semanales, algunos convenios mejoran la regulación legal ampliando la duración de los mismos a 48 horas ininterrumpidas.

1.1.4.4. Vacaciones

El convenio estatal establece que el período de vacaciones anuales será retribuido, su duración será de treinta días naturales –el mí-

nimo marcado por el Estatuto de los Trabajadores– y se disfrutarán preferentemente durante los meses de junio a septiembre. Asimismo, y como buena práctica convencional, se reconoce el derecho a disfrutar la parte proporcional de las vacaciones a los trabajadores que no hayan cumplido un año de servicio.

Otra buena práctica es el reconocimiento de la posibilidad de fragmentar el período de vacaciones, en consonancia con las recomendaciones de la Organización Internacional del Trabajo. Así, se establece que el período de disfrute se fijará en un período de treinta días o en dos períodos de quince, no pudiéndose realizar más fracciones, de mutuo acuerdo entre el personal y la empresa, y respetándose los criterios fijados en el convenio.

El convenio determina también que, si se produce una situación de incapacidad temporal una vez iniciado el disfrute de las vacaciones, no se interrumpe el período ni es conmutable por otros. Por último, en consonancia con el ET, se reconoce el carácter indisponible del derecho vacacional, que no podrá ser sustituido por ninguna compensación económica, salvo en los casos de liquidación por finiquito.

Los convenios de ámbito de inferior reproducen en general las pautas fijadas a nivel estatal, estableciendo algunos convenios – como variación positiva– la ampliación de las vacaciones a 31 días naturales, o incluso el reconocimiento de más días fuera del período estival, coincidiendo con festividades señaladas (como Semana Santa o Navidad).

1.1.4.5. Conciliación de la vida laboral y familiar

Los convenios de los distintos subsectores incluyen de forma mayoritaria cláusulas relativas a la conciliación de la vida laboral y familiar, cuyo contenido mejora –en algunos aspectos– las disposiciones establecidas por la ley sobre esta materia. Un hecho que debe valorarse de forma especialmente positiva, considerando las características del trabajo en los servicios de atención a la dependencia (que, con relativa frecuencia, exige prolongaciones de jornada, cambios de turnos, nocturnidad y servicios en los fines de semana).

Así, el convenio estatal amplía de 2 a 3 días el derecho legal de los trabajadores a una licencia retribuida –previo aviso y justificación– en los casos de nacimiento o adopción de hijo/a o por el falle-

cimiento, accidente o enfermedad grave u hospitalización de conviviente, parientes hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad. Igualmente, en el supuesto de que el personal necesitare realizar un desplazamiento, se incrementa el plazo a 5 días (uno más que el fijado por el ET).

En cuanto a las excedencias, el convenio contempla dos supuestos: la excedencia especial por maternidad, cuya regulación reproduce los criterios legales; y la excedencia por cuidado de familiares, en la que se mejora las previsiones legales al señalar que la duración de la misma no podrá superar los tres años, en vez del límite de un año fijado por el Estatuto de Trabajadores¹³.

El convenio estatal también mejora la norma legal en la regulación del permiso por lactancia, en una doble dimensión: reconociendo el derecho en el supuesto de lactancia de un hijo menor de 12 meses, en vez de los 9 establecidos por ley; y ampliando la posibilidad de reducir la jornada a 1 hora, en vez del criterio legal de media hora. La cláusula sobre reducción de la jornada por otros motivos familiares reproduce, en cambio, los criterios marcados por la norma legal.

Por último, en relación a los horarios de trabajo el convenio estatal establece que la empresa facilitará, en la medida de lo posible, cambios de turno a los trabajadores para el acompañamiento a consulta médica de familiares menores o dependientes hasta el primer grado de consanguinidad.

Los convenios de ámbitos inferiores reproducen en términos generales los criterios fijados en el convenio estatal, aunque en diversos casos se incluyen cláusulas que pueden valorarse positivamente, en la medida en que suponen una ampliación de derechos.

Así, una práctica que se recoge con cierta frecuencia es la ampliación en algunos días de la duración de las licencias retribuidas, especialmente en los supuestos que afectan a los cónyuges e hijos. Otros convenios optan, en cambio, por reconocer el derecho a licencia retribuida en determinados supuestos no contemplados en el ámbito estatal, como son: (a) la asistencia a un reconocimiento médico, o el acompañamiento a un familiar al mismo; (b) en los casos de separación o divorcio; y (c) por interrupción voluntaria del embarazo, en los supuestos reconocidos por la ley.

¹³ Una regulación que sigue siendo más favorable incluso tras la modificación del ET introducida en 2007 por la Ley de Igualdad, que amplía la duración máxima de la excedencia para cuidados familiares a dos años.

Finalmente, una práctica que también puede valorarse de forma favorable es el reconocimiento explícito del disfrute de los derechos en materia de conciliación a las parejas de hecho.

1.1.5. Formación profesional

El convenio estatal establece, como principio general, que el personal tendrá derecho –a fin de facilitar su formación y promoción profesional– a que se facilite la realización de estudios para la obtención de títulos académicos o profesionales reconocidos oficialmente, y de cursos de perfeccionamiento profesional organizados por la propia empresa u otros organismos.

Más concretamente, el convenio establece una serie de objetivos específicos para la formación de los trabajadores en las empresas y centros de trabajo afectados por el mismo, que incluyen –entre otros– la homologación de las certificaciones acreditativas de la formación continua en todo el ámbito sociosanitario. Un aspecto particularmente relevante, considerando que el catálogo elaborado por Instituto Nacional de las Cualificaciones recoge únicamente dos cualificaciones profesionales relacionadas con los servicios sociales de atención a las personas dependientes¹⁴.

Por otra parte, el convenio estatal regula igualmente los criterios relativos al desarrollo de la formación profesional, en relación a aspectos como la elaboración de planes, la forma de impartición –dentro o fuera de la jornada laboral– la participación del personal o la financiación.

El tratamiento de esta materia en los ámbitos inferiores de negociación sigue, en términos generales, las pautas fijadas en el convenio marco. No obstante, diversos convenios incluyen cláusulas cuyo contenido mejora la regulación del ámbito estatal.

Así, algunos convenios incorporan como un objetivo específico de la formación favorecer el acceso de las mujeres a categorías superiores y puestos directivos. Una cláusula especialmente positiva, en la medida en que contribuye a fomentar la igualdad de oportunidades entre géneros.

¹⁴ Atención sociosanitaria a personas en el domicilio; y Educación de habilidades de autonomía personal y social.

También pueden destacarse algunas cláusulas que mejoran la regulación del desarrollo de la formación; por ejemplo, determinando que ésta se desarrollará preferentemente en la jornada laboral; o estableciendo que la empresa abonará los gastos de transporte, en los casos en que fuera necesario el desplazamiento para asistir a los cursos de formación.

Por otra parte, algunos convenios incluyen dos cláusulas que pueden considerarse asimismo como buenas prácticas: (a) la obligación, para los trabajadores que participan en los cursos de formación, de elaborar una memoria donde se recojan las materias estudiadas en los mismos (que estará disponible posteriormente para todo el personal interesado); y (b) la incorporación de los certificados de asistencia y aprovechamiento, así como las valoraciones y calificaciones obtenidas en dichos cursos, en el expediente de los trabajadores y su valoración para la promoción profesional.

Finalmente, en un convenio del subsector de Servicio de Ayuda a Domicilio se han detectado dos cláusulas particularmente relevantes. Así, por una parte el convenio plantea que la comisión territorial de formación tendrá como objetivo prioritario –en su etapa inicial– la profesionalización del personal encuadrado en la categoría de Auxiliar de Ayuda a Domicilio. Para ello, el convenio determina que la comisión orientará su actividad a promover la implantación generalizada del Certificado de Profesionalidad establecido legalmente para esta ocupación.

