HelpAge España

*las personas mayores cuentan*

# El derecho a los cuidados de las personas mayores

*Colección*

*Los derechos humanos de las personas mayores en España: La igualdad de trato y la no discriminación por razón de edad*

La presente publicación forma parte de la colección de informes ***Los derechos humanos de las personas mayores en España: la igualdad de trato y no discriminación por razón de edad.*** Esta edición ha sido subvencionada por el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, a través de la Subvención de apoyo al tercer sector de acción social con cargo al 0,7 del impuesto de sociedades.

***Informe elaborado por la Fundación HelpAge Internacional España.***
Fecha: septiembre 2021
Copyright: Fundación HelpAge International España 2021

El contenido del presente cuaderno ***es responsabilidad única y exclusiva de la Fundación HelpAge International España*** y, en ningún caso, refleja la opinión o puntos de vista del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Cualquier parte de esta publicación puede ser reproducida sin permiso para fines educativos y sin ánimo de lucro. Por favor, atribuir explícitamente la autoría a HelpAge International España y envíen una copia o enlace del mismo a la dirección de correo electrónico: correo@helpage.es

***Fundación HelpAge International España***
Edificio Impact Hub Barceló
C/Serrano Anguita 13
28004 Madrid
correo@helpage.es
www.helpage.es

La Fundación HelpAge International España es una ONG inscrita el 24 de agosto de 2012 en el Registro de Fundaciones del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad con el número 28-1679 e inscrita el 17 de octubre de 2013 en el Registro de ONGD de la AECID. Es afiliado de la red global de HelpAge International, es miembro de la Asociación Española de Fundaciones y es miembro de la FONGDCAM.

Subvencionado por:

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES Y AGENDA 2030
APOYO AL TERCER SECTOR DE ACCIÓN SOCIAL CON CARGO AL 0,7 DEL IMPUESTO DE SOCIEDADES

**Maquetado por:**
Be One
Madrid, España
www.be-one.es

PRESENTACIÓN 8

Capítulo I
INTRODUCCIÓN 11

Capítulo II
LOS CUIDADOS Y EL DERECHO A SER CUIDADO 17

1. Qué es cuidar. Qué son los cuidados 20
   1.1. Un concepto complejo 20
   1.2. Cuidados en lo macro y en lo micro 21
   1.3. Cuidados a personas mayores dependientes y no dependientes 22
   1.4. El buen cuidado: la persona en el centro 23
   1.5. Quién cuida 24
2. El derecho a ser cuidado 26
   2.1. Qué es tener un derecho 26
   2.2. ¿Son los cuidados un derecho fundamental? 27
   2.3. Configuración de los cuidados desde la perspectiva de los derechos de las personas mayores 28
      2.3.1. Los cuidados como componente de la dignidad humana de las personas de edad 28
      2.3.2. Los cuidados como creadores de las condiciones para el ejercicio de la autonomía personal básica y el resto de los derechos 29
      2.3.3. Los cuidados como derechos configurados legalmente 30
   2.4. Los derechos que deben ser respetados cuando se prestan los cuidados 31
   2.5. Hacia la configuración de un derecho fundamental de los cuidados 33

Capítulo III
EL CONTEXTO DEL CUIDADO 37

1. ¿Por qué es previsible un aumento de la población mayor que necesita cuidados? 40
   1.1. Cambio(s) demográfico(s) como punto de partida 42
      1.1.1. La extraordinaria prolongación de la vida 43
      1.1.2. La caída de la fecundidad 47
      1.1.3. El envejecimiento demográfico 47

1.2. Cambio(s) en las condiciones de salud de las personas mayores 50
1.2.1. Estado de salud percibido de las personas mayores 51
1.2.2. Esperanza de vida con salud (AVS) y en buena salud (AVBS) 52
1.2.3. Prevalencia de discapacidad en la población mayor 54
1.2.4. Esperanza de Vida Libre de Discapacidad (EVLD) 55
2. Las respuestas al incremento de la demanda de cuidados. La organización social del cuidado 56
2.1. El modelo informal de cuidado a las personas mayores 56
2.2. El modelo formal de cuidado a los mayores dependientes 59
2.3. El modelo mixto de cuidados: la relación entre cuidadores informales y formales en España 64
3. Las personas cuidadoras y sus derechos 65
3.1. Las personas cuidadoras profesionales 66
3.2. Las personas empleadas domésticas 69
3.2.1. La falta de reconocimiento del papel de las personas trabajadoras del ámbito doméstico 69
3.2.2. Las carencias en el régimen laboral y de protección social 70
3.2.3. La dignificación del trabajo doméstico 71
3.3. Las personas cuidadoras no profesionales: los cuidados en el entorno familiar 73
3.3.1. Las personas cuidadoras no profesionales en la LAPAD 73
3.3.2. Formación y mecanismos de respiro 75
3.3.3. La compatibilización de los cuidados con el trabajo 77
3.3.4. El necesario replanteamiento de la figura de la persona cuidadora del entorno familiar 79

Capítulo IV
LA DIMENSIÓN SUBJETIVA DEL CUIDADO 85
1. El componente subjetivo del cuidado: ¿la dimensión olvidada? 88
2. ¿Por quién desean ser cuidadas las personas mayores en España? 92
2.1. Preferencias y cuidadores informales 97
2.2. Preferencias y cuidadores formales 101
2.3. Determinantes de las preferencias 103
3. Evolución reciente de las preferencias sobre el cuidado 107
4. ¿Dónde desean ser cuidadas las personas mayores? 109
4.1. ¿En la vivienda propia, en casa de familiares o en una residencia? 110

Capítulo V
DISCRIMINACIÓN Y ABUSO EN EL ÁMBITO DE LOS CUIDADOS 119
1. Introducción 122
2. Cuidados, discriminación y protección institucional 122
2.1. Discriminación y cuidados en los informes del Defensor del Pueblo y de las defensorías autonómicas 122
2.2. Discriminación y cuidados en los informes del Ministerio Fiscal 125
3. Discriminación en cuidados en tiempos de pandemia 127
3.1. Discriminación en el cuidado de las personas mayores en pandemia 128
3.2. La visión del Defensor del Pueblo y la Fiscalía 131

Capítulo VI
LA ORGANIZACIÓN NORMATIVA DEL CUIDADO 139
1. Introducción 142
2. La LAPAD 142
2.1. La creación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia 142
2.2. ¿Qué es la *dependencia*? Definición y grados de dependencia según la LAPAD 143
2.3. Características principales del SAAD 145
2.4. Servicios y prestaciones 146
3. Normativa autonómica y local 148
3.1. Comunidad Valenciana 149
3.2. Extremadura 150
3.3. Madrid 151
3.4. Navarra 152
3.5. País Vasco 154
4. Carencias normativas 156
4.1. Financiación pública limitada 156
4.2. Familiarismo vs profesionalización 157
4.3. Problemas de cobertura 158
4.4. Trabas en el procedimiento 159
4.5. Carencias en la prevención de la dependencia 159
4.6. Carencias en la dimensión personal del cuidado 160
4.7. (Des)coordinación sociosanitaria 161

Capítulo VII
LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE LOS CUIDADOS EN ESPAÑA 165
1. Introducción 168
2. Las Administraciones Públicas como impulsoras y responsables de las políticas de cuidados 169
2.1. Aproximación material y competencial 169
2.2. La dimensión pública de los cuidados. De administraciones ausentes a administraciones promotoras y responsables. 171
2.3. Los cuidados ante el espejo público. Claves y prioridades de actuación 173
2.3.1. Ámbito internacional 173
2.3.2. Ámbito nacional 175
2.3.3. Ámbito autonómico 177
2.3.4. Ámbito local. Ciudades de cuidados 186
3. Políticas ejemplares: tres casos de buenas prácticas 189
3.1. Navarra 189
3.2. País Vasco 190
3.3. Extremadura 191

Capítulo VIII
NECESIDAD DE UN MODELO DE CUIDADOS 195
1. Introducción: una política de cuidados para el siglo XXI 198
1.1. La dimensión económica 199
1.2. La dimensión sociocultural de la edad y del cuidado 200
1.3. La dimensión política: la 'operativización' de los cuidados 201
1.4. La dimensión jurídica 202
2. Propuestas para un nuevo modelo de cuidados 203
2.1. Naciones Unidas y las *Ciudades cuidadoras* 203
2.2. El tercer sector y la *Atención Centrada en la Persona* 204
2.3. El Care Collective y el *Manifiesto del Cuidado* 206
3. Líneas fundamentales para un nuevo modelo de cuidados 208

BIBLIOGRAFÍA 215

# PRESENTACIÓN

A principios de 2020 HelpAge International España *presentó La discriminación por razón de edad en España*[1], un documento que, desde un enfoque basado en derechos, llama la atención sobre las discriminaciones que sufren las personas mayores y las dificultades para que sean eficaces los derechos humanos de los que son titulares.

En ese informe se abordan de forma general los obstáculos que los mayores padecen para la realización de la igualdad, de la toma autónoma de decisiones, de la vida independiente, de la participación en la comunidad y la participación política, de la salud, del empleo y seguridad en los ingresos y del acceso a la justicia. También dedica algunas páginas para describir la realidad que para las personas de edad supone la violencia, el maltrato, la negligencia y el abuso.

La buena acogida que tuvo este estudio, así como la de los breves informes que la Fundación ha ido publicando desde entonces hasta hoy, nos planteó la conveniencia y oportunidad de seguir la labor de análisis y difusión social sobre las discriminaciones que sufren las personas mayores en España, sobre sus derechos y sus potencialidades, con otros formatos y para un alcance más amplio. En particular, por medio de otros análisis más concretos y profundos sobre cómo afrontar la protección de los derechos fundamentales de las personas mayores en España.

Con este informe HelpAge España pretende continuar con la labor desarrollada por nuestra institución en favor de un mayor conocimiento, diagnosis y análisis sobre la realidad, la vida, y los problemas que afectan a las personas mayores, desde en un enfoque basado en derechos y proponiendo siempre alternativas para impulsar un modelo social que respete los derechos humanos de todas las personas a lo largo de toda la vida. El documento que el lector tiene entre manos es el primero de estos estudios. Con él, y con los que anualmente serán publicados, la Fundación HelpAge España quiere contribuir a la visibilización de las personas mayores, al debate en torno a su consideración como ciudadanía formada por sujetos plenos de derechos, a la sensibilización sobre los abusos que padecen, a la protección de su autonomía, y a la promoción de su posición como actores imprescindibles para la sociedad.

Este informe constituye el primero de una serie o colección sobre *Los derechos humanos de las personas mayores en España: la igualdad y no discriminación por razón de edad.* Hemos empezado por los cuidados, dada la actualidad y el interés que ha despertado en la agenda social y política, como consecuencia de la pandemia provocada por el coronavirus. Con ella se han puesto de manifiesto más que nunca las graves lagunas que existen, en nuestro país y en todo el mundo, para garantizar el derecho fundamental a la vida y a un trato digno, así como la fragilidad de los derechos al cuidado de las personas mayores y de las personas en situación de dependencia. En este informe se hace un análisis sobre esta realidad y los desafíos a los que tendremos que dar respuesta en los próximos años para resolver las necesidades de cuidados que todo el mundo requerirá en determinados momentos de su vida.

1 Puede consultarse en el enlace https://www.helpage.es/acto-de-presentacion-del-documento-de-helpage-espana-la-discriminacion-por-razon-de-edad-en-espana-con-conclusiones-y-recomendaciones-para-el-contexto-espanol-con-un-enfoque-basado-en-derechos/

En los próximos documentos de la colección analizaremos otros aspectos relacionados con el envejecimiento y las personas mayores: el empleo, el acceso a la justicia, la educación y la cultura, el acceso a la salud, etc. Todo ello desde un enfoque basado en los derechos, en el derecho a disfrutar de una vida plena libre de discriminación. Con estos informes anuales iremos construyendo además un sistema de indicadores que nos permitirá ir observando cómo viven las personas mayores en España, y sus oportunidades y capacidades para hacer efectivos sus derechos en todos los ámbitos de la vida. Estos estudios están alineados con nuestra acción internacional a favor de los derechos de las personas mayores en el mundo y con la abogacía en pro de una Convención Internacional para los Derechos de las Personas Mayores.

Este documento lo promueve HelpAge España, y ha sido posible gracias a la implicación del Instituto de Derechos Humanos de la Universitat de València, una institución que cuenta con un amplio grupo de académicos y académicas expertas y comprometidos con su estudio y protección.

Se ha realizado en el marco del Instituto de Derechos Humanos de la Universitat de València (IDH-UV), en virtud de un convenio con la Fundación HelpAge España. El equipo que lo ha elaborado ha estado formado por Fernando Flores (coordinador del equipo, profesor de Derecho Constitucional y director del IDHUV), Antonio Ariño (catedrático de Sociología UV), Vanessa Cordero (profesora de Derecho del Trabajo UV), María Dalli (investigadora Juan de la Cierva UV), Aina Faus (profesora de Sociología UV), Celia Fernández-Carro (profesora de Sociología UNED), Fabiola Meco (profesora de Derecho civil) UV y Sacramento Pinazo (profesora de Psicología Social UV).

El informe ha sido cofinanciado con las subvenciones de 0,7% otorgadas por el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, y pretende contribuir a los debates y los retos que el Ministerio tiene planteados sobre el reto demográfico y de los cuidados.

# Capítulo I
# INTRODUCCIÓN

Este informe trata sobre los cuidados desde la perspectiva de las personas mayores y desde un enfoque basado en derechos.

Nunca como en esta época se ha hablado tanto de los mayores y sus derechos, y nunca han concurrido unas circunstancias tan graves para justificar esta atención. La pandemia mundial que desde principios de 2020 padece el planeta ha impactado de forma especialmente dolorosa en la población más vulnerable, y entre ella, en la de edad más avanzada. Sin embargo, **razones para abordar el mundo de las personas mayores como sujetos de derechos, como ciudadanos y ciudadanas en sentido pleno de la palabra, han existido desde siempre;** al menos desde el momento en que se afirmó que, sea cual sea su condición personal o social, nadie pierde o reduce su dignidad como ser humano.

Lo que la crisis sanitaria actual ha sacado a la superficie es una **demanda social invisibilizada y no resuelta, y un problema político de envergadura considerable,** pues ha puesto de manifiesto la insuficiente y tardía (cuando no ausente) atención y cuidado exigibles, así como las gravísimas consecuencias que ello ha tenido para las personas mayores. En España esas consecuencias han sido devastadoras porque el modelo de cuidados que existe (en la medida en que existe) ha mostrado sus fallas y en muchos casos ha fracasado de forma inapelable.

Este elemento crítico ha venido a irrumpir en un contexto social más amplio y generalizado, el del aumento de las personas mayores y los cambios demográficos generados por ello. Cada vez va a ser más difícil ocultar (o al menos evitar comprender) la evidente realidad de una sociedad de 'vidas extendidas', con un porcentaje creciente de personas mayores. **Una realidad** que podemos calificar como **revolucionaria,** que tiene una enorme trascendencia para toda la sociedad y que exige un giro copernicano (político, económico, cultural) en el modo como ha de configurarse el modelo de cuidados, y el mismo modelo de sociedad. Este Informe trata precisamente de eso, del significado de los cuidados, de su realidad actual en España y de sus perspectivas de futuro.

El informe parte de un hecho reconocido por quienes se ocupan de los cuidados: nos encontramos ante un concepto **complejo y en construcción.** Por eso este documento trata de incorporar una mirada holística, global e integradora, necesariamente incompleta, que combine contextualización, descripción y prospectiva, con críticas y propuestas para avanzar en esa construcción.

Así, se ocupa en primer lugar de saber **de qué hablamos** (y de qué deberíamos hablar) cuando hablamos de cuidados, de vislumbrar **las perspectivas** desde las que puede abordarse (ética, sociológica, económica, jurídica…), y de describir **los sujetos** que de una u otra forma intervienen en las relaciones que se establecen en torno a esos cuidados. A continuación, estos se contextualizan cuantitativamente, introduciendo su estado actual desde una **perspectiva demográfica y social,** subrayando las características que configuran su **organización** social, diferenciando el apoyo formal del informal, y describiendo las características y tendencias de quienes se dedican a ellos. Y cualitativamente, se

incorpora una mirada hasta ahora poco tratada, la **perspectiva subjetiva** del cuidado: cómo, por quién y dónde desean las personas mayores ser cuidadas. Más tarde, el Informe dedica su atención a identificar las **discriminaciones** que las personas mayores padecen en relación con los cuidados. Desde la mirada del Defensor del Pueblo y el Ministerio Fiscal se señalan las disfuncionalidades y vulneraciones de derechos en la aplicación de procedimientos o de prácticas inadecuadas, y se describen las carencias, personales, materiales y organizativas, que afectan y han afectado (concretamente en el período de la pandemia de la Covid-19), al sistema residencial de los cuidados. Por fin, los últimos capítulos están dedicados a la descripción y crítica de la **normativa** que ha introducido y 'juridificado' el cuidado —la LAPAD fundamentalmente— y las **políticas públicas** que han implementan sus mandatos. Análisis que se cierra con otro que recoge y ordena los elementos que, de una parte, justifican y, de otra, deberían formar parte de los materiales con que reinventar y construir **un nuevo modelo de cuidados.** En este sentido se apuntan algunas reflexiones sobre el derecho subjetivo a los cuidados y la necesidad de posibles regulaciones que definan y clarifiquen estos derechos y deberes.

El informe se ha elaborado desde un **enfoque basado en derechos,** lo que implica una metodología específica de trabajo. Esta queda reflejada en el equipo que lo ha elaborado, fundamentalmente **interdisciplinar,** y en el modo de realizarlo: desde una perspectiva **holística** (con miradas de la Sociológica, la Demografía, la Psicología Social, desde diferentes campos del Derecho, la acción de las política públicas…) y con una **mirada práctica,** sobre la realidad, con **datos** precisos y fiables, e incorporando información cualitativa de los **sujetos que participan** en el objeto del análisis (elaborados en proyectos de investigación propios, o extraídos de las fuentes secundarias más rigurosas). El producto final se configurado con la idea de ofrecer información y materiales que contribuyan a mejorar las capacidades de quienes tienen que garantizar los derechos de las personas mayores. Porque, en último término, un enfoque basado en derechos supone que se parte de la necesidad de considerar a las personas como sujetos de derechos y deberes (la persona como ciudadana antes que como beneficiaria), para acabar construyendo una propuesta dirigida precisamente a proteger y garantizar esos derechos.

Quienes hemos realizado este informe somos conscientes de que **los cuidados son solo uno de los ámbitos que necesitan de atención en el mundo de las personas mayores,** de sus derechos y de sus deberes. La soledad, la capacidad de obrar y su autonomía, el maltrato, los derechos de participación social y política, los prejuicios y estereotipos como base de las discriminaciones, el envejecimiento saludable, la riqueza y energía que se contiene en el heterogéneo y creciente grupo de personas mayores que, bien dirigida, han de ser un activo importantísimo en las sociedades del futuro… estos temas, y algunos más, son asuntos de enorme interés para quienes trabajan por la dignidad y los derechos de las personas de edad, que es también trabajar por una sociedad más decente y más justa.

# Capítulo II
# LOS CUIDADOS Y EL DERECHO A SER CUIDADO

## 1. Qué es cuidar. Qué son los cuidados.

1.1. Un concepto complejo.

1.2. Cuidados en lo macro y en lo micro.

1.3. Cuidados a personas mayores dependientes y no dependientes.

1.4. El buen cuidado: la persona en el centro.

1.5. Quién cuida.

## 2. El derecho a ser cuidado.

2.1. Qué es tener un derecho.

2.2. ¿Son los cuidados un derecho fundamental?

2.3. Configuración de los cuidados desde la perspectiva de los derechos de las personas mayores

2.3.1. Los cuidados como componente de la dignidad humana de las personas de edad

2.3.2. Los cuidados como creadores de las condiciones para el ejercicio de la autonomía personal básica y el resto de los derechos

2.3.3. Los cuidados como derechos configurados legalmente

2.4. Los derechos que deben ser respetados cuando se ejercen los cuidados

2.5. Hacia la configuración de un derecho fundamental de los cuidados

**Este Capítulo se dedica a** enmarcar conceptualmente los dos ejes del Informe: los cuidados y la consideración de los cuidados como un derecho o un conjunto de derechos.

Se parte de que estamos ante un tema complejo y en construcción, y por lo tanto sujeto a debate.

Se plantean ideas y propuestas para avanzar hacia un derecho subjetivo a los cuidados.

# 1. Qué es cuidar. Qué son los cuidados

## 1.1. Un concepto complejo

El *cuidado* engloba aquellas prácticas individuales y sociales destinadas a asegurar la supervivencia y bienestar de los seres humanos. *Cuidar* significa **apoyar a las personas en su autonomía,** ayudarles a desenvolverse en la vida cotidiana.

El cuidado es mucho más que una acción, **es un proceso complejo,** multifactorial, que se articula en una pluralidad de dimensiones y abarca a diversos agentes, que genera dinámicas diferentes, que mueve emociones y sentimientos, valor monetario y gasto público. Por eso puede decirse que su materialización depende de la interacción de elementos situados en diferentes planos de la realidad. Así, la experiencia de cuidar y ser cuidado/a está condicionada tanto por factores individuales —la edad, el género, el estatus socioeconómico o el estado de salud—, como por factores estructurales —las normas y valores culturales que guían las relaciones familiares y comunitarias, o el tipo de organización del sistema del bienestar.

La complejidad que encierra el concepto del cuidado explica los **diferentes acercamientos** a su definición, y también las perspectivas desde las que se estudia. Así, entre otras definiciones, se habla del cuidado como:

> *"Sistema de actividades llevadas a cabo por cuidadores informales (familia, amigos o vecinos) o profesionales (sanitarios, sociales u otros), o ambos, para conseguir que una persona que no sea totalmente capaz de cuidar de sí misma mantenga la mejor calidad de vida posible, de acuerdo con sus preferencias individuales, con el mayor grado posible de independencia, autonomía, participación, realización personal y dignidad humana"* (la OMS sobre los cuidados de larga duración).

> *"No es tanto una actividad física como mental… es la gestión cotidiana del bienestar propio y ajeno; contiene actividades de transformación directa del entorno, pero también de vigilancia que principalmente requieren disponibilidad y resultan compatibles con otras actividades complementarias"* (Durán, 2018).

> *"Cuidar es alimentar, proporcionar vivienda y vestido, criar a niños y niñas, asistir en la enfermedad, dar consejos, ayuda práctica y emocional. … Se trata de actividades diversas y desiguales que pueden hacerse de forma continuada o esporádica según el ciclo vital de las personas o de coyunturas críticas"* (Comas, 2019).

> *"Cuidar de un sujeto de derechos, de un ser singular en la historia que tiene una identidad esculpida a lo largo del tiempo y que el cuidador debe saber respetar y promover en la medida de sus posibilidades. Cuidar de otra persona es velar y proteger su identidad personal y, por tanto, su intimidad, algo de lo que adolecen los objetos"* (Torralba, 2005).

Existen muchas más las definiciones —útiles y sugerentes— de los cuidados, como también acercamientos para su estudio y comprensión.

Por ejemplo, Tronto (2009) nos habla del cuidado como un **proceso de fases** diferentes, pero íntimamente vinculadas:

- Cuidar de, preocuparse de… *(Caring about)*. El cuidado surge para satisfacer unas necesidades. Para ello lo primero que hay que hacer es reconocerlas.
- Cuidar a, encargarse de… *(Taking care of, caring for)*. El hecho de que exista una necesidad implica que alguien puede abordarla y acepta la responsabilidad.
- Dar cuidados *(Care-giving)*. Una vez que se identifica una necesidad y alguien ha asumido la responsabilidad de abordarla, viene la tarea real de cuidar.
- Recibir cuidados *(Care-receiving)*. La recepción de cuidados requiere una respuesta, así como el cuidar implica compromisos.
- Cuidar con *(Caring with)*. Confianza y solidaridad son las cualidades morales puestas en juego cuando se produce el cuidado.

Y el National Research Council (2001) nos plantea una aproximación a las actividades de **los cuidados como 'transferencias'**:

- Transferencias de espacio: sitios en los que cuidar.
- Transferencias materiales: servicios, dinero o bienes.
- Transferencias de tiempo: apoyo emocional, apoyo para transporte y acompañamiento, ayuda doméstica y cuidados.

Como se verá más adelante, esta configuración tan amplia de los cuidados es relevante a la hora de determinar su identificación como derecho o derechos. Por ahora, podemos comenzar a perfilar (brevemente) los cuidados:

- desde una perspectiva macrosocial y microsocial;
- como actividades asociadas instrumentalmente a la dependencia, pero también como comportamientos y acciones ajenos a ella;
- como acciones susceptibles de valorarse, dando lugar a la idea del 'buen cuidar'

## 1.2. Cuidados en lo macro y en lo micro

Cuando aplicamos una mirada **macrosocial** a los cuidados, aparecen los agentes institucionales que los gestionan: la familia, el Estado y la sociedad civil. Desde esta perspectiva, ya hace mucho tiempo que el feminismo puso el énfasis en la relevancia y la complejidad de aquellas tareas de cuidado que eran asumidas por la familia, fundamentalmente por las mujeres, planteando la reorganización social de ese cuidado de las personas como una responsabilidad compartida entre la familia, el Estado y el mercado (ver *§ Capítulo III.2)*.

Por otra parte, desde una perspectiva **microsocial,** puede hablarse de los actores que intervienen en el cuidado: las personas cuidadas, las personas cuidadoras, las y los profesionales del cuidado, las personas voluntarias... Además, existen innumerables formas de ejercer el cuidado de otros: mujeres mayores con enfermedades crónicas que cuidan de sus parejas, mayores también; personas cuidadoras inmigrantes que cuidan de personas con demencia en el domicilio; personas con discapacidad que requieren cuidados a lo largo de la vida; personas con enfermedades progresivamente invalidantes, irreversibles...

## 1.3. Cuidados a personas mayores dependientes y no dependientes

Una segunda mirada sobre los cuidados, más precisa en su contenido, nos lleva a distinguir entre aquellos asociados a las situaciones de dependencia y aquellos que, sin estar enmarcadas en estas, también deben ser considerados como tales.

Habitualmente, hablar de cuidado en la vejez se plantea como **sinónimo de atención a la dependencia.** Este tipo de cuidado hace alusión a un tipo de apoyo instrumental, también conocido como cuidado personal o funcional, que articula un intercambio de servicios y ayudas tangibles dirigidas a contrarrestar las dificultades en el desempeño de actividades relacionadas con el autocuidado como son comer, asearse, vestirse o hacer la compra (Berkman y Glass, 2000). El desencadenante de la necesidad de apoyo instrumental es un desajuste entre las condiciones de salud, que se deterioran por efecto del envejecimiento biológico, y el entorno social, haciendo que lo que comúnmente se conoce como "situaciones de dependencia" quede definido en términos físico-funcionales.

En este punto es relevante subrayar que el hecho de que las situaciones de dependencia sean provocadas por un desajuste entre las condiciones del individuo y el contexto hace que, más que un atributo personal, la dependencia sea una **construcción social.** Es decir, esas situaciones son estados relativos surgidos de varias dimensiones: psicológica (autopercepción), social (percepción de los demás), médica (diagnóstico clínico), y administrativa (Durán, 2006). Esto supone que no todas las enfermedades o patologías implican percibir limitaciones (discapacidad), ni todas las situaciones de discapacidad derivan en una necesidad de ayuda (dependencia).

- Sin embargo, aunque el cuidado instrumental sea la actividad que el imaginario colectivo identifica cuando hablamos de atención a la dependencia, las personas mayores también reciben **otros tipos de cuidado** que se solapan con aquélla, y entre los que es difícil establecer una frontera precisa. Por eso hablamos del:
- cuidado *emocional,* basado en el intercambio de empatía, amor, confianza, etc.,
- cuidado *informacional,* basado en el intercambio de consejos, información, sugerencias para resolver problemas cotidianos,
- cuidado *evaluativo,* que alude a la realimentación positiva para tomar decisiones (Heaney e Israel, 2008; House, 1988).

De ahí que, en la tarea de cuidar, también se hable (Brykczynska) de **'virtudes' asociadas al cuidado,** tales como:

- La *competencia.* Necesaria en el buen cuidar pues sólo es posible cuidar adecuadamente a una persona mediante el conocimiento del ser humano desde una perspectiva integral.
- La *confidencia* o *confidencialidad.* Se relaciona con el respeto, con la capacidad de preservar la dignidad del otro, su vida íntima, su privacidad, y esto solo puede hacerse desde el conocimiento de sus necesidades, deseos y expectativas, de su proyecto de vida y de su biografía.
- La *confianza,* elemento central en la tarea de cuidar. Para el buen cuidado es necesario un vínculo entre persona cuidadora y persona cuidada.

- La *conciencia* de todos los factores que influyen en el ejercicio de cuidar y de las dificultades que implica cuidar bien a otra persona.
- La *compasión* o percepción del sufrimiento ajeno como algo propio, partiendo de que la auténtica compasión busca el desarrollo de la autonomía ajena y no su dependencia.

Virtudes a las que Busquets (2019), desde la lectura de La muerte de Iván Illich, de Tolstoi, añade la disponibilidad, la veracidad, la paciencia, la compresión, la afabilidad, el consuelo y la alegría.

De lo anterior se deduce que el cuidado es un **proceso relacional.** Un proceso en el que las personas mayores reciben apoyo, pero donde también lo prestan, dotando a esta actividad de un carácter bidireccional que no debe olvidarse. Por ejemplo, existen situaciones en las que padres y madres de edades avanzadas apoyan económicamente a sus descendentes mientras son receptores del cuidado instrumental, o cónyuges de edad avanzada que asumen el cuidado de sus parejas. Por esto los estudios gerontológicos apuntan la necesidad de una revisión terminológica que reconozca este hecho, proponiendo el concepto de "interdependencia" como sustituto de "dependencia" (Fine y Glendinning, 2005; Tobío et al, 2010; Care Collective, 2017).

En este sentido conviene recordar que todas las personas necesitan cuidados a lo largo de su vida, vivan o no una situación de dependencia ligada a la salud o a circunstancias de discapacidad.

## 1.4. El buen cuidado: la persona en el centro

Ese proceso relacional es satisfactorio cuando se basa en el buen cuidar. En este sentido, podemos hablar de acciones que llevan a un buen cuidado y acciones que se alejan del mismo (Brooker y Surr, 2010).

El buen cuidar **parte de las necesidades la persona** para realizar las denominadas *actividades básicas de la vida diaria* (ABVD), para las **actividades instrumentales de la vida diaria** (AIVD), y para algunas otras más.

***El buen cuidado trata de promover la autonomía en todos los aspectos en que sea posible, para que la persona pueda seguir teniendo el mayor control posible de su vida, más allá de la situación de dependencia. Por tanto, se relaciona directamente con la autodeterminación y el derecho a decidir.***

Se trata de **cuidar personas y no solo cuerpos.** Es decir, se trata de estar atento a las necesidades y preferencias de las personas cuidadas, de velar por su bienestar, de dar un trato digno capaz de desarrollar su potencial (sus capacidades) a lo largo del tiempo. En este sentido cuidar supone mantener una relación muy concreta que no puede dar lugar a abandono, negligencia, ni sobreprotección.

Cuidar bien significa asimismo **prestar atención a los detalles:** no etiquetar, no estigmatizar, estar atentos a la comunicación verbal y no verbal, a las emociones expresadas y sentidas, cuidar el modo en que se habla con y de las personas a quienes se cuida. Las palabras, importan. En esa dirección son potenciadores de un buen cuidado la calidez, el empoderamiento, el respeto y la aceptación.

De todo lo anterior se concluye que cuidar bien significa **personalizar el cuidado,** atender a la individualidad, conocer la historia de vida, las necesidades, las expectativas y las preferencias de las personas mayores. Por eso el entorno y los apoyos provistos en él ejercen un papel primordial: los entornos hogareños y accesibles, las actividades significativas, las relaciones familiares y sociales, la cercanía a la comunidad y la flexibilidad organizativa, se configuran como elementos imprescindibles para procurar el envejecimiento óptimo de las personas.

En oposición a lo anterior, no favorece el buen cuidado *cosificar* a las personas mayores, como si fueran objetos inanimados; tampoco infantilizarlas o tratarlas de modo paternalista, como si fueran niños pequeños; ni ignorarlas o comportarse (en diálogo o en acción) en su presencia como si no estuvieran; ni hablar de ellas sin involucrarlas en la conversación; ni intimidarlas o amenazarlas, de forma verbal o física; ni proporcionar los cuidados a un ritmo más rápido de lo que la persona precisa; ni, en fin, impedir a la persona desarrollar o mostrar sus capacidades (Fundación Pilares, 2019). **Cuidar mal incorpora los estereotipos negativos hacia la persona mayor,** evita los espacios en que pueden ejercer su intimidad, establece horarios rígidos, propone actividades uniformes, institucionaliza, y presta poca atención a la formación de los profesionales del cuidado.

## 1.5. Quién cuida

La existencia del cuidado —una «actividad no rentable que no puede desaparecer porque es una necesidad básica»— da lugar a la inevitable existencia de un grupo de personas que se dedica a proveerlo, a cuidar. Tradicionalmente las tareas ligadas al cuidado han sido realizadas por las mujeres. En los últimos tiempos algunas autoras destacan la configuración de una nueva clase social, el *cuidatoriado* (Durán, 2018), dedicada a cuidar a personas mayores y personas en situación de dependencia. Esta nueva clase social, aunque diversa y *en construcción,* mantiene unos rasgos comunes que justifican una atención en todas sus vertientes.

Se ha de partir de la premisa de que, **si los cuidados se proveen en condiciones adecuadas** para las personas que los prestan, **ello redundará de manera positiva en las personas que los reciben.** Cuidar es un trabajo que consume gran cantidad de tiempo y esfuerzo. Los efectos del cuidado sobre las personas cuidadoras, en especial los cuidados de larga duración, son muchos. Por ello, también los cuidadores deben ser objeto de atención especial.

Todavía en la sociedad actual domina un discurso tradicional o conservador, de interiorización y conformismo ante el cuidar "como deber u obligación". En este discurso sigue predominando un **sesgo que vincula el deber del cuidado (resignado) con las mujeres.** Son las mujeres de la familia las mayores cuidadoras y son las mujeres la mayoría de los profesionales de los cuidados.

Los significados, actitudes e implicaciones del cuidar son variados y heterogéneos y pueden ir desde una aceptación incondicional, resignación y obligación, tomada como deber (moral), compromiso, responsabilidad (filial) y carga impuesta (social y normativamente) hasta el rechazo a cuidar.

Para enmarcar individual y socialmente la labor del cuidado a continuación se enumeran algunas **consecuencias del cuidado de personas mayores en situación de dependencia:**

1. Consecuencias físicas y de salud en las personas cuidadoras: cansancio y estrés, alteraciones del sueño-vigilia, molestias y dolores (espalda, cuello, tensionales), migrañas y mareos, alteraciones intestinales, tensión muscular, mayor consumo de fármacos, más consultas al médico, peor percepción de salud, etc.
2. Consecuencias socioeconómicas: aumento de gasto familiar derivado del cuidado, gasto social a las arcas públicas, pérdida de empleo o reducción de jornada laboral, absentismo laboral, disminución de eficacia y eficiencia, perdida de posición social y pérdida de la posibilidad de ascenso social.
3. Consecuencias psicológicas: sensación de soledad e impotencia; falta de libertad, depresión, ansiedad, tensión, desilusión, culpa.
4. Consecuencias sociales, relacionales y familiares: Disminución de vida social, de ocio, de tiempo libre, y falta de espacio.

Al hablar de quién cuida no se puede dejar de hacer referencia a **la 'brecha de cuidados'** es decir, al hecho de que «los hombres no cumplan con la parte alícuota de las tareas domésticas y de cuidados en sus hogares», lo cual «tiene importantes efectos directos en la disponibilidad de las mujeres para: a) participar en el mercado laboral en condiciones de igualdad (generándose la brecha salarial), y b) para intervenir en los asuntos públicos y disfrutar de tiempo de libre disposición (generando la brecha de tiempo propio)» (Díaz et al., 2016). La corresponsabilidad —compartir con justicia y de manera equitativa los beneficios y tareas que el cuidado supone— es el elemento destinado a cerrar esa brecha discriminatoria.

***La feminización de las tareas del cuidado derivadas de la falta de corresponsabilidad de hombres y mujeres en el ámbito de los cuidados son una de las causas principales de la desigualdad estructural por razón de género que sigue existiendo en las sociedades contemporáneas.***

A pesar de las políticas de igualdad implementadas en el último medio siglo, el sesgo de género permanece instalado en las responsabilidades del cuidado. Una de las razones es la falta de valorización económica y social de las tareas del cuidado. El feminismo ha demostrado que los hombres históricamente no se dedican a actividades que no son remuneradas o no gozan de reconocimiento y prestigio social.

Por eso es importante que poner en valor la **satisfacción por cuidar,** y hablar del sentimiento de utilidad social, del aumento de la autoestima o de la afectividad y el cariño que cuidar proporciona. Hay ganancias asociadas al cuidado como el son el sentimiento de utilidad, el refuerzo de lazos y vínculos familiares, el apoyo intergeneracional, la sensación de devolver la ayuda y cuidados prestados. Junto a ello también es importante **contabilizar en la economía** el valor del trabajo no remunerado ligado a los cuidados y los retornos económicos que genera, como han demostrado numerosos estudios como los liderados en España por María Ángeles Durán.

**Para concluir**

Para concluir este punto de introducción definitoria y conceptual conviene subrayar lo siguiente:

> ***EL cuidado es más que la relación diádica (y desigual) entre dos personas (una cuidadora, otra cuidada). Es una realidad que extiende la mirada hacia las instituciones políticas y la sociedad en su conjunto.***

Por eso se dice que cuidar es un proceso complejo que tiene una fuerte dimensión política. Y por **eso resulta imprescindible revisar los modelos y políticas públicas** (los no modelos, las no políticas) **de cuidado y adaptarlas al momento que vivimos.** Que el 'modelo asistencial' actual de cuidados es insuficiente ha quedado de manifiesto (para quien no estuviera al tanto) durante la pandemia. Y que la implementación de un modelo adecuado a la situación social global necesita de una mirada profunda y rigurosa, también. Una vez se haya recorrido el itinerario de investigación y análisis que propone este Informe, en el último apartado *(§ Capítulo VIII. Necesidad de un nuevo modelo de cuidados)* se tratarán de ofrecer las líneas de partida de un modelo de cuidados para el siglo XXI que rompan con los estigmas de un modelo meramente asistencialista y transiten hacia un modelo centrado en los derechos y el respeto a la dignidad de las personas, independientemente de su edad y sus circunstancias.

## 2. El derecho a ser cuidado

El cuidado «no es un elemento opcional, sino un elemento de primer orden sobre el que se fundamentan los acuerdos sociales» (Barnes, 2018). Esa **dimensión política** del cuidado explica (la exigencia de) su presencia en las grandes líneas de las políticas públicas, y por eso resulta conveniente vincularlo no solo a la sanidad, sino también a la educación, a la ética, a la sociología, a la economía, al mundo laboral, a la psicología, a los servicios, al sistema de pensiones, al urbanismo…

Uno de los ámbitos donde el **cuidado requiere una atención mayor es el ámbito jurídico, para determinar su consideración por el Derecho.** En este sentido, resulta habitual escuchar hablar de *tener derecho al cuidado,* aunque lo cierto es que la configuración concreta de ese derecho no está del todo clara. Al menos no lo está desde la perspectiva jurídica. A continuación, se analizará y se tratará de perfilar aquello que debe (o debería) entenderse cuando hablamos del derecho a los cuidados.

### 2.1. Qué es tener un derecho

La consideración de un derecho implica el apoderamiento jurídico a una persona para exigir —bien al Estado, bien a terceros— la intervención y realización de alguna acción (dirigida a proporcionar un servicio o remover un obstáculo) o la abstención de realizarla (para impedir la efectividad del derecho).

Cuando hablamos de derechos, de tener un derecho, es importante distinguir si hablamos en sentido coloquial (como una pretensión abstracta, como obligación moral…), o si hablamos en sentido jurídico estricto, es decir, como una pretensión incorporada a una norma, por lo tanto, alegable y exigible ante los tribunales.

También, al hablar de tener derechos (por ejemplo, el *derecho a los cuidados*), tiene interés saber si esos derechos nos dan la posibilidad de plantear:

- Una reclamación directa: como cuando se reclama el derecho al honor, o a la libertad religiosa, a la integridad física y psíquica, o a no sufrir tratamientos humillantes (es decir, derechos constitucionales que no necesitan de leyes para poder reclamarlos ante la Administración y ante los tribunales).
- Una reclamación por incumplimiento de un derecho reconocido en una Ley. Esto es posible en la medida en que la ley u otra normativa de rango inferior diga que puede reclamarse: por ejemplo, la denominada Ley de Dependencia (LAPAD), las Leyes de Servicios Sociales, o los Decretos de funcionamiento de centros residenciales.
- Una reclamación (política) de políticas públicas que mejoren los servicios públicos (que sostienen los cuidados), en virtud de normas genéricas vinculadas al Estado Social y al principio de obligación de los poderes públicos de remover los obstáculos para que la libertad e igualdad de las personas sea efectiva (art.9.2 CE).

Como puede verse, son tres niveles de posibilidad (de efectividad) diferentes: la primera se sostiene en la consideración de que las reclamaciones encajan en *derechos fundamentales y constitucionales,* mientras que la segunda y la tercera son *principios* rectores de la política social y económica, los cuales necesitan de desarrollo legal para poder ser exigidos ante los tribunales.

## 2.2. ¿Son los cuidados un derecho fundamental?

Los cuidados no son un derecho fundamental, ni siquiera son un derecho constitucional. Al menos no lo son con ese nombre.

En la Constitución no existe el 'derecho al cuidado', como sí existe el derecho a la educación (art.27), el derecho a la propiedad (art.33) o el derecho a la vivienda (art.47). Estos derechos lo son con distinta eficacia, pero son derechos (la vivienda es considerada principio rector) constitucionales expresamente reconocidos.

Sin embargo, aun no existiendo un derecho al cuidado, aquello que llamamos cuidados (recordemos: *«un proceso complejo, multifactorial, que se articula en una pluralidad de dimensiones y abarca a diversos agentes, generando diferentes dinámicas»*) sí está relacionado directamente con los derechos fundamentales, y muy especialmente con los derechos fundamentales de las personas mayores.

En un sentido **genérico y abierto** podría decirse que el derecho al cuidado se presentaría como una **'constelación de derechos'** vinculados a la tutela de la persona, a su autonomía y a su dignidad. Ello es así porque: Los cuidados son imprescindibles para la protección de la **dignidad humana,** que la Constitución establece como base del orden social (art.10.1 CE).

- Son la **condición** para que las personas cuidadas puedan tener una vida autónoma y a partir de ella realizar eficazmente otros derechos (reunión, asociación, circulación, voto, tutela judicial, acceso a la cultura…).
- Su realización coincide específicamente con el ejercicio de otros **derechos reconocidos constitucionalmente** de forma específica (por ejemplo, el derecho a la salud, la protección de la integridad física o psíquica de las personas, la vivienda…).
- Existe una **legislación** que reconoce concreta y expresamente el derecho subjetivo de determinadas personas, en determinadas condiciones, a recibir prestaciones dirigidas a apoyar el cuidado en la realización de las actividades básicas de la vida diaria (el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas).

Esta última manifestación es la que coincide con el **sentido estricto del derecho al cuidado,** con su núcleo esencial como norma jurídica alegable y exigible ante los tribunales. Se trata del derecho subjetivo que crea la LAPAD a ser titular de determinados servicios si la persona se encuentra en una situación de dependencia reconocida de acuerdo con los términos de la Ley. Esto se verá con detalle en el Capítulo VI de este Informe: *La organización normativa del cuidado.* Como se verá más adelante, la LAPAD no reconoce expresamente el derecho subjetivo al cuidado, pero sí reconoce el derecho a recibir unas determinadas prestaciones sociales cuando una persona se encuentra en una situación de dependencia que requiere cuidados y atención para la promoción de su autonomía personal.

## 2.3. Configuración de los cuidados desde la perspectiva de los derechos de las personas mayores

Partiendo de lo anterior, vamos a tratar de configurar el derecho a los cuidados desde la perspectiva de los derechos de las personas mayores y a exponer los diferentes perfiles que los cuidados adoptan en este ámbito. Estos perfiles no son excluyentes ni alternativos, sino que la mayor parte de las veces se mezclan y complementan.

### 2.3.1. Los cuidados como componente de la dignidad humana de las personas de edad

La Constitución española establece (art.10.1) que la dignidad de la persona es "fundamento del orden político y de la paz social", y el Tribunal Constitucional ha afirmado que "la dignidad debe permanecer inalterada cualquiera que sea la situación en que la persona se encuentre" (STC 53/1985).

Aunque la dignidad es un concepto abstracto que no opera de modo autónomo ante los tribunales, sí lo hace cuando se trata de determinar el respeto concreto de los derechos fundamentales de las personas. Porque con su reconocimiento constitucional se produce una irradiación de su contenido –libertad e igualdad de todas las personas- a cualquier relación normativa en la que esté en juego dicho contenido.

De modo que, si hablamos de las personas mayores, **la protección** —la realización— **de su dignidad se produce en la medida en que se protegen y se desarrollan de manera eficaz sus derechos fundamentales.** Es cierto que las personas mayores tienen reconocidos todos los derechos constitucionales, como los demás ciudadanos, pero también está demostrado que "las situaciones" asociadas a la vejez suponen, por distintas razones, una indiscutible realidad discriminatoria que afecta a su dignidad.

Este informe no trata ni de todas esas discriminaciones ni de todos los instrumentos para evitarlas, pero sí de las acciones dirigidas a permitir a las personas mayores conservar su autonomía, unas acciones a las que llamamos *cuidados* y que, como se verá, resultan condición imprescindible para poder llevar a cabo el resto de los derechos y, en consecuencia, para proteger la dignidad de las personas de edad.

### 2.3.2. Los cuidados como creadores de las condiciones para el ejercicio de la autonomía personal básica y el resto de los derechos

Los cuidados comprenden un conjunto de acciones dirigidas a proteger y garantizar espacios de libertad y autonomía de las personas mayores. Estas acciones se desarrollan a varios niveles.

Un primer nivel se dirige a facilitar la autonomía personal imprescindible para que las personas mayores puedan **realizar actividades básicas de su vida cotidiana:** la movilidad esencial, reconocer personas y objetos cercanos, orientarse, realizar tareas sencillas… Un segundo nivel supone la creación o fortalecimiento de las condiciones que les permitan realizar eficazmente sus derechos: circular libremente, acceder a la cultura, votar, etc. Son derechos que la Constitución reconoce a todos los ciudadanos, y que muchas personas de edad solo podrán realizar en la medida en que reciban esos cuidados, es decir, apoyo, acompañamiento, consejo, información de interés, accesibilidad, etc. Se trata, como vemos, de un heterogéneo grupo de acciones instrumentales dirigidas a crear las condiciones, en el entorno y en la propia persona, para que el vivir de forma autónoma y digna sea una realidad. Dicho esto, resulta útil determinar **de qué hablamos cuando hablamos de autonomía.**

La autonomía es la capacidad de autodeterminación de las personas. La capacidad de decidir sobre el ejercicio de derechos que consideramos fundamentales (elegir lugar de residencia, votar, reclamar tutela judicial, circular libremente…), y la capacidad de decidir sobre el ejercicio de otras cuestiones que en sí mismas no son derechos, pero sí la realización del principio de autonomía que asiste a todos los seres humanos, desde la gestión del patrimonio, la modificación de la capacidad de obrar, o la misma decisión de ingresar en un centro, hasta de cómo y por quién se desea ser cuidado, o de qué posesiones privadas -las que configuran la propia identidad- puede un anciano llevar consigo a una residencia.

