



MIGRANTS

take Care



Informe sobre el análisis comparativo del sector socio-sanitario en España/País Vasco, Alemania, Italia, Grecia e Irlanda del Norte (UK)

El apoyo de la Comisión Europea para la elaboración de esta publicación no implica la aceptación de sus contenidos, que es responsabilidad exclusiva de los autores. Por tanto, la Comisión no es responsable del uso que pueda hacerse de la información aquí difundida.



Análisis específico por países del sector sociosanitario 2019/2020

Este análisis comparativo surgió de la necesidad mutua de comprender mejor los sistemas de servicios sociosanitarios nacionales o regionales en los que tiene su sede la organización socio del proyecto *Migrants take Care*. Al analizar y reunir de forma independiente la información relativa a las estructuras de los sectores público y privado, así como a los servicios existentes en materia de atención residencial y a domicilio, la colaboración pudo centrarse en las diferentes contenidos que debía tomar la guía en función de su contexto local.

La información encontrada en cada uno de los países analizados es diferente, lo que demuestra la complejidad y la diversidad que se observa en el sector de los servicios sociosanitarios a nivel europeo. Esta reflexión ha sido muy útil para comprender la estructura de la guía online, así como las orientaciones y políticas que podrían adoptarse para desarrollar y reforzar los sistemas de servicios de cuidados a nivel nacional o regional existentes en los distintos países socios del proyecto.

Contenido

A. España y el País Vasco	1
A.1. Contexto.....	1
A.2. El sector de la asistencia domiciliaria: un servicio público-privado	2
A.3 Marco normativo de la regulación de la extranjería:	3
A.4 La regulación laboral de los servicios domésticos y de atención a la dependencia.....	3
B. Alemania.....	4
B.1. Contexto.....	4
B.2. El sector de la asistencia a domicilio y en residencias: servicios caritativos, privados y públicos	5
C. Italia	7
C.1. Contexto.....	7
C.2. Cuidados a domicilio y en residencias: servicios público y privados	8
D. Grecia.....	11
D.1. Contexto	11
D.1.1. Autoridades, Ministerio de Sanidad y Solidaridad Social de Grecia.....	11
D.2. Sector de cuidado: servicios públicos y privados	12
D.2.1. Servicios públicos.....	12
E. Irlanda del Norte (Reino Unido)	14
E.1. Contexto.....	14
E.2. Los cuidados en residencias y a domicilio.....	14
E.2.1. Regulación de la asistencia sanitaria y social.....	15
E.2.2. Consideraciones sobre la mano de obra.....	15
Bibliografía.....	16
Más información en línea en los siguientes enlaces:	18

A. España y el País Vasco

A.1. Contexto

Para entender mejor el sistema de cuidado o atención a personas dependientes en España y en el País Vasco, hay que saber, que en general, “se trata de sistemas en los que la familia mantiene el papel central del cuidado y en el que los servicios públicos de atención son escasos” (Domínguez/Hernández 2015)¹. Pero cuando la estructura tradicional de la familia y la división sexual del trabajo cambió – con el hombre dedicado al trabajo productivo y la mujer al reproductivo – se introdujo en los programas políticos el término *cuarto pilar del Estado de Bienestar* (a partir de 2000). Este cuarto pilar representaba los recursos públicos destinados a la atención a las personas dependientes, “con el objetivo de garantizar la coparticipación pública en la atención a aquellas personas con niveles de dependencia que les impiden realizar actividades propias de la vida diaria” (ídem, 77). En el marco de esa Ley se crea el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), con el que se pretende garantizar la cobertura de las necesidades de atención de las personas carentes de dicha autonomía, y que se articula mediante diferentes servicios de atención directa y prestaciones económicas. “En la aplicación y financiación de los servicios del SAAD tendrán competencias las Administraciones de las Comunidades Autónomas.

Las presentaciones y servicios sociales a las que la persona pendiente tiene derecho se defina en función de su grado de dependencia, que va desde un nivel de poca dependencia (Nivel I) hasta un Nivel de mucha dependencia (Nivel III)” (ídem).

Hay que tener en cuenta que, debido a las normas culturales presentes en el país, “por parte de las familias, exista una preferencia del cuidado a personas dependientes en los hogares sobre otros recursos externos, como las residencias y los Centros de Día, y su contribución al empleo de personas cuidadoras que permanezcan en los hogares al cuidado de las personas dependientes ante la imposibilidad horaria de las familias, así como la posible preferencia por el cobro de prestaciones económicas sobre la percepción de recursos prestados por la Red de Servicios Sociales para la atención a las personas dependientes, que también ofrecen servicios domiciliarios, como el Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD)” (ídem, 84).

Tras la actualización de la ley de Dependencia (Ley 39/2006, artículo 34) en diciembre 2017, a partir de 2022 una familia que contrate a una persona cuidadora, solo podrá recibir las prestaciones económicas si el trabajador contratado dispone del Certificado de Profesionalidad de Atención socio sanitario de nivel II del EQF-MEC.

Existe un amplio catálogo de prestaciones y servicios del sistema de servicios sociales en el País Vasco, pero en el análisis que se realiza a continuación la comparación se hace entre el sector público y el privado, así como los servicios de atención residencial e individual.

¹ Domínguez/Hernández: “La discriminación múltiple de las mujeres inmigrantes trabajadoras en servicios domésticos y de cuidado en la Comunidad Autónoma de Euskadi”, 2015, Emakunde. Instituto Vasco de la Mujer

A.2. El sector de la asistencia domiciliaria: un servicio público-privado

“El Catálogo de Servicios Sociales ofrece la posibilidad de financiar la atención en los hogares a través de personas cuidadoras profesionales pertenecientes a organizaciones subcontratadas por los propios Ayuntamientos, que acudirán a los domicilios, y que satisfarán las necesidades cotidianas de las personas dependientes y otros servicios domésticos, durante un número limitado de horas al día.” (ídem, 85).