Esta cláusula tiene un valor especialmente positivo, en la medida en que las actividades propias de los Auxiliares de Ayuda a domicilio son realizadas a menudo por personas que no tienen la cualificación necesaria, y que en muchos casos trabajan además de forma irregular (como parte de la economía sumergida). La promoción de la implantación del certificado de profesionalidad constituye, por tanto, un elemento que puede contribuir muy favorablemente tanto a la mejora de las condiciones laborales de estos trabajadores, como a la calidad del servicio recibido por los usuarios.

Por otra parte, el convenio determina que dicha comisión realizará, asimismo, la valoración permanente de las necesidades originadas por la adecuación constante a la realidad del subsector, y las nuevas tendencias emergentes del mismo. Una cláusula que también debe ser valorada favorablemente, máxime considerando que los servicios de atención a la dependencia están experimentando una rápida evolución, que se espera continúe en el futuro.

1.1.6. *Prevención de los riesgos laborales*

La regulación convencional de esta materia reproduce en términos generales los criterios definidos por la Ley de prevención de riesgos laborales, en relación a temas como la vigilancia de la salud, equipos y protección de trabajo, medidas de emergencia, protección de la maternidad o la participación de los trabajadores. No obstante, el tratamiento de determinadas cuestiones presenta en diversos convenios algunos elementos diferenciales que mejoran –y, en un caso excepcional, empeoran– las disposiciones legales.

El convenio estatal plantea algunas variaciones respecto de la norma en distintos aspectos. Así, en relación al derecho legal de los trabajadores a los reconocimientos médicos, este convenio presenta dos diferencias que pueden ser valoradas positivamente: por una parte, establece que –cuando se trate de revisiones obligatorias¹⁵– el tiempo dedicado a ellas se computará como trabajo efectivo; por otra, determina que el personal que se encuentre sometido a un riesgo específico en el desarrollo de su actividad, tendrá derecho a una revisión anual sobre el mismo a cargo de la empresa.

En el convenio estatal se regulan, asimismo, dos cuestiones que no son contempladas por la ley¹⁶: **(a)** un apartado específico sobre drogodependencias, planteando una serie de medidas –a concretar por el Comité Central de Seguridad y Salud– desde una óptica preventiva, asistencial, reinsertiva, participativa, no sancionadora, voluntaria y planificada; y **(b)** otro, sobre gestión y protección medioambiental.

Finalmente, el convenio estatal regula la participación de los trabajadores en la prevención de los riesgos laborales, que se canaliza a través de cuatro figuras: las dos contempladas en la ley –Delegados de Prevención y Comité de Seguridad y Salud Laboral– cuya regulación se reproduce en el convenio; y dos figuras de nueva creación, que no se incluyen en la norma legal: Delegado Sectorial de Prevención, que asumirá las funciones de los Delegados

¹⁵ La Ley determina que las revisiones médicas serán voluntarias, excepto en determinados supuestos específicos (previo informe de los representantes de los trabajadores).

¹⁶ El IV convenio estatal incluye una nueva cláusula en el capítulo de salud laboral, en la que se recuerdan los derechos reconocidos a las trabajadoras por la Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.

de Prevención en aquellas empresas donde no se hayan designado; y Comité Central de Seguridad y Salud Laboral, que es el órgano paritario y colegiado de participación y representación, del cual emanarán las directrices para las Comisiones de las Comunidades Autónomas.

Los convenios de ámbitos inferiores reproducen en general los criterios del ámbito estatal, aunque en algunos casos se contemplan cláusulas cuyo contenido presenta variaciones relevantes.

Así, una práctica especialmente positiva –que se recoge en diversos convenios del subsector de Servicio de Ayuda a Domicilio– la constituye la delimitación de riesgos laborales específicos relacionados con la atención a los usuarios, así como de las medidas preventivas oportunas para evitarlos.

Otras cláusulas que pueden ser valoradas como buenas prácticas son las que amplían los derechos reconocidos tanto en la ley, como en el convenio estatal. Por ejemplo, las que reconocen el derecho a revisiones específicas como las ginecológicas u oftalmológicas; o a medidas sanitarias preventivas, de tipo profiláctico o de vacunación.

Asimismo, resulta especialmente positiva la especificación de los equipos de protección, especialmente en relación a aquellas tareas que entrañan un riesgo particularmente importante para la salud de los trabajadores (por ejemplo, cuando suponen exposición a radiaciones).

Por último, en algunos convenios se ha detectado una cláusula donde se determina genéricamente la obligatoriedad de la revisión médica anual para todos los trabajadores. Este mandato contradice abiertamente la Ley de prevención de riesgos laborales, que –como ya se ha apuntado– establece la voluntariedad de dichos reconocimientos salvo para supuestos específicos, que además deben ser notificados a los representantes de los trabajadores. En este sentido, la inclusión de este tipo de cláusula debe valorarse como una mala práctica convencional, en la medida en que afecta a derechos fundamentales de las personas sin justificación suficiente.

1.2. Centros para Personas con Discapacidad

La regulación convencional de las diferentes materias presenta, en términos generales, un tratamiento menos extenso e innovador en relación a los otros subsectores analizados.

1.2.1. Empleo y contratación

El fomento de la estabilidad en el empleo es abordado por una proporción relativamente baja de convenios, un hecho que puede ser valorado de forma negativa, considerando los niveles de temporalidad y rotación en este subsector.

1.2.1.1. Compromisos de creación de empleo estable

El convenio estatal de este subsector adopta una fórmula distinta a la planteada para las Residencias, Centros de Día y Servicio de Ayuda a Domicilio. Concretamente, establece que los contratos temporales no podrán sobrepasar en ningún caso el 25% del personal de la empresa, fijando así –de forma indirecta– el volumen de la plantilla que deberá tener obligatoriamente contrato indefinido.

No obstante, el convenio establece algunas salvedades en relación a esta cláusula: por una parte, dicho porcentaje no será de aplicación ni a las empresas de menos de 10 trabajadores, ni a los Centros Especiales de Empleo (CEE) durante el primer año de actividad de los mismos; por otra, se podrá superar el tope fijado para los contratos temporales hasta el 50% de la plantilla, para el desarrollo de los CEE de actividades puntas exigidas por las circunstancias de mercado, acumulación de tareas o exceso de pedidos.

Los tres convenios de ámbito inferior que abordan esta cuestión plantean dos fórmulas distintas; así, en dos convenios se fija un tope para los contratos temporales, ampliándolo al 33% de la plantilla; una cláusula que puede ser valorada negativamente, ya que redundaría negativamente en la estabilidad del empleo.

El otro convenio, en cambio, opta por fijar un porcentaje obligado de contratación indefinida del 75% del total de la plantilla, similar al establecido –de forma indirecta– en el ámbito estatal.

1.2.1.2. Identificación de supuestos de contratación temporal

El convenio estatal establece que los contratos para obra o servicio determinado se podrán utilizar por las empresas y centros que realicen contratos con Administraciones Públicas o empresas privadas, para la prestación de servicios, cursos o actividades de carácter temporal, o aquellos que se encomienden a los centros y que sean de

renovación incierta o no conocida con seguridad la duración del mismo. Es decir, se autoriza este tipo de modalidad en el supuesto de contratación con terceros, similar al ya comentado para los otros subsectores.

En cuanto al contrato eventual, se fundamenta su realización en base a las causas previstas por el Estatuto de los Trabajadores.

Los convenios de ámbito inferior remiten mayoritariamente a la norma legal para la celebración de ambas modalidades contractuales. Una regulación que, como ya se ha apuntado, resulta particularmente poco útil en el caso de los contratos para obra o servicio determinado. En cambio, puede considerarse correcta en el caso de los contratos eventuales, dado el mayor grado de concreción de su diseño legal.