***Cuando se toman decisiones que afectan a las personas mayores (sobre el mismo ingreso, sobre quién los cuida, sobre los horarios de paseos, las comidas que toman) sin consultarlas, porque se asume que no tienen criterio, o que este no es relevante, se atenta contra su autonomía.***

En este sentido, observamos que los cuidados, si se realizan de forma correcta, favorecen el fortalecimiento de las propias capacidades y el mantenimiento de las relaciones sociales y afectivas; es decir, aseguran la autonomía de las personas mayores y si no se realizan de manera adecuada se vulnera y atenta el derecho a la autonomía personal.

Un enfoque adecuado de los cuidados para **proteger la autonomía y evitar la lesión de los derechos** resulta especialmente relevante en el caso de las personas con deterioro cognitivo. En estos casos, la autonomía puede desaparecer completamente a no ser que se hayan tomado las medidas necesarias y se haga uso de los instrumentos diseñados para ello (historias de vida, círculos de apoyo, etc.), lo que ocurre en muy contadas ocasiones (Fundación Pilares, 2019).

### 2.3.3. Los cuidados como derechos configurados legalmente

Los cuidados —hablando en sentido amplio— son derechos en la medida en que están reconocidos y descritos por las normas. Las **normas de carácter internacional** no se han ocupado hasta ahora de los cuidados; como se verá más adelante, algunos textos están empezando ahora a detenerse en ellos como derecho, y eso es una buena noticia. En cuanto a nuestra Constitución, los "principios rectores de la política social y económica" mencionan la atención a las personas con discapacidad (todavía 'disminuidos físicos', art.49), así como la promoción del bienestar de la tercera edad (art.50).

Pero son las leyes y las disposiciones reglamentarias que las desarrollan, las que determinan y concretan las características y el alcance de los cuidados, así como los requisitos que legitiman a las personas para poder solicitar las prestaciones y servicios a los que se tiene derecho para garantizar esos cuidados.

Entre todas ellas, hay normas que definen y desarrollan las facultades que forman parte del núcleo duro de los cuidados, y otras que establecen derechos que, de una forma u otra, contribuyen a que los cuidados sean realizados de forma satisfactoria.

Entre las primeras, y como se verá más tarde *(§ Capítulo VI. La organización normativa del cuidado),* destaca la **Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía y Atención a las Personas en situación de Dependencia (LAPAD).** Esta norma, además de reiterar que todas ellas disfrutan en condiciones de igualdad de los derechos humanos y libertades fundamentales, individualiza algunos derechos directamente relacionados con los cuidados: el derecho a la intimidad, el derecho a recibir la información completa y continuada en términos comprensibles y accesibles, el derecho a la participación en la formulación de las políticas que puedan afectar a su bienestar, o el derecho a decidir sobre el ingreso en un centro residencial.

También incorporan derechos y deberes relacionados directamente con los cuidados diversas **leyes autonómicas sobre servicios sociales.** Temas como la atención personalizada, la privacidad y la confidencialidad, la información para poder decidir, el respeto a la autonomía, la elección entre los profesionales y las prestaciones posibles, se establecen como derechos configurados legalmente (así, por ejemplo, el art.10 de la Ley 3/2019 de servicios sociales inclusivos de la Comunidad Valenciana).

O normas de carácter reglamentario, como el reciente Decreto Foral 92/2020, de 2 de diciembre, por el que se regula el funcionamiento de los servicios residenciales, de día y ambulatorios de las áreas de mayores, discapacidad, enfermedad mental e Inclusión

social, del sistema de servicios sociales de la Comunidad Foral de Navarra. En este Decreto se detallan principios (promoción de la autonomía personal y de las relaciones familiares, atención centrada en la persona…, art.39), y derechos (libertad individual, atención a necesidades específicas, deseos y preferencias, privacidad…, art.41), así como los requisitos específicos de los servicios que afectan a los cuidados, o la exigencia de planes de actuación individuales centrados en la persona, en los que se incorporará una fase de valoración integral (historia de vida), y se consensuará un plan de apoyos y de acompañamiento (Anexo I: Requisitos materiales y funcionales de los servicios del sistema de servicios sociales).

Entre las normas que establecen derechos que, de una forma u otra, contribuyen a que los cuidados sean realizados de forma satisfactoria, se encuentran todas aquellas que, con diferente naturaleza y alcance, regulan espacios, situaciones, condiciones y servicios que inciden en esos cuidados. Así sucede con la obligación de cuidado y alimentos que el Código Civil prevé para las personas mayores (cónyuge y ascendientes), en sus artículos 68, 142 y 143, la normativa estatal sobre pensiones, o las autonómicas y locales que regulan la vivienda. O, más recientemente, la que ha reformado la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica (Ley 8/2021, de 2 de junio).

## 2.4. Los derechos que deben ser respetados cuando se prestan los cuidados

***El objetivo de los cuidados es la protección y promoción de la autodeterminación, de la autonomía personal, pero dicho fin no debe encubrir que, en ocasiones, al procurar los cuidados, los derechos y la autonomía de las personas mayores también pueden ser afectados negativamente.***

Por eso, bien puede decirse que los cuidados no pueden procurarse de cualquier manera, sino de la forma más respetuosa —menos onerosa— con la autonomía, la voluntad y los derechos de las personas cuidadas. Esta es otra de las perspectivas desde las que se deben considerar los cuidados como derecho(s).

Como fin ya se indicó que los cuidados son instrumentales a un objetivo, salvaguardar la autonomía y los derechos de las personas de edad. Como principio, en cambio, el ejercicio de los cuidados debe no solo procurar sino **adaptarse a la autonomía de las personas mayores, para no dañarla.** Los cuidados son, entonces, relaciones en los que la empatía y la delicadeza cobran protagonismo. La comunicación (la verbal y la no verbal), el conocimiento de la persona que se cuida (su biografía) y con él sus preferencias, el saber escuchar… constituyen la base del buen cuidar y con él la ausencia de cosificación y el fortalecimiento de la autoestima de las personas mayores (Fundación Pilares, 2019 y 2020).

Más allá de estas importantísimas y sutiles habilidades en el cuidado (no fácilmente aprehensibles por el mundo jurídico si no es con recomendaciones más o menos vagas), la práctica del buen cuidado también debe respetar otros derechos fundamentales con los que suele encontrarse relacionado; algunos de forma directa, como el respeto a la integridad física y psíquica de las personas mayores, o el derecho a la privacidad en

sus distintas versiones; otros, llegado el caso, de forma indirecta como la libertad de pensamiento o la libertad religiosa.

El ejercicio del cuidado debe respetar de forma muy rigurosa los denominados 'derechos de la esfera personal', es decir, aquellos que afectan de forma más directa a las personas, tanto desde la perspectiva intelectual (psicológica), como desde la física o corporal. Según el Tribunal Constitucional, son derechos especialmente vinculados a la dignidad humana.

En este marco aparece, en primer lugar, la **prohibición del maltrato y de los tratos inhumanos o degradantes,** derecho fundamental reconocido por el artículo 15 de la Constitución. El maltrato, para el Derecho, es una noción graduada de una escala que denota la causación de padecimientos físicos o psíquicos del sujeto, independientemente de la finalidad por la que sean causados. Esa "graduación" en la gravedad de la humillación de la persona puede responder a diferentes variables (objetivas y subjetivas), y debe apreciarse en cada caso concreto. En relación con los cuidados, más allá de los maltratos evidentes que un olvido de sus principios básicos acarrea para las personas mayores, deben considerarse aquellas situaciones en que una atención despersonalizada (por la institucionalización del modelo u otra cusa) del mayor lleva aparejadas de forma sistemática situaciones de cosificación, de humillación o de desconsideración en distintos niveles; es decir, situaciones de maltrato, prohibidas tajantemente por el ordenamiento jurídico. Tener presente el modo en que las personas mayores desean ser tratadas *(§ Capítulo IV. La dimensión subjetiva del cuidado)* es probablemente el elemento clave para evitar la mayoría de las situaciones de humillación y maltrato que experimentan. En este punto, finalmente, no puede dejar de señalarse el (recientemente reconocido por la Ley orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia) **derecho de toda persona a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir** cuando cumpla los requisitos que la Ley prevé. Entre estos, el hecho de "sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante" (artículo 5.1d) coincide en parte, precisamente, con la definición de maltrato que la Constitución proscribe.

También se considera un derecho fundamental 'personalísimo' **la intimidad,** así como el resto de derechos vinculados a la privacidad: **el honor, la inviolabilidad del domicilio, el secreto de las comunicaciones y la protección de datos de carácter personal.** De entre ellos es posiblemente la intimidad personal el derecho más sensible a la hora de realizar los cuidados. La intimidad hace referencia al espacio más personal y reservado sobre el que las personas tienen la facultad de excluir la intromisión de terceros. Ese espacio se compone de hechos, sentimientos, opiniones, decisiones y acciones que la persona desea gestionar del modo más exclusivo, secreto o autónomo. Como es notorio, el ejercicio del cuidado, por su propia naturaleza, afecta a la intimidad de las personas mayores receptoras del mismo. La ocupación de una habitación compartida en una residencia, o el acceso abierto a la misma; las decisiones vinculadas al aseo y a todas aquellas acciones que requieren un contacto directo con el cuerpo y el pudor del anciano; el acceso a los documentos privados, incluso a los objetos más personales… Sea en centros residenciales o en el domicilio propio, el cuidado a las personas de edad supone la intromisión más o menos intensa en ese espacio sensible que define la privacidad. Que la intromisión acabe siendo violación del derecho depende de las circunstancias del caso concreto, pero no es descartable que pueda suceder, ni que pueda ser reclamada.

Por último, la aparición de **'nuevas realidades'** (no tan nuevas, en realidad), exige poner atención en la protección de derechos hasta ahora no relacionados socialmente con el mundo de los cuidados. Derechos vinculados a la identidad sexual o a las libertades de conciencia y religión pueden ser vulnerados en el ejercicio de los cuidados si estos no se plantean desde el modelo de atención centrado en la persona.

## 2.5. Hacia la configuración de un derecho fundamental de los cuidados

Como se ha visto en el punto anterior, el cuidado desborda, por su amplitud de posibilidades, lo que pueda comprender el 'derecho a los cuidados' (a día de hoy, derecho inexistente como tal), entendido este derecho de una forma estricta o jurídica. Sin embargo, esto no excluye que pueda defenderse —y proponerse— la configuración de un *derecho al cuidado (a los cuidados)* específico, estrictamente jurídico. Este derecho afectaría fundamentalmente a quien recibe los cuidados, pero también, eventualmente, a quien los procura.

La identificación del cuidado como un asunto político más allá del ámbito familiar y privado es relativamente reciente y todavía no ha causado el gran impacto que merece en la investigación social y política (Durán, 2021). Ese impacto, antes o después, también será normativo; de hecho, ya ha empezado a serlo. **La configuración por la LAPAD del derecho subjetivo a solicitar una serie de servicios tasados por la propia norma** (dirigidos a procurar la autonomía para las actividades básicas de la vida diaria) si se cumplen determinados requisitos, **constituiría a día de hoy el núcleo inicial de un derecho que, por la dimensión social de su alcance, merece ser desarrollado y 'ascendido de categoría'.** Cada vez son más numerosas las voces doctrinales e institucionales que apuntan en ese sentido.

Camps (2021) plantea en relación con los cuidados la necesidad de una ética basada en el deber. Parte de la evidencia de que el cuidado a los demás, que antes se consideraba un asunto familiar y reservado a las mujeres, debe ser visto como un deber y un derecho público.

Martínez, Roldán y Sastre (2018) llaman la atención sobre el hecho de que organismos internacionales como la OMS o la OCDE defiendan la necesidad de organizar adecuadamente los sistemas nacionales de atención a la dependencia, "señalando las consecuencias negativas que la inacción en este ámbito podría tener en términos de eficiencia económica, nivel de empleo, igualdad de género y bienestar de las personas atendidas". En este sentido, insisten los autores, existe consenso en la idea de que los cuidados de larga duración y la atención a la dependencia deben formar un "cuarto pilar del Estado de Bienestar, consolidando un conjunto de derechos sociales esenciales en los países avanzados".

Marrades (2019) ha apuntado razonadamente la necesidad, idoneidad y ventajas de la configuración de un derecho fundamental al cuidado, llevando su reconocimiento a una futura reforma constitucional que incluya, además de los principios asociados a la ética de la justicia, los que están en la base de la ética de los cuidados (Esquembre, 2016). Y Garrido (2019), por su parte, ha propuesto ya una primera delimitación de los elementos objetivos y subjetivos necesarios para su existencia, su estructura, los derechos en que puede descomponerse, las relaciones entre ellos y su viabilidad.

Además, ya existen algunos (pocos todavía) textos normativos vinculantes que recogen el derecho (con vocación de derecho fundamental) al cuidado, y que lo definen.

Así, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en su artículo 12 —*Derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo*— dispone:

> *La persona mayor tiene derecho a un sistema integral de cuidados que provea la protección y promoción de la salud, cobertura de servicios sociales, seguridad alimentaria y nutricional, agua, vestuario y vivienda; promoviendo que la persona mayor pueda decidir permanecer en su hogar y mantener su independencia y autonomía.*
>
> *Los Estados Parte deberán diseñar medidas de apoyo a las familias y cuidadores mediante la introducción de servicios para quienes realizan la actividad de cuidado de la persona mayor, teniendo en cuenta las necesidades de todas las familias y otras formas de cuidados, así como la plena participación de la persona mayor, respetándose su opinión. (…)*

Por su parte, la Constitución de la Ciudad de México (2019), en su artículo 9, titulado **Ciudad solidaria,** establece:

> "B. Derecho al cuidado.
>
> *"Toda persona tiene derecho al cuidado que sustente su vida y le otorgue los elementos materiales y simbólicos para vivir en sociedad a lo largo de toda su vida. Las autoridades establecerán un sistema de cuidados que preste servicios públicos universales, accesibles, pertinentes, suficientes y de calidad y desarrolle políticas públicas. El sistema atenderá de manera prioritaria a las personas en situación de dependencia por enfermedad, discapacidad, ciclo vital, especialmente la infancia y la vejez y a quienes, de manera no remunerada, están a cargo de su cuidado".*

Como puede comprobarse, **existe una reivindicación, feminista, social y académica, con repercusión en el ámbito político y en el ámbito normativo,** que va proponiendo ideas y abriendo espacios en torno al cuidado. Desde la perspectiva jurídico-política el objetivo es claro: **la creación y fortalecimiento de un nuevo sistema público de prestación que,** como la justicia, la educación, la sanidad, o los servicios sociales, **asuma la vigencia efectiva del cuidado como derecho fundamental.** En el fondo de todo este movimiento, lo que se reivindica es un cambio de paradigma que provoque la materialización de la dimensión sustancial de la constitución y de los derechos fundamentales (Ferrajoli), y que incorpore a la misma de forma complementaria los contravalores vinculados a la ética del cuidado (la solidaridad, la empatía, la diversidad). Ello es así, sencillamente, porque la legitimidad del sistema político democrático está condicionada a la tutela y efectividad de los principios y derechos fundamentales (civiles, políticos, económicos, sociales, culturales) que nuestra Constitución reconoce. Tampoco hay que descartar en este planteamiento un nuevo reconocimiento de responsabilidades familiares ligadas al cuidado que garanticen junto al Estado el derecho de las personas a ser cuidadas cuando se encuentren en situaciones y circunstancias de vulnerabilidad.

## Ideas básicas del Capítulo II

- Los cuidados constituyen un proceso complejo y relacional, que implica al Estado, a la familia y a la sociedad y que se desenvuelve en múltiples ámbitos.
- Para definir y conocer los cuidados, es útil acercarse a ellos desde diferentes perspectivas: filosófica, sanitaria, social, de género, demográfica, económica, psicológica, jurídica, etc.
- Los cuidados son necesarios en las personas mayores dependientes, pero van más allá: son previsores de la misma dependencia, y reducen la intensidad de la discriminación estructural que la sociedad produce hacia las personas de edad.
- El buen cuidado pone a la persona en el centro. Para cuidar bien deben conocerse las biografías de las personas, su identidad, y respetar sus opiniones, deseos y aspiraciones.
- La dignificación de las tareas del cuidado las condiciones adecuadas, y el respeto de los derechos laborales y sociales básicos de las personas que cuidan resultan esenciales para construir un modelo de cuidados apropiado y coherente con el Estado Social de Derecho.
- En torno a los cuidados existe una 'constelación de derechos' que protege a las personas, a su autonomía y a su dignidad.
- Actualmente no existe un 'derecho al cuidado', pero hay que avanzar hacia su definición y regulación. Debe impulsarse la configuración de un derecho fundamental al cuidado, que esté en la base de un nuevo sistema público de prestación y garantía, al nivel de la justicia, la educación, la sanidad y los servicios sociales.

# Capítulo III
# EL CONTEXTO DEL CUIDADO

1. **¿Por qué es previsible un aumento de la población mayor que necesita cuidados?**
    1.1. Cambio(s) demográfico(s) como punto de partida.
        1.1.1. La extraordinaria prolongación de la vida
        1.1.2. El descenso de la fecundidad
        1.1.3. El envejecimiento demográfico
    1.2. Cambio(s) en las condiciones de salud de las personas mayores.
        1.2.1. Estado de salud percibido de las personas mayores
        1.2.2. Esperanza de vida con salud (AVS) y en buena salud (AVBS)
        1.2.3. Prevalencia de discapacidad en la población mayor
        1.2.4. Esperanza de Vida Libre de Discapacidad (EVLD)
2. **Las respuestas al incremento de la demanda de cuidados. La organización social del cuidado**
    2.1. El modelo informal de cuidado a los mayores dependientes
    2.2. El modelo formal de cuidado a los mayores dependientes
    2.3. El modelo mixto de cuidados: la relación entre cuidadores informales y formales
3. **Las personas cuidadoras y sus derechos**
    3.1. Las personas cuidadoras profesionales
    3.2. Las personas empleadas domésticas
        3.2.1. La falta de reconocimiento del papel de las personas trabajadoras del ámbito doméstico
        3.2.2. Las carencias en el régimen laboral y de protección social
        3.2.3. La dignificación del trabajo doméstico

3.3. Las personas cuidadoras no profesionales: los cuidados en el entorno familiar

3.3.1. Las personas cuidadoras no profesionales en la LAPAD

3.3.2. Formación y mecanismos de respiro

3.3.3. La compatibilización de los cuidados con el trabajo

3.3.4. El necesario replanteamiento de la figura de la persona cuidadora del entorno familiar

**Este Capítulo aborda** el estado actual de los cuidados desde una óptica demográfica y social. Se inicia con la exposición de las tendencias demográficas que nos llevan a sociedades con una alta proporción de personas mayores, analizando asimismo el estado de salud de las personas mayores de 65 años.

En un segundo apartado se subrayan las características que configuran la organización social de los cuidados diferenciando el apoyo formal, el informal y la fórmula mixta.

En él también se abordan los derechos de las personas cuidadoras, partiendo de la heterogeneidad de este colectivo, así como la importancia de las condiciones sociales y profesionales para quienes ejercen las tareas de cuidado

## 1. ¿Por qué es previsible un aumento de la población mayor que necesita cuidados?

Los **modelos de atención a la dependencia** no solo se configuran con base en las necesidades de la población mayor, sino que **están estrechamente relacionados con las condiciones estructurales de cada sociedad.** De hecho, en algunas investigaciones se apunta que, sin despreciar el poder explicativo de las características individuales como el sexo-género, la edad, o el estado de salud en el tipo de organización del cuidado social, las condiciones a nivel macro son más determinantes a la hora de explicar la divergencia en los modelos de cuidado presentes en Europa (Geerts y Van der Bosch, 2012).

Los **procesos demográficos** son parte de esas condiciones estructurales. Fenómenos como el aumento de la longevidad o el descenso de la fecundidad tienen un doble efecto sobre las dinámicas de cuidado ya que inciden simultáneamente sobre el volumen de población mayor con necesidades de cuidado y la disponibilidad de potenciales cuidadores formales e informales.

La **mayor esperanza de vida ha transformado el perfil epidemiológico de las personas mayores,** caracterizado por un aumento de la comorbilidad y del padecimiento de enfermedades crónicas y discapacitantes.

> ***Así, los años de vida ganados no siempre vienen acompañados de buenos niveles de salud y bienestar, desencadenando un incremento en la demanda de cuidados, que se ve amplificado por el incremento de la población de más de 65 años.***

Por otro lado, el **descenso de la fecundidad, junto con otros factores de índole social** como la disminución del tamaño de los hogares, la plena incorporación de las mujeres al trabajo remunerado, la corresponsabilidad no resuelta entre el ámbito laboral y familiar, el aumento de la proporción de población sin hijos/as, o la prolongación del tiempo de convivencia entre generaciones, **están condicionando las posibles estrategias para resolver la creciente demanda de cuidados por parte de las familias,** que son quienes tradicionalmente han asumido y asumen mayoritariamente esta tarea. Sin olvidar que la organización del sistema de bienestar y la calidad y cantidad de servicios públicos de apoyo a las personas mayores también determinan la existencia de alternativas reales al cuidado familiar.

Sabemos que el aumento del volumen de personas mayores es un fenómeno que viene produciendo desde hace décadas en todo el mundo. Según los datos de Naciones Unidas (2019), en lo que va de siglo la edad media mundial ha aumentado de 26 años a 31 años. Aunque las regiones más desarrolladas, Europa (43 años de media) y América del Norte (39 años de media) son las que muestran promedios más altos, dicho aumento se ha constatado de manera más o menos pronunciada en todas las regiones mundiales.

Sin embargo, lo que ha provocado que las consecuencias de una mayor presencia de personas de 65 o más años pasen a ser un tema de interés y debate público no ha sido tanto su crecimiento en número absolutos, sino **su peso demográfico en términos relativos.** En el caso concreto del debate sobre la atención a la dependencia, el alcance de las implicaciones de la denominada "crisis de los cuidados" (Legarreta, 2017), se plantea habitualmente como un problema de desequilibrio demográfico entre generaciones. No

obstante, y aunque no podemos obviar que la relación entre la estructura poblacional, las necesidades de cuidado de las personas mayores y la capacidad para darles respuesta son bastante más complejas, **comprender el escenario demográfico actual** es un primer paso indispensable para comenzar a entender el desafío al que se enfrentan las sociedades contemporáneas.

El término *envejecimiento poblacional* suele asociarse a situaciones adversas, presentándose como un problema grave, de urgencia e irreversible. Su propia denominación responde a un uso metafórico del lenguaje, puesto que una población no puede envejecer porque no tiene edad (Pérez Díaz, 2005).

***Así, el envejecimiento poblacional debe ser abordado desde una óptica generacional y con una perspectiva transversal que permita entender sus efectos como un reto y no como problema social. Solo desde esta mirada es posible entender las trasformaciones sociales que acompañan al aumento de población mayor en nuestras sociedades.***

El envejecimiento supone un **cambio en el significado social de las edades,** la ganancia de años de vida no solo tiene efecto sobre la última etapa del ciclo vital sino a lo largo de toda la trayectoria, de modo que el ciclo vital se ha ralentizado. Además, el alargamiento de la última parte del ciclo vital permite diferenciar entre varias fases en función de las condiciones de vida y salud, lo que **quebranta el estereotipo asociado a las personas mayores de declive y decrepitud,** imaginario este que se restringe a los últimos años de vida.

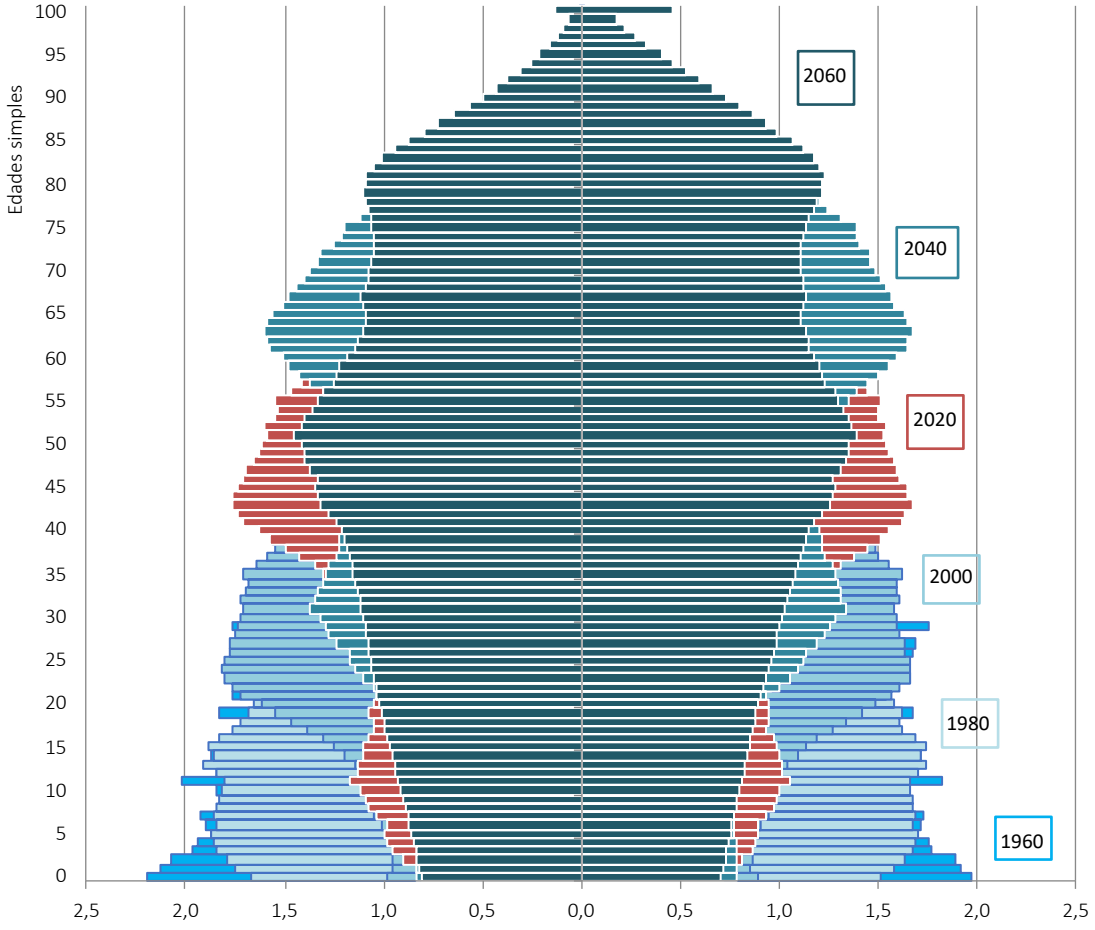
Asimismo, se han **modificado** las **estructuras familiares** pudiendo, en la actualidad, llegar a convivir hasta cuatro generaciones. Se destaca la llamada "generación bisagra", esto es, personas mayores que simultáneamente cuidan de sus ascendentes de edades muy avanzadas y de sus nietos/as. Consecuentemente, el envejecimiento poblacional también lleva consigo una **modificación en los roles de género** puesto que la generación bisagra ha supuesto un gran apoyo para las mujeres de la generación descendiente, que han dispuesto de mayores posibilidades formativas y laborales. Además, la convivencia de diferentes generaciones de personas mayores ha permitido entender que cada generación envejece de un modo diferente (Riley, 1986).

Ahora bien, entre las transformaciones derivadas de la extensión de la vida y el incremento sin precedentes del volumen de individuos de más de 65 años, se plantean asimismo una serie de retos. Por un lado, que la población por encima de los 65 años en España represente actualmente el 18% del total y vaya a alcanzar el 31,4% hacia 2050, según datos del INE (Instituto Nacional de Estadística), hace prever un incremento en la proporción de personas mayores que precisaran de cuidados durante las próximas décadas. Además, el porcentaje de personas de 65 a 79 años con enfermedades discapacitantes supone el 68%, y entre los mayores de 80 años asciende hasta el 83%. Y por el otro, la relativamente reciente participación del Estado en la provisión de apoyo al cuidado de las personas mayores ha visibilizado el valor económico y social del cuidado informal tradicionalmente provisto por las familias. El incremento de población mayor plantea nuevos retos para la creación de medidas y servicios públicos de apoyo, dada la repercusión que el nuevo escenario tendrá en la distribución de recursos públicos.

## 1.1. Cambio(s) demográfico(s) como punto de partida

En primer lugar, para entender el espectacular aumento del volumen de personas mayores hay que recurrir a los procesos demográficos que han tenido lugar en España en el último siglo. La mayor presencia de población de 65 o más años en términos absolutos y relativos, se produce por la confluencia de dos fenómenos; un aumento de la población en edades maduras y avanzadas causado por un descenso de las tasas de mortalidad y, un descenso o mantenimiento del número de efectivos en edades infantiles y jóvenes por efecto de la caída de la fecundidad.

Esta profunda transformación de la estructura por edad es consecuencia de **la denominada *Transición Demográfica*,** que en España se inició a finales del siglo XIX y que se completó en las dos últimas décadas del siglo XX, mucho después que la mayoría de los países europeos, siguiendo un modelo transicional tardío y acelerado propio de los países mediterráneos (Revenga, 1980). El resultado fue el aumento gradual y sostenido de población mayor de 65 años desde inicios del siglo XX. Los efectos del descenso de la mortalidad y fecundidad son visibles en la pirámide de población española, la cual refleja un crecimiento natural muy bajo, ahora y en el futuro (Gráfico 3.1). Cabe preguntarse **¿cómo se ha producido este cambio radical en la estructura demográfica de España?**




*Fuente: Elaboración propia a partir del HMD (1960, 1980, 2000) y de las proyecciones del INE (2020, 2040, 2060)*

**Gráfico 3.1. Pirámide de población de la población española, 1960- 2060**

### 1.1.1. La extraordinaria prolongación de la vida

Como decíamos, el primer fenómeno responsable del incremento de la población en edades avanzadas es el descenso de la mortalidad y el consecuente incremento de la esperanza de vida. La tasa bruta de mortalidad se redujo en España de 28,9 muertes por mil habitantes a 2,6 muertes durante el periodo 1900-2019, lo cual supuso un descenso general de la mortalidad del 91%.

Algunos acontecimientos históricos que produjeron una significativa sobremortalidad, como la epidemia de gripe de 1918 o el estallido de la Guerra Civil en 1936, interrumpieron la tendencia al alza de la probabilidad de supervivencia iniciada a principios del siglo XX, por lo que no fue hasta 1950 cuando la mortalidad comienza a seguir una clara trayectoria descendente (Blanes, 2007). Además, el impacto negativo de la dictadura franquista sobre el desarrollo económico del país, así como su aislamiento internacional, impidieron alcanzar indicadores de esperanza de vida similares a Europa hasta bien entrada la década de los setenta.

***El cambio en los patrones de morbimortalidad, la mejora en la disponibilidad y accesibilidad a los recursos médico-sanitarios, y los cambios en los hábitos de la población han provocado que la supervivencia haya alcanzado límites sin precedentes en el último siglo.***

Esta ganancia de años hace que actualmente la Esperanza de Vida a los 65 años (EV65) se sitúe entre las más altas no solo de la EU27, sino internacionalmente (Tabla 3.1).

*Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Human Mortality Database (HMD)*

| | Mujeres | Hombres | Total | Diferencia entre mujeres y hombres |
|---|---|---|---|---|
| **Japón** | 24,55 | 19,73 | 13,45 | 4,82 |
| **Francia** | 23,39 | 19,47 | 21,58 | 3,92 |
| **España** | 23,02 | 19,18 | 21,21 | 3,84 |
| **Italia** | 22,17 | 19,03 | 20,72 | 3,14 |
| **Canadá** | 22,22 | 19,57 | 20,96 | 2,65 |
| **Alemania** | 21,06 | 17,88 | 19,56 | 3,18 |

**Tabla 3.1. Países con mayor esperanza de vida a 65 años, 2018**

La esperanza de vida al nacer era de apenas 35 años a principios del siglo XX, mientras que en la actualidad alcanza los 83,5 años. El aumento de la supervivencia durante los dos primeros tercios del siglo XX se debió principalmente a la caída de las tasas de mortalidad infantil. A partir de 1970, son las edades maduras y avanzadas las protagonistas en ganar años de vida. Mientras que en 1910 quienes llegasen a cumplir 65 años podían esperar vivir 10,6 años más de media, un siglo después la EV65 se ha duplicado hasta suponer 20,5 años más en 2010 y alcanzar los 21,6 años en 2019 (INE). Cabe destacar a su vez el incremento de la esperanza de vida a los 85 años (EV85), que en 1910 se situaba en los 4,2 años, pasa a ser de 6,6 años en 2010 y alcanza los 9,7 años en 2019 (Gráfico 3.2). No obstante, la elevada mortalidad del último año debido a la pandemia de la COVID ha quebrantado la tendencia continua al alza de la EV que en 2020 se ha ubicado en

82,4 años, descendiendo en 2 años respecto al año anterior. Dado que la pandemia ha tenido especial incidencia entre las personas de edad avanzada, también se ha frenado la tendencia creciente de la EV65 y EV85, que se han visto reducidas. A pesar de ello, las proyecciones futuras del INE vaticinan un incremento de la EV constante.

*Fuente: Elaboración propia a partir de datos del HMD*

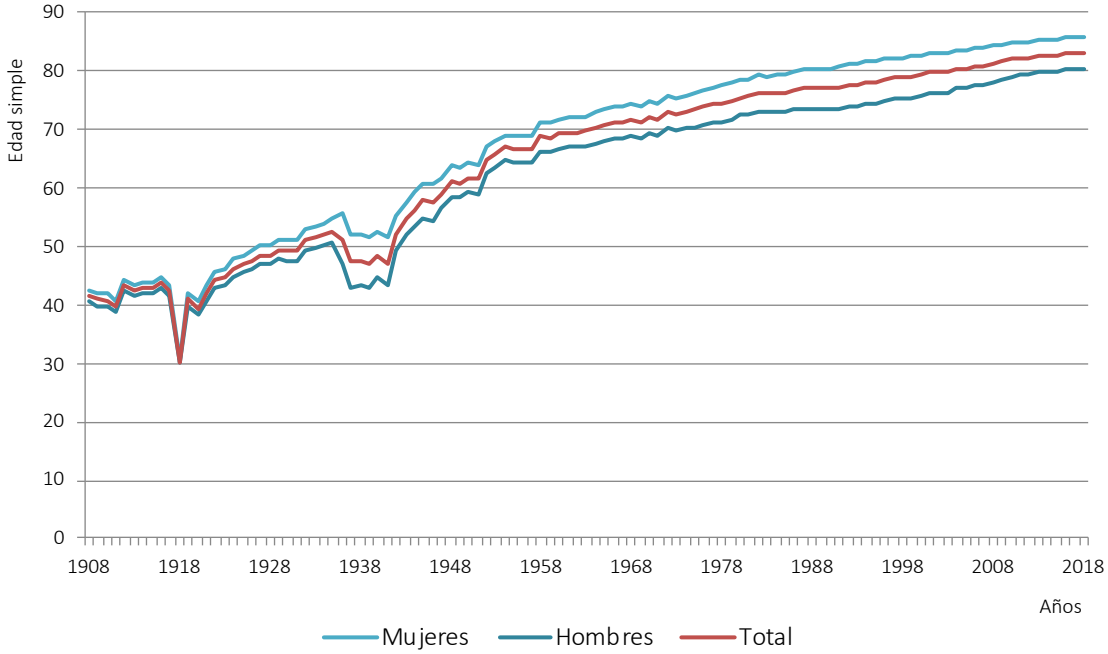



**Gráfico 3.2. Evolución de la esperanza de vida al nacer ($EV_0$), a 65 años ($EV_{65}$) y a 85 años ($EV_{85}$), 1908-2018**

***Es importante señalar que, aunque la mejora de la supervivencia es un logro indiscutible, sus beneficios no se han repartido por igual entre todos los grupos de población mayor.***

En primer lugar, las tendencias por sexo indican una brecha de género sostenida en el tiempo favorable a las mujeres. A comienzos del siglo XX, la esperanza de vida a la edad 65 era muy pareja para ambos sexos; alrededor de 9 años. A partir de 1920 comienza a abrirse una brecha en favor de la población femenina, que se consolida en la década de los 70 y ha seguido incrementándose desde entonces (Tabla 3.2). Así, en 2019, las mujeres de 65 o más años mostraban una esperanza de vida de 23 años, frente a los 19 años de los hombres. Esos años de vida ganados durante el siglo XX han supuesto que las mujeres de 65 años prolonguen su supervivencia una media de 12 años, mientras que los varones lo han hecho una media de 9 años. Si bien las proyecciones realizadas por el INE apuntan a que esta brecha entre sexos persistirá en un futuro, se han observado cierta aproximación entre los indicadores de cada sexo.

*Fuente: Elaboración propia a partir de datos del HMD e INE*

| | Mujeres | | | Hombres | | | Total | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $e_0$ | $e_{65}$ | $e_{85}$ | $e_0$ | $e_{65}$ | $e_{85}$ | $e_0$ | $e_{65}$ | $e_{85}$ |
| **1910** | 42,0 | 10,5 | 4,5 | 39,7 | 9,8 | 3,8 | 40,8 | 10,2 | 4,3 |
| **1920** | 40,5 | 10,8 | 4,5 | 38,3 | 9,8 | 3,7 | 39,4 | 10,3 | 4,2 |
| **1930** | 51,1 | 12,5 | 5,1 | 47,4 | 10,9 | 4,0 | 49,3 | 11,7 | 4,7 |
| **1940** | 52,6 | 12,7 | 4,3 | 44,9 | 10,5 | 3,5 | 48,6 | 11,7 | 4,1 |
| **1950** | 64,2 | 14,3 | 4,9 | 59,3 | 12,3 | 4,0 | 61,8 | 13,4 | 4,6 |
| **1960** | 71,7 | 15,2 | 4,8 | 66,7 | 12,9 | 4,1 | 69,2 | 14,2 | 4,6 |
| **1970** | 74,9 | 16,2 | 4,9 | 69,3 | 13,5 | 4,3 | 72,2 | 15,0 | 4,7 |
| **1980** | 78,6 | 17,9 | 5,4 | 72,4 | 14,6 | 4,6 | 75,5 | 16,4 | 5,1 |
| **1990** | 80,6 | 19,2 | 5,8 | 73,4 | 15,5 | 4,9 | 77,0 | 17,5 | 5,5 |
| **2000** | 82,9 | 20,7 | 6,4 | 76,0 | 16,7 | 5,3 | 79,4 | 18,8 | 6,0 |
| **2010** | 85,0 | 22,4 | 7,1 | 79,0 | 18,4 | 5,8 | 82,0 | 20,5 | 6,6 |
| **2019** | 86,2 | 26,9 | 10,6 | 80,9 | 23,0 | 8,8 | 83,5 | 25,9 | 7,15 |

**Tabla 3.2. Evolución de la esperanza de vida al nacer ($e_0$), a 65 años ($e_{65}$) y a 85 años ($e_{85}$), 1910-2019**

En segundo lugar, también existen diferencias significativas en la **duración de la vida en función del nivel educativo,** sobre todo para la población masculina. En todas las edades, un mayor nivel educativo implica una mayor supervivencia, ya que se trata de un factor correlacionado con más recursos económicos, mejores condiciones de vida y trabajo, y la adopción consciente de estilos de vida más saludables. La relación entre el sexo y nivel educativo indica, además, que cuanto mayor es el nivel de estudios alcanzado, menor es la brecha que separa la supervivencia de hombres y mujeres (Requena, 2017).

La influencia que **la estructura de la mortalidad española tiene sobre la demanda de cuidados está relacionada con las principales causas de muerte de las personas mayores,** las cuales han experimentado una transformación radical a medida que la longevidad se ha ido incrementando. Mientras que las enfermedades infecciosas dominaban como patologías mórbidas y mortales hasta bien entrado el siglo XX, las enfermedades circulatorias fueron el motor en el aumento de la longevidad a partir de 1970. A partir de la década de 1990 son las enfermedades degenerativas las que emergen como principal motivo de fallecimiento (Blanes, 2007).

La evolución de las principales causas de muerte denominadas como "los cinco pilares de la mortalidad española" (Gómez-Redondo, 1997); las enfermedades mentales, las enfermedades del sistema nervioso, los tumores, las enfermedades del sistema circulatorio y las enfermedades del sistema respiratorio, pueden clasificarse en dos grandes grupos en función de las tendencias mostradas (Gráfico 3.3). Las enfermedades del aparato circulatorio, del aparato respiratorio y los tumores, aunque representan a los grupos de enfermedades con mayor peso en la mortalidad actual de las personas mayores, se mantienen o reducen su incidencia. Una tendencia que se prevé que se mantenga en el futuro próximo. Aquellas causas emergentes como son las enfermedades mentales y del sistema nervioso, tienen un menor peso en la mortalidad de la población mayor, pero presentan un rápido crecimiento especialmente a partir de 70 años.

*Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE*

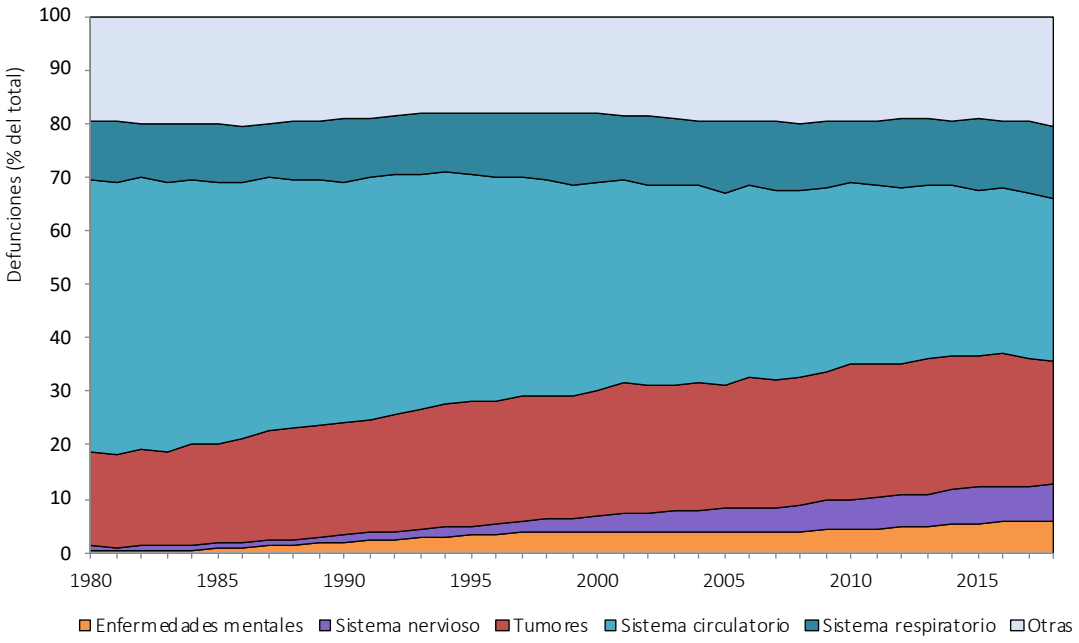



**Gráfico 3.3. Principales causas de muerte en la población de 65 y más años (%), 1980-2018**

Con relación a las causas de defunción emergentes, **se ha observado un incremento de la incidencia de las enfermedades mentales y nerviosas.** Considerando que la edad modal a la muerte de la población española supera los 85 años (Gráfico 3.4) y que las defunciones causadas por las enfermedades cardiovasculares están en constante disminución, el incremento continuado de las defunciones por este tipo de enfermedades las posicionará, en un periodo de tiempo relativamente corto, como principal causa de muerte, ya que se trata de afecciones vinculadas al aumento de la longevidad. La relevancia de este tipo de decesos deriva de su impacto en las condiciones de vida de las personas mayores, **principal motivo de dependencia y discapacidad,** lo que hace esperable un importante impacto en el sistema sanitario y en la sociedad en general, afectando a las administraciones públicas y a las redes de cuidadores como factor amplificador de la demanda de cuidados formales o informales entre la población española de edad avanzada.

*Fuente: Elaboración propia a partir de datos del HMD*

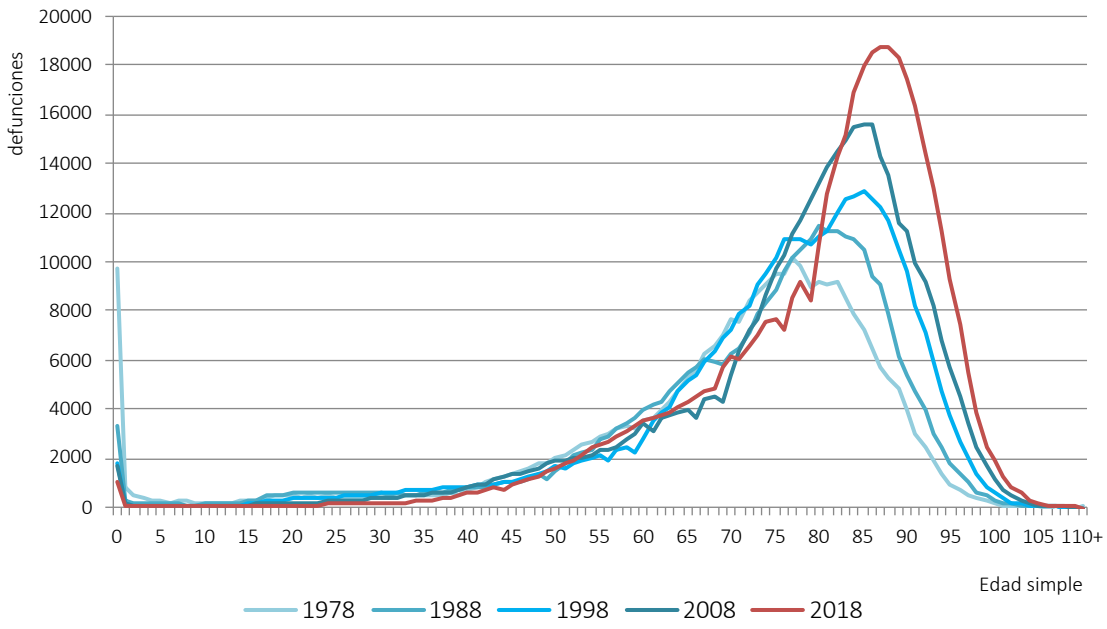



**Gráfico 3.4. Defunciones por edad, España 1978- 2018**

### 1.1.2. La caída de la fecundidad

No obstante, como señalábamos al principio, el envejecimiento poblacional no solo depende de la reducción del riesgo de muerte en edades avanzadas, sino que también es fruto de la reducción de efectivos en edades infantiles.

Según datos del INE, la edad media a la maternidad ha pasado de los 25 años en 1975 a los 32,25 años en 2019. Ese retraso en la edad a la maternidad ha repercutido en el número de hijos/as por mujer. Así, mientras en 1975 la media se situaba en 2,76 hijos/as por mujer, en 2019 era de 1,24 (según Eurostat, la media de la EU-27 se situaba en 1,55 en el año 2018). Además, el 25% de las mujeres pertenecientes a la cohorte nacida en 1975 no han tenido descendencia. En un lapso relativamente corto, la caída de la fecundidad ha tenido un efecto reductor evidente sobre el tamaño de las nuevas generaciones en edad infantil y joven.