De este modo, cuando se subcontrata el servicio asistencial de un proveedor privado, el ayuntamiento (que constituye un organismo público) se convierte en un proveedor de servicios asistenciales privado y público al mismo tiempo. Sin embargo, el servicio viene acompañado de algunas restricciones para los usuarios de los cuidados, como el tiempo limitado del servicio prestado, la imposibilidad de elegir el/la cuidador/a que se asignará a la persona dependiente y el hecho de que el usuario o la familia tengan que pagar un porcentaje del servicio prestado. Todos estos factores tienen como consecuencia que muchas familias prefieran recibir prestaciones económicas para la asistencia de la persona dependiente en lugar de recibir servicios asistenciales a través de los ayuntamientos. De este modo, las familias pueden optar por contratar directamente a un/a cuidador/a a domicilio autónomo/a o contratar el servicio de un proveedor de servicios asistenciales privado.

Los servicios incluyen:

- *Centros de día*

“Este servicio es externo al domicilio de las personas dependientes y ofrece un servicio durante la noche o el día con el objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal y apoyar a las familias o cuidadores” (ídem, 87). Sin embargo, debido al horario, la ausencia de plazas o la cofinanciación por parte de los usuarios, muchas familias prefieren no recurrir a este servicio.

Hay centros de día públicos y privados. La mayoría de personas prefieren acceder a los centros asistenciales públicos, ya que este servicio es menos costoso y el copago se calcula en función de la pensión; no obstante, la lista de espera es muy larga y pueden pasar varios meses antes de que haya una plaza libre.

- *Los Servicios de Atención Residencial*

La prestación de este servicio puede ser permanente (el centro se convierte en la residencia habitual de la persona) o temporal (estancias temporales de recuperación, vacaciones, fines de semana, enfermedades o períodos de descanso de los/las cuidadores/as no profesionales, como los familiares). “El servicio de atención residencial será prestado por las Administraciones Públicas en centros propios y concertados” (Artículo 25 LAPAD). Este servicio está destinado principalmente a personas de dependencia de Grado II o III.”

Como ya se ha mencionado, existen residencias de servicios asistenciales tanto privadas como públicas, estas últimas con una larga lista de espera.

Tal y como mencionado anteriormente, el cambio de roles dentro de las familias ha creado la necesidad de externalizar el cuidado doméstico y las estrategias más frecuentes por las familias es buscar recurso a las mujeres inmigrantes que provienen principalmente de países

Latinoamericanas. En el País Vasco se puede decir, que está socialmente aceptado de contratar de manera formal e informal a una “mujer latina” (una chica) para cuidar a los mayores. Sin embargo, para entender bien la situación en la que se encuentran estas mujeres que provienen de países fuera de la Unión Europea, hay que explicar el marco normativo de la regulación de la extranjería y el sector doméstico.

Tal y como mencionado anteriormente, el cambio de roles dentro de las familias ha creado la necesidad de externalizar el cuidado doméstico y las estrategias más frecuentes por las familias es buscar recurso a las mujeres migrantes que provienen principalmente de países Latinoamericanas. En el País Vasco se puede decir, que está socialmente aceptado de contratar de manera formal e informal a una “mujer latina” (una chica) para cuidar a los mayores. Sin embargo, para entender bien la situación en la que se encuentran estas mujeres que provienen de países fuera de la Unión Europea, hay que explicar el marco normativo de la regulación de la extranjería y el sector doméstico.

A.3 Marco normativo de la regulación de la extranjería:

Aunque existe la posibilidad de residir en España con un permiso de trabajo cuando se pueda presentar un contrato laboral antes de entrar en el país, la gran mayoría de las mujeres latinoamericanas entran al país con un visado de turista que expira después de tres meses y entonces entran en una situación de irregularidad. Luego, la gran mayoría de este colectivo intenta regularizar su situación a través de la “Autorización de residencia temporal por razones de arraigo”:

El arraigo social: Se obtiene a partir de la estancia de tres años en el estado y la firma de un pre contrato de trabajo de al menos un año de duración. (Artículo 124, RD 577/2011)

La trayectoria migratoria típica es por lo tanto: el trabajo de cuidado a domicilio durante tres años, viviendo en muchos casos en la casa de la persona mayor y sin contrato laboral legal. Una vez terminado la estancia de tres años, la cuidadora migrante trata de regularizar su situación y luego busca un trabajo con mejores condiciones. Es obvio que durante estos tres años de situación irregular, las mujeres migrantes se encuentran en una situación vulnerable, expuesto a múltiples discriminaciones, explotadas en la mayoría de los casos (o sea por horas de trabajo, días libres o económicamente), sin cotización a la Seguridad Social, sin acceso a cursos de formación de los servicios públicos. Sin embargo, hay que señalar, que exista una normativa en cuanto a los derechos laborales que protege a los/las trabajadores/as en situación de irregularidad.

A.4 La regulación laboral de los servicios domésticos y de atención a la dependencia

El trabajo doméstico está definido como un trabajo con carácter especial ya que la actividad se realiza en “el hogar familiar, tan vinculado a la intimidad personal y familiar...” (RD 1620/2011). De tal forma, se justifica su invisibilidad y las relaciones laborales específicas. Sin embargo, se ha regularizado los aspectos fundamentales tal y como la remuneraciones, tiempo de descanso, cotizaciones a la Seguridad Social. La contratación por parte de las familias se pueden hacer mediante contratación directa o a través de los servicios públicos de empleo o de las agencias de colocación

B. Alemania

B.1. Contexto

El sector de cuidados alemán ha crecido a un ritmo de casi el 5 % anual desde 2005. Además, es el tercer segmento más importante del sistema sanitario alemán. El «mercado» de los servicios asistenciales seguirá creciendo en los próximos años en este país. El ecosistema asistencial está muy regulado y se enfrenta a unos niveles de competencia cada vez mayores². Para superar la creciente escasez en este sector, los ministerios han puesto en marcha programas y han anunciado más financiación para el sector. No obstante, una encuesta publicada a mediados de enero reveló que el 74 % de los cuidadores, los receptores de cuidados, los familiares, y los médicos consideraban que el trabajo asistencial era de poca importancia en la política alemana.

Carencias y reacción

La falta de cuidadores en Alemania no solo ha provocado una escasez de personal en los centros residenciales para personas de la tercera edad, sino que también ha hecho que los pacientes no puedan recibir asistencia sanitaria a domicilio sin sortear un sector plagado de «zonas grises legales» (por ejemplo, la falta de contratos estandarizados que cubran los horarios, los salarios o las condiciones laborales), que desincentivan el trabajo a domicilio.