Por último, como mala práctica se ha detectado un convenio que identifica como supuesto para la utilización del contrato para obra o servicio determinado la cobertura de todas aquellas tareas o trabajos que estén directa o indirectamente relacionados con los procesos productivos o de trabajo de la empresa. Una cláusula que contradice la regulación legal, que determina expresamente que esta modalidad contractual se utilizará para la realización de actividades con sustantividad y autonomía propias dentro de la empresa.

1.2.1.3. Provisión de vacantes

El tratamiento convencional de esta cuestión puede valorarse de forma positiva, en la medida en que se utiliza el mecanismo de provisión de vacantes como medio para fomentar la estabilidad en el empleo, al primar a las personas previamente vinculadas con la empresa.

Así, el convenio estatal determina que todo el personal de la empresa tendrá –en igualdad de condiciones– derecho de preferencia para cubrir las vacantes existentes en cualquiera de los grupos profesionales. En este sentido, se establece que la dirección de la empresa comunicará a los representantes de los trabajadores –o, en su defecto, mediante el tablón de anuncios– la vacante que se pretende cubrir, así como el sistema de selección. La única excepción se establece para los centros educativos concertados, donde las vacantes se cubrirán de acuerdo a la norma establecida a tal efecto.

Los convenios de ámbitos inferiores que abordan esta cuestión reproducen de forma mayoritaria los criterios fijados en el ámbito

estatal. La única salvedad la constituyen algunos convenios, que establecen que la cobertura de vacantes de puestos de trabajo de confianza, se realizará mediante libre designación.

1.2.1.4. Subrogación de personal

El tratamiento de la subrogación de personal en la negociación colectiva de este subsector es mucho menos relevante que en los otros considerados en el presente estudio, tanto en términos cuantitativos –en relación al número de convenios que abordan esta cuestión– como cualitativos (en cuanto al contenido de las cláusulas).

Así, el convenio estatal se limita a señalar que las empresas y centros que –en virtud de contratación pública o de cualquier tipo de transmisión– sustituyan a otras que viniesen prestando servicios de atención y asistencia a personas con discapacidad, se subrogarán en la totalidad de derechos y obligaciones en los términos previstos en el artículo 44 del Estatuto de los Trabajadores¹⁷.

Una regulación similar puede encontrarse, por último, en los escasos convenios de ámbito inferior que abordan esta cuestión.

1.2.2. Clasificación profesional

El convenio estatal plantea sistemas de clasificación diferentes para los tres tipos de centros incluidos en su ámbito funcional.

Así, para los Centros Asistenciales el convenio estatal utiliza un sistema de clasificación mixto, que parte de la delimitación de cuatro grupos profesionales y un amplio número categorías distribuidas en los mismos. En cambio, para los Centros Especiales de Empleo y Centros de Educación el convenio se limita a enumerar una serie de categorías profesionales, en un número significativamente más reducido¹⁸.

¹⁷ El XII convenio estatal añade una nueva cláusula, en la que se prevé la creación de una comisión –integrada por las organizaciones firmantes– cuyo objetivo sería contemplar las situaciones que se planteen en relación a la aplicación de la norma estatutaria sobre subrogación.

¹⁸ El XII convenio estatal implanta un nuevo sistema de clasificación mixto para ambos tipos de centros, sobre la base de grupos y categorías.

En relación a la movilidad funcional, el convenio estatal se limita a reproducir la norma estatutaria relativa a la asignación de los trabajadores a funciones de superior o inferior categoría.

Todos los convenios de ámbito inferior regulan la clasificación profesional, incorporando en algunos casos –particularmente, en los de empresa– diferentes categorías no contempladas a nivel estatal.

Asimismo, se han detectado dos cláusulas cuyo contenido presenta variaciones significativas en relación a la movilidad funcional. Así, en un convenio se determina que –cuando se asigne a los trabajadores a tareas correspondientes a una categoría inferior– esta situación se plasmará por escrito en un acuerdo, con conocimiento de los representantes legales de los trabajadores, donde se precisará siempre que sea posible la temporalidad de la situación. Una cláusula que puede ser estimada positivamente, en la medida en que la previsión de limitación temporal introduce un elemento de mayor garantía para los trabajadores ante estas situaciones.

La valoración contraria merece, en cambio, otro convenio que –en relación a la asignación de los trabajadores a funciones de superior categoría– establece que se podrá establecer un período máximo de 6 meses para que el trabajador pueda percibir el salario correspondiente a la misma.

Esta cláusula puede ser considerada como una mala práctica, ya que establece un plazo para el reconocimiento de un derecho –percibir la retribución correspondiente por realizar a un trabajo de superior categoría–, mientras que el Estatuto de los Trabajadores no establece restricción temporal alguna para el disfrute del mismo.

1.2.3. Retribuciones

El análisis de las retribuciones se ha realizado a partir de la comparación de los salarios base fijados para cuatro categorías profesionales de distinto nivel de cualificación, que se reproducen en un amplio número de convenios¹⁹.

Los datos ponen de manifiesto dos aspectos significativos: por una parte, los bajos niveles retributivos fijados en los convenios de este subsector, particularmente en relación a las categorías de menor cualificación (Auxiliares administrativos y Ordenanzas).

¹⁹ Titulado superior; Titulado Medio; Auxiliar administrativo; y Ordenanza.

Por otra parte, se observa una notable disparidad entre los salarios fijados para las mismas categorías, especialmente elevada en la de Titulados superiores. Una situación que, como ya se ha apuntado para los otros subsectores considerados en el presente estudio, está estrechamente relacionada con las diferencias en el precio de este servicio en el ámbito territorial.

1.2.4. *Tiempo de trabajo*

La regulación de esta materia se aborda prácticamente en todos los convenios, que de forma mayoritaria incluyen cláusulas sobre los diferentes temas considerados

1.2.4.1. Delimitación de la jornada

El convenio estatal delimita una jornada anual máxima específica para cada uno de los tres tipos de Centros. Así, para los Centros Asistenciales se establece una jornada máxima de 1.736 horas anuales, mientras que para los Centros Especiales de Empleo se fija en 1.766 horas. En cuanto a los Centros Educativos, se realiza una distinción entre: (a) personal docente, para el que establece una jornada anual máxima de 1.323 horas –en los centros sin internado– y de 1.389 horas (en los centros con internado); y (b) el resto de la plantilla, para la que establece un máximo de 1.736 horas al año²⁰.

Por último, en cuanto a la ordenación flexible, se reconoce a las empresas el derecho –en los Centros Asistenciales y de Empleo– a establecer un calendario de distribución irregular de la jornada, previa información a los representantes de los trabajadores. En este sentido, el convenio determina que el número de horas semanales de trabajo efectivo no podrá ser superior a 45 horas.

En los ámbitos inferiores de negociación, una práctica frecuente –sobre todo, en los convenios autonómicos– es la de determinar una jornada diferente dentro del mismo convenio en función de diversos

²⁰ El XII convenio estatal, por su parte, reduce la jornada anual máxima a: 1.729 horas (Centros Asistenciales); 1.758 horas (Centros Especiales de Empleo); 1.300 horas (personal docente de Centros Educativos); y 1.600 horas (personal no docente de Centros Educativos).

criterios: según el grupo y/o categoría profesional; el tipo de centro; o combinando el turno del trabajador –diurno o nocturno– y la categoría profesional.

En cuanto a la duración máxima de la jornada, en algunos convenios se amplía el tope fijado a nivel estatal hasta las 1.800 horas anuales –para Centros Asistenciales y Especiales de Empleo– mientras que en el extremo contrario el límite se sitúa en las 1.146 horas (para los centros educativos).

Por otra parte, algunos convenios contemplan la previsión de reducción de la jornada anual máxima durante su período de vigencia, una práctica que puede valorarse de forma positiva.