La generalización y mejor acceso al uso de métodos anticonceptivos han facilitado la planificación del momento de la maternidad, lo que sumado a otros factores de tipo más social como la incorporación de las mujeres al trabajo remunerado y una extensión de su etapa formativa, la inexistencia de políticas de conciliación eficaces, la no corresponsabilidad familiar y laboral, o las nuevas expectativas y proyectos vitales de las mujeres, han hecho que las tasas de fecundidad se situasen como unas de las más bajas de Europa. Este patrón de fecundidad tardía y elevada infecundidad de la sociedad española (Castro et al., 2020) se ha visto agudizado, por los efectos de las crisis económicas recientes (Esteve et al., 2021).

### 1.1.3. El envejecimiento demográfico

Como se ha visto anteriormente, hemos asistido a un aumento gradual y sostenido de la población de 65 o más años desde principios del siglo XX, que se ha acelerado en las

últimas décadas del pasado siglo y primeras de este. Según cifras ofrecidas por el INE, en 1900 había 967.774 individuos con 65 o más años (5% de la población total), en 1960, esa cifra se había casi triplicado, suponiendo 2.505.165 individuos (8% del total de población) y en 2020, el volumen total de población mayor había superado ya los 9 millones (19% del total de la población).

Las proyecciones indican que ese porcentaje alcanzará su máximo **en 2050 al situarse en el 31,4%** (INE, 2020). No obstante, el colectivo que más ha crecido en número de efectivos por encima de ese umbral, esto es en números relativos, son las personas mayores de 85 años. Así, no es solo que el volumen global de personas mayores se haya incrementado, sino que lo ha hecho con especial incidencia en los grupos de mayor edad. El porcentaje de población que superaba los 85 años comenzó a crecer rápidamente a partir de 1980, momento en el que representaban un 0,6% de la población total, hasta llegar al 2,6% en 2020 (Gráfico 3.5).

Aún más ilustrativas son las cifras en número absolutos que se han incrementado en más del doble durante las dos primeras décadas del siglo XXI. Mientras que en el año 2000 se contaba con un total de 201.922 hombres y 463.123 mujeres por encima de los 85 años, en el año 2020 esos totales ascendían a 535.051 y 1.028.823 respectivamente. Además, según las proyecciones de población del INE podemos esperar la continuidad de esta tendencia a largo plazo.

Este proceso, al que se ha venido llamando ***envejecimiento de la vejez,*** tiene una **conexión evidente con el incremento de la demanda de cuidados,** ya que es precisamente en los grupos de edad más avanzada donde se concentra la mayor parte de la multimorbilidad y el padecimiento de enfermedades crónicas severas, las cuales son uno de los principales desencadenantes de la demanda de cuidados en las personas mayores.

***Otra de las consecuencias del aumento de la longevidad ha sido la feminización de la vejez, término que alude al mayor porcentaje de población femenina por encima de los 65 años y, especialmente, por encima de los 80 años.***

Esta circunstancia es producto de las diferencias por sexo en la esperanza de vida que, como ya se ha mencionado, son significativamente superiores comparadas con los indicadores masculinos ($EV_{65}$ de 23 años para las mujeres y de 19 años para los hombres en 2019).

*Fuente: Elaboración propia a partir de datos del HMD y del INE*

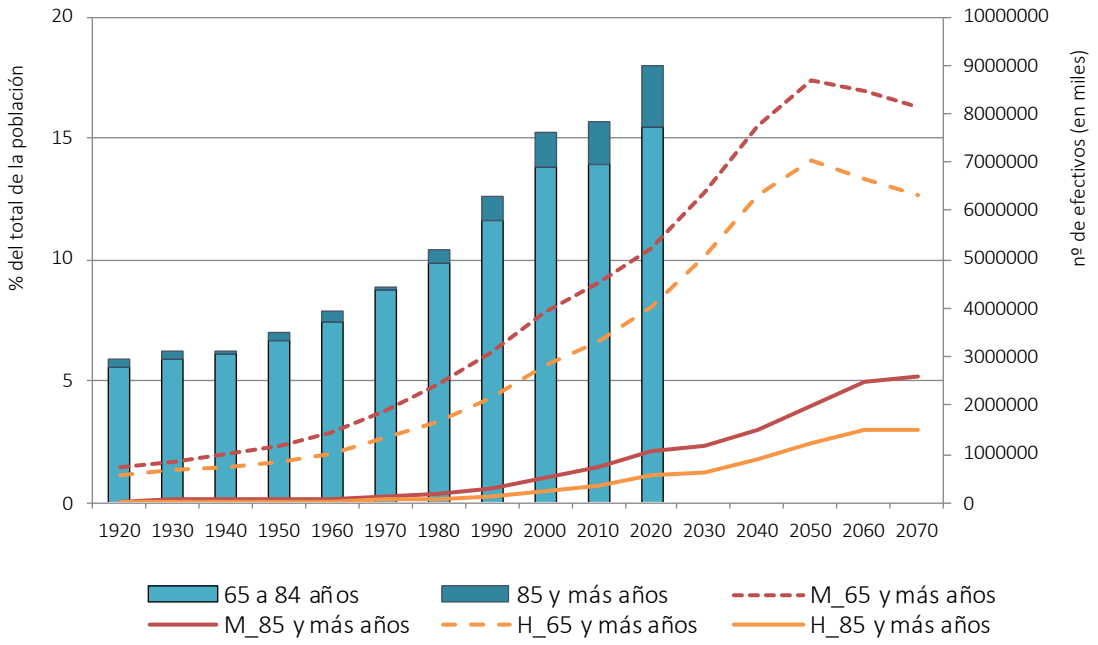



**Gráfico 3.5. Proporción y proyección del número de personas de 65+ y 85+ años, 1920-2070**

Si bien nacen más varones que mujeres (entre el 52 y el 53% de los nacimientos son masculinos), esta ventaja numérica inicial se va reduciendo en las sucesivas edades hasta equilibrarse en los grupos de 35-40 años, para luego invertirse a partir de la edad 50. La razón de masculinidad en 2020 ya era de más de 100 mujeres por cada hombre a la edad 65 años, para ir aumentando progresivamente hasta alcanzar su máximo en el grupo de edad 85-89, donde encontramos 273 mujeres por cada hombre (Gráfico 3.6). Podemos decir, por tanto, que a pesar de que nacen más varones, son las mujeres quienes tienen más probabilidades de llegar a edades avanzadas.

La distribución del envejecimiento demográfico, además, es heterogénea en términos territoriales, existiendo una clara **regionalización del proceso.** Por un lado, existe una España envejecida, que correspondería a las comunidades autónomas del interior –a excepción de Madrid–, y que castigadas por el éxodo rural de los años 1960 redujeron sustancialmente su natalidad. Por el otro, están las regiones cuya tasa de envejecimiento es inferior a la media, y que corresponderían a las zonas litorales, focos de atracción financiera y de población extranjera.

*Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE*

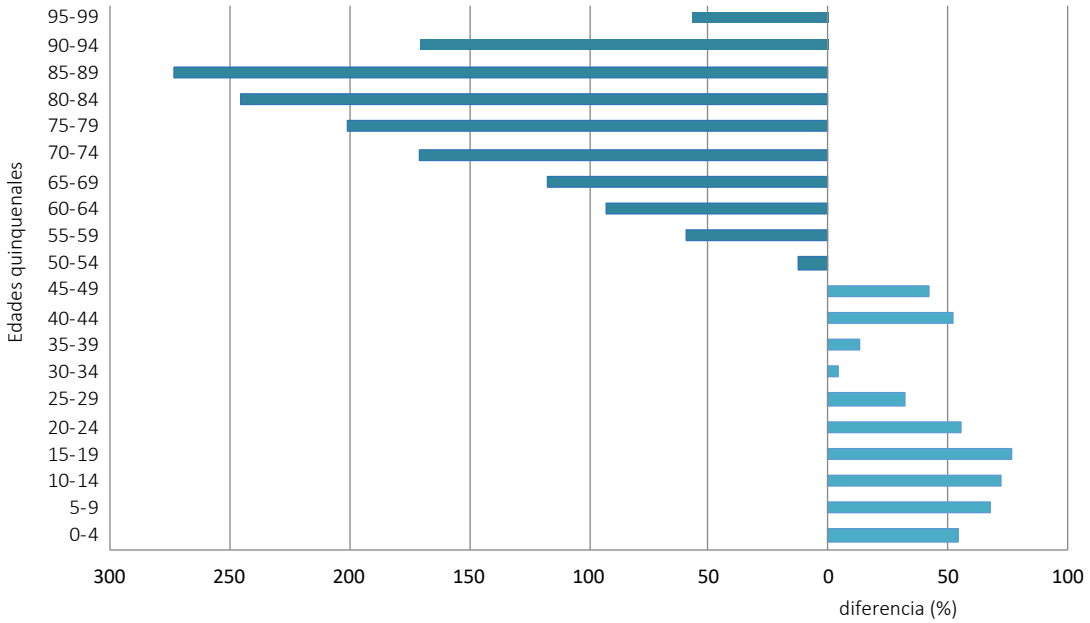



**Gráfico 3.6. Razón de feminidad por grupos de edad, 2020**

## 1.2. Cambio(s) en las condiciones de salud de las personas mayores

El impacto del aumento de la longevidad no solo ha transformado el número de años que se puede esperar vivir, sino las condiciones físicas y cognitivas bajo las cuales se experimentan esos años ganados.

***Mientras la longevidad sigue creciendo, continúa el debate sobre si el actual escenario dará lugar a la extensión o a la reducción de años con un estado de salud favorable, y las posibles consecuencias que esto tendrá sobre la organización social del cuidado.***

De momento, no existe una única respuesta, dado que ni la evolución de la discapacidad es homogénea en todos los grupos sociales de población mayor, ni las causas de la diversidad observada están totalmente comprobadas en los diferentes países. Lo que sí sabemos es que **la prevalencia de enfermedades mentales y del sistema nervioso** como la enfermedad de Alzheimer y los trastornos seniles, además de otras patologías crónicas y degenerativas, **generan limitaciones que hacen que el mantenimiento del bienestar precise de apoyos** que compensen la pérdida de funcionalidad. De hecho, el padecimiento de enfermedades crónicas diagnosticadas (Pérez-Fuentes et al., 2015) y de limitaciones para la realización de las actividades de la vida diaria (Seidel et al., 2011) han sido identificados como algunos de los principales desencadenantes de la demanda de cuidados por parte de las personas mayores. Según la Encuesta Nacional de Salud (ENS) implementada en 2017, el 49,3% de la población de 65 y más años que presenta alguna enfermedad crónica percibía, a su vez, algún tipo de limitación en el desempeño de su vida cotidiana por motivos de salud.

En este contexto de mayor prolongación de la vida, **la población femenina es la que ha experimentado hasta la fecha más cambios,** ya no sólo por el mayor volumen de sus efectivos y por su mayor esperanza de vida, sino también porque **tienen mayores**

**probabilidades de experimentar algún tipo de limitación en edades avanzadas.** Mientras que los hombres de estas cohortes están afectados de patologías relacionadas con el aparato respiratorio y circulatorio, las mujeres mueren más frecuentemente debido a enfermedades degenerativas como la demencia senil o Alzheimer. Así, **las mujeres viven más años, pero también viven más años con alguna patología potencialmente limitante.**

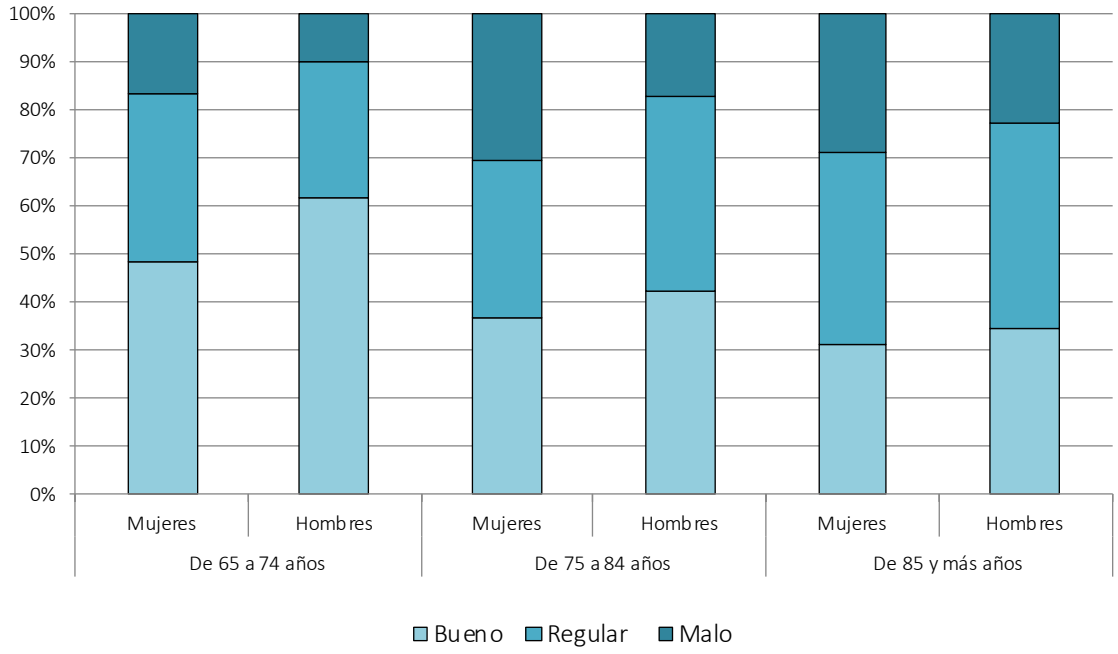
***El predominio de las enfermedades crónicas no letales en el patrón de morbilidad de las personas mayores ha hecho necesario evaluar la calidad de años ganados y responder a la pregunta de si vivir más años supone vivir mejor.***

Esto ha generado una amplia gama de indicadores que miden el periodo de vida esperable con unas condiciones de salud favorables.

### 1.2.1. Estado de salud percibido de las personas mayores

El estado de salud percibido es un buen indicador del estado de salud al estar correlacionado con la aparición de dolencias y enfermedades, las limitaciones funcionales o cognitivas, el número de enfermedades diagnosticadas o el estado emocional. Los factores que determinan el estado de salud percibido pertenecen a cuatro esferas; entorno social, morbilidad y discapacidad, estilo de vida y uso de servicios sanitarios, y consumo de medicamentos. El uso de servicios sanitarios y el consumo de medicamentos, así como la morbilidad y la discapacidad, tienen una importancia clave a la hora de explicar la evaluación que las personas mayores hacen de su salud (Girón, 2010).

Una mirada longitudinal a los datos proporcionados por las sucesivas oleadas de la ENS indica una **mejora global en la salud percibida de las personas mayores de 65 años:** en 2003 el 38,1% califican su salud en términos saludables (muy bueno y bueno) alcanzando el 45,3% en 2017 (Gráfico 3.7). La evaluación positiva mantiene una relación inversa con la edad, y a medida que se cumplen más años se incrementan el porcentaje de personas que hacen una valoración desfavorable de su salud. También es importante destacar que **las mujeres evalúan peor su estado de salud comparadas con los hombres.** De hecho, la marcada diferencia en la percepción de la salud por sexo caracteriza a España y a los países mediterráneos dentro el contexto europeo, donde esta disparidad es menor (Gómez-Redondo et al, 2017).




*Fuente: Elaboración propia a partir de la ENS (2017)*

**Gráfico 3.7. Estado de salud de la población de 65y más años (%), 2017**

Según los datos de la ENS-2017, podemos situar **el inicio de la comorbilidad y multimorbilidad en los 65 años.** Se trata de una edad de transición a partir de la cual desciende el porcentaje de población sin enfermedades crónicas (el 20%), y se incrementa por el contrario el porcentaje de personas que manifiestan haber sido diagnosticadas de dos o más enfermedades crónicas (pasando del 10% en 50 años al 20% en 65). El incremento de la edad acompaña la aparición de la comorbilidad, así en la edad de 80 y más años afecta al 90% de la población. Además, las mujeres son las que disponen de mayores porcentajes de padecimiento de comorbilidad.

En paralelo al aumento de la comorbilidad también lo hace la **polimedicalización,** esto es, el consumo de dos o más fármacos prescritos o no. El porcentaje de población mayor que toma medicamentos se sitúa en torno a la media europea, con un 72,5% (Gómez Redondo et al, 2017).

### 1.2.2. Esperanza de vida con salud (AVS) y en buena salud (AVBS)

Una de las limitaciones que presenta la esperanza de vida como indicador es que nos informa del promedio de años que se espera vivir a una edad concreta, pero no sobre la calidad con que se experimentarán. Para poder aproximar esta cuestión se han diseñado indicadores como **los Años de Vida con Salud** (AVS)[2], que **indica los años que vive una persona sin sufrir limitaciones** en la realización de sus actividades cotidianas.

Según el indicador AVS para 2017, el periodo de vida con salud a la edad 65 es de 10 años de media (Tabla 3.3). En términos relativos, esto supone que, desde los 65 años hasta

2 El indicador Años de vida con Salud (AVS) indican el promedio del número de años sin limitación de actividad que aún restan por vivir a una persona hasta su fallecimiento. Su definición es similar a la UV, a la que se incorpora el padecimiento de la enfermedad a través de sus consecuencias, como la limitación de la actividad. Para su cálculo se emplean los datos de la prevalencia de discapacidad de la ENS que utiliza el índice global de limitación de actividad GALI y las tablas de mortalidad. Su cálculo es posible a partir de la ENS del 2006, cuando se incorpora la pregunta GALI.

la edad de muerte, en la mitad de este tiempo (el 47,9%), no se experimentará ninguna limitación de actividad. El AVS65 se ha ido incrementando en los últimos años, a pesar de la ralentización de su crecimiento. Dependiendo del género, la duración del periodo pronosticado sin limitaciones difiere, siendo el 2017 un año de inflexión a partir del cual los varones presentan una $AVS_{65}$ (12,6 años) más prolongada que las mujeres (11,9 años), a pesar de la tradicional tendencia contraria. Esto supone que los hombres pueden esperar disfrutar del 66,7% de este tiempo sin restricción de actividad, mientras las mujeres únicamente lo harán el 52% de este periodo. Que en ellos los porcentajes son mayores se traduce en un periodo mayor de tiempo de vida sin discapacidad. Paradójicamente, aunque ellas gozan de una mayor esperanza de vida, cuando esta se pone en relación con el estado de salud, las mujeres salen perjudicadas al presentar una mayor proporción de años de vida con limitación.

Para mostrar la evolución de la calidad de los años de esperanza de vida ganados por las personas mayores se utiliza, asimismo, el indicador **Esperanza de Vida en Buena Salud Autopercibida** (EVBS)[3], que mide el efecto de la prevalencia de los problemas de salud percibida en la EV. Según los datos de las sucesivas oleadas de la ENS, entre 1987 y 2017, la $EVBS_{65}$ aumentó en términos absolutos en los varones de 7 a 8,6 años. Para ese mismo periodo el crecimiento de la $EVBS_{65}$ para las mujeres fue más sostenido, pasando de 6,8 a 7,2 años. Aunque esto sugiere una mejora generalizada en la percepción de la salud de los mayores ("buena" y "muy buena"), este incremento se debe a la mayor longevidad femenina y a la mejora de la evaluación de la población masculina, que promueve la convergencia entre géneros (Fernández-Carro y Gómez, 2016).

| | $EV_{65}$ | | $AVS_{65}$ | | $AVS_{65}/EV_{65}$ (%) | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Mujeres** | **Hombres** | **Mujeres** | **Hombres** | **Mujeres** | **Hombres** |
| **2007** | 20 | 17,8 | 11,4 | 11,5 | 57 | 64,6 |
| **2011** | 20,9 | 18,7 | 12,1 | 12,4 | 57,9 | 66,3 |
| **2017*** | 22,9 | 18,9 | 11,9 | 12,6 | 52,0 | 66,7 |

*Fuente: Gómez-Redondo y Fernández-Carro (2016)*

**Elaboración propia a partir del HMD y la ENS*

**Tabla 3.3. Años de Vida con Salud (AVS), 2007-2017**

Si se atiende a los datos de 2017, de los 18,9 años que espera vivir un hombre de 65 años, 8,6 años serán con una percepción favorable de su salud (el 45,5% de este periodo). En las mujeres, de los 22,9 años de EV con buena salud son 7,2 años (el 33,4%). La diferente trayectoria que ha seguido la evolución de la EVBS para hombres y mujeres se ve aún con más claridad observando este indicador en términos relativos; en los varones el porcentaje de años en los que se percibe tener buena salud sigue una tendencia ascendente, mientras que el porcentaje de EVBS entre las mujeres mayores se incrementa a un ritmo más lento e incluso ha decrecido en los últimos años (Tabla 3.4).

3 A diferencia de la estimación de Años de Vida con Salud (AVS), el cálculo de la Esperanza de Vida en Buena Salud (EVBS) utiliza como medida de prevalencia de discapacidad el estado de salud percibido durante el último año. Las posibles respuestas son: Muy buen / Bueno / Regular / Malo / Muy malo. Por tanto, la EVBS hace referencia al tiempo que los mayores pueden esperar vivir percibiendo que sus condiciones de salud son favorables. Para su cálculo se utiliza también la tabla de mortalidad.

Los años de vida en buena salud que suman las mujeres representan un valor relativo inferior cuando se relacionan con la EV. Además, la diferencia mostrada por los indicadores AVS y EVBS, y dado que el periodo sin limitaciones es más extenso que el de buena salud percibida, resulta que la evaluación general del estado de salud está condicionada por la secuencia en la aparición de enfermedades.

### 1.2.3. Prevalencia de discapacidad en la población mayor

La incidencia de factores psicológicos, sociales, culturales y ambientales en el proceso salud-enfermedad hace que la discapacidad no tenga que ver solo con la gravedad y cronicidad de las patologías diagnosticadas, sino más bien con las barreras que estas pueden suponer para la adaptación al medio y la sociedad en que se vive. Más que un atributo personal, **la discapacidad es una construcción social ya que alude a una situación en la que la vida cotidiana no puede desarrollar al mismo ritmo y forma que la sociedad establece como "normal".** En el caso de las personas mayores, la discapacidad suele sobrevenir con la aparición de nuevas patologías cuando estas limitan el desempeño de las rutinas diarias.

*Fuente: Gómez Redondo y García-González (2011) y Gómez Redondo y Fernández-Carro (2015).*

**Elaboración propia a partir del HMD y la ENS*

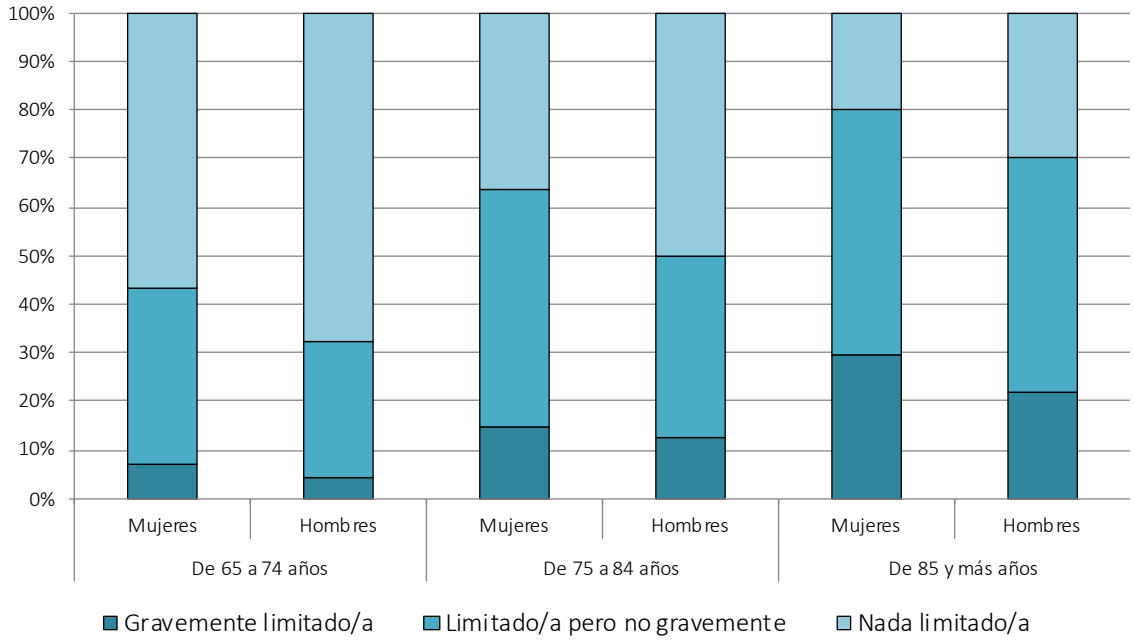
| | $EV_{65}$ | | $EVBS_{65}$ (años) | | $EVBS_{65}/EV_{65}$ (%) | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Mujeres** | **Hombres** | **Mujeres** | **Hombres** | **Mujeres** | **Hombres** |
| **1987** | 19,2 | 15,6 | 6,8 | 7 | 35,4 | 44,9 |
| **1993** | 19,8 | 16 | 7,5 | 7,2 | 37,9 | 45,0 |
| **1995** | 20,1 | 16,2 | 7,2 | 6,8 | 35,8 | 42,0 |
| **1997** | 20,4 | 16,4 | 8,0 | 7,6 | 39,2 | 46,3 |
| **2003** | 20,7 | 16,8 | 6,7 | 7,5 | 32,4 | 44,6 |
| **2006** | 21,74 | 17,7 | 7,2 | 8,6 | 33,1 | 48,6 |
| **2011** | 22,38 | 18,5 | 9,2 | 9,0 | 41,1 | 48,6 |
| **2017*** | 22,9 | 18,9 | 7,2 | 8,6 | 31,4 | 45,5 |

**Tabla 3.4. Esperanza de Vida (EV) y Esperanza de Vida en Buena Salud (EVBS) con 65 años, 1987-2017**

Los datos de las tres últimas ENS realizadas reflejan un incremento de la prevalencia de discapacidad[4] entre las personas mayores de 65 años; 22,3% en 2003, 40% en 2006 y 50% en 2017, con cifras muy similares a las de la media europea. **El nivel de gravedad de los impedimentos percibidos es mayoritariamente moderado,** aunque la severidad de las limitaciones aumenta en paralelo a la edad (Gráfico 3.8). Si entre los 65 y los 74 años un 56% de las mujeres y un 67% de los hombres manifestaban no padecer ninguna limitación, por encima de los 85 años esos porcentajes solo alcanzaban el 20% y 30% respectivamente. **Con la edad también aumenta el porcentaje de población mayor que percibe limitaciones severas;** del 7% al 30% en el caso de las mujeres, y del 5% al 22% en los hombres. Por tanto, la aparición de la restricción de actividad entre las personas

4 La prevalencia de la discapacidad se mide a través del índice global de limitación de actividad GALI (Global Activity Limitation Index). El índice GALI se ha implementado recientemente en las encuestas europeas para homogeneizar las medidas de discapacidad y hacerlas comparables entre países. Mediante una única pregunta sobre la incapacidad subjetiva recoge información sobre 1) si hay una limitación de actividad, 2) si esta limitación es para las actividades de la vida diaria, 3) si esa limitación es debido a un problema de salud, y 4) si esa limitación ha tenido una duración de al menos 6 meses. Las categorías de respuesta son: Gravemente limitado / limitado, pero no gravemente / Nada limitado.

mayores no solo comienza a generalizarse a edades muy avanzadas, sino que además su severidad se intensifica.




*Fuente: Elaboración propia a partir de la ENS (2017)*

**Gráfico 3.8. Padecimiento de limitaciones en la población de 65 y más años (%), 2017**

Lo que también reflejan estos datos es una **desigual distribución de la discapacidad por sexo.** La población femenina padece una mayor prevalencia de discapacidad que la población masculina, mostrando porcentajes sensiblemente superiores de limitaciones moderadas y severas, mientras los mayores porcentajes de población sin limitaciones los muestran los hombres.

### 1.2.4. Esperanza de Vida Libre de Discapacidad (EVLD)

La aparición de una **enfermedad crónica** afecta a la percepción sobre el bienestar general de las personas mayores, pero **no acarrea necesariamente una limitación de actividad.** Es por ello por lo que para medir las condiciones de salud también se utilizan indicadores basados en la morbilidad, en los diferentes grados de limitación y en las distintas definiciones de discapacidad. Entre los indicadores más usados y que vinculan el grado de discapacidad y la EV se encuentra la Esperanza de Vida Libre de Discapacidad[5] (EVLD).

Según estudios recientes, **la EVLD se ha reducido en España en las últimas décadas,** aunque con diferencias reseñables entre regiones (Zueras y Rentería, 2020). El análisis longitudinal a la $EVLD_{65}$, basado en tres momentos en los que se dispone de datos sobre discapacidad, muestra **un desequilibrio en la ganancia de años en buena salud:** si en 2006 representaba el 16,8% de le $EV_{65}$ de las mujeres (3,7 años) y el 23,5% para los hombres (4,7 años), para el 2012 se mostraba una leve mejoría incrementándose hasta el 17,5% (3,9 años) y el 23,9% (4,4 años) respectivamente; datos que se reducen en 2017

5 Esperanza de vida Libre de Discapacidad indica los años en los que se vive con discapacidad (a través de la medida subjetiva de la discapacidad). Se mide de forma idéntica a los Años de Vida con Salud (AVS) pero en este caso centrándose en la prevalencia de incapacidad, para lo que se utiliza el índice GALI pudiendo calcular el padecimiento de limitaciones graves y moderadas.

a niveles incluso más bajos que en 2006, el 15,3% (3,5 años) y el 17,8% (3,41) (Gráfico 3.9). Ello se traduce, por un lado, en un menor número de años desde que se cumplen 65 años hasta que aparecen los primeros achaques; y por el otro, en la reducción de las mujeres de este tiempo. Es decir que las mujeres viven un mayor periodo de su vida con enfermedades crónicas o discapacitantes.

*Fuente: Elaboración propia a partir de Zueras y Rentería (2020)*

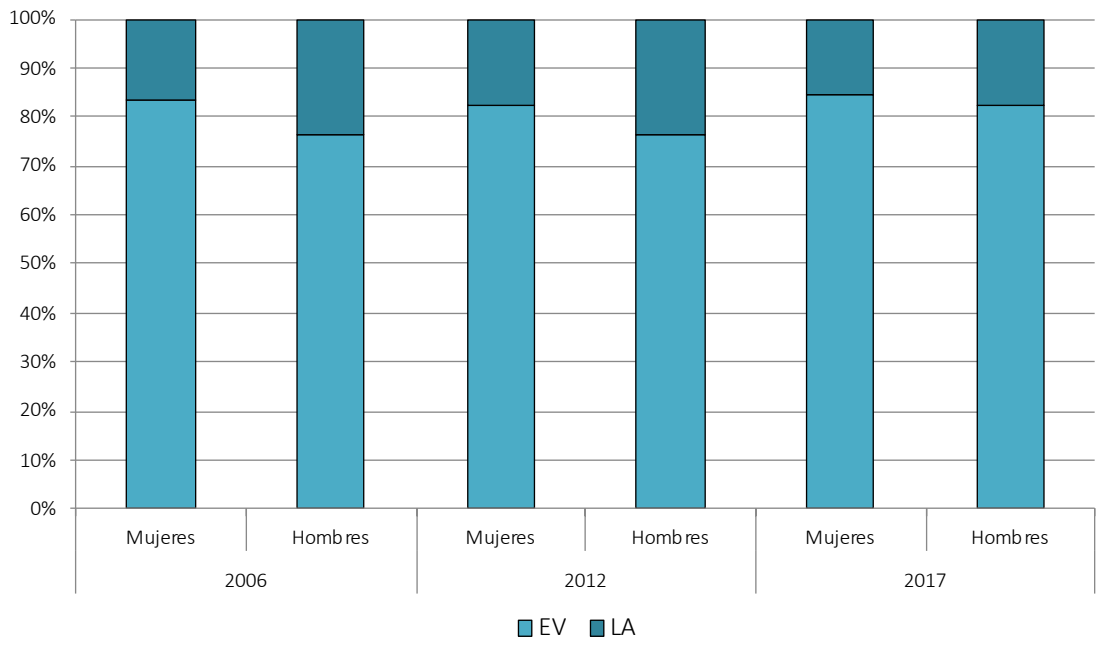



**Gráfico 3.9. Esperanza de vida y Esperanza de Vida Libre de Discapacidad a 65 años**

## 2. Las respuestas al incremento de la demanda de cuidados. La organización social del cuidado

### 2.1. El modelo informal de cuidado a las personas mayores

Lo que caracteriza el **modelo de apoyo a las personas mayores en España** es el papel central y, la mayoría de las veces exclusivo, de **las redes familiares como principales proveedoras de cuidados.**

Entre el **80% y el 90%** del apoyo recibido por las personas mayores de 65 años, dependiendo de la severidad de las limitaciones padecidas, es provisto por un cuidador informal (Spijker y Zueras, 2016). Se trata de uno de los rasgos diferenciales de la organización social del cuidado en los regímenes de bienestar familiaristas, en los que, además, son las familias quienes asumen aquellas tareas de apoyo que requieren mayor inversión de tiempo por parte de la persona cuidadora (Tabla 3.5).

| DIMENSION | CARACTERÍSTICAS |
|---|---|
| Responsable principal del bienestar | Familias / Mujeres de la red de parentesco |
| Supuestos ideológicos | Centralidad del matrimonio legal<br>División sexual del trabajo<br>Subsidiariedad del Estado |
| Evaluación de necesidades | Familias |
| Trabajo asistencial del cuidado | No remunerado |

*Fuente: Rogero García, 2010:80*

**Tabla 3.5. Características de los regímenes de bienestar familiaristas**

Que el peso del cuidado social haya recaído históricamente en las familias ha hecho que las figuras de apoyo informal (familia y redes sociales) y formal (servicios públicos y privados) mantengan muchas veces una relación substitutoria. **En España, Italia, Portugal o Grecia, los cuidados relacionados con enfermedades crónicas o degenerativas, posoperatorios, etc., son prestados por miembros de la red familiar,** pareja o hijos/as fundamentalmente, mientras que en Suecia o Países Bajos los cuidados relacionados con un deterioro severo de la salud son asumidos mayormente por profesionales públicos y/o privados (Brandt et al., 2009). Así, estudios comparativos desarrollados en Europa muestran que **una de las tareas básicas que tiene la familia para una gran parte de la sociedad española es la protección de sus miembros,** siendo esta percepción más generalizada que en otros países del entorno (Sánchez Vera y Bote Díaz, 2009). La persistencia de una cultura familiarista muy arraigada, caracterizada por una alta proporción de hogares multigeneracionales –en España el 33% de las personas mayores de 65 años viven en este tipo de hogares, mientras la media de la EU15 se sitúa en el 10% (IMSERSO 2014)–, estrechas relaciones y contactos frecuentes entre miembros de la red de parentesco (Meil, 2004) y normas sociales, apuntan a los familiares, principalmente a las mujeres, como los cuidadores más idóneos y seguros en caso de necesidad (Katz et al., 2003), contribuyendo de este modo al mantenimiento de la red familiar como principal proveedor de cuidados.

Los factores determinantes del apoyo social y familiar que reciben las personas mayores son diversos, aunque están muy relacionados con la gravedad y cronicidad de sus patologías y con las características de sus redes sociales, ya que estas últimas determinan la existencia y acceso a potenciales cuidadores informales (Fernández-Carro y Vlachantoni, 2019). Se sabe que **la extensión, frecuencia y la duración de los cuidados en las redes de apoyo familiares, admite grados y diferencias,** tanto en su forma como en su intensidad (Escobar et al, 2008): se expanden y contraen en función de la etapa del ciclo vital de los individuos, de la movilidad y distancia geográfica entre parientes, y también en función de la clase social (Inquieta, 1996).

La **estructura y el tamaño de la red** social influyen en la recepción de cuidado informal. Las personas con redes familiares y sociales más amplias tienen más probabilidades de recibir apoyo informal (Rodríguez et al., 2017), así como quienes cuentan con una pareja o hijos/as adultos. La implicación de hermanas y hermanos en el cuidado de sus progenitores varía en función del número de hermanos y de su composición por género, cuidando más las hijas que los hijos (Durán, 2012).

La literatura también destaca la **importancia de los recursos financieros y de la distancia geográfica entre los miembros de la familia** en lo que se refiere al balance del intercambio de apoyo. Aquellos/as hijos/as que residen cerca de sus progenitores tienen más probabilidades de asumir su cuidado. No obstante, la existencia de una pareja o de hijos/as, así como la coresidencia con ellos, no garantiza per se la recepción de cuidado informal siendo la calidad de las relaciones entre miembros de la red familiar lo que lo condiciona (Melchiorre et al., 2013). Otros autores han encontrado diferencias en función de la actividad y características laborales y del estado civil de los miembros de la red familiar (López Doblas et al, 2021) así como del momento en el curso de vida en el que se encuentran (Zueras et al, 2018).

Uno de los elementos más señalados en la definición de los cuidados informales es el género debido a **la mayor dedicación femenina al cuidado intergeneracional** (Tobío et al 2010). En España, **un 76% de cuidado informal es provisto por una mujer** (Abellán et al., 2017). Son mujeres con vínculos de parentesco, fundamentalmente esposas, madres e hijas, que son las encargadas de cubrir las necesidades de la población que precisa de apoyo como niños y niñas, personas mayores o enfermas, circunscribiendo la provisión de cuidados al ámbito doméstico. Así, **el perfil de la persona cuidadora es el de una mujer con lazos de parentesco, con una media de 55 años, casada, con hijos y sin empleo remunerado** (Tobío et al., 2010).

***Sobre las mujeres, compartan o no los cuidados, suelen recaer las tareas más arduas, relacionadas no solo con la organización sino con la ejecución de actividades como el aseo y la higiene personal, la alimentación y las tareas del hogar.***

Es decir las tareas básicas y las instrumentales de la vida diaria, hecho que se refleja en el número de horas que destinan hombres y mujeres a los cuidados (Durán, 2006) (Gráfico 3.10).

*Fuente: Encuesta de Calidad de Vida 2016. Eurofund*

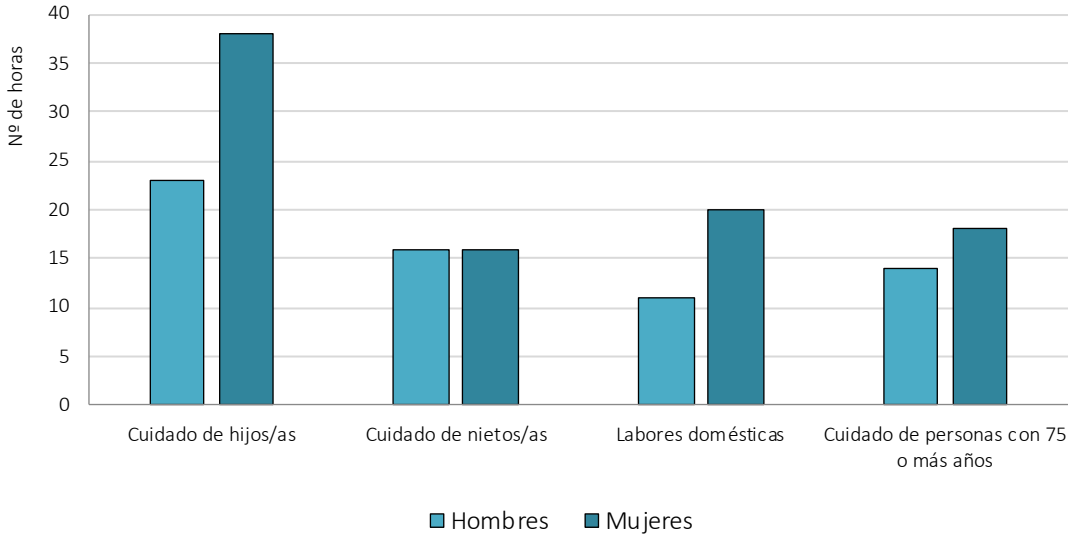



**Gráfico 3.10. Horas semanales dedicadas a actividades de cuidados y tareas del hogar por género**

Existe un patrón de cuidado informal aún minoritario, pero emergente, en el que un porcentaje significativo de hombres asume el cuidado casi igualando al porcentaje de mujeres (Fernández Carro et al., 2019). Estos **cuidadores masculinos** tienen también

una **edad avanzada,** son **cónyuges** de las personas que cuidan y **cohabitan** con la persona cuidada. Estas son las primeras evidencias de la incorporación masculina a las tareas del cuidado (Martín, 2010). Además, la inserción de las mujeres en el mercado laboral remunerado, una demanda de mayor autonomía, así como las nuevas estructuras familiares y la baja fecundidad, conducen a una transformación en la red de apoyos. Del tradicional pilar femenino de los cuidados se está pasando a una amplia y diversificada red de apoyo, más intergeneracional y no solamente compuesta por familiares directos sino también por las relaciones de amistad y vecindad.

El alto grado de solidaridad normativa[6] que tradicionalmente han llevado implícitas las relaciones sociales en España ha hecho que las metas individuales y las decisiones personales, también con respecto al cuidado, dependan de las expectativas familiares percibidas. Así, la solidaridad intergeneracional ha sido vista más como un *deber* social que como una *opción*. Sin embargo, **las nuevas condiciones sociales transforman paulatinamente las preferencias y prácticas de cuidado** en las que cada vez es más frecuente que el apoyo de los familiares aparezca combinado con el provisto por profesionales públicos y privados.

## 2.2. El modelo formal de cuidado a los mayores dependientes

En España, las medidas implementadas con relación a la atención a la dependencia giran en torno a **tres ejes:** el mantenimiento de los mayores en el domicilio propio, apoyo a las familias en el cuidado de los allegados dependientes y alternativas para aquellos que no pueden permanecer en el domicilio. El que se valore **la falta de parientes como criterio para la obtención de ayudas, da la medida de hasta qué punto las políticas públicas no alivian sino acentúan el rol de la red familiar como cuidador principal.** Escuredo (2007) resumió los servicios públicos destinados al bienestar de las personas mayores (Tabla 3.6), valorando los aspectos positivos y negativos de cada grupo de medidas:

6 La solidaridad normativa es uno de los diferentes tipos de solidaridad intergeneracional: (1) *solidaridad afectiva:* basada en los sentimientos que los miembros de la familia expresan en su relación con otros miembros, (2) *solidaridad asociativa:* tipo y frecuencia del contacto entre miembros de la familia de diferentes generaciones, (3) *solidaridad consensual:* acuerdo en las opiniones, valores y orientaciones entre generaciones, (4) *solidaridad funcional:* referida a dar y recibir apoyo para tareas específicas de la vida diaria, (5) *solidaridad normativa:* expectativas hacia las obligaciones filiales y parentales y también las normas relacionadas con los valores familiaristas, y (6) *solidaridad estructural:* oportunidades para la interacción entre generaciones asociada a factores externos (Bengtson y Schrader, 1982).

| OBJETIVOS | ACCIONES | ASPECTOS POSITIVOS | ASPECTOS NEGATIVOS |
|---|---|---|---|
| Facilitar a la familia la permanencia del dependiente en el domicilio | • Ayuda domiciliaria (social y sanitaria)<br>• Ayudas técnicas<br>• Arreglos y adaptaciones del hogar Instalación de teléfono o telealarma; Vivienda social adaptada | • Mantenimiento del domicilio<br>• Mejora de la autonomía funcional<br>• Mejora de las condiciones de vida | • Oferta insuficiente y escaso alcance. Familia como base del cuidado. Cuidador como instrumento para el cuidado. Enmascara los problemas |
| Apoyar a las familias y cuidadores con un dependiente a su cargo | • Centros de día;<br>• Estancias temporales en residencias<br>• Ayudas económicas y medidas fiscales favorables;<br>• Apoyo psicológico y formativo;<br>• Conciliación vida laboral y familiar;<br>• Reducción de jornada, permisos y excedencias | • Alivio de la carga del cuidador<br>• Alivio económico<br>• Posibilita la compra de servicios<br>• Disminuye el estrés<br>• Más tiempo para cuidar | • Oferta insuficiente y escaso alcance, Familia como base del cuidado; Cuidador como instrumento para el cuidado; Refuerzo del rol cuidador de la mujer, implica doble jornada; costes personales y de oportunidad para el cuidador |
| Facilitar la inserción de los ancianos en otros núcleos familiares | • Acogida temporal o continua en otros núcleos familiares | • Inserción social de los ancianos | • Dificultad para rescindir el contrato<br>• Opción minoritaria y de alto coste |
| Alternativas a la imposibilidad de permanecer en el domicilio | • Viviendas compartidas<br>• Viviendas tuteladas<br>• Ingreso en residencias | • Inserción social de los ancianos<br>• Alivia la carga del cuidador | • No suele ser útil para ancianos dependientes; Perdida de independencia y restricción de libertad del anciano |

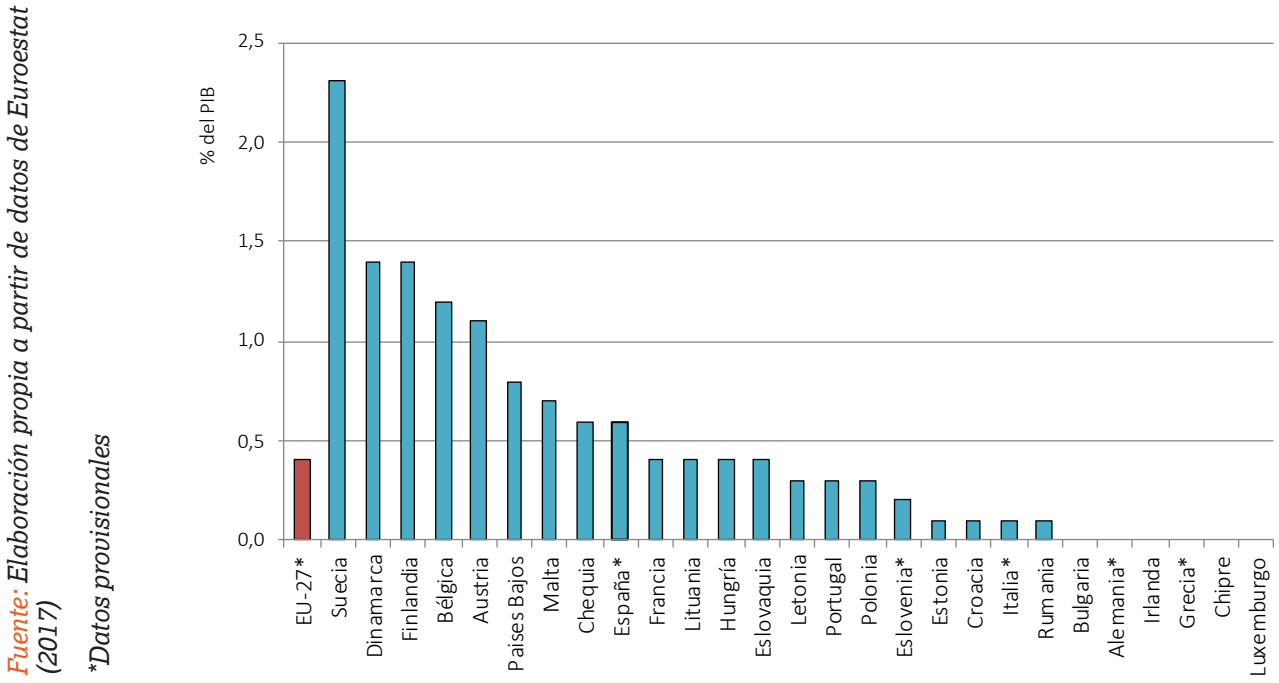
*Fuente: Basado en Escuredo (2007)*

**Tabla 3.6. Síntesis de las medidas de apoyo a la dependencia implementadas en España. Ventajas y déficits.**

A esto hay que sumar una **escasa inversión de gasto público en los servicios sociales y especialmente en los cuidados de larga duración,** agravada con las sucesivas crisis, que han supuesto recortes en las partidas dedicadas a los servicios de apoyo a las personas mayores. Según datos de Eurostat (2017), **la media de gasto público en atención a las personas mayores en la EU27 se situaba en el 0,4% del PIB,** considerando ayuda económica, vivienda y asistencia en las actividades cotidianas (Gráfico 3.11). Desde 2003 el gasto en cuidados de larga duración fue aumentando hasta el año 2010, cuando alcanza su máximo, momento a partir del cual el porcentaje del PIB fluctúa con pequeñas subidas y bajadas en los años sucesivos. España superaba levemente a la media europea en gasto público (0,6%), un promedio que se obtiene considerando las grandes diferencias entre los distintos países: mientras que en Suecia la proporción del gasto respecto al PIB superó el 2%, fue inferior al 0,1% del PIB en un buen puñado de países e, incluso, en seis de ellos se trató de una partida sin presupuesto asignado.