Desde la década del 2000, la migración transnacional de trabajadores sanitarios a los Estados miembros de la UE de Europa Occidental ha contribuido de forma significativa a aliviar la escasez de personal profesional en este sector. Dada la importancia de la migración respecto a la sostenibilidad de las prestaciones sanitarias oficiales, en Alemania se han adoptado varias medidas institucionales para la contratación de personal sanitario profesional extranjero. Por ejemplo, se ha planeado un acuerdo con México para la contratación de cuidadores³.

No obstante, la contratación de personal sanitario formado en el extranjero procedente de otros Estados miembros de la UE es sumamente difícil. Es habitual que las empresas contraten a trabajadores formados en otros países de la UE. Ahora bien, esto requiere recursos que a menudo no están al alcance de las empresas o instituciones sanitarias más pequeñas.

Únicamente una minoría de la población anciana necesita cuidados de larga duración, aunque el número no para de aumentar debido al envejecimiento de la población. El 71 % de los receptores de los cuidados de larga duración son atendidos en su domicilio, y alrededor de dos tercios únicamente por familiares. El resto recibe ayuda de los servicios ambulatorios (Oficina Federal de Estadística de Alemania, 2015).

Situación actual

Según las disposiciones de la Ley alemana sobre seguro de dependencia (*Pflegeversicherungsgesetz*), hay unos 2,86 millones de personas que necesitan asistencia de larga duración en Alemania. Más de tres cuartas partes de ellos son atendidos en casa. La mayoría de las personas que necesitan ayuda (más del 80 %) son atendidas por familiares. Aunque la gente sigue estando muy dispuesta a ayudar a sus parientes, la tendencia a que las familias sean cada vez más

² Véase <https://www.rolandberger.com/en/Publications/The-care-industry-in-Germany.html>

³ Véase <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/sw/Pflegenotstand?nid=106094>

pequeñas y la movilidad sea cada vez mayor acabará generando una situación en la que estos servicios de apoyo dejarán de estar disponibles en la misma medida (Oficina Federal de Estadística de Alemania, *Estadísticas de asistencia de larga duración*, 2015).

Si una persona está incluida en la lista de personas que necesitan cuidados de larga duración según las disposiciones de la Ley alemana sobre seguro de dependencia, los costes de los servicios prestados por el servicio asistencial a domicilio los asumirá parcialmente el seguro de dependencia de larga duración. Para determinar la necesidad de cuidados de larga duración es necesario presentar una solicitud al seguro médico o al fondo de seguros correspondiente.

En lugar de recibir prestaciones asistenciales en especie (*Pflegesachleistung*), las personas que necesiten cuidados de larga duración pueden solicitar una prestación «asistencial» (*Pflegegeld*) u optar por una combinación de ambas. Estas personas pueden decidir por sí mismas cómo utilizar su prestación asistencial y entregarla regularmente como muestra de agradecimiento para reconocer los servicios de quienes les prestan los servicios de atención y apoyo.

Más de dos tercios de las personas dependientes de cuidados de enfermería en Alemania son atendidas en su domicilio. La mayoría de las personas prefieren ser atendidas por sus familiares si necesitan asistencia y cuidados de enfermería.

El cuidado de un familiar suele ser estresante para los cuidadores, tanto física como psicológicamente. Los cuidados no remunerados los prestan mayoritariamente mujeres, por lo que estas tienen menos probabilidades de trabajar a tiempo completo y suelen optar a empleos precarios o a tiempo parcial. En consecuencia, las mujeres están peor situadas económicamente por término medio que los hombres. El reparto desigual de las responsabilidades de cuidado perpetúa así la desigualdad social. El reparto de las responsabilidades de los cuidados entre los distintos entornos sociales es igualmente desigual: las personas con un estatus socioeconómico más alto tienen menos probabilidades de proporcionar cuidados de enfermería a sus familiares que las personas con un estatus socioeconómico más bajo.

B.2. El sector de la asistencia a domicilio y en residencias: servicios caritativos, privados y públicos

Algunos de los servicios existentes son:

- ***Unidades móviles de enfermería***

No siempre es posible que las familias de las personas que necesitan cuidados de larga duración estén disponibles para ayudar. Aquí es donde entran en juego las unidades móviles de enfermería para complementar los cuidados proporcionados por la familia y organizar la atención continuada en el hogar. En ellas se prestan servicios de cuidados básicos (higiene personal, alimentación, movimiento y ejercicio) y cuidados curativos de enfermería (cuidados prescritos por un médico debido a una enfermedad). Además, estas unidades suelen ofrecer apoyo doméstico (comidas a domicilio, alerta a domicilio para emergencias, etc.) y también pueden asesorar sobre cuestiones relacionadas con la atención domiciliaria. Los servicios asistenciales son ofrecidos por organizaciones sin ánimo de lucro (como las asociaciones de asistencia social) y también por proveedores comerciales.

- *Unidades fijas de enfermería*

La alternativa a recibir la atención en casa es recibirla en una residencia de ancianos. La estancia puede ser estacionaria o solo diurna. En estas residencias de ancianos, los cuidadores profesionales se ocupan de estas personas. Se prestan servicios de cuidados básicos (higiene personal, alimentación, movimiento y ejercicio) y cuidados curativos de enfermería (cuidados prescritos por un médico debido a una enfermedad).

- *Atención estacionaria en el hospital*

Recibir servicios de atención en un hospital no es una solución permanente y no está orientada a la atención permanente en el cuidado de personas mayores.