En cuanto a la ordenación flexible de la jornada, además de la fórmula delimitada en el convenio estatal, diversos convenios contemplan otras dos: la prolongación de la jornada máxima diaria, respetando las previsiones de descanso establecidos en el ET; y la posibilidad de modificación de los horarios de los trabajadores ante determinadas circunstancias (cargas de trabajo, períodos punta, necesidades de atención al cliente, etc.).

1.2.4.2. Horas extraordinarias

El convenio estatal reconoce la posibilidad de realizar horas extraordinarias en el subsector, limitándose a remitir en su regulación al Estatuto de los Trabajadores. El único aspecto específico que aborda el convenio concierne a los mecanismos de compensación, determinando que las horas extraordinarias se compensarán bien preferentemente por descanso –siempre que no perturbe el normal proceso productivo– bien por abono económico. En ambos casos, el valor de la compensación se cifra en un 1,25 de la hora ordinaria.

El tratamiento de esta cuestión en los convenios de ámbito inferior presenta, en algunos casos, variaciones significativas. Así, en términos generales se plantea un enfoque más restrictivo, en una doble dimensión: por una parte, autorizando la realización de horas extraordinarias únicamente en casos imprescindibles o de fuerza mayor; por otra, algunos convenios determinan que el número máximo de horas extraordinarias no podrá superar la mitad de las que establece la legislación vigente (en la actualidad, 80 horas anuales).

De forma excepcional, un convenio establece que las horas extraordinarias son aquellas que se realicen por encima de la jornada estipulada en este convenio para cada categoría y por deseo expreso de la empresa. Una cláusula que se acomoda a la norma estatutaria, que brinda la posibilidad de pactar por convenio la obligatoriedad de las horas extraordinarias, pero que puede valorarse de forma negativa ya que –en relación a esta materia– debería plantearse la voluntariedad como criterio general.

En cuanto a los sistemas de compensación, suelen contemplarse los dos mecanismos habituales (abono económico y tiempo de descanso). Un caso singular lo constituye una cláusula que establece dos baremos para la compensación económica: en los supuestos normales, se abonará por un valor equivalente al de la hora ordinaria; en cambio, cuando el personal de la empresa imparta formación a otros trabajadores del mismo centro, fuera de la jornada ordinaria, se pagarán unas cantidades determinadas en función de la categoría profesional.

1.2.4.3. Descansos

El convenio estatal se limita a señalar que los trabajadores tendrán derecho a un descanso semanal de 36 horas ininterrumpidas (similar al establecido por ley). Una regulación bastante pobre, máxime considerando que se trata de un subsector donde las prolongaciones de jornada diaria y el encadenamiento sucesivo de varios días de trabajo es una práctica relativamente frecuente²¹.

El tratamiento convencional de los descansos se aborda en mayor profundidad en los ámbitos inferiores de negociación, mejorando en algunos casos las disposiciones legales sobre esta materia.

Así, en algunos convenios se incluyen cláusulas que reconocen el descanso intrajornada para todos los trabajadores, con independencia del tipo de jornada –continuada o partida– o de la duración de la misma. Otros, en cambio, optan por ampliar la duración de descanso a 20 minutos, en vez de los 15 establecidos por la ley.

En cuanto a los descansos semanales, diversos convenios mejoran igualmente la regulación legal, ampliando su duración a 48 ho-

²¹ El XII convenio estatal regula de forma más extensa los descansos, incluyendo las pausas intrajornada.

ras semanales, a disfrutar los fines de semana, excepto cuando las características del trabajo no lo permitan.

1.2.4.4. Vacaciones

La regulación general de esta materia en el convenio estatal reproduce los criterios legales, determinando que todo el personal tendrá derecho a disfrutar 30 días naturales de vacaciones anuales –preferentemente en verano– que no podrán ser sustituidos por una compensación económica.

Por otra parte, el convenio establece un tratamiento específico para los Centros Educativos, cuyo personal disfruta en general de un mayor número de vacaciones (coincidiendo con los períodos festivos del calendario escolar).

Todos los convenios de ámbitos inferiores regulan el desarrollo de las vacaciones, a través de cláusulas que en diferentes aspectos mejoran los derechos fijados a nivel estatal.

Así, en algunos convenios se contempla la ampliación en algunos días de las vacaciones para aquellos trabajadores que –por necesidades de la empresa y con su consentimiento– no pudieran disfrutarlas en el período estival. Otros convenios incrementan las vacaciones a 31 días naturales, u optan por agregar más días al período vacacional (por ejemplo, 1 semana durante las navidades).

Una buena práctica convencional, recogida en distintos convenios, la constituye el reconocimiento a la parte proporcional de las vacaciones, a aquellos trabajadores que no hayan cumplido un año de servicio en la empresa. Asimismo, también merecen una valoración positiva las cláusulas que establecen el derecho a fraccionar el disfrute de las vacaciones, en la línea recomendada por la Organización Internacional del Trabajo.

Finalmente, son especialmente positivas las cláusulas que contemplan la recuperación de los días de vacaciones que no se hayan disfrutado por causas relacionadas con la incapacidad temporal (IT), planteándose un doble supuesto: (a) los casos en que el tiempo de IT por accidente laboral coincida total o parcialmente con el período de vacaciones, determinándose que éstas se podrán disfrutar a continuación del alta médica o en otras fechas, de mutuo acuerdo entre la empresa y el trabajador; y (b) la interrupción de las vacaciones por motivo de incapacidad temporal, reconociéndose la posibilidad de disfrutar los días perdidos una vez el trabajador se recupere de la misma.

1.2.4.5. Conciliación de la vida laboral y familiar

El convenio estatal aborda esta materia a través de distintas cláusulas cuyo contenido reproduce, en términos generales, los criterios establecidos en la ley.

El único elemento diferencial concierne a los permisos retribuidos, ya que el convenio mejora la regulación legal ampliando de 2 a 3 días el derecho del personal a una licencia –previo aviso y justificación– en los casos de nacimiento o adopción de hijo/a o por el fallecimiento, accidente o enfermedad grave u hospitalización de conviviente, parientes hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad. Igualmente, en el supuesto de que el trabajador necesitare realizar un desplazamiento, se incrementa el plazo a 5 días (uno más que el fijado por el ET).

Los convenios de ámbitos inferiores siguen los criterios fijados en el convenio estatal, aunque en diversos casos se incluyen cláusulas cuyo contenido mejora el mismo.

Así, en materia de licencias retribuidas cabe señalar dos buenas prácticas: la ampliación de su duración en algunos días, especialmente en los supuestos que afectan a los cónyuges e hijos; y el reconocimiento del derecho a un permiso para la asistencia a un reconocimiento médico, o el acompañamiento a un familiar al mismo.

Otra cláusula a destacar consiste en el derecho a una reducción de la jornada a los trabajadores que –por razones de guarda legal– tengan a su cuidado directo a un menor de 8 años, en vez de los 6 fijados por la ley²². Algunos convenios reconocen, por su parte, la posibilidad de sustituir el derecho a la pausa durante el período de lactancia por una reducción de la jornada de 1 hora, ampliando así en 30 minutos el tiempo fijado a tales efectos en el Estatuto de los Trabajadores.

Una práctica igualmente positiva la constituye la mejora de la regulación legal de las excedencias por cuidados familiares, al ampliar el período de la misma a 3 años, con derecho a reserva del puesto de trabajo y a mantener el cómputo de antigüedad durante el primer año.

Por último, se ha localizado una cláusula donde se plantea que las mujeres que asistan a cursillos prenatales podrán solicitar –a par-

²² La Ley de Igualdad (2007) ha modificado la disposición del ET, ampliando la edad máxima del menor que da derecho a reducción de jornada a 8 años.

tir del sexto mes de embarazo— un permiso retribuido de una hora diaria, tres veces a la semana. Una regulación más restrictiva que la del Estatuto de los Trabajadores, que determina que las trabajadoras podrán disponer del tiempo indispensable para asistir a esos cursos cuando se realicen durante la jornada de trabajo.