En 2006, se aprobó la *Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia y a las Familias* (LAPAD, Ley 39/2006), estableciendo los parámetros para la creación del Sistema de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (SAAD) que aspiraba a ser el pilar de las políticas públicas para el apoyo a los mayores. Con la aprobación de la LAPAD se crea el Sistema de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (SAAD), cuyo principal mérito ha sido poner de manifiesto la necesidad de

atender debidamente a las personas que se encuentran en situación de dependencia, es decir, que padecen de una falta o pérdida de la autonomía física, psíquica o intelectual por la que necesitan una ayuda o asistencia para realizar las actividades de la vida diaria. La LAPAD contempla tres grados de dependencia en función de la necesidad de ayuda para el desarrollo de las actividades: situaciones de gran dependencia (grado III), dependencia severa (grado II) y dependencia moderada (grado I). (Para el análisis de la LAPAD y de las políticas públicas asociadas a los cuidados: § Capítulos V y VIII)

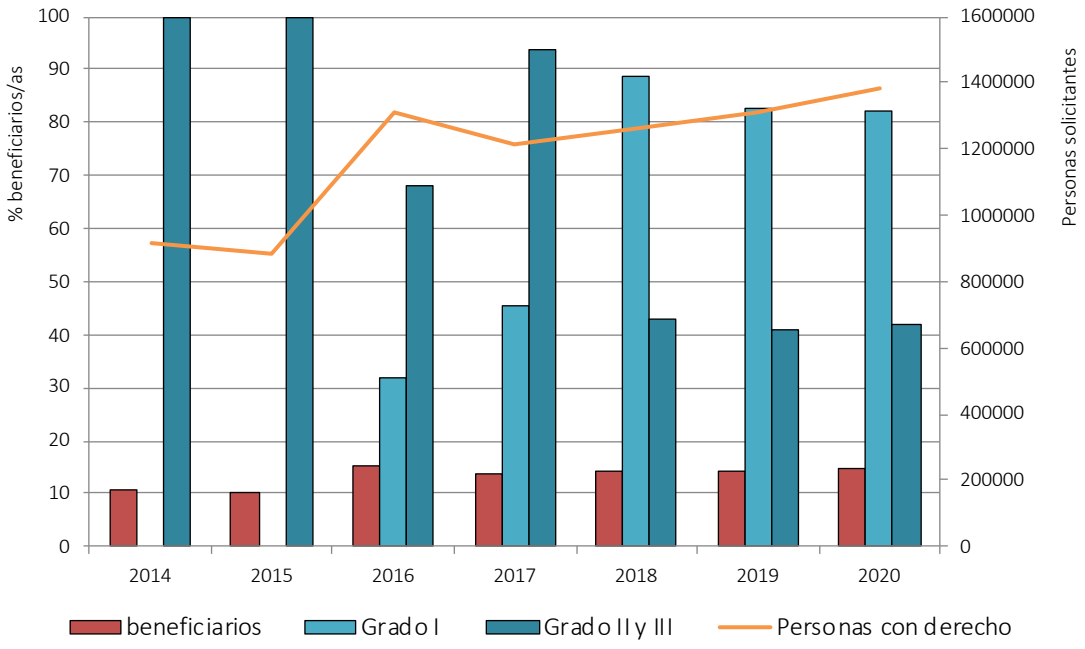



*Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Euroestat (2017)*

**Datos provisionales*

**Gráfico 3.11. Gasto social en atención a las personas mayores, Europa, 2017 (% del PIB)**

Los últimos datos del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) indican un **incremento en la demanda de las prestaciones** ofertadas por la LAPAD. En términos de beneficiarios, alguna de las modalidades previstas en la LAPAD como la prestación para la población mayor de 65 años, han pasado del 10% en 2015 al 15% en el 2020 (Gráfico 3.12). Crecimiento que también se observa en los datos absolutos si se atiende al número de personas demandantes a quienes se ha reconocido el derecho a su atención a la dependencia. Si se consideran las modalidades de ayuda, los datos indican que desde el desarrollo de **los programas dirigidos a la dependencia moderada** (grado I), esta categoría ha ido incrementándose desde el 30% en 2015 cuando se implementa, hasta **suponer en la actualidad más del 80% del total de ayudas,** lo que puede interpretarse no como retroceso en las modalidades de mayor dependencia sino como un incremento a la atención de las situaciones de dependencia moderada. Así se confirma al observar los datos absolutos sobre el número de personas beneficiarias de este derecho, que también ha ido creciendo.




*Fuente: Elaboración propia a partir de datos del IMSERSO*

**La implantación del grado I fecha de 2015, motivo que justifica la no disposición de datos hasta el 2106 y que el 100% de las ayudas sean de Grado II y III*

**Gráfico 3.12. Personas con 65 y más años beneficiadas por la LAPAD[7], tipo de grado de dependencia reconocida, total de personas con ayudas concedidas (con derecho), 2014-2020**

Los últimos datos disponibles del IMSERSO, referidos a enero de 2021, reflejan un total de 474.496 personas beneficiarias del Grado I y 782.325 del Grado II y III, lo que significa el 88,92% y 71,21%, respectivamente, de cobertura respecto a la totalidad de solicitudes presentadas y aprobadas. Por edades, el 18,09% tienen entre 65 y 79 años, y el 53,6% más de 80 años.

La LAPAD **no cuenta con un presupuesto estatal asignado** –quien se responsabiliza de la protección básica- **ni autonómico** –quien se ocupa de la protección adicional-, sino que anualmente se negocia un convenio entre ambas instituciones (§ Capítulo V.2). A partir del 2011 el gobierno central interrumpió sus aportaciones, motivo por el cual las Autonomías debieron incrementar sus inversiones para garantizar el nivel de implantación de LAPAD. Ello ha ocasionado que las ayudas no llegaran a las personas en situación de dependencia, siendo reconocido su derecho, pero no haciéndose efectivo o llegando con retrasos considerables. Así, mientras el número de personas demandantes a quien se ha reconocido el derecho se ha ido incrementando (Gráfico 3.12), **se ha creado un desajuste entre las personas beneficiarias que reciben prestaciones y las personas beneficiarias pendientes de la prestación** (Gráfico 3.13). Incumpliéndose de este modo uno de los requisitos básicos establecidos por la PADAD puesto que las personas que se encuentran en situación de dependencia que tienen reconocido el derecho no están accediendo en condiciones de igualdad a las prestaciones y servicios previstos por la normativa (Sotomayor y Grande, 2016).

7 Para la elaboración de este y de los siguientes gráficos referidos a LAPAD, se toman los datos de enero de cada año.

Si se atiende a las modalidades previstas, las solicitudes pendientes de recibir prestación para el grado I se han ido reduciendo tal y como se consolidaba este nivel, ubicándose en la actualidad alrededor del 12%. Sin embargo, los grados II y III, de dependencia moderada y severa, presentan porcentajes más elevados llegando a suponer más del 40% en el 2018 y situándose en el inicio de 2021 en algo más del 20%. Estos datos se refieren a la media española, no obstante, existe una gran disparidad entre comunidades autónomas que incrementa el desigual acceso a las prestaciones.

*Fuente: Elaboración propia a partir de datos del IMSERSO*

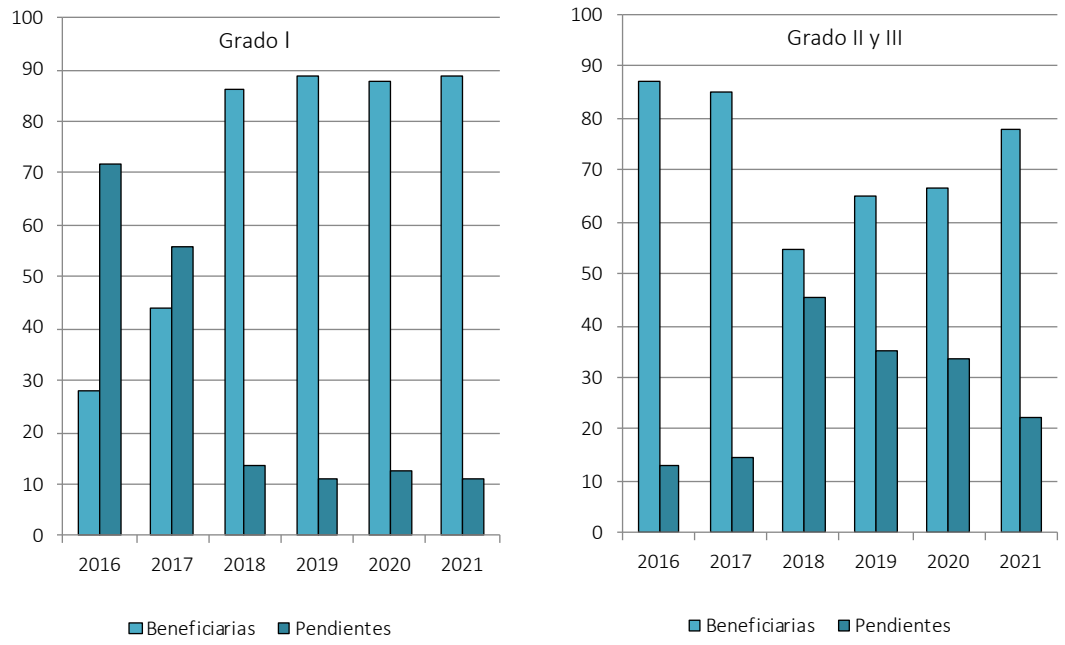



**Gráfico 3.13. Diferencia entre personas beneficiarias y beneficiarias pendientes de recibir prestación, grado I, II y III**

A **la falta de consolidación de un modelo español de cuidados** contribuye negativamente además de la **falta presupuestaria** de la LAPAD y de los **sucesivos recortes** agravados por las sucesivas crisis que han impedido su implantación definitiva, también la **menor inversión en gasto social.** En los últimos años los recortes establecidos por los decretos de 2012 (RD Ley 20/2012, de 13 julio) y 2013 (RD 1050/2013), han hecho que la protección que las administraciones públicas ofrecen a la población española continúe siendo insuficiente a día de hoy. Según datos de Eurostat, **el sistema público de atención a la dependencia[8] en España cubría en 2017 el 9,3% de la población de 65 o más años con necesidades de cuidado** (Gráfico 3.14), un porcentaje por debajo de **la media de la Unión Europea,** que se sitúa en el 16%, y muy por debajo de otros países europeos como Países Bajos o Suiza, donde esta cobertura supera el 26%.

8 Los distintos modelos de cuidado y la gama de servicios y programas a la dependencia que se desarrollan de manera heterogenia en los países europeos conlleva que para el cálculo de este indicador solo se consideren los gastos derivados de la atención sanitaria.

*Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Eurostat (2017)*

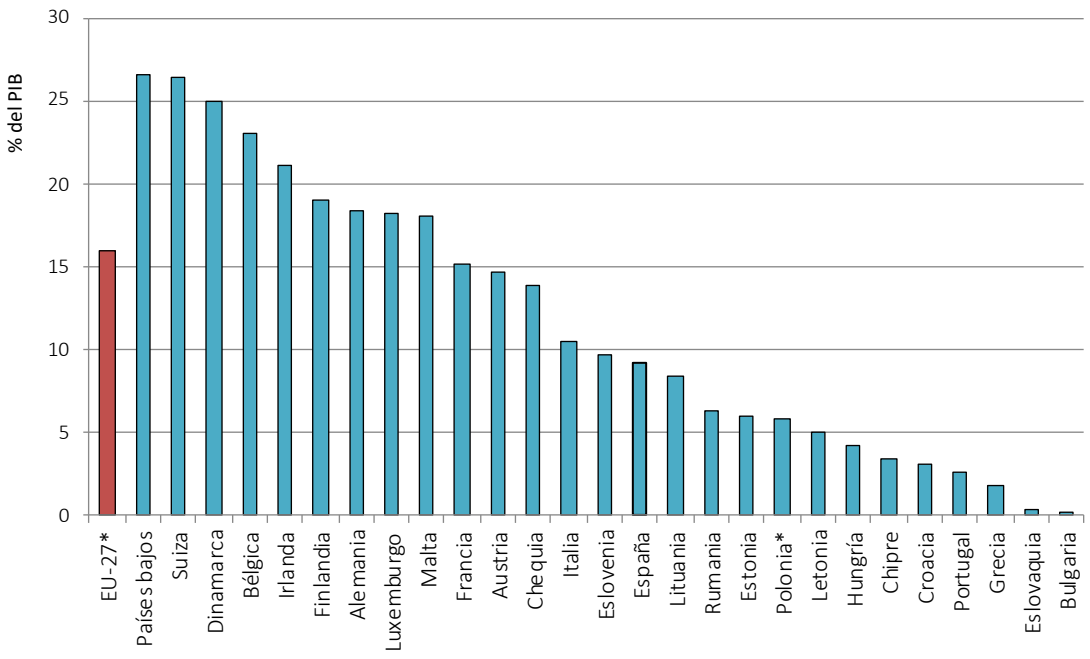



**Gráfico 3.14. Gasto público en atención a la dependencia, Europa, 2017 (% del PIB)**

## 2.3. El modelo mixto de cuidados: la relación entre cuidadores informales y formales en España

En España el **peso del cuidado informal** en el mantenimiento del bienestar de la población mayor dependiente está relacionado con las deficiencias estructurales crónicas en la implementación de políticas públicas de apoyo a la dependencia (Rogero-García, 2009), y por ello **es en gran medida fruto de la deficiente protección que las administraciones públicas** han proporcionado a la población dependiente a lo largo de la historia. La connotación del **cuidado como una actividad privada** ha conducido a un racionamiento muy severo del gasto público dedicado a asistir a los grupos de población que precisan de cuidados, trasladando el peso de la responsabilidad del cuidado a las familias. Las políticas sociales implementadas en España, y en general en todos los regímenes de bienestar mediterráneos, suponen un apoyo residual y están destinadas a la población que demuestre falta de recursos económicos y sociales propios.

Así, la organización social del cuidado combina la prevalencia del modelo suplementario –la pareja y los/as hijos/as adultos asumiendo el rol como cuidadores informales principales– con el modelo complementario; la probabilidad de recibir apoyo de los servicios públicos aumenta a medida que la salud de las personas mayores se deteriora y los servicios públicos o privados son más accesibles y/o asequibles. Cuando la demanda de asistencia de la persona dependiente requiere un alto nivel de especialización se observa también una relación substitutoria entre cuidadores formales e informales.

Una de las explicaciones otorgadas a la emergencia de este modelo mixto en las sociedades mediterráneas es el grado de disponibilidad y accesibilidad a los servicios formales de apoyo. Según algunos estudios, **si se facilitase el acceso a los servicios profesionales de apoyo a la dependencia, la población española tendería a utilizarlos**

**en mayor medida** que en otros países como Inglaterra o Estados Unidos (Solé-Auró y Crimmins, 2014). Recurrir a redes informales de apoyo no solo es el resultado de tradiciones y hábitos culturales, sino también la reacción a unas condiciones estructurales adversas.

La no consolidación de LAPAD como modelo de cuidados formal que garantice servicios en especie como la ayuda a domicilio, los centros de día y noche, la atención residencial o la asistencia personal en el hogar, ha reforzado indirectamente la prestación de cuidados por parte de las familias. Las prestaciones provistas para cuidadores familiares, prevista en la ley con carácter excepcional, se ha convertido en la prestación más demandada y utilizada; tras las últimas recesiones económicas **las personas mayores se han convertido en las sustentadoras principales de numerosas familias donde las mujeres han actuado de cuidadoras principales** al estar mayormente afectadas por situaciones de paro (Gráfico 3.15). Esta modalidad de ayuda, supone entre el 30 y el 40% de las prestaciones concedidas por LAPAD en los últimos años.

*Fuente: Elaboración propia a partir de datos del IMSERSO*

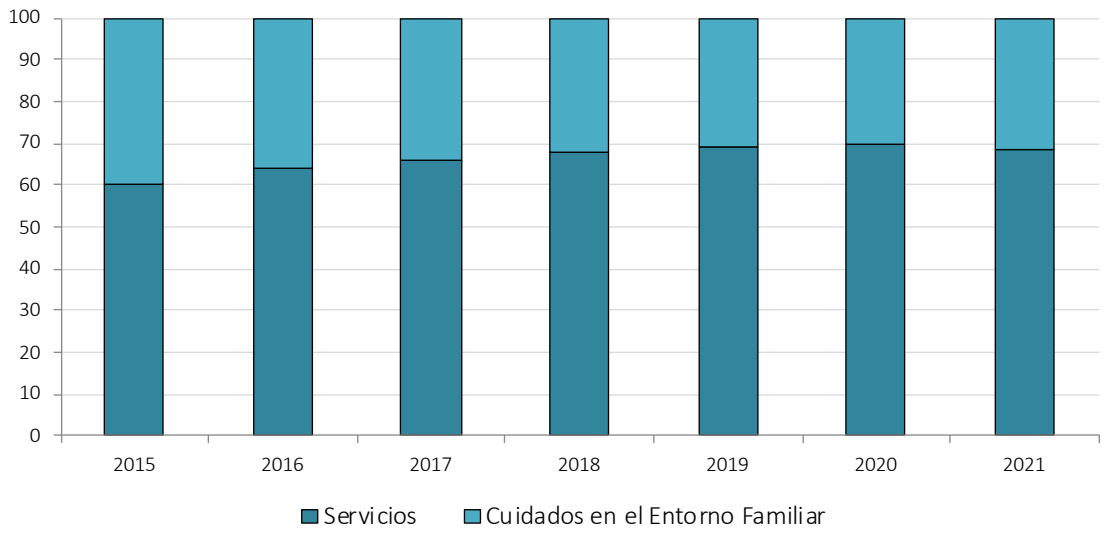



**Gráfico 3.15 Prestaciones económicas previstas en LAPAD: servicios y cuidados en el entorno familiar provistos por cuidadoras familiares[9] (%), 2015-2021**

## 3. Las personas cuidadoras y sus derechos

El abordaje del derecho al cuidado debe contemplar también la perspectiva de los derechos de las personas cuidadoras, pues hemos de partir de la premisa (ya señalada en § Capítulo II. 1.5) según la cual, **si los cuidados se proveen en condiciones adecuadas para las personas que los prestan, ello redunda de manera positiva en las personas que los reciben.**

El colectivo de personas cuidadoras **no es homogéneo,** pues en él coexisten distintas realidades que abarcan personas trabajadoras que desempeñan un empleo profesionalizado, ya sea en el hogar de otra persona (servicio de ayuda a domicilio) o en entidades externas (residencias, centros de día y de noche, etc.), personas trabajadoras del servicio del hogar familiar que realizan junto a las tareas domésticas actividades de

9 Se contemplan como "cuidados familiares" la prestación de servicios en el entorno familiar y realizados por una cuidadora principal; y se incluyen dentro de "servicios" prestaciones como la prevención de dependencia, teleasistencia, ayuda a domicilio, centros de día y de noche, atención residencia, prestaciones en el entorno vinculada a servicio y a la asistencia personal.

cuidado, con un estatus inferior a las anteriores, y personas cuidadoras no profesionales que pertenecen a la familia o al entorno de la persona que recibe los cuidados, sin que exista una relación jurídica contractual entre ambas y, en consecuencia, sin percibir una remuneración por las tareas de cuidado que desarrollan. Con todo, todas estas personas comparten dos rasgos comunes: invisibilidad y precariedad (Molero Marañón, 2020).

## 3.1. Las personas cuidadoras profesionales

***El envejecimiento de la población, el progresivo incremento de la esperanza de vida y los cambios en las estructuras familiares (desaparición de la familia extensa, incorporación de las mujeres al mercado de trabajo, etc.) han dado lugar a un incremento en la demanda de cuidados profesionalizados.***

Que está llamada a aumentar todavía más en las próximas décadas debido al mayor número de personas en situación de dependencia.

El Libro Blanco sobre atención a las personas en situación de dependencia en España señaló ya hace más de una década el **potencial del Sistema de Dependencia en la generación de empleo,** tanto por la creación de nuevos puestos de trabajo en el sector público y el privado para el desarrollo de los programas de atención, como por la liberación de mano de obra apartada del mercado de trabajo por estar dedicada al cuidado de personas dependientes; sin olvidar también el papel que podía desempeñar en el afloramiento de empleos de la economía sumergida. Además, como presupuesto para mejorar la calidad de la atención, se destacó la **relevancia de incrementar la cualificación y la calidad del empleo de las personas cuidadoras,** cuya consecución "requiere de una política de recursos humanos que dimensione adecuadamente las plantillas de cada tipo de centro y servicio; defina con precisión las tareas y funciones que ha de desarrollar cada profesional o grupo de profesionales; establezca los niveles de conocimientos técnicos requeridos, la capacitación profesional necesaria y el perfil profesional más adecuado para cada puesto; ponga a punto métodos y canales idóneos para la selección del personal; dedique tiempo y recursos suficientes a la formación inicial y continua, y fije unas condiciones de trabajo (jornada, horarios, retribuciones, estabilidad, etc.) adecuadas" (IMSERSO, 2005, 644).

Ambas dimensiones aparecen recogidas en la LAPAD pues, de un lado, la apuesta legal es clara a favor de la profesionalización de los cuidados, otorgando preferencia a los servicios sobre las prestaciones económicas, entre las cuales se encuentra la destinada a los cuidados en el entorno familiar, configurada como excepcional (art. 14.4), y, de otro lado, la promoción la calidad del empleo creado en el marco del sistema también queda explicitada en el texto de la Ley (art. 35.3) y se materializa en los requisitos para la acreditación de las entidades que aspiren a gestionar las prestaciones o servicios correspondientes (Guamán, 2009)[10].

10 Estos requisitos deben ser fijados por cada comunidad autónoma, sin perjuicio de la competencia del IMSERSO en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, teniendo en cuenta los criterios comunes aprobados por el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (Resolución de 2 de diciembre de 2008, de la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia).

Sin embargo, **la crisis económica lastró el desarrollo de la Ley y los cuidados familiares han continuado desempeñando un rol principal,** en detrimento de los profesionalizados, por cuanto la prestación económica para cuidados en el entorno familiar acabó convirtiéndose en la regla general y no en la excepción.

Por otro lado, en cuanto al objetivo de la Ley de mejorar la calidad del empleo en el sector de los cuidados, tampoco se han cumplido las expectativas creadas con su aprobación, habida cuenta que **nos encontramos ante un sector cuyas personas trabajadoras, mayoritariamente mujeres, prestan servicios en unas condiciones precarias,** siendo habitual la temporalidad y los contratos a tiempo parcial involuntarios (CES, 2020), así como la percepción de retribuciones de cuantía reducida, a lo que ha contribuido la disminución del gasto público en dependencia y la externalización de los servicios a empresas privadas (Molero Marañón, 2020).

Concretamente, **la temporalidad** en la contratación, mal endémico del mercado de trabajo español, se manifiesta también con especial intensidad en el sector de atención a la dependencia y los servicios sociosanitarios en general, por cuanto **afecta aproximadamente a la cuarta parte de las personas empleadas en servicios sociales sin alojamiento,** con mayor prevalencia en el caso de las personas que prestan servicios en establecimientos residenciales, afectando a una de cada tres (CES, 2020).

En cuanto a la **contratación a tiempo parcial,** mientras en el subsector de residencias la tasa de parcialidad en 2018 alcanzaba el 19%, frente al 15% en general de todos los sectores, en el subsector de servicios sociales sin alojamiento, la diferencia es más acusada, ascendiendo al 36%. Y también el grado de **involuntariedad de la jornada parcial** es muy elevado, ya que alrededor de 2 de cada 3 personas que prestan servicios en residencias y 3 de cada 4 que trabajan en servicios sociales sin alojamiento, declaran que el motivo es no haber podido encontrar un empleo a jornada completa (CES, 2020).

Por lo que respecta a **la retribución,** aquellas personas trabajadoras del sector de la dependencia que más directamente proveen de cuidados a las personas mayores se sitúan en los **niveles inferiores dentro de las tablas salariales de los convenios colectivos, con retribuciones casi equivalentes al salario mínimo interprofesional**[11] y, además, en ocasiones no resulta aplicable el convenio de sector sino el correspondiente de empresa, el cual goza de prioridad aplicativa, entre otras cuestiones, respecto a la cuantía del salario base y de los complementos salariales (art. 84.2.a) ET, pudiendo, en consecuencia, fijar unas cuantías inferiores respecto a las previstas en el convenio sectorial de referencia (Álvarez Cuesta, 2021). Ello no es sino reflejo de la infravaloración del trabajo femenino en general y del trabajo de cuidados en particular.

A mayor abundamiento, **esta situación de precariedad se ha agravado durante la pandemia causada por la COVID-19,** habida cuenta que las personas trabajadoras de residencias o que prestan cuidados a domicilio se han visto particularmente expuestas al

11 Si atendemos a las tablas salariales del año 2019, últimas publicadas, del VII Convenio colectivo marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal, podemos observar que el salario base previsto para los/las gerocultores/as que prestan servicios en residencias de personas mayores asciende a 997,16 euros mensuales, mientras en el ámbito de la ayuda a domicilio, su importe es de 984,65 euros mensuales para los/las auxiliares de ayuda a domicilio, en ambos casos referidos a la jornada completa (BOE 29-3-2019).

contagio y, en especial durante sus inicios, encontraron muchas dificultades para obtener equipos de protección individual adecuados (UNI Global Union, 2021).

En la promoción de la calidad del empleo de las personas cuidadoras del sector de la dependencia **juega un papel fundamental la negociación colectiva,** debiendo destacar, a tales efectos, las previsiones contenidas en el VII Convenio colectivo marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal (residencias privadas de personas mayores y del servicio de ayuda a domicilio)[12]. Cabe reseñar, en este sentido, **la cláusula relativa al fomento de la contratación indefinida y la reducción de la temporalidad,** en virtud de la cual se acuerda que las empresas incluidas en el ámbito de aplicación del convenio deberán tener al 80% de su personal con contratos indefinidos, salvo en las empresas de nueva creación en las que el porcentaje deberá ser del 60% a la finalización del primer año de actividad, y ya del 80% a la finalización del segundo año (art. 18). Esta cláusula, presente también en convenios anteriores, contrasta con los datos señalados anteriormente respecto a la elevada temporalidad del sector y los altos índices de rotación del personal, lo cual podría ser debido a la flexibilización de los porcentajes por parte de los convenios de ámbito inferior y por las dificultades para garantizar su cumplimiento (Guamán Hernández, 2009).

En cuanto a la contratación a tiempo parcial, se establece una duración mínima de la jornada de 25 horas semanales, aunque con excepciones en las originadas por contratos o servicios que, por sus características, requieran de jornadas inferiores pues, en tal caso, la duración mínima de la jornada será de 8 horas semanales. Igualmente, se prevén preferencias para la conversión de contratos a tiempo parcial en contratos a tiempo completo (art. 18). **Esta garantía de una jornada mínima resulta relevante en la medida en que permite asegurar un mínimo de ingresos a las personas trabajadoras. Si bien, nuevamente, es imprescindible garantizar su cumplimiento.**

Asimismo, la calidad de la atención está íntimamente relacionada con la cualificación de las personas cuidadoras. A este respecto, el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia de 27 de noviembre de 2008[13] estableció las **titulaciones mínimas requeridas al personal contratado para prestar servicios en el sistema,** que serían exigibles progresivamente. En concreto, se regulan las categorías profesionales que deben acreditar una titulación o certificado de profesionalidad y los títulos o certificados habilitantes (García Gil, 2017). Tomando como ejemplo a los/as auxiliares de ayuda a domicilio deberán contar con el Título de Técnico/a en Cuidados Auxiliares de Enfermería, Técnico/a en Atención a Personas en Situación de Dependencia, Técnico/a Superior en Integración Social o titulaciones equivalentes a las citadas, o bien el Certificado de Profesionalidad de Atención Sociosanitaria a Personas Dependientes

12 No obstante, conviene advertir que en este sector existen otros convenios colectivos de ámbito inferior, ya sea convenios sectoriales autonómicos y provinciales que pueden comprender a un solo subsector (residencias o ayuda a domicilio), ya sea convenios de empresa o centro de trabajo. Además, debe precisarse que el citado convenio estatal finalizó su vigencia el 31 de diciembre de 2018, pero, en virtud de lo dispuesto en su art. 8, hasta que no se llegue a un acuerdo sobre un nuevo convenio, el contenido íntegro del mismo se entiende prorrogado provisionalmente (el convenio quedó denunciado automáticamente en la fecha de su firma).

13 Resolución de 2 de diciembre de 2008, de la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

en Instituciones Sociales o Certificado de Profesionalidad de Atención Sociosanitaria a Personas en el Domicilio.

No obstante, ello ha sido objeto de modificación en diversas ocasiones, entre otras cuestiones, para permitir la habilitación excepcional basada en la experiencia profesional y la habilitación provisional para aquellas personas que no hayan alcanzado los requisitos para la habilitación excepcional, pero que se comprometan, mediante declaración responsable, a participar en los procesos de evaluación y acreditación de la experiencia laboral, que se realicen desde el ámbito estatal o autonómico, o a realizar la formación vinculada a los correspondientes certificados de profesionalidad o títulos de formación profesional[14]. Igualmente, se ha ampliado en diversas ocasiones el plazo de exigibilidad de los requisitos relativos a las cualificaciones profesionales, siendo actualmente hasta el 31 de diciembre de 2022. De no producirse nuevas demoras, dicha fecha supondrá la definitiva profesionalización del empleo del sector, y debería implicar una menor precariedad de este colectivo de personas trabajadoras (Escudero Rodríguez, 2017).

## 3.2. Las personas empleadas domésticas

### 3.2.1. La falta de reconocimiento del papel de las personas trabajadoras del ámbito doméstico

Los cuidados de las personas mayores en el hogar que no son cubiertos por el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, ni directamente por las familias, son proporcionados por personas trabajadoras del servicio doméstico. De hecho, **a menor gasto público en cuidados, mayor es el número de personas trabajadoras del servicio del hogar familiar** y a la inversa. Así, en el caso de España, la menor inversión en servicios sociales, en comparación con otros países, tiene reflejo en el elevado porcentaje de personas trabajadoras del hogar, las cuales representan el 3,25% de la población activa, frente al 0,9% de la UE (Oxfam, 2021).

***No obstante, el importante papel que desempeñan las trabajadoras del servicio del hogar familiar en la provisión de cuidados a personas mayores, parece ser desconocido por nuestra normativa, no siendo consideradas estas personas ni cuidadoras profesionales ni tampoco cuidadoras del entorno de la persona en situación de dependencia.***

De esta manera, ni la LAPAD ni su normativa de desarrollo mencionan a este colectivo en su articulado y, en consonancia con ello, el Real Decreto 1620/2011, de 14 de noviembre, por el que se regula la relación laboral de carácter especial del servicio del hogar familiar, excluye de su ámbito de aplicación, de un lado, "las relaciones de los cuidadores profesionales contratados por instituciones públicas o por entidades privadas, de acuerdo con la Ley 39/2006, 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia" y, de otro lado, "las relaciones de los cuidadores no profesionales consistentes en la atención prestada a personas en situación de dependencia en su domicilio, por personas de la familia o de su entorno, no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada" de conformidad con la misma Ley (art. 2.1

14 También se ha previsto un régimen excepcional ante la situación provocada por la pandemia de la COVID-19 por las necesidades urgentes y excepcionales de contratación surgidas en este contexto.

apartados c) y d). Ahora bien, resulta evidente que el cuidado de personas de cualquier edad forma parte del concepto de servicios domésticos que emplea la norma reglamentaria para caracterizar a esta relación laboral especial (art. 1.4) (Escudero Rodríguez, 2017).

Nos encontramos ante un colectivo formado de manera mayoritaria, nuevamente, por **mujeres** y con una elevada presencia de **población extranjera,** en algunas ocasiones en **situación irregular.** Además, existe una importante prevalencia de la economía sumergida, aceptada socialmente, lo cual incide en un mayor nivel de precarización de este trabajo.

### 3.2.2. Las carencias en el régimen laboral y de protección social

Pese a que tanto el régimen laboral como el de Seguridad Social han experimentado algunas mejoras en los últimos años con la aprobación del Real Decreto 1620/2011, el cual, como se ha señalado, regula la relación laboral de carácter especial del servicio del hogar familiar, y la creación de un sistema especial dentro del Régimen General de la Seguridad Social, **las personas trabajadoras del hogar prestan servicios en unas condiciones especialmente precarias,** con un nivel de derechos inferior al resto de personas trabajadoras, justificado por el ámbito en el que se desarrolla la prestación, el hogar familiar, y, como consecuencia, la especial relación de confianza que se establece entre la persona empleadora y la persona empleada de hogar.

Desde la perspectiva laboral, ello se manifiesta en aspectos tales como el particular régimen de extinción del contrato de trabajo o la inaplicación de la normativa de prevención de riesgos laborales, a lo que se añade el frecuente incumplimiento de las normas en materia de jornada y descansos, facilitado por el ámbito en el que se desarrolla la actividad así como por las dificultades de control por parte de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, especialmente en el caso de las trabajadoras domésticas internas.

En efecto, en esta relación laboral **resulta posible extinguir el contrato por la sola voluntad de la persona empleadora,** sin necesidad de alegar y acreditar causa alguna, en virtud de desistimiento. Por otro lado, en caso de despido disciplinario declarado improcedente, la indemnización es más reducida que en la relación laboral común, ascendiendo a veinte días de salario por cada año de servicio y un límite de doce mensualidades, y no existe posibilidad de opción por la readmisión.

Además, la **protección de la seguridad y salud de las personas trabajadoras del hogar queda vacía de contenido por su exclusión del ámbito de aplicación de la Ley** 31/1995, de 8 de noviembre, **de prevención de riesgos laborales** (art. 3.4), limitándose el Real Decreto 1620/2011 a establecer un ambiguo deber de seguridad de la parte empleadora al señalar que estará obligada "a cuidar de que el trabajo del empleado de hogar se realice en las debidas condiciones de seguridad y salud, para lo cual adoptará medidas eficaces, teniendo debidamente en cuenta las características específicas del trabajo doméstico" (art. 7.2). En consecuencia, se trata de un deber genérico sin ningún tipo de concreción normativa, lo cual dificulta su aplicación y la exigencia de su cumplimiento en la práctica (García González, 2017; Fernández Artiach y García Testal, 2021; Rodríguez Copé, 2021). Ello contrasta con el hecho de que se trata de un ámbito donde, a los evidentes riesgos físicos a los que están expuestas, se unen también los riesgos psicosociales, los cuales tienen una especial incidencia en este ámbito debido a una serie de factores tales como el lugar de trabajo, la naturaleza de los servicios prestados, las condiciones en las que

se desarrolla la actividad y la vulnerabilidad de las personas trabajadoras concernidas (Correa Carrasco, 2021).

En lo que respecta a **la jornada de trabajo y los descansos,** se produce una situación paradójica pues en este ámbito coexisten, de un lado, jornadas muy cortas y, de otro lado, jornadas excesivamente prolongadas, situación esta última que afecta a aquellas personas que trabajan como internas, las cuales, además, se ven sujetas a una alta disponibilidad horaria que afecta a su tiempo de descanso (Oxfam Intermón, 2021).

Incluso una medida que debería ser considerada positiva como es el incremento del Salario Mínimo Interprofesional, que también resulta aplicable a las personas trabajadoras del hogar familiar, ha tenido efectos negativos sobre este colectivo[15], muy posiblemente por las dificultades de los hogares de clase media de afrontar esta subida, lo cual determina que, o bien reduzcan las horas de trabajo de la persona trabajadora, o bien prescindan de las personas que prestan servicios a tiempo completo contratando a otra persona por horas, o bien recurran a la economía sumergida (López Insua, 2020).

**Desde la perspectiva de la protección social, el principal déficit se refiere a su exclusión de la protección por desempleo.** En efecto, sólo de manera excepcional se ha contemplado una cierta protección; en concreto, el Real Decreto-ley 11/2020, de 31 de marzo, por el que se adoptan medidas urgentes complementarias en el ámbito social y económico para hacer frente al COVID-19, reconoció a las personas empleadas de hogar un subsidio extraordinario temporal para aquellas que, encontrándose en alta en el sistema especial de empleados de hogar antes de la declaración del primer estado de alarma, hubieran dejado de prestar servicios con carácter temporal, de manera total o parcial, para reducir el riesgo de contagio, por causas ajenas a su voluntad, o hubieran visto extinguido su contrato de trabajo por despido o desistimiento de la persona empleadora, con motivo de la crisis provocada por el COVID-19 (arts. 30-32).

Las razones que se aducen para justificar la exclusión de estas personas trabajadoras de la protección por desempleo estarían relacionadas con la dificultad de control del fraude que se podría producir por el particular ámbito de prestación de servicios (el hogar familiar) y su vinculación con los derechos fundamentales a la intimidad personal y familiar y a la inviolabilidad del domicilio (García González, 2017).

15 Para el año 2019 el Salario Mínimo Interprofesional experimentó un incremento del 22,3%, pasando de 735,9 euros a 900 euros al mes (para las personas empleadas del hogar que trabajen por horas en régimen externo se pasó de 5,76 euros a 7,04 euros por hora efectivamente trabajada). En 2020 el incremento fue del 5,5%, alcanzado los 950 euros al mes (7,43 euros por hora efectivamente trabajada en el ámbito del servicio doméstico). Para el año 2021, la cuantía del Salario Mínimo Interprofesional ha quedado congelada.

### 3.2.3. La dignificación del trabajo doméstico

***En aras de dignificar el trabajo doméstico resulta fundamental poner en valor el importante papel que estas personas trabajadoras cumplen en la sociedad y, particularmente, en la provisión de cuidados a menores y personas mayores, reconociéndoles unas condiciones de trabajo y unos niveles de protección social que satisfagan el concepto de trabajo decente[16].***

A ello **contribuiría,** sin duda, la **ratificación por parte de España del Convenio nº 189 de la Organización Internacional del Trabajo sobre las trabajadoras y los trabajadores domésticos de 2011**[17], el cual impone a los Estados miembros el deber de adoptar medidas para "la promoción y la protección efectivas de los derechos humanos de todos los trabajadores domésticos" (art. 3.1). El compromiso de ratificar el citado convenio figura en el acuerdo alcanzado entre el PSOE y Unidas Podemos para conformar el actual Gobierno de coalición (apartado 1.11), pero, por el momento, no se ha convertido en realidad. El Ministerio de Inclusión y Seguridad Social aprobó ampliar hasta el 2023 el periodo transitorio para el sistema especial de empleadas de hogar para equipararlo al régimen general.

Esta reforma será de gran calado en diferentes aspectos, fundamentalmente en lo que respecta a la protección de la seguridad y salud de las personas trabajadoras del hogar y su derecho a la protección social.

Por su parte, la Recomendación nº 201 de la OIT proporciona algunas pautas, en concreto, la adopción de medidas para proteger a estas personas trabajadoras de los riesgos relacionados con el trabajo, eliminando o reduciendo al mínimo dichos riesgos para prevenir accidentes, enfermedades o muertes y promover la seguridad y salud en los hogares; el establecimiento de un sistema de inspección suficiente y adecuado y de sanciones apropiadas en caso de infracción de la normativa en materia de seguridad y salud en el trabajo; la recopilación y publicación de estadísticas sobre enfermedades profesionales y accidentes de trabajo de personas trabajadoras del ámbito doméstico; la prestación de asesoramiento en materia de seguridad y salud laboral, incluidos los aspectos ergonómicos y los equipos de protección, medida de gran relevancia dadas las características de la persona empleadora; y el desarrollo de programas de formación y la difusión de orientaciones relativas a los requisitos en materia de seguridad y salud en el trabajo específicos del trabajo doméstico.

Igualmente, relacionado con la prevención y la protección frente a la violencia y el acoso en el trabajo, debería ratificarse también el Convenio nº 190 de la OIT sobre la violencia y el acoso en el trabajo, de 2019, el cual tiene un ámbito de aplicación muy amplio,

16 Según la Organización Internacional del Trabajo, el trabajo decente "significa la oportunidad de acceder a un empleo productivo que genere un ingreso justo, la seguridad en el lugar de trabajo y la protección social para las familias, mejores perspectivas de desarrollo personal e integración social, libertad para que los individuos expresen sus opiniones, se organicen y participen en las decisiones que afectan sus vidas, y la igualdad de oportunidades y trato para todos, mujeres y hombres".
Vid. https://www.ilo.org/global/topics/decent-work/lang--es/index.htm [Recuperado: 1-6-2021].

17 Este Convenio se complementa con la Recomendación nº 201 sobre las trabajadoras y los trabajadores domésticos, también de 2011.

incluyendo tanto la economía formal como la informal, lo que resulta fundamental en el trabajo doméstico, y hace especial hincapié en la situación de particular vulnerabilidad de determinadas personas trabajadoras, entre las cuales se encontrarían las personas empleadas del hogar, mencionadas expresamente en la Recomendación nº 206 que complementa al citado Convenio (Fernández Artiach y García Testal, 2021).

En definitiva, no solo se trata de dignificar esta actividad, sino también de profesionalizarla, pues, en muchas ocasiones, estas personas carecen de los conocimientos o acreditaciones que se exigen a quienes prestan servicios en el sector de la dependencia para poder proporcionar los cuidados específicos que requieran las personas mayores (Oxfam Intermón, 2021). De ahí la relevancia de proporcionar una formación adecuada a las personas que integran este colectivo, lo que redundaría en una mejora de las condiciones de desarrollo de la actividad (Grau Pineda, 2021), al tiempo que favorecería su reconocimiento social (Sanz Sáez, 2019).

Finalmente, teniendo en cuenta el importante papel que las personas trabajadoras del hogar familiar desempeñan en la provisión de cuidados a personas mayores, estas personas deberían ser incluidas en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, subsanando así la desconexión que existe entre la normativa en materia de dependencia y la que regula la relación laboral especial del hogar familiar (Escudero Rodríguez, 2018). Como se puso de manifiesto anteriormente, la LAPAD no contempla expresamente a este colectivo en su articulado, lo cual debería ser revisado para que esta actividad de cuidados que desarrollan cuente con un reconocimiento dentro del Sistema. En este sentido, esta integración debería producirse en el ámbito de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar (Escudero Rodríguez, 2018; Molero Marañón, 2018; Ayala del Pino, 2020), lo cual obligaría a modificar su régimen jurídico para incluir, como posibles personas cuidadoras, a aquellas que sean contratadas en el marco del Real Decreto 1620/2011, ya que, tal y como está configurada en la actualidad, no se cumplirían los presupuestos necesarios para que ello fuera posible, en particular, el hecho de que no se trate ni de un familiar ni, propiamente, de una persona allegada (Ayala del Pino, 2020). Lógicamente, en estos supuestos no procedería la suscripción del convenio especial con la Seguridad Social al que se hará referencia posteriormente, sino que se aplicaría la normativa de Seguridad Social correspondiente a esta actividad. Ahora bien, el importe de la prestación económica podría ser utilizado para sufragar, al menos en parte, los costes derivados de la contratación de la persona trabajadora. De hecho, en la práctica, es posible que la prestación económica se esté destinando, en muchas ocasiones, precisamente a la contratación de personas trabajadoras del hogar, de las cuales una parte importante carecerá de contrato y de alta en la Seguridad Social (Oxfam Intermón, 2021).

Igualmente, otra alternativa de integración de las personas trabajadoras del hogar en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia sería a través de la prestación económica vinculada al servicio, la cual permitiría contratar a una persona, bien directamente, o bien mediante una empresa, para prestar el servicio de asistencia domiciliaria, dentro de la economía formal y con mejores condiciones laborales (Oxfam Intermón, 2021).

## 3.3. Las personas cuidadoras no profesionales: los cuidados en el entorno familiar

### 3.3.1. Las personas cuidadoras no profesionales en la LAPAD

La LAPAD contribuyó a visibilizar los cuidados familiares, un cuidado que se ha venido llevando a cabo, sin ningún tipo de reconocimiento ni protección jurídica, mayoritariamente por mujeres. Este tipo de cuidados son definidos como "la atención prestada a personas en situación de dependencia en su domicilio, por personas de la familia o de su entorno, no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada" (art. 2.5). Concretamente, la norma regula la figura de la persona cuidadora no profesional, a través del reconocimiento de una prestación económica, para los supuestos en los que la persona beneficiaria esté siendo atendida por su entorno familiar (art. 18) y, señaladamente, prevé la inclusión de estas personas en el sistema de Seguridad Social, concretamente en el Régimen General, mediante la suscripción de un convenio especial y considerándolas en situación asimilada al alta a efectos del acceso a las prestaciones de jubilación, incapacidad permanente y muerte y supervivencia (Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia).

En cualquier caso, **el convenio especial de las personas cuidadoras no profesionales ha sufrido diversos vaivenes legislativos** desde la aprobación de la LAPAD. Así, si en un principio se configuró como obligatorio y gratuito, siendo la cotización a cargo del Estado, el Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad, lo convirtió en voluntario y estableció que las cotizaciones debían ser abonadas por parte de la propia persona cuidadora (Disp. Transitoria 13ª), motivando que el número de convenios especiales disminuyera de manera drástica (Cristóbal Roncero, 2018). Actualmente, tras el Real Decreto-ley 6/2019, de 1 de marzo, de medidas urgentes para garantía de la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres en el empleo y la ocupación, el convenio especial de las personas cuidadoras no profesionales vuelve a regirse en su integridad por lo previsto en el Real Decreto 615/2007, recuperando su carácter obligatorio y el abono de cotizaciones con cargo a fondos públicos (art. 4 apartados 12 y 13)[18]. Esta nueva modificación normativa ha supuesto que los convenios especiales se hayan incrementado de manera espectacular (Molero Marañón, 2020).

La persona beneficiaria de la prestación económica es la persona en situación de dependencia, no quien asuma su cuidado, de tal manera que no tiene que destinarla necesariamente a compensar económicamente a la persona cuidadora, al no existir ningún vínculo contractual entre ambas (Cristóbal Roncero, 2018), por entender que las tareas de cuidado se desarrollan de manera voluntaria y altruista, quedando extramuros del ámbito de aplicación del Derecho del Trabajo.