C. Italia

C.1. Contexto

En Italia, el sistema sanitario nacional prevé una serie de servicios diferentes para el sector de los servicios de atención a las personas mayores. Sin embargo, el nivel y la capacidad de esos servicios son bastante limitados. Como se indica en un informe publicado por la Organización Internacional del Trabajo: «Las ayudas públicas para el cuidado de las personas mayores consisten principalmente en transferencias monetarias, desgravaciones fiscales y prestaciones económicas a las personas necesitadas y a sus familias. La más común de estas prestaciones económicas es la *indennità di accompagnamento* (IA), un subsidio que se concede a todas las personas mayores necesitadas (es decir, las que no pueden trabajar y necesitan cuidados constantes en las actividades cotidianas), para que adquieran servicios asistenciales directamente en el mercado o contraten a cuidadores, a su elección. «Sin regulación y sin controles que determinen cómo deben gastarlo los beneficiarios, el subsidio en efectivo para el cuidado ha sido considerado como la causa del aumento de los cuidadores migrantes internos, ya que pueden proporcionar una atención constante y a un costo menor que las residencias o los servicios de atención domiciliaria» (King-Dejardin, 2019).

Debido a la cultura existente y al importante papel que desempeña la familia, los miembros de la misma (principalmente las mujeres) han asumido las responsabilidades de cuidado de los familiares dependientes. El bienestar proporcionado por el Estado desempeña un papel subsidiario en comparación con la familia. El modelo de cuidado de la «mujer en la familia» ha evolucionado a lo largo de los años hacia el «migrante en la familia» (King-Dejardin, 2019). Como se indica en la obra Routledge Handbook of the Politics of Migration in Europe, «estos cuidadores inmigrantes, llamados *badanti* en italiano, suelen vivir con los ancianos, proporcionándoles cuidados continuos. El modelo de cuidado "migrante en la familia" se ha visto facilitado por los permisos de trabajo y las regularizaciones de inmigrantes que han proporcionado algunas oportunidades para que los ciudadanos no comunitarios obtengan un estatus legal como trabajadores de cuidados contratados de forma privada» (van Hooren et al, 2019).

Como se indica en el documento Promover la integración de los trabajadores domésticos inmigrantes en Italia (*Promoting integration for migrant domestic workers in Italy*), «los cuidadores asalariados -llamados *badanti*-, a menudo empleados como internos, son hoy en día la columna vertebral del sistema asistencial a las personas mayores en Italia, en una mezcla de bienestar que combina la ayuda proporcionada por los familiares con las pocas oportunidades que ofrecen los servicios de atención públicos y privados a nivel local» (Castagnone et al, 2013). La mayoría de estos trabajadores son personas migrantes sin experiencia profesional previa en este sector y sin permiso de residencia regular. No obstante, sus servicios se consideran esenciales para las familias italianas.

Durante la última década en Italia, las instituciones italianas registraron un aumento de trabajadores irregulares en este sector procedentes de Ucrania, Rumanía y Polonia, así como de países extracomunitarios como Ecuador y Perú. Al mismo tiempo, el país se enfrenta a una emergencia de recursos humanos en este sector. De hecho, en 2017 el gobierno italiano aprobó un nuevo tipo de normativa (L.104/92) para mejorar el servicio de atención domiciliaria, creando un fondo especial para apoyar a las familias italianas y a los empleados de este sector con el fin de cerrar la brecha real de la situación nacional. Asimismo, con el fin de mejorar las competencias de

las personas migrantes con permiso de residencia regular y luchar contra el empleo ilegal, el Ministerio del Interior de Italia ha comenzado a impartir un curso anual de formación profesional para convertirse en *OSS - Operatore Socio Sanitario*, la figura profesional italiana necesaria para prestar servicios de atención domiciliaria.

C.2. Cuidados a domicilio y en residencias: servicios público y privados

1. Residencias de servicios asistenciales

Residencias sociosanitarias / Residenze Socio-Sanitarie: Estas instalaciones se dirigen a personas mayores dependientes y están equipadas con personal médico y de enfermería especializado. Los servicios ofrecidos se caracterizan por un alto nivel de combinación social y sanitaria con el objetivo de apoyar la mayor tasa de recuperación posible de las capacidades psicomotrices de los usuarios.

Residencias sanitarias / RSA (Residenze sanitarie assistenziali): Acogen, durante un periodo que varía de unas semanas a un periodo indefinido, a personas que no son autosuficientes, que no pueden ser asistidas en su domicilio y que requieren atención médica específica de varios especialistas y una asistencia sanitaria integral. Las *RSA* son gestionadas por organismos públicos o privados que ofrecen servicios de alojamiento, salud y bienestar, ayuda para la recuperación funcional y la inclusión social, así como la prevención de las principales enfermedades crónicas. La cantidad de usuarios difiere en cada una de las instalaciones. Las *RSA* proporcionan atención médica y de enfermería, así como tratamientos de rehabilitación para mejorar el estado de salud y el bienestar de los usuarios, mientras que la cantidad de usuarios puede alcanzar el número máximo de 120 usuarios, divididos en grupos más pequeños de unos 20-30 usuarios. Las *RSA* suelen estar gestionadas y dirigidas por el Estado italiano. Los gastos, establecidos por las entidades que gestionan las residencias de acuerdo con el gobierno municipal, son sufragados en parte por el servicio de salud nacional italiano, en parte por el gobierno municipal y en parte por los propios usuarios.

Hogares protegidos/ Caso Protette: Son centros residenciales con un alto nivel de apoyo social y sanitario, destinados a acoger a usuarios dependientes, de forma temporal o permanente. Los usuarios no son tratables en casa, pero al mismo tiempo no necesitan una asistencia sanitaria compleja. Estas residencias ofrecen actividades destinadas a mantener y activar las capacidades de los usuarios, al mismo tiempo que pretenden garantizar un nivel medio de asistencia médica, de enfermería y de rehabilitación. También ofrecen la oportunidad de hacer vida comunitaria, actividades recreativas y servicios de ayuda en las actividades diarias.

Residencias asistenciales / Residenze Assistenziali: Se dirigen principalmente a usuarios independientes o con un bajo grado de dependencia. Los usuarios mayores, como huéspedes de las residencias, se benefician de los servicios, ya que reciben una asistencia completa y se les anima a participar en actividades recreativas y culturales. En esta categoría se incluyen las residencias de ancianos (*case di riposo*), los hoteles para ancianos (*casa albergo per anziani*), las casas-residencias (*casa soggiorno*) y las casas vacacionales para ancianos (*casa vacanza per anziani*), que ofrecen hospitalidad y asistencia. Garantizan la distribución de las comidas, actividades recreativas y de convivencia, asistencia en las actividades cotidianas, asistencia de

enfermería y administración de fármacos en caso necesario. Más información sobre algunos de los elementos de esta lista:

Hogares de los jubilados / *Case di Riposo*: El modelo ideal de hogar del jubilado es que cada persona o pareja de la casa tenga una habitación o suite amueblada. En el edificio se ofrecen servicios adicionales. A menudo, esto incluye instalaciones para las comidas, un lugar de reunión, recreación y algún tipo de atención médica o de cuidados. El nivel de servicio y la cantidad de usuarios (podría llegar a 120 usuarios) varía entre las instalaciones públicas y las privadas.