1.2.5. Formación profesional

El convenio estatal establece que todos los trabajadores afectados por el mismo tendrán derecho a 30 horas anuales, dentro de su jornada laboral, para su formación en el propio centro de trabajo o para realizarla fuera del mismo. En este último supuesto, queda a criterio de la empresa la concesión de permisos para la formación cuando lo solicite más de un trabajador, y coincidan total o parcialmente las fechas del curso al que quieran asistir²³.

Por otra parte, el convenio incluye una cláusula específica relativa al personal docente de los Centros Educativos, en la que se establece que tendrá derecho a 35 o 43 horas anuales dentro de su jornada laboral —según se trate, respectivamente, de centros con o sin internado—, para la formación, se desarrolle o no en el propio centro de trabajo. Asimismo, el personal docente podrá asistir a cursos de perfeccionamiento —previo permiso de la empresa— y tendrá derecho a percibir su retribución durante su duración, siempre que la Administración educativa pague al sustituto. Para el resto del personal de los centros educativos, se reconocen las mismas 30 horas anuales que para los trabajadores de otros centros²⁴.

Todos los convenios autonómicos regulan la formación profesional, a través de cláusulas cuyo contenido mejora en algunos aspectos los criterios fijados en el ámbito estatal.

Así, una práctica frecuente es la ampliación del tiempo disponible para la formación, bien a 40, 60 o hasta 65 horas anuales. Por otra parte, diversos convenios abordan otras cuestiones específicas,

²³ El XII convenio estatal incorpora una nueva cláusula, en la que se establece que—cuando la empresa realice cursos de perfeccionamiento y el trabajador participe en los mismos— los gastos de matrícula, desplazamientos y residencia, serán por cuenta de aquella.

²⁴ El XII convenio unifica el criterio para los Centros Educativos, estableciendo que todo el personal de los mismos —docente o no— tendrá derecho a 40 horas anuales de formación.

como la elaboración de planes anuales de formación o la previsión sobre los gastos de la misma.

1.2.6. Prevención de riesgos laborales

La regulación del convenio estatal sigue, en términos generales, las disposiciones de la ley sobre esta materia. No obstante, el convenio también incluye algunas cláusulas que, bien desarrollan los contenidos de la norma legal, bien presentan alguna variación sobre la misma.

Así, en relación a la ropa de trabajo, se establece que –cuando la empresa no facilite la misma– ésta abonará a los trabajadores de determinadas categorías una cantidad fija de dinero por este concepto.

El convenio también aborda la planificación de las medidas de emergencia, determinando que todos los centros de trabajo deberán contar con un Plan específico actualizado sobre esta materia, que incluya el Plan de evacuación de acuerdo con los criterios legales vigentes. Asimismo, se establece el compromiso de desarrollar en 6 meses –tras la firma del convenio– el Plan de Evaluación de Riesgos previsto por la ley, cuyos resultados deberán ser comunicados a los representantes de los trabajadores.

El convenio estatal dispone, asimismo, que se impartirá a todos los trabajadores una formación teórica y práctica de 15 horas como mínimo en materia de prevención, con cargo al cómputo de 30 horas disponible para todos los trabajadores para actividades formativas.

Finalmente, el convenio estatal establece que la participación de los trabajadores se encauzará a través de las dos figuras establecidas por la ley: Delegados de prevención y Comité de Seguridad y Salud.

Los convenios de ámbitos inferiores de negociación siguen, en general, las pautas fijadas a nivel estatal, aunque también se han contemplado cláusulas que constituyen una mejora significativa en determinados aspectos.

Una práctica muy positiva, que se contempla en diversos convenios, es la delimitación de enfermedades profesionales propias del subsector, y el compromiso de plantear a la Seguridad Social su reconocimiento como tales.

De forma específica, un convenio propone incluir –dentro del grupo de estas enfermedades– la afectación psicológica motivada por causa profesional. Una propuesta especialmente destacable, máxime considerando el escaso tratamiento de los riesgos laborales

psicosociales en el conjunto de convenios del sector de la atención a la dependencia.

En esta misma línea, otra buena práctica la constituye la consideración del acoso moral como riesgo de la salud laboral, atendiendo así –desde la negociación colectiva– a un fenómeno que ha recibido creciente atención en los últimos años, y cuyos efectos pueden resultar especialmente perjudiciales para los trabajadores.

Finalmente, otros convenios incluyen algunas cláusulas que también pueden valorarse positivamente, como son: (a) la creación de un protocolo de investigación de accidentes e incidentes laborales, a fin de detectar las causas que hayan producido un daño a los trabajadores en cada centro, e implantar medidas correctoras y preventivas; (b) la obligación de impartir a todas las personas que ingresen en las empresas una formación inicial en materia de prevención; y (c) el reconocimiento del derecho del personal a revisiones médicas anuales específicas.

2. REFLEXIONES FINALES

La negociación colectiva constituye un ámbito de intervención especialmente relevante para el fomento de la calidad del empleo en el sector de atención a la dependencia, en la medida en que constituye la principal fuente de regulación –junto a la ley– de las condiciones de trabajo en las empresas.

Un primer elemento a destacar es el papel positivo que cumplen los dos convenios estatales, al establecer un marco general de regulación para el conjunto de trabajadores, sobre todo considerando la notable heterogeneidad que presenta el sector. Asimismo, también puede valorarse favorablemente la voluntad de los agentes sociales de fomentar la articulación de los convenios en los diferentes ámbitos de negociación. Un aspecto en el que se debería seguir profundizando, en la línea de los criterios generales definidos en los Acuerdos Interconfederales de 1997, favoreciendo así una mejor regulación de las condiciones de trabajo en las distintas actividades y servicios.

En cuanto al contenido material de los convenios, a partir de los resultados obtenidos en el presente estudio, es posible apuntar algunas propuestas de intervención para su desarrollo por los agentes sociales desde el ámbito de la autonomía colectiva.

En relación al *empleo y la contratación*, el análisis ha puesto de manifiesto que los convenios realizan mayoritariamente una mala regulación de los supuestos que autorizan el contrato para obra o servicio determinado, favoreciendo así un uso inadecuado y abusivo del mismo. En este sentido, un primer criterio de referencia consistiría en el correcto tratamiento convencional de la causalidad de esta modalidad contractual.

En otro orden, se plantea la incorporación de mecanismos que posibiliten un mayor control y seguimiento de los compromisos de creación de empleo estable. Asimismo, parece conveniente una regulación en mayor profundidad de los distintos supuestos afectados por la subrogación de empresas, promoviendo asimismo las cláusulas que permiten extender las perspectivas de continuidad de los trabajadores en las empresas.

Por último, sería razonable promover una mayor participación de los representantes legales de los trabajadores, tanto en los procedimientos de provisión de vacantes, como en los relativos a la subrogación.

En materia de *clasificación profesional*, se plantea promover una mayor racionalización que permita eliminar el excesivo número de categorías actualmente incorporadas en la mayoría de convenios, muchas de las cuales, bien son obsoletas, o bien no se corresponden con la actividad del sector.

Por otra parte, se propone una mayor delimitación de los requisitos formativos y de cualificación, especialmente en relación a determinadas categorías particularmente relevantes (como la de Gerocultor).

Finalmente, otro elemento importante concierne a los mecanismos de promoción del personal, que en la mayoría de los convenios tiene un escaso –o incluso nulo– grado de desarrollo.

Un aspecto fundamental concierne a la mejora en los **niveles retributivos**, que en la actualidad resultan manifiestamente bajos, especialmente en determinadas categorías profesionales (un hecho que determina, en buena medida, la movilidad de muchos trabajadores hacia otros sectores).