Con todo, la citada prestación se configura como excepcional, habida cuenta que la Ley pretende primar las prestaciones de servicios frente a las prestaciones económicas, pero, sobre todo, frente la prestación de cuidados en el entorno familiar. Sin embargo, como se anticipó, la realidad ha puesto en entredicho el objetivo de la norma, pues esta última prestación ha venido teniendo un claro predominio dentro del Sistema, aun cuando en los

18 Ello ha quedado plasmado en la Disp. Adicional 14ª LGSS.

últimos años se ha registrado un descenso, pasando del 51,16% en 2009 al 31,26% a 30 de junio de 2021 (CES, 2020; IMSERSO, 2021). La realidad ha demostrado además a lo largo de estos años, la insuficiencia de los servicios externos del cuidado y la necesidad de definir otras prestaciones en el entorno de la persona que de respuestas a todas sus necesidades de cuidado.

Para determinar los requisitos y condiciones de acceso a la prestación económica por cuidados en el entorno familiar debe acudirse al art. 12 del Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. De conformidad con este precepto, **como regla general, la persona cuidadora deberá tener un vínculo de parentesco con la persona en situación de dependencia que requiere los cuidados,** en concreto, deberá ser su cónyuge o pariente por consanguinidad, afinidad o adopción, hasta el tercer grado, considerándose situaciones asimiladas a la relación familiar a las parejas de hecho, tutores y personas designadas, administrativa o judicialmente, con funciones de acogimiento. Además, se requiere convivencia en el mismo domicilio y que la persona esté asumiendo efectivamente las funciones de cuidado y lo haya hecho, al menos, durante el año anterior a la presentación de la solicitud (art. 12.2).

Excepcionalmente, cuando el domicilio de la persona en situación de dependencia se halle "en un entorno caracterizado por insuficiencia de recursos públicos o privados acreditados, despoblación, o circunstancias geográficas o de otra naturaleza que impidan o dificulten otras modalidades de atención, incluida la atención mediante servicios a través de la prestación vinculada", puede reconocerse la condición de persona cuidadora a una persona de su entorno, aun cuando no existan vínculos de parentesco, que resida en el mismo municipio o en uno vecino y lo haya hecho, al menos, durante un año antes de la presentación de la solicitud. En este supuesto no se exige necesariamente la convivencia pues ello dependerá del grado de dependencia reconocido; de este modo, si se ha reconocido un grado I de dependencia no será imprescindible la convivencia siempre que, además, el entorno tenga la consideración de rural, pero, si el grado de dependencia reconocido es el II o el III, sí será precisa debido a la necesidad de atención permanente y apoyo continuo que se requiere (art. 12.3).

Junto a las situaciones en las que las personas cuidadoras pueden contar con una cierta protección social, **debe prestarse atención a la situación de aquellas personas que asumen el cuidado de sus familiares sin haber obtenido la calificación de personas cuidadoras no profesionales a efectos legales** y, en consecuencia, sin poder acceder a la suscripción del convenio especial con la Seguridad Social (Selma Penalva, 2019), particularmente si se trata de personas que han abandonado, temporal o definitivamente, el mercado de trabajo o que nunca se han incorporado al mismo. A este respecto, Molero Marañón (2020) subraya que, dada la reducida cuantía de la prestación por cuidados en el entorno familiar, existe un gran número de cuidadoras familiares que no gozan de ninguna protección social por haber sido reconocida una prestación de servicios a la persona dependiente, tales como ayuda a domicilio o centros de día, pero, pese a ello, continúan asumiendo las labores de cuidado de manera intensiva.

### 3.3.2. Formación y mecanismos de respiro

Como ya se ha tenido ocasión de señalar, la calidad de la atención prestada a las personas mayores está íntimamente relacionada con una adecuada formación de la persona que provee tales cuidados. Esta aseveración también resulta aplicable en el caso de **las personas cuidadoras del ámbito familiar las cuales deberían recibir formación e información** tanto sobre las tareas que deben desempeñar, fundamentalmente higiene y movilización de personas, como sobre medidas para proteger su propia integridad física y psíquica (Carrizosa Prieto, 2009). A ello se refiere la LAPAD en su art. 18.4 cuando señala que "el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia promoverá acciones de apoyo a los cuidadores no profesionales que incorporarán programas de formación, información y medidas para atender los periodos de descanso".

En consonancia con ello, en el marco del sistema de formación profesional para el empleo, el Real Decreto 694/2017, de 3 de julio, por el que se desarrolla la Ley 30/2015, de 9 de septiembre, por la que se regula el Sistema de Formación Profesional para el Empleo en el ámbito laboral, prevé la posibilidad de que las personas cuidadoras no profesionales participen en la oferta formativa para personas trabajadoras ocupadas "siempre que las acciones formativas en las que participen estén relacionadas con este ámbito de atención prioritaria para los poderes públicos y se tengan en cuenta las prioridades propuestas por las estructuras paritarias sectoriales correspondientes y los objetivos estratégicos establecidos en el correspondiente Plan Anual de Política de Empleo" (art. 5.1.b). De hecho, **la realización de acciones formativas se configura como un derecho-deber de las personas cuidadoras,** habida cuenta que, entre los requisitos para adquirir tal condición figura "que la persona cuidadora realice las acciones formativas que se le propongan, siempre que sean compatibles con el cuidado de la persona en situación de dependencia" (art. 12.4.d) Real Decreto 1051/2013)[19].

***Por otro lado, la provisión de cuidados intensivos a una persona en situación de dependencia comporta evidentes cargas físicas y mentales para las personas cuidadoras que, si se prolongan en el tiempo, pueden acarrear consecuencias negativas tanto para quien proporciona los cuidados como para quien los recibe (Ordóñez Pascua, 2021).***

De ahí la **importancia de proporcionar a estas personas mecanismos de respiro** que les permitan disponer de un tiempo de descanso, ocio y tiempo libre. Tal y como se ha visto, el art. 18.4 de la Ley 39/2006 menciona las medidas para atender los periodos de descanso de las personas cuidadoras e, igualmente, en el art. 25.3, al referirse al servicio de atención residencial afirma que el mismo podrá tener carácter temporal para atender "estancias temporales de convalecencia o durante vacaciones, fines de semana y enfermedades o periodos de descanso de los cuidadores no profesionales".

Partiendo de ello, las comunidades autónomas y algunas corporaciones locales han puesto en marcha **programas de respiro** mediante los cuales se financian fundamentalmente las

19 Un ejemplo de ello son las directrices para el desarrollo de acciones formativas destinadas a personas cuidadoras de familiares en situación de dependencia, cuya realización se encomienda a las entidades locales, que se contemplan en el ámbito de la Comunidad Valenciana. Vid. https://inclusio.gva.es/documents/610662/167615541/Protocolo+de+actuaci%C3%B3n+en+materia+de+formaci%C3%B3n+a+cuidadores+no+profesionales+desde+los+servicios+sociales+generales/736a3957-3402-493c-a8be-89934a0052ec [Recuperado: 12-7-2021].

estancias temporales de las personas en situación de dependencia en centros residenciales con carácter temporal, con diferentes requisitos y condiciones (Ordóñez Pascua, 2021).

Como ejemplos de este tipo de programas puede citarse el llamado Bono Respiro implementado en la Comunidad Valenciana, cuyo objeto es la concesión de subvenciones para sufragar los costes derivados de la estancia temporal en residencias de tercera edad cuando, por necesidades de las personas mayores o de las personas cuidadoras del entorno familiar que las atiendan, incluido expresamente el descanso de esta última, requieran atención en un centro especializado. En concreto, se prevén tres modalidades de bono, incompatibles entre sí: Bono Respiro Mensual o Bono Verde que consiste en un bono para una estancia de un mes en una residencia; el Bono Respiro Días o Bono Azul que consiste en un bono de veinte días en una residencia que puede utilizarse durante veinte días consecutivos o en días agrupados, debiendo ser, en este último caso, como mínimo dos días consecutivos; y el Bono Respiro Fin de Semana o Bono Blanco que consiste en doce bonos para su disfrute en una residencia, durante los fines de semana que la persona interesada elija[20].

Otras comunidades no solo contemplan las estancias temporales en residencias para personas mayores, sino también en otras dependencias o, incluso, en el propio domicilio. Es el caso de Galicia donde se prevé una modalidad de respiro en el hogar que consiste en una ayuda económica para proceder a la contratación de una persona para que proporcione los cuidados personales y de acompañamiento que necesita la persona a atender, en ausencia de las personas cuidadoras, en su domicilio. Junto a ello, la modalidad de respiro en residencia consiste en una aportación para contribuir al pago de una residencia ante necesidades puntuales convenientemente acreditadas. Adicionalmente, no es requisito imprescindible que la persona tenga reconocida la situación de dependencia, pues puede acreditarse que la persona necesita la asistencia de terceros para las actividades de la vida diaria, mediante informe médico y social[21].

Otro ejemplo sería el País Vasco donde se prevé un servicio de respiro destinado a las personas cuidadoras para que éstas puedan disponer de tiempo para el descanso, la recuperación, el ocio, o para hacer frente a una situación de necesidad que les impida el ejercicio temporal de sus funciones de cuidado, al tiempo que puedan disfrutar de una disminución del esfuerzo asociado a las tareas de cuidado para prevenir situaciones de estrés, sobrecarga o deterioros de la salud. En este caso, además de las estancias temporales en residencias, también se ofrece la posibilidad de estancia en centros de día y de noche[22].

También en la Comunidad de Madrid se ofrecen estancias temporales en residencias y en centros de día, en este último caso durante los fines de semana en horario de 10 a

20 Orden 7/2016, de 7 de abril, de la Vicepresidencia y Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas, por la que se establecen las bases reguladoras de la concesión de subvenciones relativas al programa Bono Respiro y subvenciones para financiar estancias en centros de día para personas dependientes y en residencias de tercera edad (DOCV 12-4-2016).

21 Orden de 26 de mayo de 2021 por la que se establecen las bases reguladoras de la concesión de ayudas económicas a las familias con personas en situación de dependencia o con discapacidad a través del programa Respiro familiar para personas cuidadoras y se procede a su convocatoria para el año 2021 (DOG 10-6-2021).

22 https://www.euskadi.eus/web01-a2gizar/es/contenidos/informacion/cartera02_servicios_sociales/es_def/index.shtml#id_8

20 horas. Entre las circunstancias que permiten la solicitud se encuentra el descanso y apoyo a familiares y personas cuidadoras, entre otras[23].

### 3.3.3. La compatibilización de los cuidados con el trabajo

Cuando se trata de personas que, además de atender a una persona de edad avanzada, desempeñan una actividad por cuenta ajena o por cuenta propia, pueden estar soportando una carga excesivamente gravosa, por tener que asumir ambos tipos de responsabilidades. Esta situación ya se puso de manifiesto en el Libro Blanco sobre atención a las personas en situación de dependencia en España, señalando que, aun cuando el cuidado de las personas mayores solía recaer en **mujeres** que no tenían un trabajo fuera del hogar, **cada vez era mayor el número de aquéllas que debían compatibilizar la actividad laboral o profesional con el cuidado** (IMSERSO, 2005).

En este sentido, nuestra legislación prevé diversas medidas para facilitar la conciliación entre la vida laboral y la familiar que estarían concebidas, no sólo **para el cuidado de menores, sino también de familiares de edad avanzada,** aun cuando se observan algunas diferencias en función de si la persona destinataria de los cuidados pertenece a uno u otro colectivo (Rodríguez Escanciano, 2021), **relegando las necesidades de cuidado de personas mayores a un segundo plano** (Villalba Sánchez, 2017). En concreto, se trataría del derecho a solicitar adaptaciones de la duración y distribución de la jornada de trabajo, en la ordenación del tiempo de trabajo y en la forma de prestación, incluida la prestación de su trabajo a distancia (art. 34.8 ET), la reducción de la jornada de trabajo por razones familiares (art. 37.6 ET) y la excedencia por cuidado de familiares (art. 46.3 ET).

Respecto a las adaptaciones, si bien es cierto que la norma no especifica los familiares que pueden dar derecho a su solicitud, salvo respecto a los hijos e hijas menores de doce años, cabe entender que el cuidado de personas mayores con vínculos de parentesco con la persona trabajadora solicitante se encontraría comprendido sin dificultad en su ámbito de aplicación. Por consiguiente, lo determinante es que la solicitud tenga por objeto hacer efectivo el derecho a la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras. Por el contrario, en el derecho a la reducción de jornada, la cual puede abarcar entre un mínimo de un octavo y un máximo de la mitad de la duración de la misma, se concretan los familiares cuyo cuidado justificaría su disfrute, debiendo tratarse de familiares hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad que, por razones de edad, accidente o enfermedad, no puedan valerse por sí mismos y no desempeñen una actividad retribuida. Cabe realizar similares consideraciones en relación con la excedencia por cuidado de familiares, la cual puede ser solicitada en los mismos supuestos que la reducción de jornada.

Asimismo, para que el ejercicio de los derechos de conciliación no tenga una incidencia negativa en la carrera de seguro de las personas trabajadoras y, en consecuencia, en el acceso o la cuantía de las prestaciones de la Seguridad Social, se prevén una serie de medidas las cuales, en lo que se refiere al cuidado de personas mayores, consisten, de un lado, en considerar cotizado hasta el 100% de la cuantía que hubiera correspondido en caso de no haber disfrutado de una reducción de jornada, el primer año de duración de la misma, a efectos de acceder a las prestaciones de jubilación, incapacidad permanente,

23 https://www.comunidad.madrid/servicios/asuntos-sociales/estancias-temporales-residencias-centros-dia-personas-mayores

muerte y supervivencia, maternidad y paternidad (art. 237.3 LGSS). De otro lado, cuando el derecho de conciliación disfrutado sea una excedencia por cuidado de familiares, el primer año del periodo de excedencia tendrá la consideración de periodo de cotización efectiva a efectos de las mismas prestaciones (art. 237.2 LGSS).

No obstante, particularmente la segunda y la tercera medida mencionadas plantearían algunos inconvenientes pues, en el caso de la reducción de jornada conlleva una lógica disminución proporcional de la retribución, que no toda persona trabajadora se puede permitir, y, por lo que respecta a la excedencia, supone el abandono temporal del mercado de trabajo, con las repercusiones, no sólo económicas, sino también de índole profesional que ello comporta, debiendo añadirse que su duración máxima (dos años) podría resultar insuficiente para la atención del familiar que requiera el cuidado. Igualmente, en el ejercicio de estos derechos, se observa de una manera muy acusada el sesgo de género, por cuanto sigue siendo muy reducido el porcentaje de varones que los ejercitan, debido a la falta de efectividad del principio de corresponsabilidad. Así, atendiendo a las estadísticas del Instituto de las Mujeres, de las excedencias por cuidado de familiares solicitadas en el año 2019, el 81,26% fueron disfrutadas por mujeres, porcentaje que apenas ha descendido desde el año 2009 cuando el porcentaje de mujeres ascendió al 85,51%[24]. La consecuencia de ello es que el ejercicio de derechos de conciliación de la vida familiar y laboral acaba perjudicando desproporcionadamente a las mujeres tanto en el acceso y en el mantenimiento del empleo como en su promoción profesional (Rodríguez Escanciano, 2021).

***En España existe un déficit de políticas de conciliación de la vida laboral, personal y familiar que se acusa especialmente en la responsabilidad del cuidado a padres, madres y personas mayores del entorno familiar, que deberá abordarse de manera específica en los próximos años con nuevas políticas de flexibilización.***

Se requiere asimismo interiorizar que, tal como ocurre con el cuidado de hijos e hijas menores, el cuidado de ascendentes mayores requiere la misma responsabilidad en determinadas etapas de la vida.

### 3.3.4. El necesario replanteamiento de la figura de la persona cuidadora del entorno familiar

Aun cuando el modelo de cuidado basado exclusivamente en los cuidados familiares es insostenible a largo plazo y es necesaria una apuesta decidida por la profesionalización de estas tareas, no puede desconocerse que, en el momento actual, son muchas las personas mayores que reciben cuidados por parte de familiares o personas de su entorno más próximo.

24 https://www.inmujeres.gob.es/MujerCifras/Conciliacion/ExcedPermisos.htm

***Por ello, debe ser reconocido el importante papel que desempeñan estas personas en este ámbito proporcionándoles un estatuto de derechos y obligaciones que dignifique esta función (Molero Marañón, 2020)[25].***

En este sentido, la LAPAD representó un hito en lo que se refiere a la protección social de las personas cuidadoras no profesionales, mediante la suscripción del convenio especial con la Seguridad Social y asumiendo el IMSERSO el pago de las cotizaciones, medida que, pese a las sustanciales modificaciones que experimentó durante varios años, resulta aplicable en la actualidad. No obstante, **ello debería ir acompañado de otras medidas,** debiendo destacar la conveniencia de que la norma permita que la prestación económica pueda ser destinada a remunerar a la persona cuidadora por la labor que desempeña o, incluso, que se proceda a la laboralización de esta actividad (Molero Marañón, 2020; Álvarez Cuesta, 2021; Rodríguez Escanciano, 2021), confiriendo de este modo el haz de derechos y obligaciones que la normativa reconoce a las personas trabajadoras por cuenta ajena.

Junto a lo anterior, debe realizarse una apuesta decidida por la formación de estas personas, particularmente cuando deben asumir el cuidado de personas con dependencia severa, y articular programas de respiro de amplio alcance que posibiliten el descanso y la disposición de periodos de ocio imprescindibles para la protección de la salud de las personas que cuidan (Molero Marañón, 2020). Finalmente, en el supuesto de que la persona cuidadora compatibilice las tareas de cuidado con el desarrollo de una actividad profesional, debería contar con derechos de conciliación que, como mínimo, deberían ser concedidos en condiciones equivalentes a aquellos que se reconocen a quienes tienen a su cargo a menores de edad, tanto desde la perspectiva laboral como desde la perspectiva de la protección social (Rodríguez Escanciano, 2021; Villalba Sánchez, 2017).

***La sostenibilidad de un modelo de cuidados pasa necesariamente por una armónica combinación entre asumir las responsabilidades del cuidado en el entorno familiar, prestaciones de carácter público y suficiente oferta de servicios profesionales.***

25 A modo de ejemplo, en Portugal la Ley nº 100/2019, de 6 de septiembre, por la que se aprueba el Estatuto del Cuidador Informal, se modifica el Código de los Regímenes Contributivos del Sistema de Seguridad Social y la Ley nº 13/2003, de 21 de mayo, incluye un Estatuto del Cuidador Informal cuya finalidad es regular los derechos y obligaciones de las personas cuidadoras y de la persona cuidada, así como las medidas de apoyo.
Puede consultarse en https://dre.pt/home/-/dre/124500714/details/maximized

## Ideas básicas del Capítulo III

- El aumento de la longevidad y el descenso de la fecundidad, han generado una sociedad con mayor proporción de personas mayores que tiene un doble efecto sobre las dinámicas de cuidado: incide simultáneamente sobre el volumen de población mayor con necesidades de cuidado y la necesidad de disponer de más personas cuidadoras.
- La nueva realidad demográfica genera un doble efecto: un alargamiento de los años de vida y un incremento –en valores absolutos y relativos– del número de personas de 65 y más años.
- Al relacionar la esperanza de vida con el estado de salud se observa que las enfermedades discapacitantes aparecen en los últimos años de vida. Además, a pesar de que las mujeres viven más años que los hombres, viven también más años con peores condiciones de salud.
- En España el grueso del cuidado proporcionado a las personas mayores que lo necesitan es provisto por familiares, rasgo propio del modelo familiarista de los cuidados. Así, el perfil de la persona cuidadora es el de una mujer con lazos de parentesco, con una media de 55 años, casada, con hijos y sin empleo remunerado

- Los cambios demográficos y sociales, especialmente los que implican a las mujeres, obligan a la sustitución del tradicional pilar femenino de los cuidados a una más amplia y diversificada red de apoyo, más masculina, intergeneracional y no solamente compuesta por familiares directos sino también por las relaciones de amistad y vecindad.
- La escasa inversión de gasto público en los servicios sociales, las sucesivas crisis y las limitaciones de la LAPAD dificultan la consolidación de un modelo de cuidados formales y profesionalizados.
- La organización social del cuidado se dirige hacia formas mixtas en las que se combina la prevalencia el apoyo provisto por familiares –modelo suplementario– con la ayuda de profesionales públicos o privados de apoyo formal e informal –modelo complementario.
- Dentro del colectivo de personas cuidadoras coexisten distintas realidades, pero tienen como común denominador la invisibilidad y la precariedad.
- El objetivo de la LAPAD de crear empleo de calidad en el sector de la atención a la dependencia ha resultado incumplido, por las condiciones precarias en las que se desempeña la actividad, caracterizada por la temporalidad, la alta rotación o los bajos salarios.
- Las personas que prestan servicios en el sector del empleo doméstico juegan un importante papel en la provisión de cuidados a personas mayores que es ignorado aún por la legislación.
- Urge la ratificación del Convenio nº 189 sobre las trabajadoras y los trabajadores domésticos de la OIT y la consiguiente adecuación de la normativa laboral y de Seguridad Social en la materia a las previsiones contenidas en el mismo con la finalidad de dignificar el trabajo de estas personas y con ello dignificar y prestigiar las tareas del cuidado.
- La LAPAD contribuyó a visibilizar los cuidados familiares mediante el reconocimiento de una prestación económica, aunque configurada como excepcional, y otorgando protección social a las personas cuidadoras del entorno de la persona en situación de dependencia.
- Debe garantizarse a las personas cuidadoras del ámbito familiar una formación adecuada para desempeñar su labor, mecanismos de respiro para permitirles un tiempo de ocio y descanso y mejorar los derechos de conciliación cuando compatibilicen el cuidado con otra actividad profesional, equiparándolos a aquellos reconocidos para el cuidado de menores de edad.

# Capítulo IV
# LA DIMENSIÓN SUBJETIVA DEL CUIDADO

1. **El componente subjetivo del cuidado: ¿la dimensión olvidada?**

2. **¿Por quién desean ser cuidadas las personas mayores en España? Lo que opinan las personas mayores sobre sus cuidados**

   2.1. Preferencias y cuidadores informales

   2.2. Preferencias y cuidadores formales

   2.3. Determinantes de las preferencias

3. **Evolución reciente de las preferencias sobre el cuidado**

4. **¿Dónde desean ser cuidadas las personas mayores en España?**

   4.1. ¿En la vivienda propia, en casa de familiares o en una residencia?

**Este Capítulo se dedica a** los aspectos subjetivos del cuidado. Es decir, tomando datos de encuesta y dando voz a las personas mayores que reciben o prestan cuidados, se abordan las actitudes, los deseos y expectativas de las personas sobre cómo y dónde y por quién quieren ser cuidadas. Este análisis se realiza atendiendo a distintas características sociodemográficas, como el sexo-género, la generación de pertenencia, las necesidades de cuidado o la composición familiar.

## 1. El componente subjetivo del cuidado: ¿la dimensión olvidada?

En España, el peso de los cuidados sigue recayendo en la familia, y más concretamente en las mujeres con vínculos de parentesco.

Sin embargo, los cambios sociales y demográficos que afectan a la disponibilidad de las tradicionales cuidadoras informales, la plena incorporación de la mujer al mercado laboral, la movilidad laboral y formativa de las generaciones más jóvenes, la dificultad para la conciliación de la vida familiar y laboral, la escasa corresponsabilidad de los hombres en la tareas domésticas y del cuidado, o el descenso de la fecundidad, impulsaron la participación de los sectores público y privado como recursos de apoyo a las personas mayores, diversificando el número y tipo de actores implicados en el cuidado a las personas mayores.

Fue precisamente **la irrupción de los sectores público y privado en la atención a la población mayor dependiente, y la subsiguiente visibilización del cuidado como actividad económica,** el detonante del aumento exponencial de investigaciones sobre esta temática a nivel internacional.

También hemos asistido a una **expansión de investigaciones** sobre diversos aspectos del cuidado; desde los perfiles de las personas mayores dependientes (Abellán et al., 2018; Puga et al., 2006) y de sus cuidadores (Zueras et al., 2018; Tobío et al., 2010), al tipo y frecuencia de la ayuda que reciben (Rogero, 2009; Spijker y Zueras, 2020), pasando por los efectos de la ayuda recibida sobre la salud y el bienestar (García Calvente et al., 2011) o la relación entre el Estado y la familia en las tareas de protección social (Bazo, 2008; Oliva et al., 2011; Tobío, 2013; Minguela y Camacho, 2015) y el propio concepto de cuidar (Durán, 2020).

No obstante, dentro de esta reciente línea de estudio, los aspectos subjetivos del cuidado, es decir:

***Las actitudes, los deseos y expectativas de las personas mayores sobre cómo y dónde quieren ser cuidadas han permanecido en un segundo plano.***

Se trata de un vacío de conocimiento sorprendente si tenemos en cuenta que las preferencias, junto con las características del cuidado recibido y las expectativas sobre el mismo, son los elementos que determinan el nivel de satisfacción con el tipo de cuidado recibido (Stizia y Wood, 1997).

Esta satisfacción, a su vez, es un potente indicador de si el cuidado cubre adecuadamente las necesidades de quien lo recibe en términos de tiempo, actividades desempeñadas y actitudes desarrolladas. Las **consecuencias de percibir que el cuidado que se necesita es inadecuado,** insuficiente o inexistente son muy diversos; desde la agudización de los síntomas de depresión (Clignet et al., 2019; Hu y Wang, 2019), un aumento de la percepción de limitaciones (Herr et al, 2015), un aumento de la utilización de servicios de salud, consultas médicas, urgencias y hospitalización (Gruneir et al., 2011), o la institucionalización (Gaugler et al., 2005; Kalánková et al., 2021).

Otro de los motivos de relevancia de conocer las preferencias de las personas mayores sobre cómo desean ser cuidadas es que, como las propias directrices en políticas públicas subrayan, para que los servicios implementados repercutan positivamente en la

calidad de vida de las personas mayores —y no solo contribuyan a lograr cierto equilibrio económico—, **el modelo de cuidado social debe construirse en torno a sus deseos y preferencias** (ONU, 2002).

Sabemos que las dinámicas de cuidado se están transformando y que, aun así, la gran mayoría del cuidado a las personas mayores es provisto por familiares, pero ¿hasta qué punto esos cambios se ajustan a las preferencias de quienes reciben esos cuidados? ¿Se escogería el cuidado familiar como primera opción si se pudiera elegir? ¿Qué sabemos sobre cómo, dónde y por quién desean ser cuidadas las personas mayores?

Para responder a estas cuestiones es imprescindible volver la vista hacia la dimensión subjetiva del cuidado e identificar las claves que ayuden a establecer un nivel óptimo de ajuste entre las opciones reales y los deseos de la población de edad avanzada que necesita cuidados.

**Este capítulo** quiere ser un primer paso en este sentido, ofreciendo una síntesis de las evidencias existentes sobre uno de los aspectos subjetivos del cuidado más relevantes; las **preferencias sobre *quién*** (figura de cuidados preferente) y ***dónde*** (lugar de cuidados preferente) **desean ser cuidadas** las personas mayores.

Una de las dificultades a la que nos enfrentamos a la hora de conocer las preferencias respecto a los actores y espacios del cuidado es **la falta de datos** de encuesta que registren este tipo de información. No obstante, sí disponemos de datos cualitativos más actualizados, que se van a combinar con los cuantitativos para ofrecer una panorámica más completa.

A su vez, se ha creído necesario **explorar las preferencias de toda la población,** y no solo de las personas mayores, con el objetivo de obtener visión de conjunto, entendiendo que los jóvenes de hoy serán los mayores del mañana. Aunque solo contamos con datos transversales y esto impide saber si las preferencias están asociadas a la edad o a la generación, considerar los deseos de toda la población dará algunas pistas sobre su posible evolución futura.

El uso de la **metodología cualitativa**[26] se justifica al pretender dar voz a las personas inmersas en las actividades del cuidado, bien sean receptoras o proveedoras, disponiendo de este modo de información directa. Para su desarrollo se ha hecho uso de entrevistas semiestructuradas, que se anonimizaron. Siguiendo un guion diferenciado según se tratara de personas cuidadoras o cuidadas, se abordaron, entre otras, cuestiones: la composición de la red de cuidados y la organización de los cuidados, el estado de salud, el recurso al apoyo formal, y las expectativas y preferencias de los cuidados futuros de las personas cuidadoras.

En la metodología cualitativa, la muestra persigue obtener una representatividad de tipo estructural (no estadística), puesto que su objetivo es obtener la mayor variabilidad

26 Los datos cualitativos utilizados para este informe provienen del proyecto 'Longevidad, Salud y Flujos de Bienestar en el Cuidado Informal. El caso de España en la Europa del Sur' (CSO2104-54669-R). concedido por el Plan Nacional I+D+I 2014-2017, y cuya IP fue Rosa Gómez-Redondo. Se pretendía examinar la composición de las redes y los flujos intergeneracionales que se dan en el seno de las familias en un contexto en el que el modelo familiarista está en transformación. El trabajo de campo se realizó entre febrero y junio de 2018, en varias provincias de España y en municipios con características dispares (núcleos urbanos y rurales, ciudades de gran y pequeño tamaño y áreas metropolitanas).

posible de información discursiva. Atendiendo a la bibliografía sobre el tema, se efectuó un muestreo secuencial conceptualmente conducido, estableciendo los siguientes criterios de muestreo: edad y género, grupo poblacional de pertenencia (cónyuge o hijos/as), estructura familiar y tipo de red (sin vinculo consanguíneo, un/a descendiente, dos miembros, tres o más miembros), tipo de discapacidad de la persona cuidada (cognitiva o física), situación laboral y familiar (estado civil e hijos/as), y la distancia entre hogares (cohabitación, entorno próximo o lejanía). Como resultado se obtuvo una casilla muestral (Callejo et al, 2009) compuesta de 20 perfiles teóricos para las personas cuidadoras y de 27 para las personas cuidadas, que recogen un amplio abanico de experiencias. El análisis que aquí se presenta selecciona aquellas entrevistas en que las expectativas o el futuro cuidado se configuró como uno de los ejes centrales de la entrevista, manifestándolo la propia persona entrevistada. Así, se recoge el testimonio de 5 personas que precisan de cuidados y de 3 matrimonios que se cuidan mutuamente entre sí y que narran situaciones venideras en las que su estado de salud empeorará, y de 3 personas que cuidan de algún ascendente y expresan sus preferencias sobre su futuro cuidado. Las edades y los lugares de residencia también presentan variabilidad (Tabla 4.1).

Las **preferencias** pueden ser definidas como la tendencia latente que muestra un individuo hacia lo que considera deseable (Zajonc, 1980). Se trata de opiniones informativas que expresan el posicionamiento de la persona sobre sus expectativas, aspiraciones o metas, que pueden verse o no materializadas y que, por tanto, no implican un auténtico proceso de decisión. Además, las preferencias están fuertemente influenciadas por el contexto sociohistórico, el cual dispone unas condiciones exógenas concretas que establecen lo que es social y culturalmente apropiado y predispone al individuo hacia cada una de las alternativas disponibles. Además, las preferencias también se ven influenciadas por las situaciones experimentadas a lo largo de la vida y por el resultado de esas experiencias (Warrent *et al.,* 2011).

No debemos perder de vista, por tanto, que:

> ***Al acercarnos a las preferencias estas serán en parte el reflejo de los valores socioculturales presentes en el imaginario colectivo de la sociedad española, el cual sigue atribuyendo simbólicamente a la familia, en especial a las mujeres de la familia, la responsabilidad de garantizar la seguridad y protección de sus miembros.***

Estas atribuciones vinculadas al modelo familiarista son especialmente perceptibles cuando hablamos de las creencias y valores sobre el cuidado a las personas mayores comparados con otros tipos de cuidados como el de la infancia (Aristegui et al., 2019). Del mismo modo, debemos tener en cuenta que la conceptualización familiarista de las responsabilidades del cuidado en España **se ha ido difuminando en los últimos tiempos.** Tanto la percepción de las obligaciones filiales como la construcción de las expectativas paternas/maternas con relación al cuidado están ahora influidas por una importancia creciente de las aspiraciones y elecciones individuales (Meil, 2011). El denominado *proceso de individualización* (Beck, 1992) ha transformado la manera en que las generaciones más jóvenes entienden la atención a sus padres, madres, abuelos o abuelas, pero también en los deseos y aspiraciones de las personas mayores cuando piensan en la mejor opción para afrontar una situación de dependencia (Gomila, 2011).

| | Entrevista | Género | Perfil | Edad | Cuidada por |
|---|---|---|---|---|---|
| RECIBEN CUIDADOS | R1 | M | Viuda, con descendientes en el entorno, vive sola. | 74 | red de hijas e hijos |
| | R2 | M | Viuda, con descendientes en el entorno. Vive por temporadas en casa de sus hijos/as | 92 | hija e hijo |
| | R3 | M | Soltera. Sin descendientes | 80 | Red de vecindad y apoyo privad |
| | R4 | M | Separada, con descendientes,ninguno en el entorno | 66 | Servicios sociales |
| | R5 | H | Con pareja, sin descendientes | 82 | Pareja |
| PRESTAN Y RECIBEN CUIDADOS | M1 | | Con pareja. Con descendientes, todos varones, ninguno en el entorno | 90 | Pareja / Servicios sociales |
| | M2 | | Con pareja. Con descendientes en el entorno | 84 | Pareja/ red familiar |
| | M3 | | Con pareja. Con descendientes en el entorno | 71 | Pareja/ red familiar |
| PRESTAN CUIDADOS | P1 | M | Viuda. Cuida de su madre (que vive sola y cerca de ella) con sus tres hermanas. | 69 | |
| | P2 | M | Soltera. Cuida de su madre junto a su hermana. No viven en el entorno, se trasladan a casa de la madre | 60 | |
| | P3 | H | Separado. Cuida de su madre junto a su hermana. Todos en el entorno | 67 | |

*Fuente: Elaboración propia*

**Tabla 4.1. Muestra estructural: Perfiles de las personas entrevistadas**

Como bien apuntan López-Doblas y Díaz-Conde (2013), las personas mayores son agentes activos del cambio social, participando de una manera plena en la toma de decisiones sobre cómo vivir este periodo de su vida, etapa para la que reclaman más libertad para tomar sus propias decisiones y mayor autonomía. El deseo de vivir solos por voluntad propia, y no porque las circunstancias obliguen a ello, es un ejemplo claro de cómo las nuevas generaciones de personas mayores cada vez están menos dispuestas a supeditar sus deseos a los intereses familiares. Así lo expresa esta mujer de 74 años, viuda y con inicio de pérdida de memoria, cuidada por dos hijas y dos hijos que viven en el mismo municipio. Ella comenta que, hasta que mientras su salud no se lo impida, prefiere mantenerse en su hogar conservando su intimidad:

- ***Pero prefiere usted vivir sola, o irse con ellos...***
- *No, irme tan pronto no. Yo quiero estar en mi casa, yo quiero estar aquí bien. Prefiero que vengan ellos. Si puedo, todos los domingos quiero que vengan, que coman aquí, aunque me ayuden ellos...*

- ***No prefiere irse a vivir con ellos...***
- *No, no, eso no. Me aguanto aquí como se aguanta tanta gente. (...) es muy pronto para irme a una casa...*
- ***Quiere usted su...***
- *Sí, quiero mi intimidad también, y la intimidad de ellos. No quiero ser una carga ya, y ni me siento yo todavía con esa necesidad.* (R1)

## 2. ¿Por quién desean ser cuidadas las personas mayores en España?

En España, los estudios que han explorado los deseos de las personas mayores acerca de por quién desearían ser cuidadas coinciden en señalar que los miembros de su red social, principalmente familiares, son las figuras de apoyo predilectas (Bazo, 2002, Katz et al, 2003; Moreno-Colom et al, 2016; Fernández-Carro, 2018).

Los últimos datos disponibles que permiten conocer las preferencias de la población española sobre el cuidado fueron registrados en 2009 por el estudio nº 2081 realizado por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). Esta encuesta pedía a las personas entrevistadas que identificasen por quienes preferirían ser atendidos si en un futuro no pudieran realizar actividades de la vida cotidiana como vestirse, bañarse o salir a la calle. Las posibles opciones de respuesta pueden clasificarse en tres grandes grupos:

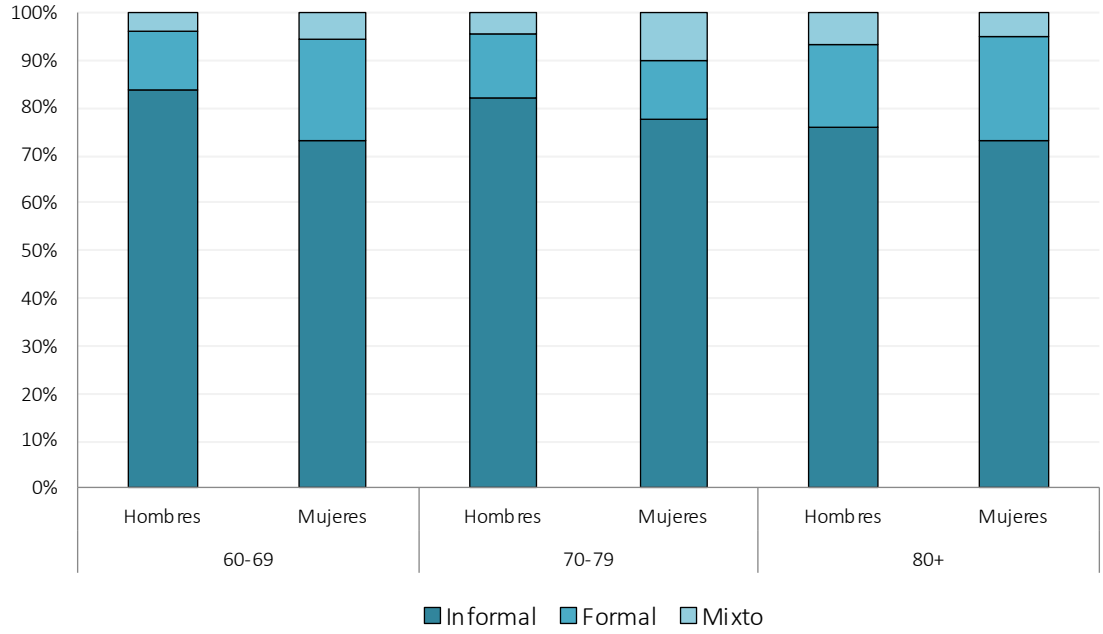
- *figuras de apoyo informal,* entre las que encontramos el cónyuge o pareja, los hijos/as y otro/a familiar o amigo/a;
- *figuras de apoyo formal* que consideraban cuidadores de servicios públicos o privados;
- *figuras mixtas de apoyo,* que hace referencias a una combinación de familiares y cuidadores profesionales.

Según esta encuesta, los cuidadores informales eran, con mucha diferencia, la figura de apoyo predilecta (73%), seguidas de las figuras de apoyo formales (17%) y de las figuras mixtas de apoyo (10%). Como podemos observar, la preferencia por los cuidadores informales se mantiene relativamente estable hasta los 65 años (Tabla 4.2). A partir de los 65 años, la preferencia por cuidadores familiares se incrementa considerablemente (Gráfico 4.1).

| | Informal | Formal | Mixto |
|---|---|---|---|
| **18-29** | 72 | 18 | 10 |
| **30-39** | 71 | 18 | 11 |
| **40-49** | 71 | 16 | 13 |
| **50-59** | 72 | 20 | 8 |
| **60-69** | 78 | 17 | 5 |
| **70-79** | 80 | 13 | 8 |
| **80+** | 74 | 20 | 6 |
| **Total** | 73 | 17 | 10 |

*Fuente: Elaboración propia, Estudio 2801, CIS.*

**Tabla 4.2. Porcentaje de población por tipo de cuidado preferente en España (%)**




*Fuente: Elaboración propia, Estudio 2801, CIS.*

**Gráfico 4.1. Porcentaje de población 65+ por tipo de cuidado preferente en España**

***El deseo del cuidado por familiares, especialmente por los hijos y las hijas en caso de disponer de estos en el entorno próximo, es un vector común en las personas mayores que reciben cuidados.***

Sirva de ejemplo, esta mujer atendida por sus descendientes, dos hijas y dos hijos, que al casarse su última hija se ha quedado sola en la casa familiar, expresando además que tras esta preferencia se esconde una interpretación de "cuidar" que implica un intercambio generacional:

- ***Hoy, ahora, cuando usted necesita ayuda, ¿de dónde la obtiene? ¿Quién se la presta la ayuda a usted? De manejarse, de atenciones, de...***
- *Mis hijos, mis hijos, yo igual que ellos han visto que yo he luchado mucho por ellos, y que sigo haciéndolo, yo no me tienen que hacer... mira, ayer mismo, me llamó una de mis nueras: 'Que te bajes a comer'. Y la llamo enseguida y digo: 'Oye mira, que no me voy a bajar a comer, pero me bajo a por el niño', porque tiene a la chiquitina, y [el niño] es muy inquieto. Pues entonces me bajé y me lo subí, pues ya lo quito de en medio. Yo no me siento sola, y al dormir ya te digo, no quiero empezar, porque si cierro la casa, cada vez me va a costar más, y me tendrán que llegar tiempos peores, y yo ahora estoy muy bien.*
- *[Sus hijos/as]* ***Están pendiente de usted, ¿no?***
- *Sí, sí, sí. A veces demasiado, creen que estoy peor de lo que estoy: 'Que estoy bien', porque ya te digo, no quieren más que me vaya a dormir [a casa de algún hijo/a], que me vaya a comer, si vamos a ver si yo me muevo bien, y hago las cosas bien, tampoco quiero agobiar, cuando llegue el día los voy a tener cansados. Y no soy tampoco una persona tampoco impertinente, ni exigente, creo, todo me parece bien, y yo estoy más bien pendiente de hacer esto o hacer lo otro, más de hacerle a ellos.* (R1)

Estos datos son un claro reflejo del modelo del cuidado familiarista que, como mostraron Lowestein y Daartland (2006), prioriza la ayuda familiar en exclusiva o combinada con los servicios.

Una de las consecuencias de estos cambios ha sido que las prácticas y las preferencias respecto a la atención a la población mayor que precisa de cuidados se vayan dirigiendo hacia formas mixtas que combinan el apoyo provisto por familiares con la ayuda de profesionales públicos o privados de apoyo formal e informal. Estudios como los que Daarland y Herlofson (2003) realizaron a nivel europeo o Rogero et al. (2008) para el caso español, lo confirman.

Este orden de preferencias responde a un modelo de preferencias denominado como modelo compensatorio jerárquico. Se caracteriza por la inclinación a preferir un cuidador informal antes que uno formal al interpretar que son los miembros de la red social los que responderán de manera más eficaz y segura si hubiese que cubrir algún tipo de necesidad (Chappell y Blandford 1991). Así:

> ***Existe una escala o gradiente de "deseabilidad" en torno a la cual se estructuran las preferencias sobre los posibles cuidadores. En la escala de preferencias, la pareja se situaría como primera opción, los hijos e hijas a continuación, seguidos por otros familiares o personas sin parentesco como amigos o vecinos.***

En este gradiente del *modelo compensatorio jerárquico,* las fuentes de apoyo formales públicas y privadas se situarían en el último puesto y solo se recurriría a ellas en caso de que las anteriores no existiesen o no pudieran hacerse cargo de las tareas de apoyo demandadas. La existencia de un modelo compensatorio jerárquico se puede apreciar en las palabras de esta mujer viuda, que en el momento de la entrevista vivía sola apoyada por hijas e hijos y con red de apoyo vecinal; y para quien sus expectativas últimas de cuidado son el apoyo formal exclusivo (la residencia), prefiriendo trasladarse a la casa de los hijos e hijas de manera rotativa:

- ***¿Y a qué hijo o hija elegiría para irse a vivir?***
- *Me daría igual. No elijo a nadie, porque gracias a dios... Pues la que lo tenga más fácil y le complique menos la vida, no voy a decir... Pero estoy segura que entre todos, creo, o todos opinan de llevarme [a casa de algún hijo/a].*
- ***O por meses.***
- *Pues bueno, tampoco me importa, antes que irme a la residencia. Si yo me puedo mover, yo no quiero eso. (…) [las residencias] No me gustan, no porque traten mal, pero yo pienso que los padres van porque los llevan, y ahora con muy poquito los llevan.* (E1)

La escala de preferencias varía, tal y como conceptualiza el modelo compensatorio jerárquico, en los casos en los que no existen familiares directos que puedan ejercer los cuidados. Esto se traduce en una escala de preferencias dentro del apoyo formal en la que, primero, el apoyo correría a cargo de un/a trabajador/a que asiste de forma cotidiana pero no permanece en el hogar; segundo, con la asistencia de una persona que pernocta en el hogar; y tercero, en el traslado a una residencia.

Así lo expone la siguiente mujer, de 80 años, soltera, sin hijos/as, con recursos económicos, y que, en último término, se decanta por el apoyo formal en una residencia religiosa, a pesar de haber cuidado a su madre y hermano porque *"mi conciencia no me mandaba que fuera mi madre a una residencia y mi hermano tampoco"* (R3):

- ***Pero ha pensado en un futuro, cuando necesite más ayuda, ¿cómo le gustaría que fueran las cosas?***
- *Pues a mí me gustaría no darle la lata a nadie, a nadie. Yo me gustaría, si ahora mismo una chica, se viniera... Pero es que yo todavía no me creo que estoy para tener una persona aquí pendiente de mí.*
- ***No, yo hablo en un futuro, cuando usted necesite cuidados.***
- *Ah, me voy a una residencia. Eso lo tengo más claro que el agua. (…) Te quiero decir que, aunque tenga que pagar, claro, pero yo sé lo que quiero. Quiero estar en un sitio religioso.* (R3)

Un estudio realizado por Fernández Carro (2018) avanzaba los perfiles asociados a cada preferencia. El **grado de influencia del proceso de individualización, y la cercanía de una experiencia de cuidado** son los factores que más determinan la inclinación por uno u otro cuidador predilecto.

Las mujeres de edades longevas, personas con un nivel educativo bajo, y que residen en hogares de mayor tamaño están asociados con la preferencia por el cuidado informal o por el cuidado mixto. Este es el caso de una mujer de 92 años, con limitaciones físicas, que se traslada de la casa familiar, propiedad ahora del hijo, a la de la hija, rotando cada dos meses, y que paralelamente recibe apoyo formal (ayuda domiciliaria) para las tareas relacionadas con la higiene personal y las tareas del hogar en la casa que comparte con el hijo:

- ***¿A usted le gustaría que la cuidara también gente que no es de la familia? Si tienen que limpiarla, o lavarla...***
- *Hombre si me hiciera falta, ¿por qué no? No me importaba, pero ahora no me hace falta todavía. Si estoy aquí... Vamos, solamente me ayuda [se refiere al hijo] a lavarme por detrás el cuerpo, eso es lo que hace todos los días. Yo me levanto, me entro a mi cuarto de baño, ya no tengo bañera, que era peor, tengo ducha, y me baño muy bien, muy bien, tardo mucho, mucha paciencia, pero bueno, allá voy defendiéndome, me defiendo todavía, me defiendo, sí.* (R2)

Por el contrario, las personas entre los 40 y los 60 años, que residen en hogares pequeños y en zonas urbanas, y que conviven o han convivido con una persona mayor dependiente, son las más propensas a preferir cuidados formales.