En una instalación pública, el usuario pasa por un proceso de solicitud que finaliza con la evaluación de un médico-geriatra, con el fin de valorar las condiciones clínicas del futuro huésped, y lo pone en lista de espera hasta que se le encuentre una plaza. En las instalaciones públicas o adscritas, el huésped paga la cuota en función de sus ingresos.

En las instalaciones privadas, basta con ponerse en contacto con ellas para acceder y el usuario paga según la tarifa que decida la empresa.

Comunidades residenciales / *Comunità Alloggio*: Se dirigen a usuarios con un bajo grado de dependencia y que tienen una necesidad de solidaridad y compañerismo mutuo. Se diferencian de los hogares de jubilados por el número de huéspedes, ya que en este caso puede haber menos personas (máximo 12 usuarios alojados).

- **2. Atención semiresidencial**

Centros de día / *Centri Diurni Assistenziali*: Se consideran centros de atención semiresidencial, ya que son estructuras sociosanitarias que prestan sus servicios durante el día y se dirigen a personas mayores con diferentes grados de dependencia. Su objetivo es ofrecer una ayuda a las familias, más que reforzar y compensar competencias y habilidades relacionadas con la autonomía y la identidad. Son principalmente entidades públicas y pueden recibir entre 5 y 25 usuarios, pero al mismo tiempo hay estructuras privadas que ofrecen los mismos servicios.

- **3. Atención domiciliaria**

Atención domiciliaria integrada / *ADI Assistenza Domiciliare Integrata*: La ADI es un conjunto de servicios e intervenciones sociales y sanitarias que se prestan al paciente en su domicilio. Se lleva a cabo a través de servicios prestados por diversos profesionales (médicos, trabajadores sociosanitarios, fisioterapeutas, farmacéuticos, psicólogos, etc.). Su objetivo es evitar, en la medida de lo posible, la hospitalización del paciente o su internamiento en una estructura residencial más allá del tiempo estrictamente necesario. El municipio de residencia del paciente suele apoyar el servicio de ADI. La aportación económica de la familia o del usuario depende de las condiciones de renta. Se divide además en:

Atención domiciliaria integrada simple / *Assistenza Domiciliare Integrata Semplice*: Se trata de servicios sencillos, como vendajes, muestras de sangre o cambios de catéter, que conciernen a personas que no son completamente autosuficientes.

Atención domiciliaria integrada compleja / *Assistenza Domiciliare Integrata Complessa*: Se trata de una combinación de cuidados médicos, de enfermería, de rehabilitación y de bienestar que se presta a los pacientes gravemente dependientes. La ADI compleja debe

ser solicitada al distrito sanitario de residencia por el médico de cabecera, por el propio paciente, por sus familiares o por los trabajadores sociales del municipio.

Otros servicios privados de atención domiciliaria: Muchas asociaciones y agencias proporcionan también cuidadores que trabajan en una variedad de opciones (turnos de mañana/noche). El cuidador mantiene una relación de escucha y confianza mutua con los mayores y sus familias, respetando el estilo de vida y las normas observadas por el propio contexto de referencia. Funcionan principalmente solos y de forma autónoma, ocupándose también de cualquier otro servicio que intervenga en los cuidados de enfermería del usuario.

D. Grecia

D.1. Contexto

Los cuidados de larga duración para las personas mayores en Grecia son prestados principalmente por el Estado, por organizaciones privadas sin ánimo de lucro, por organizaciones privadas con fines lucrativos, por las autoridades locales y por la propia familia, debido a los valores culturales existentes en el país. Por lo tanto, el sistema de asistencia sanitaria en Grecia está formado por una mezcla de servicios.

La mayoría de los ancianos viven solos en sus casas o con sus hijos. Si tienen necesidades especiales y problemas de salud, reciben atención principalmente de la familia, los amigos y los vecinos, ya que la familia sigue desempeñando un papel fundamental en el cuidado. Además, la proporción de personas mayores que viven en instituciones de atención residencial es tradicionalmente muy pequeña. Una de las principales razones es la insuficiencia y la baja calidad de los cuidados institucionalizados, pero también el rechazo de muchas personas a este tipo de cuidados (Koumanakos, 2015).

Debido a las normas culturales, el cuidado institucionalizado no es socialmente aceptado ni alabado en el país. Además, el empleo de cuidadores migrantes ha sido una parte importante de la prestación de cuidados en el país, ya que la mano de obra más barata se vio favorecida incluso antes de la crisis de austeridad que afectó al país a partir de 2009. Ambos factores llevan a las familias griegas a contratar a cuidadores privados migrantes, quienes pueden tener dificultades para realizar muchas de las tareas debido a la falta de formación.

De este modo, las mujeres migrantes desempeñan un papel crucial en el cuidado de los familiares mayores. En algunos casos particulares, se puede dar el caso de los dos miembros de la pareja trabajen en el sector de los servicios de cuidados no oficiales en familias griegas, mientras están indocumentados. Prestan un servicio barato y suelen adaptar su vida diaria a las necesidades de la familia griega.

No obstante, los servicios de atención domiciliaria están avalados por el nuevo servicio de acreditación de Grecia: *EKEPIS*. Los servicios de atención domiciliaria siguen siendo una especialidad que alguien puede adquirir a través de formación profesional no oficial. La inmensa mayoría de los cuidadores en Grecia son parientes de la familia o migrantes y pueden no estar cualificados. Esto puede tener consecuencias más que graves tanto desde el punto de vista ergonómico como por los importantes riesgos de lesiones.