El fomento de mayores salarios está estrechamente asociado, por otra parte, a la dotación de mayores recursos públicos a la protección social a la dependencia, en la medida en que –como se ha apuntado reiteradamente– la mayoría de las empresas desarrollan sus servicios en régimen de concertación con las Administraciones Públicas.

En relación al *tiempo de trabajo*, se plantea promover las cláusulas que se han destacado como buenas prácticas, especialmente en aspectos como: la reducción de la jornada anual máxima; la mejora de la regulación relativa a los descansos intrajornada y semanales; el reconocimiento a disfrutar los días de vacaciones coincidentes con los periodos de incapacidad temporal por accidente laboral, o interrumpidos por motivos de la misma; y la ampliación de los derechos legales sobre conciliación de la vida familiar y laboral, en cuestiones como las licencias retribuidas, excedencias, cambios de turno o reducciones de la jornada²⁵.

Por otra parte, sería conveniente fomentar una mayor participación de los representantes legales de los trabajadores a la hora de concretar –en el ámbito de la empresa– los distintos mecanismos de ordenación flexible de la jornada, especialmente en los que implican la prolongación diaria de la misma.

Una materia especialmente relevante la constituye la *formación*. En este sentido, un elemento central lo constituye la promoción de la profesionalización de determinadas actividades, vinculándola a la obtención de los certificados legalmente establecidos (por ejemplo, en el caso de los Auxiliares de Ayuda a Domicilio).

Otro aspecto que se plantea es el fomento de la formación y reciclaje de conocimientos para el colectivo de trabajadores de mayor edad, que suponen un volumen significativo del empleo.

Asimismo, una buena práctica a difundir es la de establecer la promoción profesional de las mujeres como un objetivo prioritario para la formación, máxime considerando el elevado nivel de feminización del empleo en el sector.

En cuanto a la *seguridad e higiene en el trabajo*, un primer elemento que se propone –recogiendo las buenas prácticas desarrolladas por algunos convenios– es una mejor delimitación de los riesgos y enfermedades profesionales asociados a las distintas actividades de atención a la dependencia.

De forma específica, se plantea la necesidad de abordar una regulación en profundidad de los riesgos psicosociales, cuyo tratamiento convencional es manifiestamente escaso.

²⁵ Asimismo, en relación a la conciliación convendría tener en cuenta las recomendaciones incluidas en la *Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad Efectiva entre Mujeres y Hombres*.

Por otra parte, se considera como un elemento positivo la difusión de aquellas cláusulas destacadas por su mejora de los derechos establecidos por la ley, por ejemplo en aspectos como la vigilancia de la salud, la dotación de equipos de protección o la formación.

Las diferentes medidas que puedan articularse desde la negociación colectiva deben complementarse, por último, con las actuaciones implantadas desde otros ámbitos de intervención, y muy particularmente en aquellos que son competencia de las Administraciones Públicas.

Conviene recordar que la propia Ley 39/2006 asigna a los poderes públicos la obligación de establecer estándares de calidad comunes para todo el Sistema, incluyendo los aspectos relativos al empleo (en aspectos como la estabilidad, los requisitos de personal, o la formación y cualificación). En este sentido, el proceso de acreditación de empresas y entidades –tanto públicas como privadas–, que aspiren a gestionar los servicios, se conforma como un elemento fundamental para garantizar la calidad de las prestaciones y, en definitiva, para que la atención a la dependencia se consolide efectivamente como un derecho universal que contribuya a mejorar los niveles de bienestar de los ciudadanos.

V

BIBLIOGRAFÍA

- AA.VV. (2007): *La calidad del empleo del nuevo sistema para la autonomía personal y la atención a la dependencia*. Alemania.
- AA.VV. (2006.a): *I Informe Nacional de estrategias para la protección social y la inclusión social del Reino de España (2006-2008)*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- AA.VV. (2006.b): *Jornadas sobre la calidad del empleo del nuevo sistema de atención a la dependencia*. Confederación Sindical de Comisiones Obreras. Madrid.
- AA.VV. (2006.c): *El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia. Debate de expertos*. Fundación Alternativas.
- AA.VV. (2006.d): *Plan de acción para las mujeres con discapacidad 2007*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- AA.VV. (2005): *Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España. Libro Blanco*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- ABELLÁN A.; DEL BARRIO, E.; CASTEJÓN, P.; PÉREZ, L.; SANCHO, M. (2007): *Informe 2006. Las personas mayores en España*. Observatorio de Personas Mayores, IMSERSO (disponible en: www.seg-social.es/imserso).
- ALUSTIZA, A.; y PÉREZ, J. (2005): “Los mayores en la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999”, en *Boletín sobre envejecimiento, Perfiles y tendencias*, n.º 14 (disponible en: www.seg-social.es/imserso).
- ARAGÓN, J.; CÁNOVAS, A.; y ROCHA, F.: (2005): *Las políticas de conciliación de la vida laboral y familiar en las Comunidades Autónomas*. Fundación 1.º de Mayo. Ediciones Cinca.
- BARCELÓN, S.; y QUINTERO, G. (2006): “Las situaciones de dependencia personal como nueva contingencia protegida por el Sistema de Protección Social”, en *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, N.º 60.

- BERMEJO, L. (2006): “La situación de los sistemas de formación y cualificación de las ocupaciones en la atención a los mayores dependientes”, en *Boletín sobre envejecimiento, Perfiles y tendencias*, n.º 23 (disponible en: www.seg-social.es/imserso).
- BLÁZQUEZ, E.; y MUÑOZ, A. (2004): “La protección de la dependencia en las Comunidades Autónomas: un panorama disperso”, en *Relaciones Laborales*, Vol. 20, n.º 17-18.
- BONINO, C.; y ARAGÓN, J. (2003): *La negociación colectiva como instrumento para la igualdad entre mujeres y hombres*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- CAVAS, F. (2006): “Aspectos fundamentales de la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia”, en *Aranzadi Social*, n.º 13.
- CAVAS, F.; y SEMPERE, A. (2007): *Ley de dependencia*. Editorial Aranzadi.
- COMISIÓN EUROPEA (2006.a): *Informe conjunto sobre protección social e inclusión social de 2006*. COM (2006) 62 final
- (2006.b) *Aplicación del programa comunitario de Lisboa. Servicios Sociales de interés general en la Unión Europea*. COM (2006) 177 final.
- (2005.a): *Libro Verde “Frente a los cambios demográficos, una nueva solidaridad entre generaciones”*. COM (2005) 94 final.
- (2005.b) *Trabajar juntos, trabajar mejor. Un nuevo marco para la coordinación abierta de las políticas de protección social y de inclusión en la Unión Europea*. COM (2005) 706 final.
- (2004): *Modernizar la protección social para el desarrollo de una asistencia sanitaria y una asistencia de larga duración de calidad, accesible y duradera: apoyo a las estrategias nacionales a través del método abierto de coordinación*. COM (2004) 304 final.
- (2003): *Strengthening the social dimension of the Lisbon strategy: Streamlining open coordination in the field of social protection*. COM (2003) final.
- (2001.a): *El futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores: garantizar la accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera*. COM (2001) 723 final.
- (2001.b): *Políticas sociales y de empleo. Un marco para invertir en calidad*. COM (2001), 313 final.
- COMITÉ ESPAÑOL DE REPRESENTANTES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD (CERMI) (2004): *La protección de las situaciones de dependencia en España. Una alternativa para la atención de las personas*