Estas **generaciones de mediana edad,** aquellas pertenecientes a la denominada *sandwich generation,* **muestran con mayor intensidad los efectos del proceso de individualización y la ruptura con la normatividad de las obligaciones filiales del apoyo.** Estas generaciones, especialmente conscientes de los costos individuales del cuidado por estar en muchos casos ayudando simultáneamente a sus padres o madres mayores y sus hijos/as adultos/as, optarían por fórmulas que no comprometiesen ni sus proyectos personales ni los de sus familiares.

Ejemplo de esta situación es el siguiente testimonio de una mujer de 69 años, viuda, con dos hijos, que atendió, primero, a su marido que enfermó y falleció y, en el momento de realizar la entrevista, llevaba 7 años cuidando de su madre diariamente al estar jubilada y ser, de las cuatro hermanas, la que más próxima vivía de la casa de la madre. Consciente de que el cuidado supone un impedimento para el desarrollo personal, en términos de tiempo de trabajo y ocio, de la relación de las amistades, de la propia salud, etc. de las personas cuidadoras, y descartando esta situación para los propios hijos/as se decanta por el apoyo formal en la modalidad de un proyecto colaborativo *[Senior Cohousing]* en el que conviven las personas mayores o una residencia:

- *Pues bueno, si yo me puedo quedar por aquí, si hay algún proyecto [Senior Cohousing] por aquí en el que me pueda meter y si no, pues residencia, y si no ya... O sea, a mi hija y mi hijo se lo voy a dejar claro que yo quiero independencia. Que, si en algún momento me pongo tonta, que lo tengan claro que yo lo que quiero es... porque tengo mis recursos, que es una suerte el poder... Claro, y tengo esta casa, aunque es compartida con ellos, porque... Pero que tengo claro que ahora mismo, que no quiero depender ni de mi hija, ni de mi hijo, ni de... bueno, depender siempre hay que depender, aunque sea a base de dinero, me refiero, pero bueno, para eso lo tenemos, para que otras personas... Pero vamos, sin implicar, en principio, a la familia. Yo estoy convencida que ellos me van a ayudar a todo, pero no los cuidados, que yo me los vaya organizando.* (P1)

***Aunque cuando se habla de los cuidados a las personas mayores suele referirse a un apoyo de tipo instrumental, sabemos que las dinámicas de cuidado son multidimensionales y, como tal, no solo consisten en intercambios de ayuda práctica desencadenados por un empeoramiento del estado de salud físico o cognitivo.***

Sino que también se inician por una necesidad de soporte económico, necesidad de ayuda en la realización de trámites, papeleos y tareas domésticas, o simplemente por la búsqueda de apoyo emocional en épocas de tristeza o malestar (Bengtson y Roberts, 1991). Estudios como el realizado por Fernández Alonso (2012) muestran, además, como la razón que motiva la demanda de apoyo —práctica, financiera o emocional—, condiciona las preferencias a cerca de la persona idónea para cubrir las nuevas necesidades.

Cuando existe una necesidad de tipo **económico** son los parientes ascendientes, padre y madre, los preferidos en primer lugar. Cuando la necesidad es de tipo **emocional,** el patrón cambia, y son los flujos horizontales, de los miembros de la red familiar y además, se destaca la importancia de las amistades. Y cuando la necesidad de apoyo es **doméstica,** se preferiría cubrir esa necesidad a través de intercambios de ayuda horizontales entre miembros de la red familiar, principalmente con la pareja, sin que la existencia o no de descendencia afecte a la respuesta. Ejemplo de ello, es este hombre de 84 años que cuida de su mujer, con limitaciones físicas y Parkinson, desde que cayera enferma, sin contar con el apoyo de los cuatro hijos que residen, relativamente, cerca del hogar familiar y que se han desentendido del cuidado de sus progenitores. Este hombre, dedicado por completo al cuidado de su mujer, tal y como avanza su entrevista, afirma que *"yo dije en la iglesia que la cuidaría"* (M2):

- ***¿Y desde cuando tiene ese problema o desde cuando la cuida?***

- *Pues ya le digo, desde que se operó, que hará cuatro años este junio.*
- ***¿Cuatro años?***
- *Sí. Desde entonces estoy por entero con ella, cuidándola en todos sus órdenes. Además tuvo un poco de fallos de memoria, y he estado apoyándole en todo y por todo, porque además tengo que ayudarla hasta en el servicio, tengo que ayudarla en sus comidas, en sus cosas, en su vestir. Como diríamos, como si fuera yo parte de su madre, ¿me entiendes? Como aquellos tiempos cuando cuidabas tú un hijo tuyo. Sí, sí, sí, como si fuese su padre y su madre.* (M2)

## 2.1. Preferencias y cuidadores informales

Aunque la preferencia por el cuidado informal es mayoritaria, no todas las personas que integran la red social de la persona mayor serían escogidas por igual. Un 65% de la población identifica al **cónyuge** como la persona cuidadora predilecta para ayudarles en el desempeño de las rutinas diarias, un 32% identifica a los **hijos/as** y un porcentaje mucho menor, el 3%, indica que la persona ideal para encargarse de sus cuidados sería otro **familiar o amigo/a.**

Muchas veces las personas cuyas preferencias se inclinan hacia sus amistades, son aquellas que no cuentan con familiares directos. Este el caso de esta mujer de 80 años, soltera y sin descendientes, en conflicto familiar con la única hermana que le queda, siendo su red de apoyo una sobrina que la llama por teléfono semanalmente, y especialmente las vecinas quienes la visitan a diario:

- *No tengo hijos, no.*
- ***Pero tiene personas a su alrededor, ¿no? Cuando he llegado estaba con una vecina…***
- *Sí, y otra que me va a llamar dentro de un momento para ver cómo estoy. Sí, se están haciendo cargo de mí mucha gente de llamarme y todo esto.*
- ***Y esta vecina que hemos visto, ¿a usted en qué le ayuda?***
- *Esta vecina me ayuda a mí en que tiene mi llave, en que la tengo en la cuenta corriente y en que ella me ayuda a mí, pero yo la ayudo a ella, porque yo en el momento que hago cualquier cosa… Si la veo que está mala: 'No hagas comida, que yo te la voy a hacer'.* (E3)

Las preferencias varían considerablemente en función de la edad y género. En primer lugar, la tendencia a identificar a la pareja como el cuidador predilecto es igualmente observable tanto para mujeres como varones, aunque son estos últimos los que presentan porcentajes sensiblemente más elevados y hasta edades más avanzadas. Para las mujeres, la pareja también sería la opción mayoritaria, aunque solo en las edades jóvenes y maduras (hasta la edad 60) superando el 50% en estos los grupos de edad (Tabla 4.3). Ilustra la inclinación por el cuidado entre cónyuges el testimonio de este cuidador principal, que atiende a su pareja, quien sufrió un ictus el mismo año que él se jubilaba. A su modo de entender, el cuidado en la pareja se produce hacia ambos lados, pudiendo haberse dado el caso contrario también:

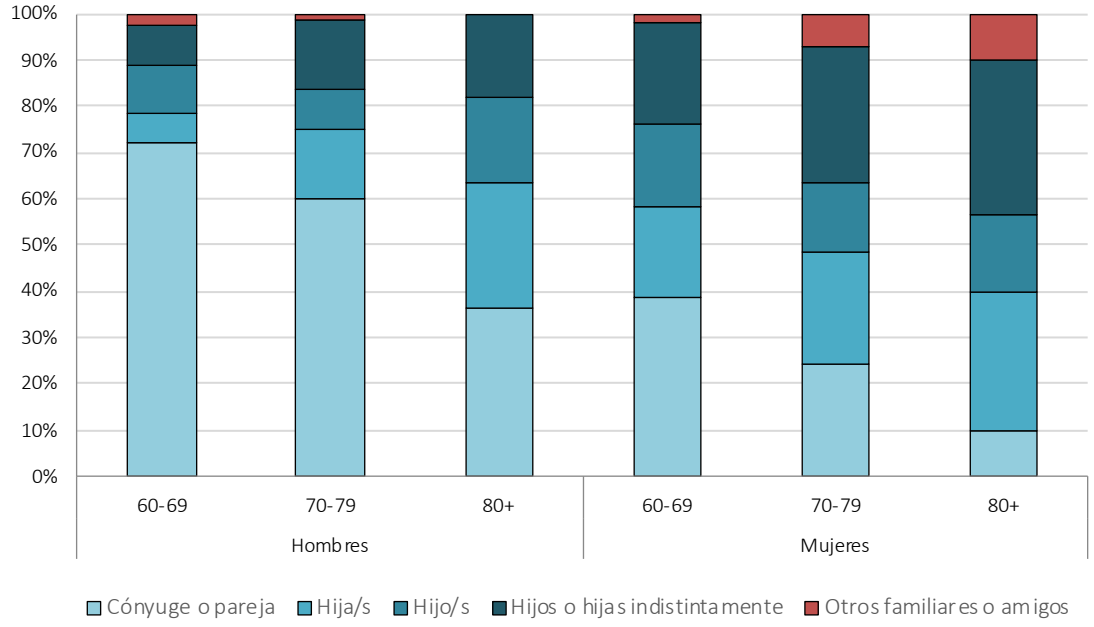
- ***¿Por qué cuida de su mujer?***
- *No sé, porque yo creo que es mi obligación y mi deber. Me casé con ella y a ella le ha pasado eso, pero me podría haber pasado a mí, y entonces la ayudo hasta el final, ¿por qué no? (…) yo creo que es una obligación o un deber, no sé si es lo mismo deber y obligación, pero ella no está bien y la tengo que ayudar, no la puedo dejar, ¿no? No es que digas: 'Jo, ahora tengo que estar aquí ayudando…', no, no, a mí no me importa.* (M3)

| PREFERENCIAS | | 18-29 | 30-39 | 40-49 | 50-59 | 60-69 | 70-79 | 80+ | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Cónyuge o pareja** | *Hombres* | 77 | 84 | 77 | 71 | 72 | 60 | 36 | 74 |
| | *Mujeres* | 69 | 72 | 67 | 51 | 39 | 24 | 10 | 55 |
| **Hijo/s** | *Hombres* | 6 | 3 | 5 | 4 | 10 | 8 | 18 | 6 |
| | *Mujeres* | 7 | 7 | 8 | 17 | 18 | 15 | 17 | 11 |
| **Hija/s** | *Hombres* | 2 | 0 | 4 | 5 | 7 | 15 | 27 | 5 |
| | *Mujeres* | 7 | 8 | 9 | 19 | 20 | 24 | 30 | 14 |
| **Hijos o hijas indistintamente** | *Hombres* | 10 | 9 | 8 | 12 | 8 | 15 | 18 | 10 |
| | *Mujeres* | 16 | 10 | 11 | 11 | 22 | 29 | 33 | 16 |
| **Otros familiares o amigos** | *Hombres* | 4 | 4 | 6 | 7 | 3 | 1 | 0 | 5 |
| | *Mujeres* | 1 | 2 | 6 | 3 | 2 | 7 | 10 | 4 |

Nota: Porcentajes calculados sobre el total de muestra que prefiere apoyo informal

*Fuente: Elaboración propia a partir del Estudio nº 2801, CIS*

**Tabla 4.3. Distribución de los cuidadores informales predilectos por sexo y edad, España (%)**




*Fuente: Elaboración propia a partir del Estudio nº 2801, CIS*

**Gráfico 4.2. Distribución de los cuidadores informales predilectos por sexo y edad. España, 2009**

En segundo lugar, y centrándonos en las preferencias de población mayor, vemos que **la pareja pierde fuerza como primera opción a medida que la edad avanza,** siendo las

hijas, en mayor medida, aunque también los hijos, los que pasan a ser la figura cuidadora predilecta. No obstante, la inclinación por preferir que alguno de sus hijos o hijas se ocupara de sus necesidades es sensiblemente mayor entre las mujeres, para quienes el porcentaje crece gradualmente, pasando del 59% en el grupo 60-69 años (59%) hasta llegar al 84% en el grupo de 80 o más años. Para los hombres, en cambio, esta opción es prioritaria únicamente en las edades muy avanzadas (64% en el grupo de 80 y más). En los grupos de 60-69 años y 70-79 años, la población masculina sigue identificando a la pareja como la figura cuidadora ideal. El relato de esta pareja de 90 años ejemplifica las preferencias por género: ambos disponen que en caso de que él falleciese, ella debería instalarse con los hijos; sin embargo, si el que pereciera fuera él, este recurriría a una residencia:

- ***Pero una cosa muy dura, pero si usted falta algún día, ¿qué va a pasar con su mujer?***
- *Hombre (H): Ella sí tiene más amparo con los hijos que yo.*
- ***¿Se iría a vivir con los hijos? Si el día de mañana, falta él por desgracia, ¿usted qué hará? ¿Eso lo ha pensado usted?***
- *Mujer (M): Tengo a mis niños. Que me recojan ¿no? Alguno me recogerá. Mis niños me quieren mucho.*
- ***¿Se vendrían ellos, o usted se iría?***
- *H: No, ella se tendría que ir allí, porque si es que venga aquí, tiene que ser una nieta, porque ellos tienen vivienda, no la van a dejar para venir aquí. (…)*
- *H: Pues si yo empeoro, ella se acordará de mí. Yo no tengo...*
- ***Pero si empeora y tienen que cuidarlo, ¿quién lo va a cuidar a usted?***
- *H: ¿Que si me tienen que cuidar? Yo mientras que ella vaya bien, va bien, ¿por qué yo? Yo me busco un rincón. A ella es a la que no quiero que la toque nadie.*
- ***Buscar un rincón, ¿qué? ¿De residencia?***
- *H: Buscar lo que sea. Lo que sea.* (M1)

Los **hijos e hijas,** además de configurarse como segunda elección predilecta para los cuidados propios, en los casos que el rol de cuidador/a es ejercido por la pareja, actúan de **red de apoyo,** con atenciones diarias —presencial o telefónicamente—, la realización de las tareas del hogar más arduas, acompañamiento al médico, compra de comida, etc. La atención continua por parte de los/as descendientes podría motivar dicha elección. Esta pauta queda reflejada en la situación que expresa este hombre, cuidador de su pareja con limitaciones físicas y cognitivas, con cuatro hijos/as y todos pendientes de la situación diaria:

- ***Y además de usted, ¿quién le ayuda a usted a cuidar de su mujer?***
- *Claro, a mí me cuidan pues todos los pormenores que yo necesito están mis hijos, para qué te voy a decir, además tengo a las dos hijas que están continuamente llamando por teléfono: 'Papá, ¿pasa algo? ¿Hoy cómo habéis pasado el día?', o sea que están*

*pendientes, todas las noches nos llaman. (…) he tenido la gran suerte que todos están aquí en, que ninguno se ha ido.*

- ***Pero no necesita la ayuda de ellos entonces, a diario.***
- *No, a diario, gracias todavía, mientras estas fuerzas me puedan aguantar, intento no molestar a ninguno, para qué te voy a decir, porque si yo fuera el comodón: 'No, vente, esto, lo otro'.* (M2)

En este sentido, otro aspecto destacable es la inclinación por **preferir a las hijas como cuidadoras informales,** en comparación con los hijos o hijos e hijas indistintamente. Esta elección es apreciable, sobre todo, entre las mujeres de todos los grupos de edad (por encima del 20%), y en los hombres de 80 o más años (27%).

Como muestra el Gráfico 4.2, otros familiares o amigos tienen una importancia muy marginal como figuras ideales de cuidado, sin mostrar un patrón de distribución claro. Estas figuras de apoyo informal solo tienen relativa importancia para los hombres del grupo de edad 40-49 y 50-59 y las mujeres de 80 y más años. Tras las demandas en competencia familiares y laborales que justifican los hijos (López Doblas et al, 2020), así como las distancia entre hogares, se esconde la mayor implicación y responsabilidad hacia los cuidados de las hijas, tal y como se observa en el relato de este hombre cuidador que justifica la menor atención de su hijo en relación a la hija:

- ***¿Y usted diría que esa diferencia entre una y el otro es porque ella es mujer y él es hombre?***
- *Es posible, a lo mejor, pero también porque está sola y entonces no tiene los problemas que tiene él, que tiene que estar trabajando, tiene que cuidar a los chicos, ahora llevarlos a hacer una cosa, ahora la otra a otro sitio, entonces a lo mejor también es más por eso. Ella vive aquí también, porque andando se tarda media hora, y él desde [nombre municipio] tiene que venir con el coche y tarda a lo mejor veinte minutos, tampoco es que sea mucho, pero bueno, ya tiene que coger el coche y venir en la carretera, ¿no?* (M3)

Esta distribución de las preferencias por las diferentes figuras de cuidado informal puede explicarse en base a **factores sociodemográficos y culturales.** Por un lado, las diferencias de sexo en los patrones de morbimortalidad hacen que la esperanza de vida de la población femenina sea mayor; en España, 23 años para las mujeres de más de 65 años y 19,2 años para varones en 2018 (Ver capítulo III.1), lo cual conduce a que la viudedad sea un fenómeno principalmente protagonizado por mujeres.

***La pérdida de la pareja supone uno de los eventos vitales que con más frecuencia activa la necesidad de cuidados en el caso de las personas mayores.***

En esa búsqueda de la figura de apoyo más segura y accesible, el modelo compensatorio jerárquico hace que, ante una posible falta de la pareja, se interprete que son los hijos e hijas, especialmente las segundas, quienes pueden reemplazar la ayuda con mayores garantías. La conjunción de ambos factores hace que los porcentajes de mujeres que prefieren ser cuidadas por sus hijos o hijas se observe a edades más tempranas. Otros estudios previos apuntan en esta misma dirección, mostrando como la población española casada o en pareja prefiere ser atendida por el cónyuge o pareja en un 68%, siendo las

hijas la segunda opción (10%), mientras que en las personas viudas el 54% prefería ser atendida por sus hijas y, en segundo lugar, con un 12%, por sus hijos (Ayuso 2012).

Por otro lado, los resultados también están influidos por las distintas respuestas que hombres y mujeres dan a los mismos procesos biográficos, profundamente relacionados con sus respectivos roles de género. **El hecho de que las mujeres hayan sido las cuidadoras por excelencia de sus compañeros masculinos las ha naturalizado como personas más capacitadas para desempeñar tareas asistenciales.**

Esa idea de que lo femenino implica más y mejores aptitudes para el cuidado también ha calado en las preferencias de la población, como así lo demuestra no solo el hecho de que los varones se decanten por sus parejas femeninas, sino también el que algunas mujeres prefieran recurrir a sus hijas antes que a sus compañeros o hijos varones. Así lo expone esta mujer de 92 años, que siendo cuidada por su hijo -quien además realizó un curso de especialización de atención a las personas mayores-, y de experimentar en una ocasión que su atención domiciliaria la realizara un hombre, en su imaginario persiste la idea de que *"una mujer cuida mejor"* (P3):

- ***Pero si el día de mañana usted, por desgracia, cayese en cama, por ejemplo, ¿quién le gustaría que le cuidase?***
- *Pues una mujer, ¿no? Claro. Si me hiciera falta una mujer, mejor que un hombre. Hace pocos días que vino un hombre aquí a hacerme la limpieza. Se ve que no habría mujeres y dice: 'Vengo yo', y digo: 'Bueno, a mí me da igual, usted me haga lo que haga falta y ya está'. Sí, vino un señor, pero vamos, eso se puede contar cuando viene.* (R2)

## 2.2. Preferencias y cuidadores formales

En el sistema de apoyo formal del cuidado participan tanto el sector público como el privado. El alto grado de descentralización en las atribuciones en materia de protección social y salud, y el acceso limitado a los mismos, hace que exista una gran variedad de actores implicados, desde instituciones situadas en distintos niveles de la administración del Estado, gobiernos central, autonómico y local, hasta diferentes tipos de profesionales provenientes del sector privado y del no lucrativo, empresas, trabajadores/as autónomos/as, ONG, asociaciones, fundaciones, etc. Sin embargo, no todas son valoradas de la misma manera.

De ese 17% total de población que escogería una ayuda de carácter formal si se encontrase en situación de dependencia, **la inmensa mayoría preferirían ser atendido por los servicios públicos** (Tabla 4.4). De las personas que escogerían este tipo de cuidado, el 61% son mujeres y el 44% son hombres. En lo que respecta al patrón por edad, los varones de entre 60 y 79 años (alrededor de un 75%) y las mujeres de entre 50 y 69 (alrededor del 60%) son quienes más se decantan por las ayudas públicas como solución de apoyo ideal.

*Fuente: Elaboración propia a partir del Estudio nº 2801, CIS 2009*

| PREFERENCIAS | | GRUPO DE EDAD | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | **18-29** | **30-39** | **40-49** | **50-59** | **60-69** | **70-79** | **80+** | **TOTAL** |
| **Servicios privados** | *Hombres* | 11 | 15 | 16 | 20 | 0 | 0 | 14 | 11 |
| | *Mujeres* | 11 | 6 | 5 | 10 | 19 | 4 | 27 | 11 |
| **Servicios públicos** | *Hombres* | 44 | 55 | 45 | 51 | 76 | 75 | 57 | 44 |
| | *Mujeres* | 61 | 46 | 45 | 60 | 59 | 52 | 55 | 61 |
| **Familia y profesionales** | *Hombres* | 44 | 30 | 39 | 29 | 24 | 25 | 29 | 44 |
| | *Mujeres* | 29 | 48 | 50 | 29 | 22 | 44 | 18 | 29 |

Nota: Los porcentajes están calculados sobre el total de respuestas que eligen apoyo formal.

**Tabla 4.4. Distribución de los cuidadores FORMALES preferidos por sexo y edad del entrevistado/a, España 2009 (%)**

El siguiente testimonio, el de una mujer de 66 años, quien perdió un hijo de 38 años con parálisis cerebral, y que padece de depresión crónica desde el fallecimiento de este, cuenta entusiasmada su preferencia por la residencia, por aminorar su soledad y por sentirse mejor cuidada tanto ahora como en los momentos en los que su salud se vaya degradando:

- ***¿Contenta?***
- *Sí, porque me voy a la residencia, entonces estoy muy contenta.*
- ***¿Querías ir a la residencia?***
- *Sí, sí, porque yo aquí estoy muy sola. Estoy muy sola y no me siento segura, además. Hace, ¿qué hará tres semanas? Pues me caí en casa. Menos mal que no me hice nada, pero si me llego a hacer algo... Sí, de acuerdo, llamas al 112, vienen, si tienen que llevarte al hospital te llevan, ¿pero y si me rompo una pierna o un brazo? ¿Quién me va a atender aquí en casa? No tengo a nadie que me atienda. Entonces la verdad es que le he cogido miedo. Tenía miedo antes, pero ahora le he cogido más. (…) Yo el tipo de situación de ahora no lo pensaba, pero al morir mi hijo ya me entró la soledad y entonces la soledad sí se lleva muy mal, pero muy mal se lleva. Entonces quieres quitártela de encima lo antes posible y lo mejor que puedas y aquí tengo gente que está conmigo, podemos charlar, podemos hablar, incluso podemos salir a dar una vuelta juntas, en fin que hay una relación que somos noventa [en la residencia].* (R4)

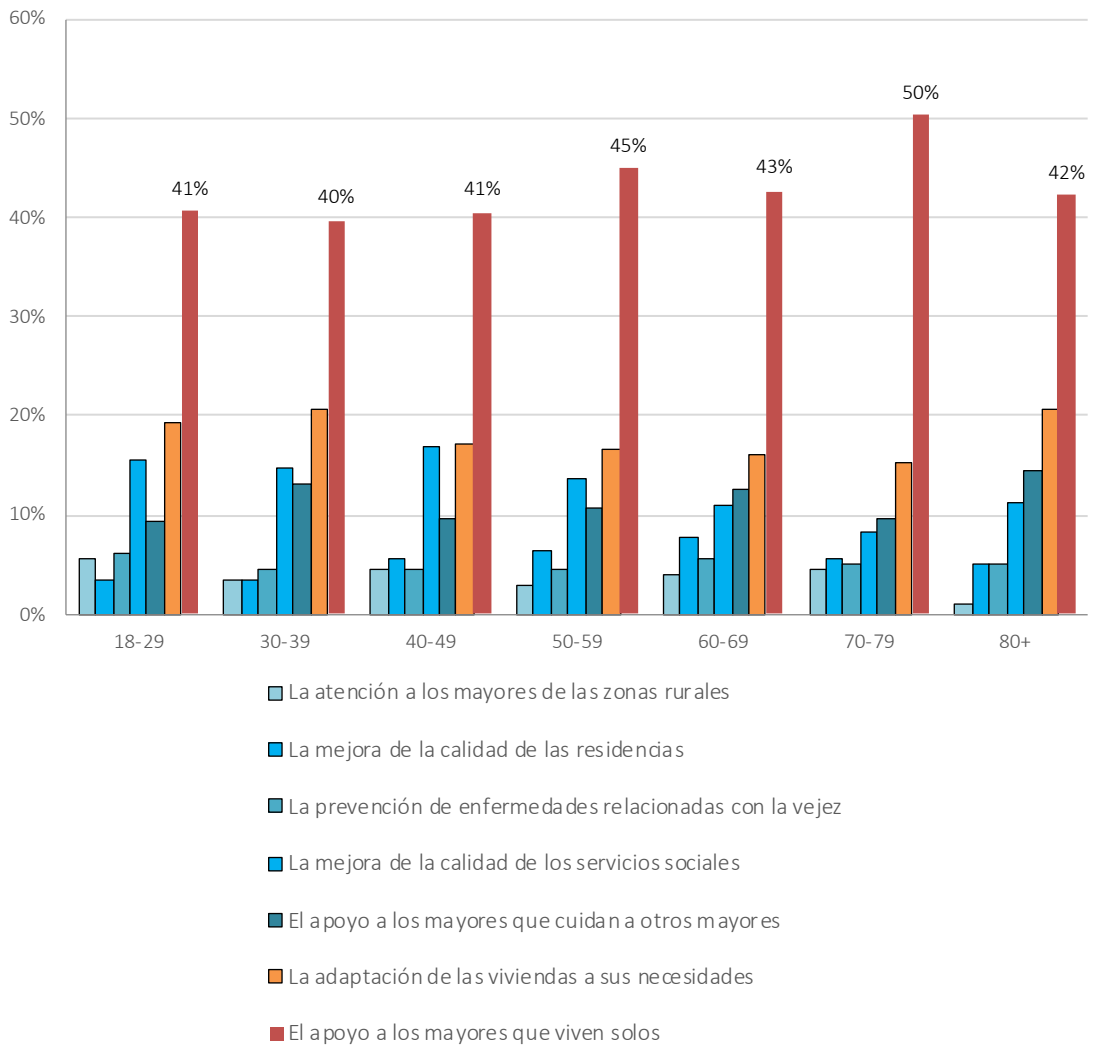
Las entrevistas revelan distintos grados y programas en los que se desempeña el cuidado formal. Más allá al recurso a las residencias, se recurre a otros servicios como los centros de día, la teleasistencia, la ayuda a domicilio, el catering y la ley de dependencia, entre los más usados por las personas dependientes. Así lo expone el siguiente testimonio, quien además de disponer de teleasistencia, dispone de una asistencia domiciliaria diaria para su mujer, quien sufrió un ictus:

- ***Y me decía usted que viene una señora de la ley de dependencia.***
- *Sí, viene una señora de la ley de Dependencia una hora y media.*
- ***¿Todos los días?***

- *Sí. Sábado viene una hora y los domingos viene una hora también, pero de lunes a viernes hora y media, y luego sábado viene otra señora, que la que viene de lunes a viernes viene solo de lunes a viernes, luego el sábado viene otra y los domingos viene otra, pero es una hora nada más lo que viene.*
- ***Pero las del fin de semana, ¿también son de la ley de dependencia?***
- *Sí, sí, aquí vienen los siete días a la semana vienen de la ley de dependencia.*
- ***- ¿Y qué tareas son las que ellas hacen?***
- *Ellas vienen, la duchan, limpian el cuarto de baño, hacen la cama. Yo la mía la hago, no sé si tienen derecho a hacerla o no, pero bueno, yo la hago, porque también tengo que hacer algo. Es igual que cuando dicen: 'No friegues', pues yo friego los cacharros y eso, ¿no? Entonces ellas hacen la cama suya, limpian el cuarto de baño después de la ducha, luego a lo mejor, por ejemplo, la que ha venido esta mañana ha estado con la mopa, quitando el polvo un poco y la mopa.*
- ***Limpian un poco la casa y la limpian a ella.***
- *Sí, más o menos es lo que hacen.* (M3)

## 2.3. Determinantes de las preferencias

Dentro de esta preferencia generalizada por el cuidado formal provisto por los servicios públicos, hay variaciones importantes en la opinión sobre cuáles son las **situaciones que merecen atención prioritaria por parte de las administraciones.** Un 42% de las personas entrevistadas respondieron que la primera prioridad es la atención a **los mayores que viven solos** (Gráfico 4.3). La adaptación de la vivienda (18%), la mejora de los servicios sociales (14%) y el apoyo a los mayores que cuidan de otros mayores (11%) son otros los asuntos que necesitarían mejorar de cara al futuro en opinión de los entrevistados. El orden de áreas prioritarias que perciben las personas mayores sigue el mismo gradiente que la población general.




*Fuente: Elaboración propia, estudio 2081, CIS.*

**Gráfico 4.3. Opinión sobre las áreas de atención prioritarias relacionadas con las personas mayores por parte de la Administración.**

***La demanda de un mayor apoyo institucional es expresada por la totalidad de las personas encuestadas que hacen uso de los servicios públicos, especialmente para quien ha vivido en el extranjero y puede comparar la atención a las personas mayores.***

Así lo dispone este hombre de 82 años que desarrolló su trayectoria laboral en Alemania y compara ambos modelos de bienestar:

- *Allí [Alemania] lo que hay sí que es una cosa que aquí no existe, por lo menos a nivel nacional, el estado tiene la oficina de lo social, digamos. Entonces allí acude todo el mundo, por ejemplo, un parado que ya no puede pagar la luz acude allí y presenta papeles y le pagan la luz si hace falta. Estas personas que van a ayudarles allí, ellos no tienen que pagar la ayuda que va, lo paga el estado, es lo que tiene el estado alemán.*
- ***O sea que cuando ya la gente es dependiente, sí que tiene ayudas.***
- *Sí.*

- ***¿Y qué tipo de ayudas tienen?***
- *De todo, de todo, de todo.*
- ***Por ejemplo, si quieren vivir a su casa viene alguien a cuidar de ellas.***
- *Sí, sí, sí.*
- ***¿Y eso todo pagado por el estado alemán?***
- *Sí, sí, sí. Y la gente mientras puede lo hace ella.* (R5)

En un estudio sobre las ayudas públicas que preferían recibir los cuidadores informales en España en relación con el sistema de cuidados de larga duración, Vilaplana Prieto (2009) mostró que las patologías de la persona dependiente determinaban en parte los servicios que preferían las personas que eran sus cuidadores principales; los síntomas depresivos aumentaban la preferencia por la atención a domicilio, mientras que las limitaciones de movilidad y los problemas cognitivos aumentaban la demanda de atención residencial, teleasistencia y centros de día. Relata esta mujer cuidada por la red de hijos e hijas, que cuando empeore su salud, su predilección es la de ser acogida en casa de estos, siempre y cuando no llegue a padecer una gran limitación cognitiva, situación en la aceptaría ser derivada a la residencia:

- ***Y el día de mañana, si a usted la salud, tiene problemas y tal, ¿qué piensa que va a pasar?***
- *Si me hacen caso creo que no me llevaran, creo que no, o no me deben llevar. (…) 'Mirad, cuando sea mayor, ya soy mayor, pero más mayor, si pierdo la cabeza, y os reís muchas veces porque no sé dónde estoy me lleváis a la residencia, pero si estoy cuerda, no me llevéis, si estoy cuerda no me llevéis'. Si estoy cuerda no me llevéis. Si estoy con la cabeza perdida, que lo mismo me da, que no coordino, que me da igual que trate el vecino que me trate a mi hija, porque hay veces que no se conoce ni a los hijos, pues si les doy mucha guerra, pues que me lleven, pero si es posible que no me lleven.* (E1)

Las formas privadas de cuidado que implican que la persona asuma el coste total de la atención no suponen una opción atractiva en líneas generales, situándose en el 11% para ambos sexos. Sin embargo, algunos grupos de población valoran este tipo de ayuda de una manera más positiva. Es el caso de los hombres de entre 50 y 59 años (20%) y a las mujeres de entre 60 y 69 años (10%). También destacan las mujeres de 80 y más años, entre las que un 27% optaría por este tipo de ayuda como primera opción. La preferencia de este tipo de cuidado combina la elección de permanecer en el hogar y de disponer de los suficientes recursos económicos para sufragar el coste de los cuidados. Es lo que exponen los siguientes testimonios de personas que, al habérseles negado ayudas desde los Servicios Sociales de sus respectivos Ayuntamientos, recurren a la forma privada de ayuda puesto cuentan con recursos suficientes que proceden de sus pensiones de su jubilación y otras propiedades (pisos en alquiler) en el primer caso, y en el segundo reducen sus gatos para hacer frente a estos pagos:

- ***Me comentaba antes que había ido a pedir una ayuda para Servicios Sociales, la ley de dependencia…***

- *Sí, y me han dicho que cero. Que me van a dar cero. Vino una señorita aquí y me hizo una entrevista y dice: 'Si usted está muy bien...'. (…)*

- ***Usted comentaba que tenía usted una muchacha que venía a limpiarle ¿A esta chica le paga usted?***

- *La pago a diez... Viene dos horas, me limpia esto [el comedor], el suelo, que mira cómo me lo tiene, y el cuarto de baño. Para más no, porque las habitaciones me las hago yo, poco a poco me lo voy haciendo todo. Es decir, que yo me manejo bien.* (R3)

- ***Y tiene usted, además dice, el apoyo de una persona que le viene dos veces o tres a la semana, ¿no?***

- *Sí, la muchacha esta que ha salido hace un momento.*

- ***¿Desde cuándo tiene ese apoyo?***

- *Eso digamos que dos años. Sí, porque para mí era un engorro y un esfuerzo bestial el tener que preparar la comida, bastante hacía con comprar para preparar la comida, y entonces decimos: '¿No viene el sábado a limpiar? Pues dile que a ver si puede, por lo menos, a mitad semana un día. O limpia, o prepara la comida, o hace nuestro aseo o nuestras cosas y ya es otro alivio. (…) Claro, es un sacrificio también económicamente que tenemos que hacer, pero es lo que yo digo, en vez de gastarlo en otras cosas, pues lo dedicamos sólo para esto. Es una comodidad y un peso que nos vamos quitando y nos va apoyando para que podamos continuar.* (M2)

***En lo que respecta a las formas mixtas de cuidado, existe una importante diferencia entre sexos. Mientras que un 44% de los varones optarían por el cuidado privado, las mujeres únicamente lo harían en un 29%.***

Además, se observan importantes variaciones en los patrones de preferencia por edad. En las edades muy jóvenes, un mayor porcentaje de varones elegirían una forma mixta comparado con las mujeres de la misma edad. Sin embargo, entre los 30 y los 49, son ellas las que optarían por esta forma de apoyo con más frecuencia. En las edades avanzadas vuelven a observarse importantes divergencias, siendo las mujeres las que más se decantan por las formas mixtas en el grupo 70-79 y los hombres en el grupo de 80 y más años. Posiblemente, la percepción de dificultades en las generaciones jóvenes a causa de la precariedad laboral, junto a las complicaciones que supone la corresponsabilidad del cuidado familiar y de la trayectoria laboral en especial de las mujeres, estimule este tipo de preferencias, tal y como atestiguan los siguientes entrevistados, quienes comparan los cuidados actuales con los de épocas pasadas:

- ***¿Piensa usted que los ancianos antes estaban mejor cuidados que hoy en día por la familia o lo mismo?***

- *Más cuidado, por el motivo que no trabajan las mujeres antes, no es como ahora que trabajan las mujeres, a ver si me entiende. Antiguamente se trabajaba en casa, no por ahí, y ya le digo, mis padres han estado muy bien cuidados, ya te digo, mis padres han estado con nosotros muy bien, tanto con mi hermana como conmigo.* (E2)

- *Es que la juventud de ahora lo tenéis muy difícil, porque tenéis que trabajar los dos si queréis vivir, entonces cómo os vais a hacer cargo de un viejo, de las manías que*

*tiene un viejo. Porque estar acostumbrado a estar en su casa, como yo que estoy sola aquí, pues claro, yo vivo a mi aire. Pero que hoy la gente joven no es que sea peor, ni mejor que antes, lo único que pasa es que tienen que trabajar y que están de hipotecas hasta aquí* (R1)

## 3. Evolución reciente de las preferencias sobre el cuidado

Según los estudios realizados hasta el momento (Fernández-Carro, 2018), **la preferencia por cuidadores formales,** en exclusiva o combinados con cuidadores familiares, **ha ido aumentando** en las dos últimas décadas.

Este aumento ha sido generalizado en ambos sexos y en todos los grupos de edad, aunque especialmente entre la población femenina y en las personas de edades muy jóvenes (18-29 años) o de edad muy avanzada (por encima de 80 años).

También se ha confirmado que el aumento de la preferencia por modelos de cuidado que impliquen cuidadores formales es aún incipiente, y la inclinación mayoritaria sigue siendo el modelo informal basado en cuidadores familiares.

La evolución de los perfiles sociodemográficos de las personas que optarían por cada uno de los modelos de apoyo coincide en señalar que mujeres y población con mayor nivel educativo, así como quienes residen en núcleos urbanos, muestran una menor inclinación hacia los cuidadores informales.

Por otro, la preferencia por servicios públicos o privados de apoyo a la dependencia es más significativa en las generaciones que actualmente están asumiendo las tareas de cuidado (Rogero, 2010; Fernández-Carro, 2018).

El siguiente testimonio, cumple los requisitos para optar a un modelo formal de cuidados cuando le sea necesario: mujer viuda, con titulación universitaria, que vive en una gran ciudad y que actúa como cuidadora principal de su madre en los últimos 7 años, una señora con 95 años e inicio de limitaciones cognitivas:

- ***¿Y has pensado en algún momento en el momento en el que tú necesites cuidados? ¿Cómo te gustaría que fuera esa situación?***
- *Ah, yo tengo muy claro que tengo la suerte de tener una pensión y que me da para vivir e incluso ya estoy pensando… hay una residencia aquí cerca, que el otro día me decían: 'Es cara' y digo: 'Pues ahorraré'.* (M4)

El hecho de que **las preferencias sean extremamente sensibles al contexto** y que las opciones percibidas sean más variadas, influye en la forma en que se construyen los deseos acerca de las mejores soluciones de apoyo. Es decir, **a la vez que se transforman las creencias que hacen que la familia sea percibida como la única forma de cuidado, también lo hace la percepción generalizada de que este es el modelo de atención a la dependencia más deseable.**

Preferencias y comportamientos se influyen mutuamente dando lugar a un cambio generalizado que está haciendo habitual la externalización del cuidado fuera del ámbito familiar y la preferencia por ese modelo de cuidado.

Ejemplo de ello es el cuidado que recibe una mujer que sufrió un derrame cerebral, en el que se desarrolla un modelo mixto y rotativo entre el apoyo familiar y el apoyo formal, en su formato de público y privado, y que expone una de las dos hijas implicadas. Al quedar esta mujer viuda, las hijas decidieron llevársela a su casa por temporadas, descartando esta opción al percibir que su madre estaba mejor en su entorno. El deterioro de la salud de la madre se acompaña de nuevas estrategias; primero, la solicitud de la ayuda a domicilio de la ley de dependencia; segundo, la incorporación de las hijas a la casa de la madre turnándose por meses; y posteriormente, y por la sobrecarga que sienten las hijas con este modelo, entra también en la rotación las asistentas privadas, o como la denomina esta mujer *"el turno de las mujeres":*

- *Ya desde el 2010 empezamos a cuidar a mi madre., fuimos un poco adaptando la situación. Después ya pedimos la ley de dependencia y luego ya pues en la última etapa decidimos... Estábamos mi hermana una temporada, después el turno de las mujeres, después yo, después otra vez el turno de las mujeres, o sea y así…*
- ***El turno de las mujeres, ¿qué es?***
- *Pues, en principio es que empezamos mi hermana y yo, mi hermana y yo, pero nos agobiábamos mucho. (…) Yo partía el calendario, entonces si julio lo hacía mi hermana, agosto lo hacía yo para que las mujeres que, en esas fechas, si tienen niños y tal, que estuvieran libres. Entonces de ahí para acá, desde enero hasta julio yo repartía el calendario. A lo mejor ponía cuarenta días a mi hermana, y lo que me correspondía, luego un mes las mujeres, otros cuarenta días yo, otro mes las mujeres y así hasta llegar a julio. Y de agosto hasta diciembre lo mismo, para que en navidad estuviéramos nosotras también las dos, para que las mujeres no estuvieran. ¿Las mujeres qué significa? Pues que mi madre se quedaba sola con las mujeres. Teníamos una mujer de noche, otra mujer de la dependencia que era tres horas al día y una mujer por la tarde, de dos horas.* (P2)

***La familia es vista como el pilar fundamental alrededor del cual organizar las actividades relacionadas con el cuidado, pero el rol de los servicios públicos y/o privados se demanda y valora de una forma más positiva que en el pasado.***

La población española percibe que las familias son fundamentales para asegurar el bienestar de la población que precisa de cuidados, al mismo tiempo que se considera que los servicios públicos han de aumentar su presencia como agentes activos en la provisión de apoyo. Por tanto, el descenso de la predilección cuidadores informales y el aumento de la deseabilidad del cuidado formal confirma una preferencia latente por fórmulas de apoyo compartidas que alivien la carga que actualmente tienen los cuidadores informales en nuestro país. Aunque el modelo de cuidado en España sea de tipo substitutorio a efectos prácticos, en términos ideales se prefiere un modelo que combine la solidaridad entre generaciones con ayudas externas, que permita a los cuidadores informales compaginar su vida personal y/o profesional con el cuidado y, a su vez, respete la autonomía e independencia de las personas cuidadas (Daatland y Herlofson 2003; Meil 2011; López Doblas y Díaz Conde 2013). En este sentido, una de las encuestadas menciona los centros de día como estrategia para que las personas mayores sean cuidadas por sus familias aminorando las consecuencias de esta tarea:

- ***¿O debería también haber más... pues no sé, por ejemplo, el gobierno, Servicios Sociales... algo más allá de las familias? Porque también las familias trabajan y a veces es muy complicado, trabajan fuera de casa...***
- *Sí, pero hay unos centros de día que dejan a los ancianos por las mañanas y los recogen por las tardes y así ellos pueden trabajar. Hay centros de día.*
- ***¿Y esa le parecería una buena opción en estos casos?***
- *Sí, a mí me parece muy bien. Es como coger y dejar al niño en el colegio y recogerlo a la vuelta. Entonces está muy bien. Si lo importante es el trato que el anciano o la anciana reciba, que ya te digo, no generalizo, pero tiene que haber de todo.* (R4)

## 4. ¿Dónde desean ser cuidadas las personas mayores?

Para entender las preferencias de las personas mayores sobre donde prefieren ser cuidadas hay que tener en cuenta que la experiencia de cuidar y ser cuidado sucede en escenarios delimitados físicamente, como viviendas particulares o residencias, cuyo significado está sujeto a una constante redefinición (Wiles, 2005). El componente geográfico del cuidado ha ido adquiriendo una mayor relevancia debido a la diversificación de contextos organizacionales donde se pone en práctica.

Esta diversificación ha supuesto un proceso de *virtualización* de las instituciones de cuidados de larga duración, también denominado *extitucionalización,* caracterizado por la **desaparición de los límites tangibles entre lo público y lo privado.** Poco a poco, los límites físicos de los lugares donde se presta el apoyo se han ido desdibujando, deslocalizando el cuidado, sin que esto modifique el fin último de esta actividad que es el bienestar de las personas mayores (López-Gómez y Tirado 2004; Milligan et al., 2011; Vitores, 2002).

En el modelo tradicional, las personas mayores contaban tan solo con dos alternativas habitacionales cuando necesitaban ayuda para realizar sus rutinas diarias de manera autónoma; pasar a residir a la vivienda de familiares o la institucionalización.

Sin embargo, **la participación de figuras formales de apoyo tras la aparición de servicios públicos y privados ha multiplicado el número de posibles escenarios donde recibir ayuda.** Centros de día, viviendas colaborativas, o asociaciones de personas mayores, son solo algunas de las nuevas localizaciones. No obstante, el gran cambio en el modelo tradicional ha sido la emergencia de **la vivienda propia como alternativa habitacional** para las personas mayores dependientes. La instalación de tecnologías NTIC o los servicios de cuidado "a domicilio" ha redefinido el significado de la vivienda propia como lugar de cuidados al reordenar el uso del espacio doméstico. El recurso a las NTIC como estrategia para observar a las personas mayores dependientes en los momentos en los que no se está en casa, es esperable que se generalice, como relata este cuidador que vive a temporadas con su madre (rota la permanencia de la madre con su hermana), y que ha instalado una red de cámaras en la casa:

- *"La tengo vigilada, tiene cámara, la vigilo, aunque me marche, por el WiFi, la veo. Tengo otra en el dormitorio, tiene su intimidad, pero vigilada (…) Por ejemplo, ayer estuve... Yo me marcho, yo la veo por el teléfono, yo cojo el teléfono y esté donde esté la veo.*

- ***Muy bien, sí, sí. Por si tiene una caída o lo que fuera, muy bien.***

  *[Muestra la cámara. Se oye su conversación a través de la cámara]*

- *Ahí estamos nosotros, ahí está ella. Ella da una voz, y lo oigo perfectamente.* (P3).

En este sentido, ha sido clave el papel de las políticas públicas en materia de vivienda, cuidados, y servicios sociales de cuidados de larga duración, que desde principios de la década de los 90 y bajo la etiqueta de políticas *'Ageing in Place'* (envejecer en casa), promueven la creación de medidas que extiendan lo más posible el tiempo que las personas mayores permanecen en sus viviendas como alternativa al traslado a instituciones de cuidados (Houben, 2001).

De hecho, Naciones Unidas, en la Second World Assembly on Ageing, celebrada en Madrid en el año 2002 declaró meta prioritaria la promoción de un tipo de *ageing in place* que **"prestara especial atención a las preferencias individuales y a las opciones residenciales asequibles para las personas mayores".** Como líneas de acción se sugirieron la promoción de viviendas con un diseño estructural adecuado para las necesidades generadas durante el curso de vida avanzado, que el diseño o adaptación de las viviendas de los mayores considerasen las necesidades culturales y de cuidados de estos sectores de población, y la inversión en infraestructura local que garantizase el acceso de los mayores a bienes y servicios (UN 2002).

La justificación de la promoción de las medidas *ageing in place* se basa en que los mayores desean permanecer en casa, ya que esto facilita su integración social y aumenta su sensación de autonomía e independencia. Sin embargo, igual que sucedía en el caso de las preferencias sobre por quién desean ser cuidados, la producción de estudios sobre las preferencias habitacionales de las personas mayores ha sido realmente escasa. El conocer en detalle estas preferencias es imprescindible puesto que cuando una persona mayor con necesidades de cuidado permanece en un entorno no deseado tiene efectos contraproducentes sobre su bienestar aumentando su vulnerabilidad, sensación de aislamiento y desconexión con su entorno social (Phillips et al., 2010). Por tanto, para garantizar la efectividad de las *ageing in place* es necesario preguntarnos hasta qué punto permanecer sería la opción preferida, y a través de ello evaluar si este modo residencial totalmente beneficioso para las personas en edades avanzadas.