D.1.1. Autoridades, Ministerio de Sanidad y Solidaridad Social de Grecia

Según la encuesta del Servicio Nacional de Estadística de Grecia de 2009, en el país había 229.400 personas empleadas en el sector de los servicios sanitarios y asistenciales. No se ha estimado el número de cuidadores no oficiales activos en Grecia en 2019.

En el sector público, el presupuesto de destinado a la sanidad es fijado anualmente por el Ministerio de Hacienda de Grecia, los impuestos suponen el 70 % de la financiación del sistema nacional de salud y la otra parte proviene de la seguridad social y de los pagos directos.

El sector asistencial privado es financiado directamente por las personas que lo requieren, sus familias o los seguros médicos privados que puedan tener. Los costes dependen de los problemas de salud de cada persona.

D.2. Sector de cuidado: servicios públicos y privados

D.2.1. Servicios públicos

En Grecia, el sistema público ofrece prestaciones y servicios de cuidados de larga duración en especie en las instituciones, pero los acuerdos formales de atención domiciliaria son limitados. En teoría, cualquier persona mayor tiene acceso a los servicios de cuidados de larga duración en las instituciones, tanto si está asegurada como si no lo está por el sistema de seguridad social.

No hay discriminación institucional ni restricciones de acceso, siempre que los ancianos sean residentes legales en el país. En la práctica, sin embargo, hay algunas desviaciones de este modelo universal, sobre todo debido a la desigual concentración de proveedores en las zonas geográficas, y también debido a la escasez de instituciones especiales (por ejemplo, centros de rehabilitación). En estos casos, la red familiar satisface en gran medida las necesidades de los mayores.

Los fondos de la seguridad social pagan los servicios de cuidados de larga duración, así como las tasas médicas específicas para el tratamiento y la rehabilitación de adultos y niños con problemas de movilidad física o deficiencias mentales. Los medicamentos para enfermedades crónicas, incluido el Alzheimer, también se suministran gratuitamente en los dispensarios de los hospitales públicos. Los fondos de la seguridad social también proporcionan prestaciones en metálico.

Los servicios públicos incluyen: *ayuda a domicilio, KAPI, KIFI, residencias municipales*

Cada estructura está compuesta por una enfermera como asistente doméstica y una trabajadora social, mientras que en muchas instalaciones hay médicos. En los últimos años, debido a la crisis, este tipo de instalaciones están cerrando de manera generalizada. Análisis de algunos de los programas de atención a la tercera edad:

- **La ayuda a domicilio** se inició en 2002 asistiendo a personas discapacitadas y ancianas de dos a tres veces por semana en sus domicilios. El servicio prestado no sustituye el cuidado de las familias, sino que se limita a complementarlo y apoyarlo, debido a las reducidas visitas que se realizan semanalmente. Mediante este servicio, están ocupados unos 3.600 empleados, los cuales atienden a unos 110.000 beneficiarios.

Como se ha mencionado, el programa proporciona atención primaria a las personas mayores y discapacitadas, al tiempo que ofrece una serie de servicios a ellas y a sus familias. Estos servicios incluyen: asesoramiento, apoyo psicoemocional, prestación de servicios de atención a las personas mayores y medidas de protección social, cuidados de enfermería y seguridad, seguimiento de las funciones vitales, formación de la familia para ayudar a las personas mayores, mantenimiento del hogar y, en caso necesario, acompañamiento de las personas en el hospital o ayuda en sus necesidades de comunicación, proporcionando un espacio de compañía y comunicación.

- **Programa de asistencia a domicilio para pensionistas**

Entre los beneficiarios se incluyen los pensionistas debido a la edad, la discapacidad, así como las personas mayores no aseguradas de la antigua Organización de Seguros Agrícolas de Grecia (OGA), que sufren problemas de salud o discapacidad temporales o permanentes.

- **Los KAPI (centros de entretenimiento para ancianos) y KIFI (centros de día para ancianos)** son instalaciones abiertas para la acogida diaria de personas mayores que no pueden valerse por sí mismas o que tienen graves problemas económicos y/o de salud. Estas instalaciones suelen encontrarse en diferentes barrios de las ciudades griegas y, por tanto, los ciudadanos inscritos en ellas pueden beneficiarse de sus servicios.
 - Los centros **KAPI** se dirigen a todos los residentes mayores de 60 años de la zona en la que opera el centro, independientemente de su situación económica y social, y tratan de capacitarlos para que permanezcan activos en el entorno social, eviten la exclusión social, mantengan su autonomía y faciliten y armonicen la vida diaria para el resto de los miembros de la familia.
 - Los centros **KIFI** son unidades de atención diurna para personas mayores que no son totalmente autosuficientes (por problemas de movilidad, demencia, etc.), mientras que sus familiares no pueden ocuparse de ellos, ya sea porque trabajan o porque tienen graves problemas sociales, económicos o de salud. Estas instalaciones ofrecen una variedad de servicios, como cuidados de enfermería, necesidades prácticas de la vida, higiene personal y programas creativos. El personal está compuesto por enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos y educadores físicos.

E. Irlanda del Norte (Reino Unido)

E.1. Contexto

La población del Reino Unido está envejeciendo debido a que la gente vive más tiempo, en gran medida por los logros del sistema nacional de salud. Hay casi 12 millones (11.989.322) de personas mayores de 65 años en el Reino Unido, de las cuales 5,4 millones tienen más de 75 años y 1,6 millones más de 85 años. Más de 500.000 personas tienen más de 90 años (Oficina Nacional de Estadística del Reino Unido, 2018). Como consecuencia, han surgido importantes retos para la asistencia social debido a la creciente morbilidad asociada al envejecimiento.

En Irlanda del Norte, durante la última década (2008-2018), la población mayor de 85 años ha aumentado un 30 %. Esta población, denominada personas de edad más avanzada, ha crecido a un ritmo cinco veces superior al de la población de Irlanda del Norte en su conjunto. Las mujeres representan dos tercios (66 %) de esta parte de la población. En junio de 2018, el número de personas de 85 años o más que viven en Irlanda del Norte había aumentado a 37.700 personas. Esto supone un aumento del 1,5 %, o 600 personas, respecto a la estadística de mediados de 2017 (Agencia de Estadística e Investigación de Irlanda del Norte, *NISRA*, septiembre de 2019).