- en situación de dependencia desde la óptica del sector de la discapacidad*. Colección CERMI, n.º 11.
- CONSEJO DE LA UNIÓN EUROPEA (2003): *Joint report by the Commission and the Council on supporting national strategies for the future of health care and care for the elderly*. Consejo de la UE.
- (1998): *Recomendación N.º 98 (9) relativa a la dependencia*. Consejo de la UE.
- CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL (2006.a): *Dictamen sobre el anteproyecto de ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*. CES.
- (2006.b): “Empleo y relaciones laborales en el sector de los servicios sociales y la atención a la dependencia”, en *Observatorio de Relaciones Industriales*, n.º 96.
- (2003): *Segundo Informe sobre la situación de las mujeres en la realidad sociolaboral española*. CES.
- DEL BARRIO, E.; y ABELLÁN, A. (2007): “Indicadores demográficos”, en ABELLÁN, A.; PÉREZ, L.; y SANCHO, M. (2007): *Informe 2006. Las Personas Mayores en España. Datos Estatales y por Comunidades Autónomas*. Ministerio de Trabajo Asuntos Sociales e IMSERSO (disponible en: www.seg-social.es/imserso).
- DURÁN, M.^a (2006): “Dependientes y cuidadores: el desafío de los próximos años”, en *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, N.º 60.
- DURÁN, M.^a; y GARCÍA, S. (2005): “Presente y futuro del cuidado de dependientes en España y Alemania”, en *Boletín sobre envejecimiento, Perfiles y Tendencias* n.º 16 (disponible en: www.seg-social.es/imserso).
- EQUIPO PORTAL MAYORES (2003). “Indicadores de población, España 2001-2050”, en *Informes Portal Mayores*, n.º 62 (disponible en: www.imsersomayores.csic.es/).
- ESCUDERO, R. (Coord.) (2006): *La negociación colectiva en España: una mirada crítica*. Observatorio de la negociación colectiva. Tirant Lo Blanch, Madrid.
- (Coordinador) (2004): *La negociación colectiva en España: una visión cualitativa*. Madrid.
- FERNÁNDEZ, M. (Dir.) (2006): *Estado actual y análisis prospectivo sobre las personas mayores y las personas dependientes en España procedentes de la Unión Europea*. IMSERSO (disponible en: www.seg-social.es/imserso).
- FUNDACIÓN TRIPARTITA PARA LA FORMACIÓN EN EL EMPLEO (2007): *Sistema para la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia*.

- Necesidades formativas*. Ponencia presentada en la *Jornada para la implantación y Desarrollo del Sistema para la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia*, organizada por la Fundación Alares (disponible en: www.alares.es).
- GFK-EMER; e IMSERSO (2004): *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar*. IMSERSO (disponible en: www.seg-social.es/imserso).
- GARCÍA, P. (2006): “14 líneas básicas para el diseño de un modelo de atención a las personas dependientes”, en *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, N.º 60.
- GARCÍA, P.; y MARTÍN, E. (2006): “La dimensión laboral del nuevo derecho de atención a la dependencia: la calidad del empleo del sistema para la autonomía y la atención a la dependencia”, en *Gaceta Sindical, Reflexión y Debate*, n.º 7.
- GONZÁLEZ, E. (Dir.) (2006): *Los modelos de atención en alojamientos residenciales para personas en situación de dependencia*. IMSERSO (disponible en: www.seg-social.es/imserso).
- GONZÁLEZ, S. (2004): “La protección social de las situaciones de dependencia”, en *Relaciones Laborales*, n.º 10.
- GONZÁLEZ, J.; y REQUENA, M. (eds.) (2006). *Tres décadas de cambio social en España*. Alianza Editorial.
- GUILLÉN, M. (Dir.) (2006): *Longevidad y dependencia en España: consecuencias sociales y económicas*. Fundación BBVA.
- HERCE, J. A.; LABEAGA, J. M.; SOSVILLA, S.; ORTEGA, C. (2006): *El Sistema Nacional de Dependencia. Evaluación de sus efectos sobre el empleo*. IMSERSO (disponible en: www.seg-social.es/imserso).
- IGLESIAS, P. (2005): “Sistema Nacional de Dependencia”, en *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, N.º 60.
- JIMÉNEZ, S. (Director) (2007): *Estudio de las necesidades formativas de los profesionales que prestan servicios de atención a la dependencia*. IMSERSO (disponible en: www.seg-social.es/imserso).
- JURADO, T. (2006): “Las nuevas familias españolas”, en GONZÁLEZ, J.; y REQUENA, M. (2006). *Tres décadas de cambio social en España*. Alianza Editorial.
- LITSKE, H, ANDERSON, R., VERMEYLEN, G. (2006): *Employment in social care in Europe*. European Foundation for de Improvement of Living and Working Conditions.
- LÓPEZ, M. (2007): “La discapacidad y las clasificaciones, las encuestas y las leyes”, en *Índice. Revista de Estadística y Sociedad*, n.º 20.
- LÓPEZ, G (Dir.) (2005): *Envejecimiento y dependencia: situación actual y retos de futuro*. Caixa Catalunya.

- MARAVALL, H. (2006): “Construyendo el Estado de Bienestar Social”, en *Gaceta Sindical, Reflexión y Debate*, n.º 7.
- (2003.a): *El envejecimiento en España: demandas sociales, programas y servicios de atención, las pensiones, los cuidados a las personas dependientes*. Cuadernos de información sindical de la C. S. de Comisiones Obreras, n.º 43.
- (2003.b): *Las políticas de bienestar social en España. Evolución y comparación con la Unión Europea*. Cuadernos de información sindical de la C. S. de Comisiones Obreras n.º 48.
- MORÓN, R. (2004): “La ordenación flexible del tiempo de trabajo como instrumento de gestión empresarial”, en ESCUDERO, R. (Coordinador) (2004): *La negociación colectiva en España: una visión cualitativa*. Madrid.
- NAVARRO, V. (Dir.) (2005): *La situación social en España*. Biblioteca Nueva. Fundación Largo Caballero. Madrid.
- OBSERVATORIO DE PERSONAS MAYORES y ALBOMA 2000, S.L. (2006): “Servicios sociales para personas mayores en España” en *Boletín sobre el envejecimiento. Perfiles y tendencias*. Número 22 (disponible en: www.seg-social.es/imserso).
- PANIZO, J. (2007): “La cobertura social de la dependencia (con ocasión de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a personas en situación de dependencia”, en *CEF. Trabajo y Seguridad Social*, n.º 286.
- PÉREZ, R.; y DE LA PUEBLA, A. (2007): “Un notable avance en la protección social de las personas dependientes: la ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia”, en *Relaciones Laborales*, n.º 5.
- PÉREZ, L.C. (2006): “La configuración de la autonomía personal y la necesidad de apoyos generalizados como nuevo derecho social”, en *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, N.º 60.
- PÉREZ, L. (2004): “Envejecer en femenino. Algunas características de las mujeres mayores en España”, en *Boletín sobre el envejecimiento. Perfiles y tendencias*, n.º 9 (disponible en: www.seg-social.es/imserso).
- PÉREZ, V. (2004): “Políticas públicas en materia de dependencia: situación comparada en la Unión Europea”, en *Relaciones Laborales*, n.º 10.
- (2003): “Prestaciones sociales de dependencia: situación comparada en la Unión Europea”, en *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, n.º 47.