## 4.1. ¿En la vivienda propia, en casa de familiares o en una residencia?

El conocimiento generado hasta la fecha a nivel internacional, sobre todo procedente de estudios de caso de los países anglosajones, apunta a que:

> ***las personas en edades avanzadas prefieren envejecer en su casa antes que en residencias (Burnholt y Windle, 2001), incluso aunque presentasen limitaciones físicas o cognitivas (Davey, 2006).***

También se ha mostrado que las personas mayores **descartan pasar a residir con sus hijos/as u otros familiares** al interpretar que dicha convivencia limita tanto su propia independencia, como la de los allegados que los acogen (Olsber y Winters, 2005).

Los estudios realizados en **España** van en la misma línea, mostrando que el entorno preferido para envejecer es la casa particular. La investigación realizada por Costa-Font,

Elvira y Miró (2009), concluye que permanecer en la vivienda propia sería la opción prioritaria para la inmensa mayoría de las personas mayores **(78%),** comparadas con las instituciones o la coresidencia con hijos/as. Permanecer en la propia casa, además, es una inclinación que puede desarrollarse a través de modalidades distintas: la residencia habitual, una nueva residencia adaptada a las nuevas necesidades y más cercana a los núcleos de apoyo, o en formato de vivienda colaborativa. El ejemplo siguiente, es el caso de una pareja que vive en una casita en el campo que plantea volver a un piso que tienen en la ciudad, donde residirían puerta con puerta con una de las hijas, como el hombre relata, así *"estamos juntos, pero no revueltos":*

- ***¿Y no tiene alguien que se quede aquí mientras usted se va?***
- *No, estamos aquí los dos solitos. Estamos pensando de, en un tiempo muy cercano, de irnos al piso, que tengo un piso donde vive mi hija, que es un piso doble, que lo compré con la idea de cómo éramos familia numerosa pues nos aceptaron de unir dos pisos y estamos pensando de separarlo de nuevo. O sea que estamos juntos, pero no revueltos. (…) solamente es dividir la cocina y quedan los dos pisos. (…) Si nos viéramos ya en un aprieto, en cualquier emergencia si nos vamos allí estamos juntos.*
- ***¿Eso lo han hablado ya?***
- *Sí, lo hemos hablado y está ya... Con mi hija. Es que es ella la que tiene más interés de hacer eso que yo. Dice: 'Aquí estáis juntos, si necesitáis una comida, si necesitáis cualquier cosa estoy yo aquí', o sea que…* (M2)

Dentro de las modalidades del *Ageing en place,* va tomando emergencia un formato de **proyecto colaborativo *(Senior cohousing* – viviendas para mayores),** que dispone de distintas tipologías, pero cuya idea base es el envejecimiento activo, la perspectiva social del espacio para un uso colectivo y público, y en muchos casos, la convivencia intergeneracional. Dos de las mujeres entrevistadas de las generaciones de menor edad, optan por esta tipología de apoyo al cuidado, que una de ellas describe del siguiente modo:

- ***¿Si alguna vez necesitas tú ser cuidada, con la edad que sea, con la de tu madre por ejemplo…?***
- *Yo tengo ya mi historia de vivienda colaborativa. (…) Es juntarse un grupo de gente más o menos conocida, o afín y buscarse un sitio. Ahora estamos en negociaciones con el ayuntamiento (…) Es muy interesante, fue una gente de Madrid, son de los pioneros y llevan ya por lo menos cuatro años ya viviendo. De un nivel económico medio-alto, la mayoría eran profesionales, enfermeros, médicos, arquitectos, bueno habrá de todo, pero la mayoría era así, ¿no? Entonces se juntaron con una ideología más o menos similar, con unas características más o menos similar, buscaron un sitio donde comprarse un terreno, que fue en la sierra de Madrid, e hicieron una vivienda, o sea apartamentos, no sé si hay dos modelos, uno de pareja y otro solo, de distintos metros, como una cooperativa y con todo, con gimnasio, con todo lo que quieras. (…) Y nosotros tenemos un proyecto parecido y ahí estamos, todavía no tenemos ni suelo, pero tenemos la asociación montada, (…) Porque además el nuestro era un proyecto de cara a la sociedad. Donde metamos la edificación colaboraremos con la sociedad, o sea que yo que sé… abierto quiero decir, esta gente de Madrid también lo han hecho,*

*integrado. Por ejemplo, el aula, el este del yoga, pues puede venir la gente del barrio, o poner una película de no sé qué, pues está abierta a la gente del barrio.* (P2)

No obstante, **la permanencia en el hogar está determinada por las políticas de bienestar,** que garantizaran, en mayor o menor medida, y en función de su desarrollo, la atención y bienestar de las personas dependientes. Es sabido que a medida que la salud empeora las necesidades de atención se acrecientan, diversificándose las trayectorias vitales y las demandas de asistencia según el contexto familiar, los recursos disponibles, etc.

***La permanencia en el hogar, por tanto, precisa de un extenso y desarrollado programa que dé respuestas a las sucesivas necesidades: servicios como la adaptación de la vivienda, la teleasistencia, el catering, la ayuda a domicilio, y que se tornan indispensables para el mantenimiento en el hogar.***

En este sentido, las cuidadoras familiares demandan una mayor extensión de los programas, una mayor información de los servicios disponibles y una menor burocratización en las solicitudes, así como denuncian la imposición de elegir entre programas que inicialmente no deberían contraponerse y que aliviarían las tareas del cuidado a familiares. Así es explicado por los siguientes entrevistados: un hombre que cuida de su mujer y que tuvo que elegir entre el centro de día y la ayuda de domicilio; y una mujer que remarca la incompatibilidad entre el programa de ayuda al domicilio y la ley de dependencia y la necesidad de ampliar los recursos de esta última:

- ***¿Y tienen otro tipo de ayuda, por ejemplo, centros de día o algo de esto?***
- *No, eso no. Centro de día era si quieres de una cosa u otra, no puede ser todo a la vez.*
- ***¿Los dos no puede ser?***
- *No, la ayuda a domicilio, y lo otro del centro de día tenía que ser sin ayuda a domicilio, entonces digo pues la ayuda a domicilio* (M3)
- ***¿Qué sigue manteniendo de Servicios Sociales?***
- *No, o una cosa u otra, son incompatibles. Primero la ayuda a domicilio que es lo que primero se instala porque se supone que es cuando están menos deteriorados, y luego ya pides la ley de dependencia para que te la valoren y tal. Entonces, cuando la ayuda a domicilio creo que fue cuando pedimos la teleasistencia. Ya lleva mucho tiempo con ella.*
- ***¿Y ahora mismo qué tiene, entonces?***
- *Pues la teleasistencia y la ley de dependencia. (…)*
- ***¿Y seguís pagando a alguien de vuestros bolsillos? A la mujer esta dices, ¿no?***
- *Sí, claro. Esta mujer tiene setenta horas, si se pasa de las setenta horas le pagamos nosotros aparte. Y la otra que viene a bañarla, esa también, esa también. Todo lo que pase de… O sea, la ley de dependencia te cubre lo que te cubre, si tú necesitas más, te buscas la vida.* (P2)

Como segundo lugar de preferencia, también se observó una mayor inclinación por entornos de apoyo, residencias de ancianos o convivencia con familiares, a medida que la edad de los entrevistados aumentaba, existiendo una mayor preferencia de los varones hacia las residencias de mayores y de las mujeres hacia la coresidencia con familiares.

Según la investigación de Costa-Font, Elvira y Miró (2009), **aquellos mayores residentes en España que preferirían vivir en residencias** además de mostrar limitaciones severas se encontraban en situación económica aventajada (ingresos relativamente altos y con viviendas en propiedad de precio elevado), lo cual indicaría una mejor posición para afrontar el gasto que generan ese tipo de entornos de cuidado formales.

La disposición de recursos económicos suficientes deriva en una predilección por la residencia como lugar donde envejecer como atestigua el siguiente relato, una pareja que ha desarrollado su trayectoria laboral en Alemania, acumulando suficientes ahorros como para afrontar sus futuras necesidades de apoyo en una residencia; esta opción es preferible a la de permanecer en el propio hogar contratando a personal de apoyo y asistencia. En este caso, la entrevista gira alrededor de las características que debe disponer una residencia para ser considerada "de categoría":

- *Hemos encontrado una solución buenísima, una residencia que está en las afueras de [nombre municipio] que tiene restaurante y todo. Si tú vas, podemos comer con ella [la suegra] y todo', y digo: 'Ay, pues fenomenal, ¿cuánto vale?', y dice: 'Pues enseguida', y le dije yo: 'Si aquí vale cien euros menos al mes', y estuvimos allí viendo una vez y digo: 'Chatina, ¿qué te parece si nos apuntamos aquí para el día de mañana para esta residencia?'. (…) Una residencia de categoría. Nada más entrar, era un edificio si estuvieras en una casa palaciega, una casa de esas... Yo le pregunté a la chica, porque a mí me gusta preguntar todo eso: 'Una pregunta, ¿esta casa es de algún famoso ricachón de estos que dejó la casa…?', y dice: 'No, no, esto es una residencia. Somos una cadena de residencias de [nombre empresa]. Estaba a las afueras en un sitio ajardinado, una maravilla, una maravilla, el comedor con unas vidrieras tremendas, muy bien todo.* (R5)

No obstante, existen evidencias que apuntan a que la situación habitacional preferente de las personas mayores, entre vivir en la casa propia, vivir con familiares y las residencias, varía en función de si se experimenta una situación potencial de dependencia. Mientras que la inmensa mayoría de personas de más de 65 años (90%) escogerían vivir en su **propio domicilio en caso de vivir con salud** (56%), la primera opción sería pasar a **residir con sus hijos e hijas en caso de padecer limitaciones** que impidiesen realizar las rutinas cotidianas (Fernández-Carro, 2016). En este mismo estudio se observó cómo son las personas con un perfil más vulnerable, bajos ingresos, sin estudios, con un estado de salud declarado malo o muy malo, aquellas que se decantarían por vivir en el hogar de sus hijos o hijas en caso de sufrir limitaciones.

La población entre 65 y 69 años, con estudios universitarios, que ya ha utilizado alguna vez algún tipo de cuidado formal indica como opción preferente en caso de sufrir limitaciones las residencias (Fernández-Carro 2016). Otros estudios que consideraban a toda la población sin límite de edad, mostraron como si durante la vejez tuviera que buscar un entorno habitacional más adecuado debido a problemas de salud, la mayoría de los individuos de entre 25 y 49 años preferirían las residencias antes que convivir con

familiares. Ese porcentaje va disminuyendo a medida que la edad aumenta a favor de la coresidencia en la vivienda de familiares (Katz et al. 2003).

El estudio nº 3009 realizado por el Centro de Investigaciones Sociológicas **(CIS)** en **2014** permite actualizar los datos sobre la solución habitacional preferida en caso de necesitar ayuda para el desempeño de las rutinas diarias al ser mayor. Esta encuesta utilizó las mismas categorías que el estudio nº 2081, aunque añadiendo a la respuesta "casa propia" una información adicional: "con ayuda de una persona remunerada", sin distinguir si esta persona proviene del sector público o privado. Este cambio en el registro de los datos modificó también la distribución de las preferencias.

Según los datos del citado estudio:

***La preferencia por permanecer en la vivienda propia se convierte en mayoritaria para todos los grupos de edad, cuando implica contar con una ayuda de cuidadores/as no familiares (Gráfico 4.5).***

En los grupos de edad más jóvenes (hasta los 49 años), la segunda opción más deseada es vivir con familiares, seguida muy de cerca por las residencias. En los grupos entre los 50 y los 79 años, sin embargo, la segunda opción son las residencias, con bastante distancia con respecto a vivir con familiares. En el grupo de mayor edad, 80 o más años, vuelve a cambiar el patrón de preferencias, y la vivienda de familiares vuelve a ser la segunda opción.

*Fuente: Elaboración propia, Estudio 3009 CIS, 2014.*

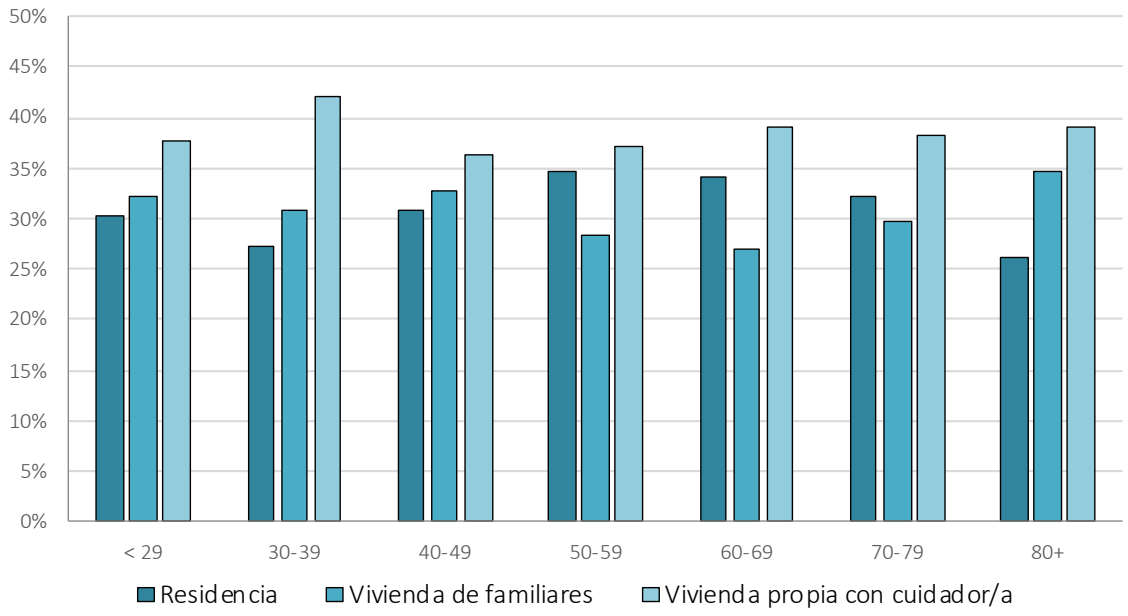



**Gráfico 4.5. Espacios de vida y cuidados preferidos en caso de dependencia por grupo de edad. España, 2014.**

Las variaciones en el patrón de preferencias entre los grupos de menor y mayor edad sobre la mejor solución habitacional en caso de necesitar ayuda tienen que ver, entre otros factores, con la experiencia de los costes personales del cuidado. Es más probable que las personas por encima de los 50 años estén ayudando a uno o a varios miembros de

su red familiar (cónyuges, padres o madres mayores, hijos e hijas adultos, etc.), y no solo en un sentido práctico, sino también financiero o emocional. Ese rol les permite conocer de primera mano las consecuencias negativas del cuidado (desgaste físico y psicológico, falta de tiempo propio, etc.) y considerar de forma más positiva soluciones alternativas al modelo de cuidado tradicional. Su preferencia también está relacionada con un cambio en la visión sobre la responsabilidad del cuidado en estas generaciones, en las que ya no se considera una función exclusiva de la familia. Así, se inclinan hacia espacios de vida y cuidados que no comprometan sus proyectos de vida ni los de sus familiares, como pueden ser las residencias y la casa propia con ayuda externa.

Así lo expresa esta mujer, divorciada, de 66 años, con una única hija que no puede hacerse cargo de ella y que, además, destaca la autonomía que da vivir en una residencia:

- *Es un poco complicado, ella tiene que moverse en el tren y del tren tendría que irse a (nombre municipio), y desde allí coger el autobús. Y además es que ella trabaja, ella no puede hacerse cargo de mí. Yo tampoco quiero, aunque se pudiera hacer cargo de mí yo no estaría dispuesta a ello, porque ella tiene que vivir su vida. Ella no puede estar pendiente de mí, ni muchísimo menos, entonces yo... Porque no puede, pero si pudiera tampoco lo querría. Prefiero valerme por mí misma, y ya te digo, arreglar... Yo en cuanto cumplí los 65 años digo: 'Yo tengo que arreglar esto, para ir y no depender de nadie'. Voy a depender de la residencia, claro, pero ahí me cuidan, me alimento mejor.* (R4)

Aparte de la edad, el sexo y la experiencia de cuidado, existen otros factores que condicionan las opiniones sobre qué espacios de vida y cuidados se consideran más deseables (Fernández-Carro, 2019). Por ejemplo, existe una asociación entre preferir vivir con familiares y un perfil socioeconómico vulnerable; personas con bajos ingresos o sin estudios, así como vivir en el medio rural. El modelo de cuidados tradicional está más arraigado en entornos rurales, menos permeables a los procesos de cambio social, donde las normas y valores que apuntan a la familia como principal figura cuidadora está más arraigado, contradicción esta que expresa el siguiente testimonio, quien en ausencia de una pareja que cuide de él, se decantaría por la residencia:

- ***Y el día de mañana, si usted necesita... dentro de quince, veinte, treinta años, cuando sea, si usted necesita ser cuidado, ¿quién piensa que se va a ocupar de usted?***

- *Yo estoy mentalizado en irme a una residencia, o sea, lo tengo totalmente asumido, pero eso ya es cuestión de... Mi nuera, por ejemplo, dos veces que lo he dicho, me ha dicho: 'Estás loco', ¿sabes lo que te quiero decir? No sé, cuando llegue el momento no sé, pero desde luego yo estoy mentalizado en irme a una residencia, pero no incluso cuando esté mal, mal, mal, mal, sino si estoy solo, y tengo que estar aquí haciéndome todas las cosas, que tampoco lo haría porque vendría una mujer a cuidarme, y yo iría a comer... Pero luego, ya estaría en plan solo, pues no me importaría irme a una residencia, pero si no tengo a una amiga, o tengo a alguien que me cuide.* (P3)

A su vez, es más probable que las personas con estudios superiores, con ingresos que les permiten vivir cómodamente y que viven en zonas urbanas escojan las residencias como el espacio de vida y cuidados preferente. Entre la población con mayores recursos socioeconómicos existe una visión más positiva de las residencias, a la cual ha contribuido la aparición de modelos que tratan de respetar la autonomía y privacidad de las personas

mayores. Cuando se disfruta de una situación económica aventajada es posible considerar un mayor abanico de residencias, incluyendo las privadas, haciendo más atractiva esta solución habitacional.

## Ideas básicas del Capítulo IV

- Conocer las preferencias de las personas mayores sobre cómo desean ser cuidadas es fundamental para la implementación de las políticas públicas destinadas a garantizar la calidad de vida de este sector poblacional. Una política de cuidados basada en derechos debe partir necesariamente de la opinión y las aspiraciones de las personas que requieren necesidades de cuidado.
- Las personas mayores reclaman más libertad y mayor autonomía para decidir cómo vivir esta etapa de la vida, con una demanda mayor intimidad que se traduce en el deseo de vivir solos hasta que las circunstancias de salud lo impidan.
- Las preferencias del cuidado responden al denominado "modelo compensatorio" que establece una jerarquía en las preferencias respecto a por quien ser cuidado: la pareja se situaría como primera opción, los hijos e hijas a continuación, seguidos por otros familiares o personas sin parentesco como amigos o vecinos, y, tras estos, las fuentes de apoyo formales públicas y privadas combinadas con el apoyo formal
- La escala de preferencias varía en los casos en los que no existen familiares directos que puedan ejercer los cuidados: primero, el apoyo correría a cargo de un/a trabajador/a que asiste de forma cotidiana pero no permanece en el hogar; segundo, con la asistencia de una persona que pernocta en el hogar; y tercero, en el traslado a una residencia.
- El apoyo formal público se utiliza como complementario del informal, a través de servicios como los centros de día, la teleasistencia, la ayuda a domicilio, el catering y la ley de dependencia. La demanda de un mayor apoyo institucional es expresada tanto por personas cuidadas como por familiares cuidadores.
- Se recurre al apoyo de cuidados privado, para el que hay que disponer suficientes recursos económicos, cuando el apoyo formal público ha sido denegado.
- No obstante, el modelo compensatorio del cuidado se difumina en las generaciones de mayores de menor edad, quienes conscientes los costos individuales del cuidado y como ruptura con la normatividad de las obligaciones filiales del apoyo, se declinan por el apoyo formal como primera opción.
- La preferencia por cuidadores formales, en exclusiva o combinados con cuidadores familiares, ha ido aumentando en las dos últimas décadas. Preferencias y comportamientos se influyen mutuamente dando lugar a un cambio generalizado que está haciendo habitual la externalización del cuidado fuera del ámbito familiar y la preferencia por ese modelo de cuidado. El rol de los servicios públicos y/o privados se demanda y valora de una forma más positiva que en el pasado.

# Capítulo V
# DISCRIMINACIÓN Y ABUSO EN EL ÁMBITO DE LOS CUIDADOS

1. Introducción

2. Cuidados, discriminación y protección institucional

2.1. Discriminación y cuidados en los informes del Defensor del Pueblo y las defensorías autonómicas

2.2. Discriminación y cuidados en los informes del Ministerio Fiscal

3. Discriminación en cuidados en tiempos de pandemia

3.1. Discriminación de las personas mayores en pandemia

3.2. Defensoría del Pueblo y Fiscalía

**Este Capítulo se dedica a** identificar las discriminaciones que las personas mayores padecen en relación con los cuidados. Desde el enfoque de los derechos, y desde la mirada de dos instituciones dedicadas a la defensa y garantía de los mismos —Defensor del Pueblo y Ministerio Fiscal—, se señalan las disfuncionalidades y vulneraciones de derechos en la aplicación de procedimientos o de prácticas inadecuadas, denunciadas y detectadas por estas dos instituciones y se describen las carencias, personales, materiales y organizativas, que afectan y han afectado (concretamente en el período de la pandemia de la Covid-19), al sistema residencial de los cuidados.

## 1. Introducción

En el Capítulo II, al hablar de los cuidados como derecho, se señaló como una de las perspectivas a tener muy presente el daño que puede infligirse a las personas mayores precisamente en el mismo proceso del cuidado, al negárselo o al practicarlo de manera inapropiada.

> ***La soledad no deseada es, probablemente, la situación más cercana a la negación absoluta del cuidado.***

Sobre todo teniendo en cuenta que el cuidado no es sólo el apoyo necesario para que los mayores puedan realizar las actividades básicas de la vida diaria, sino que también implica comunicación, la recepción de solidaridad, información, empatía, acompañamiento o confianza. Veremos más adelante (en la última Memoria de la Fiscalía General del Estado) que la soledad de las personas mayores es uno de los problemas más preocupantes y dolorosos de nuestras sociedades, un problema que de no abordarse impide que podamos considerarlas sociedades decentes.

En torno a los cuidados se producen en ocasiones situaciones de discriminación y abuso. Desde prácticas que denotan desprecio por las decisiones y la voluntad de las personas mayores hasta situaciones de maltratos y humillaciones de distinta intensidad, pasando por un número elevado de acciones que limitan su autonomía y merman su libertad.

En este Capítulo se abordará brevemente la discriminación en relación con los cuidados. En primer lugar, **desde la perspectiva de las dos instituciones constitucionales** encargadas de velar por los derechos de las personas mayores, el Defensor del Pueblo y los defensores autonómicos, así como el Ministerio Fiscal especialmente a través de la Fiscalía especial para los asuntos relacionados con la discapacidad y las personas mayores. Ambas instituciones son una garantía para el cumplimiento de las leyes y los derechos de la ciudadanía que, a través de las quejas y demandas y de las investigaciones que llevan a efecto, denuncian y actúan contra algunas malas prácticas relacionadas con los derechos de las personas mayores y sus cuidados. En segundo lugar, se abordará la **crisis sanitaria** que irrumpió en España en marzo de 2020, y que todavía, a fecha de publicación de este Informe, sigue produciendo un fuerte impacto sobre las personas mayores. Durante este periodo se multiplicaron las discriminaciones en el ámbito de los cuidados y se vulneraron los derechos humanos de las personas mayores.

## 2. Cuidados, discriminación y protección institucional

### 2.1. Discriminación y cuidados en los informes del Defensor del Pueblo y de las defensorías autonómicas

El Defensor del Pueblo de España y los defensores del pueblo autonómicos son instituciones públicas para la protección de los derechos constitucionales de la ciudadanía, previstas en la Constitución española y en algunos Estatutos de Autonomía. Su función consiste en defender los derechos fundamentales y las libertades públicas supervisando la actividad de las administraciones públicas.

***Desde sus primeras publicaciones, los informes de los diferentes defensores —tanto el estatal como los autonómicos— han recogido casos de procedimientos y prácticas inapropiadas por parte de las administraciones o, directamente, vulneraciones de derechos padecidos por las personas mayores. Entre unas y otras, son numerosas las que afectan al mundo de los cuidados.***

En primer lugar, hay que destacar que la gestión de las **pensiones** —uno de los temas recurrentes entre las quejas a los defensores— tienen relación con los cuidados. La universalidad y la suficiencia, en la medida en que se cumplen, contribuyen de manera directa a cubrir las necesidades básicas de las personas mayores, entre ellas las del cuidado. Sin embargo, más allá de este componente económico, de gran importancia, son dos los ámbitos en los que la ineficacia de las administraciones, cuando no las insuficiencias normativas, provocan un mayor daño a la protección de la autonomía y la dignidad de los mayores.

El primero de ellos se refiere a **la aplicación de la Ley 39/2006,** de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de *dependencia* (LAPAD), es decir, al reconocimiento y aplicación efectiva de los derechos en forma de prestación que la Ley de Dependencia atribuye a las personas que cumplan los requisitos para recibirlos. En este punto, el mal funcionamiento de la administración impacta de lleno en el derecho a los cuidados de las personas mayores.

De los informes, recomendaciones y resoluciones de los defensores del pueblo se deduce que, además de la determinante falta de financiación de la dependencia, **son las disfuncionalidades en el procedimiento administrativo** de resolución de las solicitudes las que causan un mayor daño al derecho a recibir la prestación. La petición reiterada de la misma documentación, las negaciones de revisión del grado de dependencia, la falta de medidas para dar continuidad en la protección de las personas en situación de dependencia beneficiarias de prestaciones que alternan temporalmente su residencia en dos o más comunidades autónomas por razones familiares, las dilaciones y retrasos en el procedimiento, tanto para el reconocimiento del derecho a recibir las prestaciones como para efectivamente recibirlas, son ejemplos de la vulneración (reiterada) del derecho positivo al cuidado delimitado por la LAPAD, una vulneración que afecta a todas las personas en situación de dependencia y que impacta de una forma especialmente grave en las personas de mayor edad. Por eso, de parte de los defensores, aparece de forma recurrente la recomendación de *"resolución en forma y plazo los procedimientos relativos a la situación de dependencia de los ciudadanos, y del derecho a las prestaciones del SAAD"* (véase en este punto § Capítulo VI, 4.4.).

El segundo de los ámbitos donde se producen mayores quejas, se refiere a **la atención a las personas mayores en centros residenciales.** Desde el año 2017 el Defensor del Pueblo viene dedicando un apartado específico en sus informes anuales con el título 'Atención a las personas mayores. Centros residenciales'. Y ya en el relativo a 2019 ha publicado una separata específica, lo que indica el creciente interés e importancia del tema.

No cabe duda de que al hablar de 'atención a las personas mayores en centros residenciales' se está hablando de **cuidados,** y de **cómo estos deben ser organizados, provistos y llevados a cabo.** De ahí el interés que ofrecen las consideraciones al respecto de las

instituciones públicas garantes de los derechos ciudadanos. En este sentido, un análisis de los informes del Defensor del Pueblo, y de algunos de los defensores autonómicos, revela que **las cuestiones** (de diferente naturaleza, pero todas importantes) **a resolver o mejorar permanecen,** y que, en consecuencia, deben ser atendidas de manera generalizada:

- Existe una gran **dispersión normativa** sobre los requisitos que deben reunir los centros residenciales para su acreditación y posterior autorización de funcionamiento. En este punto las comunidades autónomas deberían actualizar y armonizar dicha normativa.
- Falta **de datos y estadísticas fiables** sobre recursos de atención residencial, y ausencia de mecanismos eficaces entre las administraciones (estatal y autonómicas) que permitan compartirlos. Mayor información permitiría la adopción de estrategias de atención a las personas mayores más adecuadas.
- Se carece de un **número suficiente de plazas** públicas y concertadas de atención residencial para atender los derechos subjetivos derivados de la LAPAD. Por tanto, se requiere de un significativo esfuerzo presupuestario para dotar más plazas.
- No existe un **número suficiente de personal** en los centros residenciales, hecho que afecta directamente a la calidad del cuidado. Se requiere, en consecuencia, una profunda revisión al alza de las ratios de personal de atención directa, pues han quedado manifiestamente desfasadas.
- Se requiere una mejora de la **cualificación del personal** que presta sus servicios en el sistema residencial. Los poderes públicos tienen la obligación de impulsar planes de formación profesional específica para el desempeño de los diferentes puestos de trabajo que se desempeñan en él.
- Es necesario **revisar el modelo de residencias** hacia uno propiamente sociosanitario, con atención médica y de enfermería más amplia y extensa. Debe estudiarse su viabilidad y conveniencia.
- Se insiste en la necesidad de que las comunidades autónomas creen o en su caso incrementen **los servicios de inspección,** con personal correctamente formado, para que puedan llevar a cabo su función de vigilancia de forma eficaz, para que los centros mantengan los requisitos normativos exigidos para su correcto funcionamiento y unos niveles adecuados de calidad en la prestación del servicio de atención residencial de mayores.
- En relación con **procedimientos que pueden ocasionar humillación y maltrato,** se recomienda la minimización de las sujeciones físicas, aceptables excepcionalmente, cuando se hayan agotado todas las medidas alternativas y por prescripción facultativa. Sin consentimiento, las sujeciones solo caben en situaciones de grave riesgo y si se prolongan en el tiempo deben ser comunicadas a la autoridad judicial. Las sujeciones, tanto farmacológicas como físicas, suponen una de las mayores vulneraciones de los derechos humanos de las personas mayores que requieren cuidados. De hecho, España es uno de los países europeos donde más se aplican, lo que ha llevado a las principales organizaciones de defensa de las personas mayores a constituir la Plataforma Nacional sin Sujeciones.

Por último, en un ámbito que va más allá de la atención en centros residenciales, el Defensor del Pueblo considera la **oportunidad de una ley orgánica** que delimite las circunstancias extraordinarias vinculadas a la salud y al deterioro físico y mental en las que las personas en edad avanzada pueden tener que asumir limitaciones al ejercicio y realización de algunos de sus derechos fundamentales, es decir, aquellas situaciones en las que excepcionalmente podrían adoptarse medidas extraordinarias de restricción de la libertad y otros derechos (Defensor del Pueblo, 2019).

## 2.2. Discriminación y cuidados en los informes del Ministerio Fiscal

El Ministerio Fiscal es el órgano constitucional encargado de la promover la acción de la justicia en defensa de la legalidad, de los derechos de los ciudadanos y del interés público tutelado por la ley. Su misión cobra especial relevancia cuando se trata de la protección y garantía de los derechos de las personas especialmente vulnerables, grupo en el que se encuentran las personas mayores.

El artículo 4 del Estatuto Orgánico del Ministerio Fiscal, en su apartado Dos, estable que es función del mismo "visitar en cualquier momento los centros o establecimientos de detención, penitenciarios o de internamiento de cualquier clase de su respectivo territorio, examinar los expedientes de los internos y recabar cuanta información estime conveniente".

La creación en 2019 (puesta en marcha en noviembre de 2020) de la figura de **Fiscal de Sala de Protección de Personas con Discapacidad y Personas Mayores,** ha sido un avance importante para la lucha por la garantía de los derechos fundamentales, pues tiene como misión recibir denuncias, decidir las acciones y determinar las medidas de coordinación necesarias para responder a situaciones de vulnerabilidad de ambos grupos, que son muchas veces uno solo.

Más allá de cuestiones penales (las cuales, como se verá, han tomado protagonismo en el contexto de la gestión de la pandemia de la Covid-19), una de las intervenciones más importantes del Ministerio Fiscal que afecta al ámbito de los cuidados está relacionada con el ingreso no voluntario de las personas mayores en centros residenciales. Hay que partir de que:

***La libertad personal (art. 17 CE) y la libertad de residencia (art. 19 CE) también son derechos fundamentales de las personas mayores.***

De que la LAPD reconoce el derecho "a decidir libremente sobre el ingreso en centro residencial" (art. 4.2.g). Y de que tanto las leyes autonómicas dedicadas a proteger los derechos de los mayores (Ley 6/1999, de 7 de julio, de atención a las personas mayores de Andalucía, art. 45, y la Ley 5/2003, de 3 de abril, de atención y protección a las personas mayores de Castilla y León, art. 13), como las que regulan los servicios sociales, al regular los derechos de los usuarios de centros residenciales, exigen el **consentimiento expreso de la persona mayor** para ser ingresada.

Ya en 1990 la Fiscalía General del Estado puso de manifiesto las "graves y generalizadas irregularidades en los ingresos, especialmente en los centros en régimen de internado" (Instrucción 3/1990, de 7 de mayo, de régimen jurídico que debe de regir para el ingreso de personas en residencias de la tercera edad). La Fiscalía denunciaba que,

a pesar de ser ilegal desde 1983, **existía la práctica habitual de efectuar el ingreso sin el consentimiento del anciano ni intervención judicial, sólo acordada entre los familiares del interno y el centro residencial,** "llegando incluso a pactarse el régimen de internamiento, restringiendo o excluyendo la libertad personal al convenirse el régimen de salidas al exterior e incluso comunicaciones telefónicas o postales, lo que puede resultar gravemente atentatorio a derechos constitucionales básicos y a la dignidad de las personas."

Transcurridos treinta años desde esa Instrucción:

> ***La Fiscalía sigue insistiendo en la necesidad de no discriminar a las personas mayores en el ejercicio de su libertad de elección cuando se encuentran en situación de vulnerabilidad, y en la exigencia de autorización judicial cuando se pretenda un ingreso no voluntario.***

Así, por ejemplo, la Circular 2/2017, de 6 de julio, sobre el ingreso no voluntario urgente por razón de trastorno psíquico en centros residenciales para personas mayores, dispone que los Fiscales "valorarán especialmente el principio de libertad de elección y el derecho de protección social, dentro del marco de los arts. 49, 50 y 14 CE, de conformidad con lo dispuesto en la Ley de Dependencia".

Además de ello, y siempre en el ámbito de los cuidados, la Fiscalía tiene la misión de controlar no solo la legalidad del ingreso, sino **la corrección de la prestación.** Es decir, debe fiscalizar que las residencias geriátricas respetan los derechos de las personas mayores ingresadas, y para ello debe comprobar que su situación personal sea la correcta, vigilando especialmente el tema de los malos tratos y las sujeciones, tanto mecánicas como farmacológicas. Con carácter general, en sus visitas ordinarias el Ministerio Fiscal debe comprobar, entre otros extremos:

- Que el centro dispone de un reglamento de **derechos y deberes** de los residentes.
- Que existe una organización adecuada de las **visitas** a los residentes y de las **comunicaciones** de éstos con sus familiares y allegados.
- El cumplimiento por el centro de la normativa de la **protección de datos.**
- Que se realiza una **atención personalizada** y con respeto a la capacidad de decisión de las personas mayores.
- Que la atención sanitaria es respetuosa con la **autonomía** del paciente, y que se lleva a cabo en condiciones de **igualdad** con cualquier otro ciudadano.

En el caso que se constaten actividades de tipo fraudulento o una asistencia precaria o peligrosa para la salud y el bienestar psíquico y físico de los ancianos, **la Fiscalía habrá de ejercer las correspondientes acciones dirigidas a depurar responsabilidades civiles o penales,** y solucionar el problema. Con ese propósito, y para una mejor gestión del control, resulta imprescindible que la relación y la coordinación de la Fiscalía con los servicios sociales de la comunidad respectiva sean óptimas (Fiscalía General del Estado, 2011).

En su última Memoria (de 2020, todavía sin sección de la Fiscalía especializada, pues se constituyó en noviembre de ese mismo año), la Fiscalía General del Estado subraya

el **creciente control que vienen ejerciendo sobre los centros geriátricos a través de inspecciones** cada vez más numerosas. Hace mención, además, de la labor dirigida a mejorar el control para las autorizaciones judiciales de los ingresos no voluntarios, así como de la incoación de diligencias dirigidas a cambiar guardas de hecho (habitualmente de familiares) que no cumplen con sus funciones adecuadamente.

Sin embargo, si existe un denominador común a todo el territorio español es **el incremento del número de personas mayores solas, el aumento del número de las que fallecen en soledad, y la inexistencia de una red de apoyo comunitario adecuada que garantice una vida autónoma en su vivienda.** "Personas de edad muy avanzada, que, aunque no sufren enfermedad que limite su capacidad, sí se hallan en situación de vulnerabilidad o riesgo por la soledad y desamparo en el que se encuentran, al carecer de familiares directos o personas de confianza que velen por ellos y sus intereses, lamentando no contar con un sistema legal de apoyos, fuera de las figuras previstas en el Código Civil" (Fiscalía General del Estado, 2020).

En cualquier caso, hay que poner de manifiesto en este apartado que son escasas las personas mayores que tienen acceso a presentar quejas o denuncias a estas dos instituciones por falta de información, formación y habilidades necesarias para poder denunciar algunas de las circunstancias de discriminación y abusos de los que son víctimas. Numerosas organizaciones de promoción y defensa de los derechos de las personas mayores lo ponen de manifiesto, entre ellas *HelpAge,* y están trabajando para promover una mayor concienciación entre las personas mayores, que les permita acceder a estos instrumentos de protección.

## 3. Discriminación en cuidados en tiempos de pandemia

Las personas mayores son uno de los grupos de población más afectados por la pandemia del coronavirus.

> ***Las evaluaciones de HelpAge y otros estudios han revelado que, durante la pandemia Covid-19, las personas de edad han enfrentado altos niveles de miedo, ansiedad y depresión, con las consecuencias que ello acarreará en el futuro inmediato sobre su salud, física y mental.***

Esta angustia no carecía de justificación. En España, en los dos primeros meses de la crisis sanitaria que comenzó en marzo de 2019 asistimos a la muerte de más de 20.000 personas mayores, solo en residencias. En muchos casos esas muertes se produjeron porque se decidió no derivarlas a hospitales, es decir, porque se las excluyó de la atención sanitaria a la que tenían derecho.

> ***En algunas CCAA, al principio de la pandemia, se aprobaron protocolos de desviación hospitalaria que excluyeron a personas mayores con grado de dependencia 3 del traslado desde las residencias a los centros de salud. Por ser personas mayores, por ser dependientes, por su lugar de residencia.***

Esta discriminación letal, este 'triaje' ilegal (que más tarde fue corregido), ha sido la parte más dramática de las arbitrariedades y violaciones de derechos vinculados al ámbito de los cuidados sufridas por las personas mayores, pero no la única. **Mostró un**

**tipo de perspectiva y de toma (y ausencia) de decisiones sobre ellas y sus cuidados que debe ser rechazada** (y, en su caso, juzgada penalmente y condenada). Son varios los ensayos, informes y documentos publicados en el último año que han abordado de forma rigurosa cómo la pandemia ha sacado a la superficie el edadismo cultural que de forma inadvertida impregna la sociedad, así como los defectos más graves de la ausencia de un modelo de cuidados que evite las prácticas discriminatorias por razón de edad.

En lo que sigue y de forma muy sintética trataremos de resumir, por una parte, las discriminaciones y abusos que durante la crisis sanitaria se han producido en la debida provisión de cuidados a las personas mayores. De otra, se describirá la reacción de los dos órganos institucionales tratados en el apartado anterior —Defensor del Pueblo y Fiscalía— a la intromisión y vulneración de derechos que se han producido en este contexto.

## 3.1. Discriminación en el cuidado de las personas mayores en pandemia

La situación vivida a raíz de la crisis sanitaria ha sido excepcional, y ha creado un contexto de incertidumbre muy alto a que sin duda ha condicionado el esfuerzo realizado por las administraciones públicas y por los profesionales sociosanitarios. Sin embargo, **la excepcionalidad vivida y la falta de recursos no justifican actuaciones que han atentado arbitrariamente contra los derechos humanos de las personas mayores** y los principios fundamentales de la bioética *(HelpAge)*. Como se ha subrayado por la Mesa Estatal por los Derechos de las Personas Mayores:

> *"La atención a las personas mayores durante la crisis ha sido un claro ejemplo de la realidad actual en la que viven, donde su situación, los recursos destinados a su bienestar y su dignidad son obviados de manera cotidiana… **La pandemia ha puesto en evidencia la crisis en los derechos y en los cuidados,** iniciada hace años y que hunde sus raíces en causas más profundas."*

En este marco, han sido puestos en cuestión, por discriminatorios:

- Con carácter general, **el modelo público de cuidados.**

Durante la crisis sanitaria, ha quedado claro que **los centros residenciales** no poseen generalmente unas características que permitan hacer frente a una crisis sanitaria (Defensor del Pueblo, 2020; Grupo de Trabajo Covid y Residencias, 2020) por lo que, en la práctica, **han resultado ser un lugar de especial riesgo** para los derechos fundamentales de las personas mayores y las personas con discapacidad, para la protección de su vida y sus derechos personalísimos, lo que evidencia la necesidad de replantear el modelo.

Tampoco **el modelo de atención domiciliaria para las personas mayores y en situación de dependencia** responde a las previsiones de intensidad de la atención que el Libro Blanco de la Dependencia señalaba (Mesa Estatal, 2020), ni ha podido adaptarse a las necesidades reales de un número altísimo de personas que, como resultado, durante la pandemia, han quedado gravemente desatendidas en sus cuidados.

**Por lo demás,** el Instituto de Estudios Regionales y Metropolitanos de Barcelona (IERMB) informó de una encuesta que revelaba que **la pandemia ha triplicado el número de personas que afirman no tener a nadie con quien hablar de su día a día. La llamada**

**“soledad relacional”** supone que **más del 16% de la población del área metropolitana de Barcelona** afirmaba encontrarse en esta situación.

- En particular, ha sido **discriminatorio adoptar el criterio de la edad y la dependencia como base para establecer prioridades** en la atención sanitaria.

Desde 1991 el Tribunal Constitucional español (STC 69/1991) ha confirmado que la edad es una “circunstancia personal” de las recogidas en el artículo 14 CE y que, como tal, no puede ser razón para discriminación alguna. Más recientemente, la Carta de Derechos Fundamentales de la UE, en su artículo 21, ha incorporado esta circunstancia de manera expresa como excluyente de diferente trato, y el TJUE ha declarado el principio de no discriminación por razón de edad como principio general de Derecho comunitario (asunto *Mangold c. Helm,* de 22 de noviembre de 2005).

En concreto, la Ley 33/2011, General de Salud Pública, prevé que **todas las personas tienen derecho a que las actuaciones de salud pública se realicen en condiciones de igualdad, sin que pueda producirse discriminación por razón de edad…** En consecuencia, las posibles diferenciaciones solo pueden ser las que se deriven del propio proceso de tratamiento o de limitaciones de carácter objetivo.

Finalmente, el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, contemplaba, en su art. 4.3, que *«los actos, disposiciones y medidas […] deberán prestar atención a las personas vulnerables. Para ello, no será precisa la tramitación de procedimiento administrativo alguno».* Y entre esas personas vulnerables se encontraban, sin duda, las personas mayores con determinadas patologías previas, sobre las que la incidencia del virus se demostró enseguida especialmente agresiva (Presno, 2020).

***A pesar de la claridad antidiscriminatoria y proactiva de toda esta normativa, la pandemia ha aflorado un gravísimo cuestionamiento del principio de igualdad en la base del principio del cuidado, la garantía del derecho a la salud.***

Este cuestionamiento se habría materializado en la decisión protocolizada por parte de algunos gobiernos autonómicos de **no derivar a los hospitales a personas mayores contagiadas en las residencias.** Con indicaciones que no alcanzaban ni la entidad de una resolución administrativa, se habría excluido a los mayores con cierto grado de dependencia del derecho a la salud reconocido en la Constitución y en las leyes (ver Rico, 2020; Dossier infoLibre; Amnistía Internacional, 2020; CERMI, 2020).

De ser así, esta práctica habría dado la espalda a toda la legislación citada, a las Recomendaciones de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG) sobre decisiones éticas e ingreso en UCI en situación de crisis Coniv-19, y al compromiso del Ministerio de Sanidad de que «las medidas que se adopten estarán presididas por los principios de equidad, no discriminación, solidaridad, justicia, proporcionalidad y transparencia, entre otros». Asimismo, el Ministerio estableció que si la escasez de recursos, temporal o duradera, exigiera el establecimiento de criterios de priorización de acceso a los mismos, ello se haría con base en criterios objetivos, generalizables, transparentes, públicos y consensuados» (Ministerio de Sanidad, 2020; Grupo de Trabajo Covid y Residencias, 2020).

- También han sido **discriminatorias** algunas **decisiones ejecutivas limitadoras de derechos** relacionados con los cuidados y vinculadas a la decisión del confinamiento nacional.

En su Informe sobre el impacto de la Covid-19 en los derechos de las personas mayores, la Experta Independiente de Naciones Unidas sobre el disfrute de todos los derechos por las personas de edad afirma que ha quedado demostrado que durante la pandemia no se ha dado prioridad a los centros asistenciales en las distintas estrategias de seguridad y prevención que se han desarrollado, a pesar de que la mayor proporción de muertes atribuidas a la COVID-19 se produjo entre las personas de edades avanzadas.

Más bien al contrario, algunas de las decisiones adoptadas pueden cuestionarse como discriminatorias, por carecer de un fundamento adecuado. Así, entre las **restricciones específicas de la libertad personal y de circulación para las personas mayores, así como otras intromisiones en la intimidad familiar y el derecho a la salud,** no se entiende la razón por la cual las personas mayores de 70 años disponían de menos tiempo que otros grupos de edad para hacer ejercicio; ni las restricciones indiscriminadas a los visitantes a los hogares de cuidado.

En relación con la primera restricción, la Orden SND/380/2020, de 30 de abril, sobre las condiciones en las que se puede realizar actividad física no profesional al aire libre durante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 estableció los horarios en que los mayores de 70 años podían practicar deporte y pasear. Estableció para ellos 3 horas al día (de 10 a 12h y de 19 a 20h), mientras que para los menores de esa edad el número de horas era de 7 (de 6 a 10h. y de 20 a 23h).

Llama la atención (Presno, 2020) que unos días antes se había publicado la Orden SND/370/2020, de 25 de abril, sobre las condiciones en las que deben desarrollarse **los desplazamientos por parte de la población infantil** durante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. En esta orden se recogían las recomendaciones del Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas para evitar los efectos negativos, físicos, psicológicos y emocionales en la infancia a consecuencia de la epidemia ocasionada por el COVID-19. Esto dio lugar a que el número de horas de desplazamiento alcanzara a la de los adultos menores de 70 años (7 horas). Habida cuenta del demostrado impacto negativo que el aislamiento la falta de movimiento produce sobre la salud física y mental de las personas mayores (Grupo de Trabajo Covid y Residencias, 2020), es lícito pensar que dicha diferenciación no guardaba los criterios mínimos para aceptarla como adecuada al artículo 14 CE.

La Orden SND/380/2020, ya citada, consideraba en su preámbulo la importancia de la actividad física de las personas mayores "para mantener una adecuada funcionalidad". Sin embargo, añadía, poco después, que *"en esta fase no se contempla la práctica de la actividad física prevista en esta orden* (ya de por sí discriminatoria para los mayores de 70 años) *por parte de los residentes en los centros sociosanitarios de mayores»"*. De modo que, en este punto, **la normativa estableció una prohibición absoluta de realizar actividad física, y de circular libremente,** que afectó sin matiz a todos los residentes, tuvieran o no diagnosticado Covid-19. El argumento genérico que fundamentaba la restricción general —la protección de un grupo vulnerable— no puede compensar la grave intromisión en el principio de autonomía y la libertad de circulación de las personas, y contradice el principio según el cual la aplicación de medidas de aislamiento, confinamiento, pérdida de rutinas,

de actividad física, etc., cuando son de inevitable aplicación, deben mantenerse **solo por el tiempo que sea estrictamente necesario** (Grupo de Trabajo Covid y Residencias, 2020). Por todo lo cual nos encontramos ante **una prohibición que debe considerarse desproporcionada** (Presno) y por tanto contraria a la Constitución.