En los próximos 20 años, se prevé que el número de personas con necesidades de atención complejas aumente debido a que un mayor número de personas llegan a la edad de 85 años o más y estas personas tienen mayores niveles de dependencia, demencia y comorbilidad (Kingston, Comas-Herrera y Jagger, 2018). A medida que la población envejece y las necesidades de atención de las personas se vuelven más complejas, se intensifica la necesidad de servicios de atención social (oficiales y no oficiales) (Kelly y Kenny, 2018).

E.2. Los cuidados en residencias y a domicilio

En 2017, el sector de la asistencia social para adultos del Reino Unido contaba con unas 21.200 organizaciones con 41.000 lugares de prestación de cuidados (Skills for Care, 2018). 400.000 ancianos están en centros de atención en el Reino Unido (Laing-Busson, 2018).

La asistencia sanitaria y social en Irlanda del Norte la prestan una serie de organizaciones legales (financiadas por el Gobierno), privadas y benéficas. El cuidado de las personas mayores se realiza, en primer lugar, en su propio hogar, siempre que sea posible, y normalmente este cuidado lo realiza de manera no oficial un miembro de la familia. Sin embargo, con el aumento de las necesidades asociadas al envejecimiento, puede ser necesario un apoyo asistencial. Por lo general, esto comienza con un cuidador oficial que proporciona atención en el propio hogar de las personas. Estos cuidados oficiales son proporcionados por el Gobierno, organizaciones privadas de «atención domiciliaria» o entidades benéficas, y pueden incluir necesidades de atención básica. Además, las personas que lo necesiten pueden acudir a un centro de día, donde se realizan actividades sociales y se cubren algunas necesidades básicas de atención. Estos centros están financiados en gran parte por el Gobierno o por organizaciones benéficas.

Con el aumento de las necesidades asistenciales, una persona puede pasar a una casa-residencia en la que permanece con cierta independencia; sin embargo, con el aumento de las necesidades de cuidados de enfermería, esa persona pasaría a una residencia de ancianos. A 30 de junio de 2019, estaban vigentes 12.154 expedientes de atención en casa-residencias y residencias de

ancianos. De los 12.154 expedientes de atención en vigor, más de dos tercios (70 %) eran expedientes de atención en residencias de ancianos y menos de un tercio (30 %) eran expedientes de atención en casa-residencias (Departamento de Salud del Reino Unido, 2019).

E.2.1. Regulación de la asistencia sanitaria y social

La atención sanitaria y social está muy regulada en el Reino Unido, con una serie de convenios obligatorios como la legislación, los organismos de inspección y los reguladores. En Irlanda del Norte todos los trabajadores sociales deben registrarse en el Consejo de Atención Social de Irlanda del Norte (NISCC). Esta organización ha elaborado unos códigos deontológicos en los que se describen los procedimientos y comportamientos que deben seguirse. Si estos códigos no se cumplen, la persona podría ser objeto de medidas disciplinarias o ser eliminada del registro de asistencia social y, por tanto, no poder volver a trabajar en el sector de la salud y la asistencia social.

Además, la Autoridad de Regulación y Mejora de la Calidad (RQIA) se encarga de inspeccionar la calidad de los servicios sanitarios y sociales en Irlanda del Norte. La RQIA se creó en virtud de la Orden de 2003 sobre servicios sociales personales y de salud (calidad, mejora y regulación) (Irlanda del Norte). Su objetivo es garantizar que los servicios sanitarios y sociales de Irlanda del Norte sean accesibles, estén bien gestionados y cumplan las normas exigidas (requisitos publicados para todos los entornos, incluidos los cuidados comunitarios, las casa-residencias y las residencias de ancianos).

E.2.2. Consideraciones sobre la mano de obra

La organización Skills for Care calcula que hay 1,62 millones de puestos de trabajo en la atención social a adultos. En total, unos 250.000 de puestos de trabajo en la asistencia social a adultos están ocupados por personas de nacionalidad no británica (115.000 de la UE; 134.000 de fuera de la UE). La proporción de la mano de obra de atención social para adultos con nacionalidad británica ha sido consistente en los últimos seis años (de 2012/13 a 2018/19), aumentando un punto porcentual durante este periodo. La proporción de trabajadores de la UE (no británicos) ha aumentado tres puntos porcentuales y la de los trabajadores de fuera de la UE ha disminuido tres puntos porcentuales durante este periodo (Skills for Care, 2019).

Si la mano de obra de la atención social para adultos crece proporcionalmente al número proyectado de personas de 65 años o más en la población, entonces el número de puestos de trabajo de la atención social para adultos aumentará en un 36 % (580.000 puestos de trabajo) hasta llegar a unos 2,2 millones de puestos de trabajo en 2035 (Skills for Care, 2019). Actualmente, en el Reino Unido existe una crisis de mano de obra en este ámbito, ya que no hay suficientes personas que soliciten puestos de trabajo en el sector de la salud y la asistencia social y, una vez contratados, la retención en estos puestos de trabajo es problemática. Esto ofrece unas oportunidades de empleo únicas para los migrantes como trabajadores de la sanidad y la asistencia social.