- REQUENA, M. (2006): “Bases demográficas de la sociedad española”, en GONZÁLEZ, J.; y REQUENA, M. (2006). *Tres décadas de cambio social en España*. Alianza Editorial.
- ROCHA, F.; COLADO, A, y ARAGÓN, J. (2006): *El papel de la negociación colectiva en la regulación de la contratación temporal*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- RODRÍGUEZ, G. (2006): “La protección social a la dependencia en España en el marco del espacio social europeo”, en *Documentación Social. Revista de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada*, n.º 141.
- (2005): “Modelos de protección social a la dependencia con especial referencia al espacio europeo”, en Navarro, V. (dir.) *La situación social en España*. Biblioteca Nueva. Fundación Largo Caballero.
- (2004): *Protección Social de la Dependencia en España*. Fundación Alternativas. Documentos de Trabajo, n.º 44.
- RODRÍGUEZ, M. (2007): “La cobertura de la situación a la dependencia”, en *Relaciones Laborales*, n.º 5.
- (2006): “La protección social a la dependencia”, en *Relaciones Laborales*, n.º 23-24.
- RODRÍGUEZ, P. (2006): *El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de atención a la dependencia*. Fundación Alternativas. Documentos de Trabajo, n.º 87.
- SALMERÓN, M.; ALONSO, P. (2006): “Factores asociados a la institucionalización de pacientes con demencia y sobrecarga del cuidador”, en *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, N.º 60.
- SANCHO, M.; DE LA PEZUELA, M.; y FERNÁNDEZ, M. (2007): “Servicios sociales para personas mayores en España. Enero de 2006”, en ABELLÁN, A.; DEL BARRIO, E.; CASTEJÓN, P.; PÉREZ, L.; SANCHO, M. (2007): *Informe 2006. Las personas mayores en España*. Observatorio de Personas Mayores, IMSERSO (disponible en: www.seg-social.es/imserso).
- SANTAMARINA, C. (Dir.) (2006): “El Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD): su situación actual”, en *Boletín sobre envejecimiento, Perfiles y tendencias*, n.º 25 (disponible en: www.seg-social.es/imserso).
- (Dir.) (2005): *El Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD): su situación actual. Informe integrado*. IMSERSO (disponible en: www.seg-social.es/imserso).

- TORRES, J. L. (2006): “Libro blanco para las personas mayores en situación de dependencia en España”, en *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, N.º 60.
- TRICIO, P. (2006): “Reflexiones de UDP sobre la futura Ley de Promoción de la Autonomía Personal y de atención a las Personas Dependientes”, en *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, N.º 60.
- VILÁ, A. (2006) “Presente y futuro de la regulación de la protección social a la dependencia en España”, en *Documentación Social. Revista de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada*, n.º 141.
- ZUNZUNEGUI, M. (2006): *Los servicios integrados para la población mayor con dependencia*. IMSERSO (disponible en www.imser-somayores.csic.es).

VI

ANEXO

LISTADO DE CONVENIOS COLECTIVOS ANALIZADOS

1. Residencias y Centros de Día

Ámbito sectorial estatal

- III Convenio Marco Estatal de Residencias Privadas de Personas Mayores y del Servicio de Ayuda a Domicilio

Ámbito sectorial autonómico

- Geriátricos privados de Asturias
- Residencia Personas Mayores de Aragón
- Residencias privadas para la Tercera Edad en la Comunidad Valenciana
- Residencias para la Tercera Edad, Residencias Materno-Infantiles y Servicio de Ayuda a Domicilio de titularidad pública en la Comunidad Valenciana
- Residencias Privadas de la Tercera Edad Castilla La Mancha
- Residencias Privadas de la Tercera Edad Galicia
- Residencias y Centros de Día para Personas Mayores de Madrid
- Residencias Privadas Personas Mayores de La Rioja

Ámbito sectorial provincial

- Centros de la Tercera Edad de Bizkaia

Ámbito de empresa

- Adacen (Centro de día)
- Asociación Hospital Residencia San Francisco de Águilas

- Aspace (Centro de día Ramón y Cajal)
- Atendo calidade
- Aztegui
- Centro Asistencial San Juan de Dios de Málaga
- Centro Geriátrico La Pinada SL
- Centro Gerontológico De Berio SL
- Centro San Juan de Dios (Ciempozuelos)
- Clece. S.A. (Gámez Morón)
- Fundación Cudeca
- Fundación Privada Municipal Emma
- Fundación Residencia Ancianos Riaza (Segovia)
- Fundación Residencia Urribarren Abaroa
- Fundación Uliazpi
- Fundación Valdegodos
- Gestión Social San Adrián Sa
- Hospital Residencia de ancianos Nuestra Señora de la Concepción
- Instituto Insular de Atención Social y Sociosanitario
- Llar-Residencia Nuestra Señora del Carmen
- Nuestra Señora del Carmen de Sarriá
- Patronato Benéfico San Bernabé y San Antolín
- Real Casa de la Misericordia
- Residencia de Mayores Ciudad El Ejido
- Residencia Hijas de San Camilo
- Residencia Mixta Solidaridad de Castejón
- Residencia Nuestra Señora de la Paz
- Residencia Ramón y Cajal
- Societat Anónima Municipal de Gestió de la Sanitat i Serveis Socials d'Amposta

2. Servicio de Ayuda a Domicilio

Ámbito sectorial estatal

- III Convenio Marco Estatal de Residencias Privadas de Personas Mayores y del Servicio de Ayuda a Domicilio

Ámbito sectorial autonómico

- Servicio de Ayuda a Domicilio de las Islas Baleares
- Servicios de Ayuda a Domicilio y afines de Asturias

- Ayuda a Domicilio de Cantabria
- Atención domiciliaria y trabajo familiar de Cataluña
- Ayuda a Domicilio de Castilla y León
- Ayuda a Domicilio de la Comunidad de Madrid

Ámbito sectorial provincial

- Servicio de Ayuda a Domicilio de Álava
- Ayuda a Domicilio de Bizkaia
- Ayuda a Domicilio de Ciudad Real
- Ayuda a Domicilio de Cuenca
- Ayuda a Domicilio de Huesca
- Ayuda a Domicilio de Sevilla
- Servicios de Ayuda a Domicilio de Zaragoza

Ámbito de empresa

- Agoñe SLU
- Clece S.A. (Irún)
- Clece S.A. (Donostia)
- Eulen S.A. (Ayuda domiciliaria Ayuntamiento de Almería)
- Mancomunidad de Servicios Sociales del Sureste
- Ayuda a Domicilio de Molina de Segura S.A.L.

3. Centros de atención para personas con discapacidad

Ámbito sectorial estatal

- XI Convenio de Centros de asistencia, atención, diagnóstico, rehabilitación y promoción de personas con discapacidad

Ámbito sectorial autonómico

- Escuelas de educación especial de Cataluña
- Residencias y centros de día para la atención a personas con discapacidad psíquica severa y profunda de Cataluña
- Talleres de disminuidos psíquicos de Cataluña

- Centros y servicios de atención a personas discapacitadas de la Comunidad Valenciana
- Centros públicos concertados de atención a discapacitados de Navarra

Ámbito de empresa

- Asociación para la promoción del minusválido PROMI (Andalucía)
- Adisco Centro Especial de Empleo (Corella)
- Aspace Centro Especial de Empleo (Noáin)
- Centro Especial de Empleo Canraso (Tudela)
- Clínica Psiquiátrica Padre Menni
- Consorcio comarcal de Servicios Sociales de L'Horta Nord
- Disminuidos físicos de Aragón
- Fundación San Rosendo
- Nasermo, S.L (Noáin)
- Sant Joan de Deu (Serveis de Salut Mental)

El presente estudio tiene como objetivo analizar la negociación colectiva en el sector de atención a las personas dependientes, desde la hipótesis de que la mejora de las condiciones de trabajo es un elemento central para garantizar la calidad de los servicios. A partir de una caracterización de los servicios sociales de protección a la dependencia en España, se aborda la estructura y contenidos de la negociación colectiva en los subsectores de Residencias, Centros de Día, Servicio de Ayuda a Domicilio y Centros para Personas con Discapacidad. Una vez delimitado el universo de convenios, se ha procedido a su análisis mediante una tipología de contenidos, que permite el examen comparado de la regulación de las siguientes materias: empleo y contratación; clasificación profesional; retribuciones; tiempo de trabajo; formación profesional; y prevención de riesgos laborales.

El estudio se completa con el examen de los criterios y estrategias de los agentes sociales para explorar los condicionantes, las potencialidades y los límites de la negociación colectiva en un sector que se caracteriza por un elevado grado de heterogeneidad.

ISBN 84-8417-259-8



9 788484 172598