Bibliografía

- Altroconsumo. 2017. Assistenza domiciliare: cos'è e chi ne ha diritto Accesso: <https://www.altroconsumo.it/salute/diritti-in-salute/speciali/assistenza-domiciliare>
- Atti, R.; Morosini, I. 2017. L'Osservatorio sulle residenze per gli anziani in Italia Accesso: <http://www.grusol.it/informazioni/27-10-17.PDF>
- Castagnone, E.; Salis, E.; Premazzi, V. 2013. Promoting integration for migrant domestic workers in Italy, International Migration Papers No. 115 (Geneva, ILO).
- Comune di Palermo. 2018. Servizio di Assistenza Domiciliare. Accesso: <https://www.comune.palermo.it/noticext.php?cat=4&id=17534>
- Comunità Alta Valsugana e Bersntol. Chi è l'Assistente Familiare, meglio nota come Badante? Accesso: <https://www.comunita.altavalsugana.tn.it/Aree-Tematiche/Serenamente-Anziani/2.-Chi-e-l-Assistente-Familiare-meglio-nota-come-Badante>
- Cooperativa Incontro. 2018. ADI: COS'È L'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA. Accesso: <https://www.coopincontro.it/adi-assistenza-domiciliare-integrata/>
- Domínguez/Hernández: "La discriminación múltiple de las mujeres inmigrantes trabajadoras en servicios domésticos y de cuidado en la Comunidad Autónoma de Euskadi", 2015, Emakunde. Instituto Vasco de la Mujer
- Kelly, A., & Kenny, C. (2018). Unpaid Care. Accesso: <https://researchbriefings.parliament.uk/ResearchBriefing/Summary/POST-PN-0582>
- King-Dejardin, A. 2019. The social construction of migrant care work. At the intersection of care, migration and gender, (Geneva, ILO).
- Kingston, A., Comas-Herrera, A., & Jagger, C. (2018). Forecasting the care needs of the older population in England over the next 20 years: estimates from the Population Ageing and Care Simulation (PACSim) modelling study. The Lancet. Public Health, 3(9), e447–e455. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(18\)30118-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(18)30118-X)
- Koumanakos, G., 2015, Trends and challenges in Home Care in Greece, Accesso: <http://ergocarebank.com/wp-content/uploads/2015/11/6-d-Workshop-Trends-and-Challenges-in-Home-Care-or-Nursing-Care-in-Greece.pdf>
- Laing-Busson. (2018). Care homes for older people – Market Report.
- Lethbridge, J. 2011. Assistenza agli anziani in Europa - Sfide per i lavoratori. Accesso: https://www.epsu.org/sites/default/files/article/files/Care_Services_Older_People_Exec_Sum_IT.pdf
- Luppi, M., 2016. Le riforme nel settore dell'assistenza agli anziani: l'Italia nel contesto europeo, Accesso: <https://www.secondowelfare.it/primo-welfare/innovazione-sociale/le-riforme-nel-settore-dellassistenza-agli-anziani-litalia-nel-contesto-europeo.html>

- Maschio, P., 2017. ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI E ASSISTENZA DOMICILIARE: Presente e Futuro. Accesso:
https://www.unive.it/pag/fileadmin/user_upload/comunicazione/sostenibile/doc/PROGETTI/UniV olontariato/terza_edizione_aa2016-2017/tesina_Maschio_Paolo_def.pdf
- Mertens, J. 2013. Promoting integration for migrant domestic workers in Europe: A synthesis of Belgium, France, Italy and Spain, International Migration Papers No. 118 (Geneva, ILO).
- Morosini, I.; Montemurro, F.; Petrella, A. 2016. Le politiche per gli anziani non autosufficienti nelle regioni italiane. Accesso: http://www.sossanita.it/doc/2016_10_Rapporto-SPI-NA-rsa.pdf
- Moukanou, E., 2009. Social Care Services for the Elderly in Greece: Shifting the Boundaries?. Accesso:
http://www.lse.ac.uk/europeanInstitute/research/hellenicObservatory/pdf/4th_%20Symposium/PAPERS_PPS/WELFARE_STATE/MOUKANOU.pdf
- Pastore, F.; Villosio, C. 2011. Nevertheless attracting... Italy and immigration in times of crisis, FIERI/LABOR Working Paper no. 106.
- Tediosi, F.; Gabriele, S. 2010. THE LONG-TERM CARE SYSTEM FOR THE ELDERLY IN ITALY. Accesso:
<http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRI%20 ANCIEN %20RR%20No%2080%20Italy%20edited %20final.pdf>
- Van Hooren, F., Apitzsch, B., Ledoux, C., Weinar, S. B., & Zhyznomirska, L. 2019. The politics of care work and migration. The Routledge Handbook of the Politics of Migration in Europe.
- Xpatathens, 2016. Healthcare in Greece. Accesso: <https://www.xpatathens.com/living-in-athens/survival-guide/practical-information/item/424-healthcare-in-greece>

Más información en línea en los siguientes enlaces:

- <https://www.rolandberger.com/en/Publications/The-care-industry-in-Germany.htm>
- <https://www.dw.com/en/germany-aims-to-revamp-crisis-hit-care-industry-amid-worker-shortage/a-47268886>
- <https://www.beobachtungsstelle-gesellschaftspolitik.de/f/915ef8f93d.pdf>
- https://www.dza.de/fileadmin/dza/publications/Fact_Sheet_Lebenssituation_%C3%84lter_DZA_05-2015_EN.pdf
- <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/meta/en/publications-en/care-and-shared-responsibility-in-the-municipal-community/120958>
- <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/meta/en/publications-en/older-people-in-germany-and-the-eu/113954>
- <http://www.oecd.org/greece/47877676.pdf>
- <https://healthmanagement.org/c/imaging/issuearticle/an-overview-of-the-healthcare-system-in-greece-1>
- <http://ergocarebank.com/wp-content/uploads/2015/11/6-d-Workshop-Trends-and-Challenges-in-Home-Care-or-Nursing-Care-in-Greece.pdf>
- <http://ergocarebank.com/wp-content/uploads/2015/11/6-d-Workshop-Trends-and-Challenges-in-Home-Care-or-Nursing-Care-in-Greece.pdf>
- <https://www.oecd.org/health/health-systems/OECD-presentation-Future-of-healthcare-in-Greece-March2018.pdf>
- http://www.lse.ac.uk/europeanInstitute/research/hellenicObservatory/pdf/4th_%20Symposium/PAPERS_PPS/WELFARE_STATE/MOUKANOU.pdf
- <http://www.oecd.org/greece/47877676.pdf>
- <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/ageing/bulletins/estimatesoftheveryoldincludingcentenarians/2002to2017>
- <https://www.nisra.gov.uk/publications/estimates-population-aged-85-and-over-northern-ireland-2018-and-2001-2017-revised>
- <https://www.skillsforcare.org.uk/adult-social-care-workforce-data/Workforce-intelligence/publications/The-size-and-structure-of-the-adult-social-care-sector-and-workforce-in-England.aspx>
- <https://www.skillsforcare.org.uk/adult-social-care-workforce-data/Workforce-intelligence/publications/Topics/Workforce-nationality.aspx>