Por lo que se refiere al **régimen de las visitas,** la Orden SND/414/2020, de 16 de mayo, para la flexibilización de determinadas restricciones de ámbito nacional, determinó a competencia de las comunidades y ciudades autónomas sobre la realización de visitas a viviendas tuteladas y centros residenciales de personas con discapacidad y de personas mayores, subrayando el carácter excepcional (supuestos del final de la vida) para este último caso. Además, las visitas se sujetaron a un protocolo estricto (cita previa, un visitante por residente, uso de equipos de protección adecuados…) y quedaron excluidas en todo caso las visitas a los «centros residenciales de personas mayores en los que haya casos confirmados de COVID-19, o en los que algún residente se encuentre en período de cuarentena por haber tenido contacto estrecho con alguna persona con síntomas o diagnosticada de COVID-19». La Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos por las personas de edad recomendó, a este respecto, que, en lugar de prohibir todas las visitas, se establecieran medidas para mantener la seguridad de los residentes y del personal.

A partir de esta base las Comunidades Autónomas establecieron diferentes regímenes, desde los más 'abiertos' de Andalucía, Aragón y Galicia (apertura en Fase II a visitas y paseos, con regulación estricta), hasta los más estrictos de Asturias, Castilla – La Mancha, Murcia o País Vasco, en las que no se han permitido visitas ni paseos durante el primer período de alarma (del 14 de marzo al 20 de junio, 98 días). Nuevamente, con los mismos argumentos descritos en los apartados anteriores, las limitaciones indiscriminadas para todas las personas residentes deben considerarse desproporcionadas y atentatorias contra los derechos de las personas mayores (autonomía personal, intimidad familiar, derecho a la salud) y los principios básicos del buen cuidado.

La lista de vulneraciones sistemáticas de los derechos de las personas mayores durante la pandemia podría alargarse mucho más. Por dejar constancia siquiera de forma telegráfica de la realidad padecida por muchos de los residentes, quede consignado aquí que:

> ***Además de la vida, la autonomía personal, la salud, la libertad personal, la libertad de circulación y la intimidad personal y familiar, durante la pandemia se habría excluido a muchas personas mayores de otros derechos asociados directa e indirectamente al cuidado.***

## 3.2. La visión del Defensor del Pueblo y la Fiscalía

El **Defensor del Pueblo,** en el Informe presentado ante las Cortes en noviembre de 2020, titulado *Actuaciones ante la pandemia de Covid-19,* afirma la experiencia especialmente dura que está siendo la crisis sanitaria para las personas mayores (y sus familias) que se encuentran en centros residenciales.

Durante los dos primeros meses de la pandemia, el Defensor «recibió un número considerable de quejas en las que los familiares de los residentes ponían de manifiesto **carencias en la asistencia sanitaria,** y **falta de información y transparencia** por parte

de los centros, así como **problemas en la derivación a los hospitales…** las quejas reflejan la situación dramática que se vivió en muchos geriátricos…: medios muy básicos e insuficientes, insuficiente asistencia sanitaria, no derivación a los hospitales, falta de personal agravada por las bajas y cuarentenas causadas por el contagio, y escasa formación e información sobre cómo proceder para combatir un brote y, en consecuencia, graves problemas de organización».

Más tarde, la mayoría de quejas se dirigió a reclamar contra el régimen excesivamente restrictivo e indiferenciado de **las salidas y los paseos** de los residentes y las visitas de los familiares, así como contra las dificultades de mantener la plaza aquellas personas mayores no contagiadas que, de forma voluntaria y temporal, regresaron con sus familias durante la crisis.

El Defensor realiza un repaso de **las medidas que las consejerías de sanidad de las diferentes comunidades autónomas adoptaron** (o no) en distintos ámbitos:

- Refuerzos de la asistencia sanitaria, suministro de equipos de protección individual y realización de pruebas diagnósticas.
- Cobertura de las bajas laborales de los trabajadores de las residencias de mayores.
- Información continua y completa a las familias de las personas residentes del estado del familiar, de la situación general en el centro (número de contagiados…), así como del traslado dentro del centro o de derivación a otro centro residencial u hospitalario.
- Posibilidad de que los mayores puedan, de forma voluntaria y temporal, volver con sus familias durante la crisis sanitaria, sin pérdida de la plaza.
- Adopción de protocolos que permitan facilitar la despedida, al menos a un miembro de la familia, garantizando la seguridad.
- Restricciones a visitas y salidas de las residencias de mayores.

El enunciado del tipo de medidas que los gobiernos autonómicos encararon de diferente manera (según las circunstancias de cada territorio o la visión política de quienes los dirigían) indica **las líneas básicas de los problemas más importantes que durante la pandemia afectaron a los cuidados:**

- Calidad y suficiencia de **medios personales y materiales** dedicados al cuidado de los mayores.
- La **información** (al residente, a los familiares) de la propia situación y del contexto, necesaria para el equilibrio personal y para, autónomamente y dentro de los límites exigibles, tomar las decisiones que se deseen.
- **Limitaciones de derechos y libertades** adoptados de forma indiferenciada que, más allá del daño a la autonomía que producen, impactaron sobre la vida, sobre la salud física y mental, y sobre la intimidad familiar de las personas mayores.

A partir de aquí, la Defensoría plantea unas conclusiones - recomendaciones que, brevemente, podrían resumirse así:

1. La falta de **información, datos y estadísticas fiables** sobre las residencias aconseja que las administraciones adopten mecanismos eficaces para su recopilación y socialización.

2. El **tamaño** (grande) de los centros y, a pesar de ello, la imposibilidad en muchos de ellos de organizar monográficamente a los contagiados, debe llevar a una reflexión tanto sobre el tamaño de las residencias como en los protocolos de **prevención y reorganización** de las mismas.

3. Los **protocolos de derivación a hospitales** deben basarse en criterios clínicos a aplicar de forma individualizada, nunca en restricciones genéricas referidas únicamente a una determinada condición como la edad, la discapacidad o el grado de dependencia.

4. Ausencia de **planes eficaces de contingencia,** *plantillas* muy ajustadas, infraestructuras y **recursos materiales básicos** o insuficientes explican, por ejemplo, que durante los dos primeros meses de la pandemia, la dotación extraordinaria de personal y material no se llevó a cabo, o que se hiciera de manera muy imperfecta en muchos casos y territorios. Una previsión al respecto es imprescindible. Del mismo modo, con el objetivo de mejorar la calidad asistencial, se requiere una **revisión al alza de las ratios obligatorias de personal de atención directa y una mejor cualificación del mismo.**

5. Reiterado en Informes anterior, se subraya de nuevo la obligación de las comunidades autónomas de **reforzar los servicios de inspección** para que, de forma eficaz, controlen el cumplimiento de los requisitos exigidos para el funcionamiento y la calidad del servicio de atención residencial de mayores.

6. Por último, **las limitaciones genéricas, indiferenciadas** (y por eso desproporcionadas) **de derechos y libertades** de las personas mayores debe ser rechazada. La proporción, idoneidad y motivación son requisitos que dichas restricciones deben cumplir de forma rigurosa.

Por su parte, la **Fiscal de Sala de Protección de Personas con Discapacidad y Personas Mayores,** María José Crespo, describía en una intervención en el ICAM en marzo de 2021 la insuficiente justificación jurídica de la que adolecían las medidas adoptadas durante la pandemia en restricción de los derechos fundamentales de las personas mayores en residencias (ICAM, 2021), en la línea de lo expuesto en el § 3.1 de este mismo Capítulo. También reproducía un análisis de las carencias materiales y personales para los cuidados, muy similar al descrito por el informe del Defensor del Pueblo.

La Fiscalía ha llevado a cabo un **seguimiento de la situación de las personas mayores que viven en centros residenciales.** Ese seguimiento ha dado lugar a la apertura de numerosas **diligencias civiles** (para recopilar datos acerca de la situación en las que se encuentran las residencias y las personas alojadas en ellas, mantener el seguimiento de su evolución, y resolver problemas puntuales que requieran la intervención o impulso propios de la labor protectora del Ministerio Fiscal) y **penales** (como consecuencia de denuncias interpuestas por familiares y trabajadores de los establecimientos).

**Durante el primer año de la pandemia, la Fiscalía abrió cerca de 500 diligencias penales, de las que solo 27 dieron lugar a denuncia o querella.** Muy pocas quedan vivas

en este momento en los tribunales. Estas diligencias se incoaban a partir de denuncias de particulares o de organizaciones que, en síntesis, reclamaban **por asistencia defectuosa a los residentes,** por falta de organización del servicio debida a una ineficaz gestión de los medios materiales y personales de los centros, y por falta de información a los familiares de los residentes sobre el estado de salud de estos.

También, desde marzo de 2021, las fiscalías comenzaron a recibir **denuncias que reclamaban contra el rechazo a admitir las hospitalizaciones de residentes,** rechazos basados en criterios generales y no personalizados. Los criterios ordinarios deberían haber sido, por ejemplo, la agudización de mal estado de salud del residente, la imposibilidad de prestar la asistencia en su propio entorno, la posibilidad de recuperación, la tolerancia a los recursos que se le han de prestar en el hospital y el mayor beneficio del paciente.

La mayor parte de **las diligencias de investigación han sido archivadas.** Entre los motivos por los que se han sobreseído estas denuncias, la fiscalía de Barcelona, por ejemplo, señaló que los perjudicados habían acudido directamente a los tribunales, que los hechos ocurrieron en otras demarcaciones, que directamente se consideró que no había hechos punibles o que la tipificación planteada en la denuncia no era la adecuada (*La Vanguardia,* 3 de enero de 2021). En estos casos, la Fiscalía analizaba si la conducta desarrollada por las residencias era constitutiva de algún delito de omisión del deber socorro, denegación de asistencia sanitaria u homicidio imprudente, concluyendo que aquellas no hicieron "una dejación de su deber de cuidado y asistencia médica", sino que adecuaron su proceder "al marco normativo y a la realidad material a la que se enfrentaban en el momento de los hechos".

A pesar de lo declarado por la Fiscalía, la lectura de los decretos que acuerdan el archivo de muchas de las denuncias muestra que muchas de **las decisiones de archivo no han sido fruto de una verdadera investigación,** sino que se han basado, fundamentalmente, en los informes (naturalmente exculpatorios) de las propias residencias. En este sentido, debe recordarse que el Tribunal Supremo, en un auto de 18 de diciembre de 2020, ha declarado que resulta "necesario que existan datos objetivos que permitan imputar los concretos resultados lesivos producidos en cada caso y sobre cada persona afectada", es decir que exista (como argumenta la Fiscalía en sus decretos de archivo) una "relación de causalidad directa, completa e inmediata, eficiente y sin interferencias entre el hecho denunciado y su pretendida consecuencia".

Sin embargo, el Supremo, en el mismo Auto también exige "la evaluación, aunque sea provisional, de las circunstancias concretas en la que estos resultados se produjeron"; es decir, en los juzgados ordinarios deberá esclarecerse si "esos fallecimientos estuvieron asociados a decisiones políticas, administrativas o de gestión y si aquéllas son susceptibles de reproche penal. Habrá de indagarse también el origen y la autoría de resoluciones prohibitivas que impidieron que esas personas fueran trasladadas a centros sanitarios, anticipando así un prematuro estado de necesidad que, por su propia naturaleza, debía haber sido, siempre y en todo caso, un acto médico. La instrucción deberá esclarecer si la excepcionalidad derivada de las circunstancias vividas durante la pandemia justificaba decisiones que impidieron a los enfermos de mayor edad recibir la atención médica de la que eran merecedores y a la que, por supuesto, tenían derecho".

Esta argumentación del Tribunal Supremo dirigida a los jueces de instrucción (y que puede extenderse a las fiscalías) no está gozando de la receptividad que sería deseable ante

las numerosas denuncias de casos tan graves contra la vida y el derecho a los cuidados de las personas mayores. **La realidad ha sido que los tribunales no han llevado a cabo una instrucción "activa" de las demandas admitidas a trámite,** y vienen archivándolas hasta la fecha por 'falta de precisión' en las mismas; por ejemplo, por la imposibilidad de establecer una relación directa entre los protocolos y las muertes concretas de los ancianos a los que se denegó la derivación a los hospitales. Frente a ello, cabría exigir una mayor implicación investigadora en la instrucción, y tener presente, además, lo declarado por la Fiscal de Sala de Protección de Personas con Discapacidad y Personas Mayores, quien consideraba (ICAM, 2021) que **la puesta en riesgo de la salud y la vida de los residentes, algo que sin duda sí ha existido, debería ser suficiente** para que los tribunales siguieran con el curso de la investigación y el procedimiento penal.

Por todo lo relatado cabe decir que, al menos hasta ahora:

***La ausencia de un interés riguroso (por parte de las fiscalías y de los jueces de instrucción) por los protocolos de derivación hospitalaria y las consecuencias que de ellos se derivaron, así como la sorprendente ausencia de diligencias de investigación en la actividad instructora de los jueces (incluso en casos graves) han impedido hasta ahora responsabilidades jurídicas en algunas de las negligencias detectadas en las tareas de atención y cuidado de las personas mayores durante este contexto.***

## Ideas básicas del Capítulo V

- La soledad no deseada es la situación más cercana a la negación absoluta del cuidado.
- En la práctica del cuidado pueden producirse discriminaciones y abusos, por acción y por omisión.
- El Defensor del Pueblo y el Ministerio Fiscal son dos instituciones a quienes la Constitución y la Ley atribuyen competencias para proteger la dignidad y los derechos de las personas mayores, con carácter general y, en particular, en la aplicación de los servicios relacionados con los cuidados.
- El Defensor del Pueblo incluye en su Informe, desde 2017, un apartado específico dedicado a los centros residenciales. La revisión del modelo de residencias, la falta de plazas y de personal, así como la cualificación de este, son preocupaciones en las que insiste desde entones el Defensor.
- La Fiscalía subraya la necesidad del consentimiento expreso de la persona mayor para ser ingresada en una residencia. Desde noviembre de 2020 existe una sección de la Fiscalía especializada para la defensa de los derechos de las personas mayores y personas con discapacidad.
- La crisis sanitaria de la Covid19 ha puesto de manifiesto la disfuncionalidad e ineficacia del modelo de cuidados vigente. Durante la pandemia se han transgredido de forma gravísima los derechos de miles de personas mayores, las que vivían en sus casas y, de forma especialmente dramática, las ingresadas en los centros residenciales.
- El derecho a la vida y a no sufrir maltrato psíquico y físico, los derechos a la sanidad, a la intimidad personal y familiar, la libertad personal y la de circulación, así como aspectos básicos del principio constitucional de autonomía, han sido violados o limitados de forma desproporcionada.
- El Defensor del Pueblo y los defensores autonómicos así lo han subrayado. La Fiscalía, así como los jueces, han adoptado una posición mucho más tibia frente a las discriminaciones sufridas por las personas mayores.

# Capítulo VI
# LA ORGANIZACIÓN NORMATIVA DEL CUIDADO

1. Introducción

2. La LAPAD

2.1. La creación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia

2.2. ¿Qué es la dependencia? Definición y grados de dependencia según la LAPAD

2.3. Características principales del SAAD

2.4. Servicios y prestaciones

3. Normativa autonómica y local

3.1. Comunidad Valenciana

3.2. Extremadura

3.3. Madrid

3.4. Navarra

3.5. País Vasco

4. Carencias normativas

4.1. Financiación pública limitada

4.2. Familiarismo vs profesionalización

4.3. Problemas de cobertura

4.4. Trabas en el procedimiento

4.5. Carencias en la prevención de la dependencia

4.6. Carencias en la dimensión personal del cuidado

4.7. (Des)coordinación sociosanitaria

**Este Capítulo se dedica a** ofrecer una visión general de la normativa que existe en España para la protección de la dependencia y la promoción de la autonomía personal.

Se estudia fundamentalmente la LAPAD y su contenido, así como cinco casos autonómicos de desarrollo de la normativa estatal sobre dependencia y de otros ámbitos relacionados, como los servicios sociales.

Por último, se ofrece una visión crítica de la normativa actual resumiendo las carencias más señaladas.

## 1. Introducción

Este capítulo estudia la normativa que existe en la actualidad en España para la protección a la dependencia y la promoción de la autonomía personal, por su relevancia para la protección de los derechos de las personas mayores y para la provisión del cuidado que necesitan.

Nos centraremos fundamentalmente en la creación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (en adelante, SAAD) creado por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía y Atención a las Personas en situación de dependencia (en adelante, LAPAD). Esta Ley reconoce una serie de servicios y prestaciones a las que las personas con una situación de dependencia reconocida pueden acceder en nuestro país a través de las vías habilitadas en cada una de las Comunidades Autónomas. Además, también se estudiará el desarrollo que ha tenido lugar en una selección de Comunidades Autónomas, a nivel autonómico y local.

Se realizará un análisis jurídico, así como un análisis estadístico en relación con su aplicación. Además, se complementará con un enfoque descriptivo de la legislación y normativa en vigor con un enfoque crítico, en el análisis de las carencias normativas en la provisión de los cuidados en la actualidad, para lo que es importante atender a informes y a artículos doctrinales de relevancia sobre la materia.

En cuanto a la estructura del capítulo, en primer lugar, se estudiará el sistema creado por la LAPAD incluyendo el catálogo de servicios y prestaciones existentes.

En segundo lugar, se estudiarán los casos autonómicos de la Comunidad Valenciana, Extremadura, Madrid, Navarra y el País Vasco.

En tercer lugar, se analizan una serie de carencias normativas, en concreto, las limitaciones en la financiación, la prevalencia del cuidado familiar sobre los cuidados de tipo profesional, la cobertura limitada, las trabas en el procedimiento, la falta de coordinación sociosanitaria y la falta de atención a las dimensiones preventiva de la dependencia y promoción de la autonomía personal.

## 2. La LAPAD

A continuación se estudian los aspectos principales del sistema creado a partir de la aprobación y entrada en vigor de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía y Atención a las Personas en situación de dependencia, en concreto: una introducción en la que se atiende a la creación del sistema y a la protección que existía con anterioridad, y la integración del SAAD en los servicios sociales de las Comunidades; la definición y grados de dependencia según la LAPAD; las características principales del SAAD (principios, derechos, titulares); y el catálogo de servicios y prestaciones.

### 2.1. La creación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia

La aprobación, en 2006, de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre (LAPAD), supuso un hito en el sistema del bienestar español, ya que se crea el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), y se reconoce la protección a la dependencia y la promoción de la autonomía personal como derechos subjetivos.

Antes de la creación del Sistema Nacional de Atención a la Dependencia, integrado por una serie de prestaciones y de servicios a las que nos haremos referencia más adelante, existía un sistema de servicios sociales, que ofrecía prestaciones de apoyo de las personas mayores. El **antecedente histórico de este sistema** puede situarse en la aprobación de **la Constitución Española en 1978,** la cual incluye en su artículo 50 un mandato para los poderes públicos en el sentido de garantizar 'mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio.'

Durante los años 80 del siglo XX, se fue construyendo el sistema de servicios sociales. En 1978 se crearía lo que más tarde se denominó Instituto de Mayores y Servicios Sociales, conocido en la actualidad como IMSERSO, con la función de gestionar las prestaciones y los servicios de apoyo para las personas mayores y para las personas en situación de dependencia. Asimismo, con el desarrollo del Estado de las Autonomías, los servicios sociales pasaron a formar parte de las competencias exclusivas de las Comunidades Autónomas. Por su parte, para la creación de la red de los servicios sociales municipales tuvo importancia la Ley 7/1985 de Bases del Régimen Local, por la que se transfirió a los ayuntamientos la competencia para la prestación de servicios sociales.

De esta forma, antes de la aprobación de la LAPAD, las personas que precisaban de apoyos y cuidados para la realización de actividades en su vida diaria estaban atendidas por los servicios sociales municipales. Por ello, en relación con la distribución de competencias en materia de dependencia tras la aprobación de la LAPAD, la Ley prevé la **cooperación de las entidades locales** en la gestión de los servicios de atención a la dependencia (artículo 3.l y artículo 12), así como que **las Comunidades Autónomas** integrarán las prestaciones del sistema para la dependencia en las redes de los servicios sociales de las Comunidades (artículo 3.o), además de establecer tres niveles de protección del sistema que serán distribuidos entre las diferentes Administraciones (artículo 7):

a) Un **nivel de protección mínimo** que se establece por la Administración central, y cuyo importe se transfiere periódicamente a las Comunidades según el número de beneficiarios, regulado por el Real Decreto 1050/2013, de 27 de diciembre;

b) Otro **nivel de protección acordado** entre la Administración central y cada una de las Comunidades Autónomas;

c) En tercer lugar, un nivel **de protección adicional** que cada Comunidad pueda establecer (en el artículo 11).

Con la finalidad de acordar el marco de cooperación entre las administraciones, así como de adoptar criterios de actuación, programas, acordar las cuantías de las prestaciones y otras funciones previstas en el artículo 8, la LAPAD creó el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

## 2.2. ¿Qué es la *dependencia*? Definición y grados de dependencia según la LAPAD

Según la LAPAD, la dependencia es 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 personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para la autonomía personal (artículo 2.2).

Esta definición de dependencia contrasta con el marco conceptual del cuidado desarrollado en el Capítulo II, especialmente por hacer referencia la Ley al estado de carácter *permanente* en que se encuentran las personas en situación de dependencia. En cualquier caso, como también se menciona en ese Capítulo:

> ***El desarrollo de la LAPAD coincidiría únicamente con un núcleo esencial del cuidado, aquel dirigido a facilitar la realización de las actividades básicas de la vida diaria.***

Las actividades básicas de la vida diaria incluyen 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). Por ejemplo, la movilidad, el vestido, alimentación, continencia, el uso del retrete y el baño. Para la evaluación del grado de dependencia de una persona se utiliza el índice de Katz, según el cual, por ejemplo, una persona es independiente cuando se baña completamente sin ayuda o necesita ayuda solo para una parte del cuerpo, y es dependiente cuando necesita ayuda para lavarse más de una parte o para salir o entrar de la bañera.

La dependencia puede valorarse en tres grados. Para su valoración, un equipo de profesionales pertenecientes a los servicios sociales locales acude al domicilio para valorar la situación personal. Como se mencionaba, **la dependencia puede valorarse en los tres grados** siguientes:

- Grado III de **Gran Dependencia:** cuando una persona necesita ayuda para varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y necesita el apoyo continuo de un cuidador, o un apoyo generalizado para su autonomía.
- Grado II de **Dependencia Severa:** cuando una persona necesita ayuda para varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no necesita el apoyo continuo de un cuidador, o necesita un apoyo extenso (pero no generalizado) para su autonomía.
- Grado I de **Dependencia Moderada:** cuando una 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 necesita apoyo limitado (no generalizado ni extenso) para su autonomía personal.

Los grados de dependencia fueron relevantes para el calendario de incorporación de los potenciales beneficiarios al sistema de dependencia, para poder acceder a los servicios y prestaciones que se reconocen. Así, la LAPAD fue aprobada en 2006, pero en 2007 solo estaba prevista la incorporación de las personas valoradas en el Grado III de Gran Dependencia. En 2008, 2009 y 2010 se incorporarían las personas valoradas en el Grado II de Dependencia Severa (niveles 1 y 2). En 2011 podían incorporarse al sistema las

personas valoradas en el Grado I de Dependencia Moderada (nivel 2) y solo en 2015 podían incorporarse el resto de las personas valoradas en el Grado I de Dependencia.

## 2.3. Características principales del SAAD

En la LAPAD se regulan las características definitorias básicas del SAAD. Además de regular los grados de dependencia, en la Ley se regulan otras cuestiones como el catálogo de servicios y las prestaciones, los derechos y obligaciones de los beneficiarios, los requisitos, los principios inspiradores del sistema, o el modo de financiación. A continuación, hacemos referencia a algunas de estas cuestiones básicas que no están comentadas con mayor detalle en otros apartados.

En el artículo 3 de la LAPAD, se recogen los **principios** en los que se inspira la Ley para la creación del sistema de dependencia, entre ellos: el carácter público de las prestaciones; la universalidad, la igualdad efectiva y la no discriminación en el acceso; la atención integral e integrada; la personalización de la atención y la acción positiva para casos de mayor discriminación; la prevención, rehabilitación, estímulo social y mental; la permanencia de las personas en situación de dependencia en el entorno en el que desarrollan su vida siempre que sea posible; la participación de las personas en situación de dependencia; la inclusión de la perspectiva de género, etc.

Por lo que se refiere a los **derechos** que se reconocen en la LAPAD para las personas en situación de dependencia, además del derecho a acceder a las prestaciones y servicios previstos en la Ley, se reconoce el derecho 'a disfrutar de los derechos humanos y libertades fundamentales, con pleno respeto de su dignidad e intimidad', lo que implica un claro reconocimiento de la vinculatoriedad de los derechos humanos que se reconocen tanto en tratados internacionales de derechos humanos como en la Constitución Española, como derechos fundamentales. Otros derechos que se reconocen son, por ejemplo, el derecho a la información completa y continuada en términos comprensibles y accesibles, el derecho a la confidencialidad de los datos, el derecho a la participación en la formulación de las políticas que puedan afectar a su bienestar, el derecho a decidir sobre el ingreso en un centro residencial, etc. (artículo 4.2).

Además:

***El artículo 4.3 de la LAPAD incluye un claro mandato a los poderes públicos para adoptar las medidas necesarias para garantizar el ejercicio de los derechos reconocidos, sin más limitaciones en su ejercicio que las directamente derivadas de la falta de capacidad de obrar que determina su situación de dependencia.***

Por lo que se refiere a las **obligaciones,** se establece que 'las personas en situación de dependencia y, en su caso, sus familiares o quienes les representen, así como los centros de asistencia, estarán obligados a suministrar toda la información y datos que les sean requeridos por las administraciones competentes para la valoración de su grado de dependencia, a comunicar todo tipo de ayudas personalizadas que reciban, a aplicar las prestaciones económicas a las finalidades para las que fueron otorgadas y a cualquier otra obligación prevista en la legislación vigente'(artículo 4.4).

En relación con los **requisitos** para ser titulares de los derechos que reconoce la LAPAD, además de encontrarse en situación de dependencia reconocida de acuerdo con los términos de la Ley, los solicitantes deberán ser españoles, tener cualquier edad (salvo con particularidades para los menores de 3 años), y residir en territorio español durante cinco años, dos de los cuales habrán de ser inmediatamente anteriores a la fecha de presentación de la solicitud. Los extranjeros residentes en España se regirán por la Ley Orgánica 4/2000 de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.

Por último y por lo que se refiere a la **financiación** del sistema, de acuerdo con lo comentado en el apartado anterior en relación con los tres niveles de protección del SAAD (un nivel de protección mínimo de la Administración central, otro nivel de protección acordado entre la Administración central y cada una de las Comunidades Autónomas, y el nivel de protección adicional que cada Comunidad pueda establecer), la financiación del sistema corre a cuenta tanto de la Administración central como de las Comunidades. Se prevé, además, la participación de los beneficiarios en la financiación de las prestaciones de dependencia (artículo 33 de la LAPAD), es decir, el copago del usuario en la financiación de las prestaciones.

## 2.4. Servicios y prestaciones

La LAPAD reconoce un Catálogo de servicios, así como prestaciones económicas, si bien establece en su artículo 14 que los servicios tienen carácter prioritario, prestados por parte de los servicios sociales de las Comunidades mediante centros y servicios públicos o privados concertados acreditados. Así pues, solo de no ser posible prestar la atención necesitada al beneficiario a través de estos servicios, tendrá lugar el acceso a la prestación económica vinculada al servicio, dirigida a la cobertura de los gastos. Otra prestación económica es la dirigida para que la atención se preste por cuidadores no profesionales, así como la prestación económica de asistencia personal. Además, el Real Decreto 1050/2013, de 27 de diciembre, por el que se regula el nivel mínimo de protección, incorporó como criterio de reparto el tipo de prestación, valorando positivamente la prestación de servicios por encima de las prestaciones económicas, con el objetivo de estimular la prestación de servicios profesionales.

El acceso a las prestaciones y a los servicios está determinado por el grado de dependencia y, a igual grado, por la capacidad económica del solicitante. Así, el catálogo de servicios comprende:

a) Los servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal.

b) El servicio de teleasistencia.

c) El servicio de ayuda al domicilio.

d) El servicio de centro de día y de noche.

e) El servicio de atención residencial.

Estos servicios se incluyen en la LAPAD, pero vienen desarrollados en el Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia:

1. **Los servicios de prevención de las situaciones de dependencia y de promoción de la autonomía personal.** Tienen la finalidad de prestar atención con el objetivo de evitar el agravamiento del estado de dependencia, y de desarrollar y mantener la autonomía personal para la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria. Algunos de los servicios son la habilitación y la terapia ocupacional, la estimulación cognitiva, la habilitación psicosocial y los cuidados en alojamientos de soporte a la inclusión comunitaria.

2. **El servicio de teleasistencia** atiende a las personas beneficiarias mediante el uso de tecnologías de la comunicación, normalmente en casos de respuesta a situaciones de emergencia, o situaciones de inseguridad, soledad y aislamiento; con el objetivo de favorecer la permanencia de la persona en su domicilio. Se trata, fundamentalmente, de llamadas telefónicas, garantizando una atención permanente a la que puede accederse al presionar el botón en forma de pulsera o collar del que disponen las personas usuarias y que deben llevar siempre consigo.

3. **La ayuda a domicilio** consiste en la prestación de servicios en el domicilio de las personas en situación de dependencia, con el fin de atender las necesidades básicas de la vida diaria e incrementar su autonomía, posibilitando la permanencia en su domicilio. La intensidad el servicio se calcula en número de horas mensuales de atención, y puede consistir en la atención personal para las actividades de la vida diaria, así como en la atención a las necesidades del hogar o domésticas, tales como limpieza, lavado, cocina u otros.

4. **El servicio de centro de día y de noche** consiste en atender a las personas beneficiarias en centros públicos o acreditados, bien durante el día o durante la noche, en ambos casos variando la intensidad de la atención en función de las necesidades específicas de las personas. Algunas de las actividades que se realizan son la estimulación cognitiva, la fisioterapia y la rehabilitación tanto física como cognitiva y el apoyo social y emocional a los familiares Los centros pueden ser centros de día para mayores, centros de días para menores de 65 años, centros de día de atención especializada, y centros de noche.

5. **El servicio de atención residencial** ofrece una atención personalizada, integral y continuada, de carácter personal, social y sanitario, que se presta en centros públicos o privados acreditados, teniendo en cuenta la situación de dependencia y los cuidados de que precise la persona. El servicio puede tener carácter permanente, cuando la residencia supone la residencia habitual de la persona, o temporal, cuando se trate de estancias temporales por convalecencia o enfermedades, fin de semana, vacaciones o periodos de descanso de los cuidadores. Existen dos tipos de centros, aquellos para personas mayores en situación de dependencia, y los centros a personas en situación de dependencia en función de los tipos de discapacidad.

En cuanto a las prestaciones económicas, se trata fundamentalmente de tres prestaciones:

1. **La prestación económica vinculada a un servicio** de atención a la dependencia, cuando no sea posible el acceso al servicio público o concertado, en función de la situación de dependencia y de la capacidad económica de la persona. La prestación está vinculada a la adquisición del servicio.

2. **La prestación económica de asistencia personal** se dirige a la contratación de un cuidador profesional durante un número de horas determinado con la finalidad de contribuir a la mejora de la autonomía de las personas en situación de dependencia en el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria.

3. **La prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales** tiene carácter excepcional, y se reconoce cuando el cuidador de la persona en situación de dependencia sea el cónyuge u otros familiares hasta el tercer grado de parentesco, que conviva en el mismo domicilio que la persona en situación de dependencia, y haya cuidado de la misma durante un año previo a la solicitud de la prestación. Estos requisitos se suavizan cuando se trate de áreas despobladas o rurales con carencia de recursos públicos o privados acreditados, de acuerdo con el artículo 12 del Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre. Además, la persona cuidadora no puede estar en situación de dependencia, debe asumir formalmente el compromiso de los cuidados, deberá realizar acciones formativas cuando se le propongan, y deberá permitir el acceso de los servicios sociales a la vivienda a fin de comprobar el cumplimiento de estos requisitos.

Las prestaciones económicas son, en principio, incompatibles entre sí y con los servicios, salvo con los servicios de prevención de la dependencia y de promoción de la autonomía personal y de teleasistencia. Por su parte, los servicios serán incompatibles entre sí a excepción del servicio de teleasistencia, el cual será compatible con el servicio de prevención de la dependencia y de promoción de la autonomía, de ayuda a domicilio y del centro de día y de noche. Ahora bien, las Administraciones Públicas pueden establecer la compatibilidad entre las prestaciones de apoyo y la atención domiciliaria.

## 3. Normativa autonómica y local

Como ya se ha comentado:

***Los servicios y las prestaciones que se reconocen en la LAPAD están integrados en la red de servicios sociales municipales que existen en cada Comunidad Autónoma. A nivel autonómico, sin embargo, existen grandes diferencias entre los servicios y prestaciones que se encuentran disponibles, ya que algunas Comunidades amplían la oferta de servicios prevista a nivel estatal en la LAPAD, o destinan un mayor nivel de financiación.***

Por ejemplo, en 2019 el País Vasco destinaba de media 368 euros al año por persona dependiente, frente a los 95 de las Islas Canarias. Hemos seleccionado cinco Comunidades Autónomas en relación con las cuales se resume de forma breve los aspectos más relevantes en materia de dependencia. Se trata de la Comunidad Valenciana, la Comunidad de Madrid, Extremadura, Navarra y el País Vasco. De un lado, la Comunidad Valenciana, Navarra y el País Vasco han aprobado de forma reciente normativa ampliando el catálogo de servicios para las personas dependientes y asimismo servicios de apoyo para las personas cuidadoras. De otro lado, se estudian los casos de la Comunidad de Madrid y de Extremadura, por tratarse de territorios que representan, de un lado la capital del país y, de otro, aquello que se ha venido denominando la 'España vaciada'.

## 3.1. Comunidad Valenciana

En la Comunidad Valenciana se aprobó hace cuatro años el Decreto 62/2017, de 19 de mayo, del Consell, por el que se establece el procedimiento para reconocer el grado de dependencia a las personas y el acceso al sistema público de servicios y prestaciones económicas. El objetivo es el de regular el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia de conformidad con la LAPAD, así como determinar la composición y funciones de los órganos competentes para ello y establecer los requisitos, condiciones y compatibilidades de los servicios y de las prestaciones económicas.

Cabe destacar algunas particularidades de la protección a la dependencia en el ámbito autonómico valenciano que hacen que sea posible considerarla más garantista que la protección estatal, por añadir algunos elementos de protección adicionales. Por ejemplo, se desarrolló la prestación económica vinculada al servicio con el objetivo de que nadie se quede sin plaza en un centro residencial por no poder sufragar los gastos. Esta prestación se regula en el artículo 34 del mencionado Decreto 62/2017, el cual dispone que en el supuesto de que no se disponga de plaza pública residencial adecuada al grado de dependencia en un radio de 20 km. respecto al domicilio de la persona en situación de dependencia, 'se ofertará a la persona usuaria, como medida sustitutiva de la plaza pública, la posibilidad de percibir una prestación económica vinculada al servicio residencial'. Asimismo, las iniciativas 'Menjar a casa' y 'Major a Casa' se dirigen a mejorar la nutrición de las personas mayores, ofreciendo un servicio integrado de comida a domicilio, lavandería y limpieza del hogar. Estos servicios se pueden entender como parte de los servicios de promoción de la autonomía personal.

Otra particularidad del caso valenciano es la iniciativa del gobierno autonómico de reconocer a los herederos o herederas de personas fallecidas a las que se les hubiera reconocido la situación de dependencia y que tuviesen pendiente el cobro de una prestación, el derecho a sucederle solicitando el abono. Para ello, la solicitud habrá de formularse ante la Dirección General de Atención Primaria y Autonomía Personal de la Vicepresidencia y Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas. De igual forma, es posible solicitar responsabilidad patrimonial por parte de las personas afectadas por el copago en los centros y residencias o por la minoración de la cuantía de la prestación para el cuidado no profesional en el entorno familiar.

Asimismo, desde esta Conselleria se abrió en 2020 un trámite de consulta pública previa sobre el proyecto de decreto por el que se modificaría el Decreto 62/2017, de 19 de mayo, con el objetivo de recoger la opinión de la ciudadanía, organizaciones y asociaciones antes de la elaboración del proyecto normativo. En este mismo sentido cabe mencionar la Ley 3/2019, de 18 de febrero, de la Generalitat, de Servicios Sociales Inclusivos de la Comunidad Valenciana. A esta Ley le antecedió igualmente un proceso participativo que fue premiado en los Premios Europeos de Servicios Sociales 2020 organizados por la Red Social Europea, reconociendo la innovación y la excelencia en la prestación de servicios sociales.

En el ámbito de los servicios sociales, la Ley 3/2019, de 18 de febrero, de la Generalitat, de Servicios Sociales Inclusivos de la Comunidad Valenciana estructura el Servicio Público de Servicios Sociales en la Comunidad, y crea el **mapa de servicios sociales de la Comunitat Valenciana.** El objetivo es el de establecer una distribución equitativa de los recursos y prestaciones, garantizando igualdad en la provisión y en el acceso a los servicios

sociales en la Comunidad. Esta Ley fue recurrida por más de 50 diputados del PP ante el Tribunal Constitucional, que sin embargo entendió en 2020 que una ley autonómica sí puede imponer a sus diputaciones provinciales que aborden ciertas actuaciones en materia de servicios sociales. De esta forma, por primera vez cada departamento de servicios sociales debe contar con una persona de referencia con funciones de supervisión.

Por último, otra iniciativa interesante ha sido la de **ofrecer a los cuidadores** en el entorno familiar de la Comunidad Valenciana, la **posibilidad de obtener una cualificación profesional** que les permita integrarse profesionalmente en el sector de atención a personas dependientes. Para ello, se creó en la Comunidad Valenciana el censo de personas cuidadoras en el entorno familiar para concretar qué personas cuidadoras de la Comunidad Valenciana estaban interesadas en participar. Asimismo, se aprobó una convocatoria en diciembre de 2020 regulando el procedimiento para reconocer la competencia profesional de aquellas personas que puedan demostrar su experiencia como cuidadoras y las competencias adquiridas.

En relación con el número de personas beneficiarias del SAAD en la Comunidad Valenciana, este ha aumentado de forma considerable en los últimos años, desde las 41.662 personas a 30 de septiembre de 2015, hasta la actualidad, con 108.759 personas a 3 de mayo de 2021. Sin embargo, todavía hay 13.381 personas en lista de espera para recibir una prestación o servicio del SAAD en el territorio valenciano.

## 3.2. Extremadura

Los servicios y prestaciones para la protección a la dependencia que existen en la Comunidad de Extremadura son esencialmente los mismos que los previstos en el marco de la LAPAD, si bien se organizan actividades especialmente dirigidas para las personas mayores. También, a raíz de la pandemia del COVID-19 se pusieron en marcha una serie de recursos y actividades en línea gratuitas, como ejercicios o actividades de ocio como visitar museos, charlas sobre fotografía o consejos para manejar internet. Además, se desarrollaron ayudas excepcionales disponibles a nivel local para ofrecer apoyo en la vida diaria, como acompañamiento telefónico, servicio de comidas preparadas o realización de compras de alimentos y de farmacia a domicilio.

Como normativa autonómica cabe destacar el Decreto 1/2009, de 9 de enero, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la Comunidad Autónoma de Extremadura, así como la ORDEN de 30 de noviembre de 2012 por la que se establece el catálogo de servicios y prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, la intensidad de los servicios y el régimen de compatibilidades, aplicables en la Comunidad Autónoma de Extremadura. En esta última norma se regula el catálogo de servicios ofrecidos en Extremadura. Así, por ejemplo, los servicios de promoción de la autonomía incluyen los de habilitación y terapia ocupacional, la atención temprana, la estimulación cognitiva, la promoción, mantenimiento y recuperación de la autonomía funcional, la habilitación psicosocial para personas con enfermedad mental o discapacidad intelectual, y los apoyos personales y cuidados en alojamientos especiales (viviendas tuteladas).

Algunas actividades que resultan de interés y que están dirigidas a las personas mayores son las actividades para el **funcionamiento cognitivo** como 'Ajedrez Saludable'

o 'Entrenamiento de la Memoria', para la **participación social y cultural,** a través de programas como Clubes de Lectura y otras actividades culturales, el Certamen Literario Experiencia y Vida, Programas Intergeneracionales, Voluntariado, etc.; y para la **seguridad física y emocional, con programas** como 'El Ejercicio Te Cuida', Estrategia de cronicidad y Plan de Salud del SES, Escuelas de Cuidados y Salud del SES, Programa para la Prevención de Caídas: '8 pasos', Acciones Formativas para la Prevención de la Violencia de Género y del Maltrato a las Personas Mayores.

El Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD), es un ente público sometido al derecho administrativo, creado mediante Ley 1/2008, de 22 de mayo, y adscrito a la Consejería competente en materia de dependencia. La finalidad de este Servicio es administrar y gestionar los servicios, prestaciones y programas sociosanitarios en el marco de la LAPAD.

En diciembre de 2020, 29.065 personas cobraban alguna ayuda a la dependencia en Extremadura, frente a las 34.750 personas que tenían reconocido el derecho a hacerlo. En este sentido, la lista de espera a diciembre de 2020 era de un total de 5.685 personas.

### 3.3. Madrid

Madrid fue la Comunidad de España más afectada por las muertes de personas mayores por COVID-19 en las residencias y centros de personas mayores, estimándose que se produjeron unas 7.600 muertes durante la primera ola de la pandemia, sin que muchos de ellos pudieran tener acceso a su derecho de asistencia sanitaria. Posiblemente como respuesta a esta situación, la Comunidad ha actualizado en 2021, las medidas a aplicar en los centros residenciales de personas mayores; por ejemplo, la Guía de medidas en centros residenciales sociosanitarios de mayores y las medidas frente a la infección por Coronavirus en centros residenciales sociosanitarios de mayores. De acuerdo con esta Guía, ante la sospecha de un caso de COVID-19 en un centro, el personal procederá al aislamiento del residente afectado y notificará a los servicios de salud. Durante fines de semana y festivos se contactará con el SUMMA y con el Sistema de Alerta Rápida en Salud Pública. Asimismo, se establece que los casos confirmados que no cumplan criterios de hospitalización deberán permanecer aislados. Se indica que el seguimiento y el alta de los casos serán supervisados por el médico responsable, entendiéndose que será este personal el que determine si se cumplen o no criterios de hospitalización. Asimismo, se ha actualizado el Protocolo COVID para centros de día de personas mayores.

Las prestaciones económicas y los servicios a los que puede accederse en la Comunidad de Madrid en materia de protección a la dependencia son las mismas que las previstas en la LAPAD. Entre las prestaciones se incluyen la prestación económica vinculada al servicio, la prestación económica para el cuidado familiar y la prestación económica de asistencia personal. Los servicios también se tratan de los mismos, fundamentalmente; las residencias para personas mayores, los centros de día para personas mayores, la ayuda a domicilio, la teleasistencia, la atención temprana, y los centros para personas con discapacidad. En este caso, se diferencia entre centros para personas mayores y centros para personas con discapacidad. El servicio de atención temprana solo se dirige a niños entre 0 y 6 años. Otros servicios de prevención de la dependencia que sí se encuentran reconocidos en el Decreto 54/2015, de 21 de mayo, por el que se regula el procedimiento para reconocer la situación de dependencia y el derecho a las prestaciones del sistema

para la autonomía y atención a la dependencia en la Comunidad de Madrid, como la terapia ocupacional, la estimulación cognitiva, los apoyos personales o el cuidado en alojamientos especiales, no se encuentran mencionados entre los servicios ofrecidos en la información en línea disponible de la Comunidad de Madrid.

Según la Comunidad de Madrid, si una persona en situación de dependencia renuncia a una plaza en un centro, se le excluye de la lista de acceso y, además, si el beneficiario tuviera reconocida una prestación causa económica para cuidados en el entorno familiar, se considera que concurre una de extinción del derecho a dicha prestación económica.

Según el XXI Dictamen del Observatorio Estatal para la Dependencia, publicado en febrero de 2021, se redujo la inversión en protección a la dependencia en la Comunidad de Madrid en el año de la pandemia en 135 millones de euros, un 10%. Además, el informe sitúa en 4.782 las personas fallecidas entre marzo y diciembre de 2020 que se encontraban en lista de espera. Se estima que el sistema perdió en 2020 a 10.742 dependientes en la región debido al fallecimiento, equivalente a un 7% menos de personas atendidas, en comparación con el conjunto del país donde aumentó un 0,8%, según el dictamen.

A 31 de mayo de 2021, el número de personas en lista de espera para el servicio de atención residencial era de 637 personas y para los centros de día era de 2.446 personas; para el servicio de atención domiciliaria, este número era de 8.419 en Madrid y de 11.646 en el resto de la Comunidad; 4.980 personas en lista de espera para el servicio de teleasistencia; 2.056 personas para la prestación económica vinculada al servicio, 909 personas para la prestación para el cuidado familiar y solo había 1 persona en lista de espera para la prestación de asistencia personal. En total, había un total de 31.093 a la espera de recibir uno de los servicios o prestaciones del SAAD en la Comunidad de Madrid.

## 3.4. Navarra

La Comunidad Foral de Navarra ha aprobado recientemente un Decreto foral que situaría en el centro de los cuidados la importancia de la atención centrada en los deseos y preferencias de la persona cuidada. Se trata del Decreto foral 92/2020, de 2 de diciembre, por el que se regula el funcionamiento de los servicios residenciales, de día y ambulatorios de las áreas de mayores, discapacidad, enfermedad mental e Inclusión social, del sistema de servicios sociales de la Comunidad Foral de Navarra, y el régimen de autorizaciones, comunicaciones previas y Homologaciones. Asimismo, en el ámbito de los servicios sociales sigue vigente la Ley Foral 15/2006, de 15 de diciembre, de Servicios Sociales.

En la exposición de motivos de esta norma se explica en qué consiste el cuidado centrado en la persona y los cambios que implementa la norma para avanzar en este sentido. En la línea de lo que se explicará en el capítulo VII, la atención centrada en la persona busca armonizar la organización de los servicios de atención con las preferencias y deseos de quienes precisan atención o cuidados, pasando de un modelo asistencialista a otro basado en la autonomía de la persona receptora de atención como sujeto de derechos. Así pues, la norma introduce cambios en esta línea en relación con los principios de funcionamiento, los derechos y deberes de las personas cuidadas, los requisitos de los servicios, la regulación de unidades de convivencia, la introducción de la figura de profesional de referencia o facilitador de apoyos, y los estándares de calidad para prestar

servicios en el ámbito de los servicios sociales. De acuerdo con este nuevo Decreto, la persona cuidada participa en la elaboración del propio Plan de atención individual.

Una novedad destacable es el requisito de que los centros residenciales de nueva construcción y en las obras de los ya existentes que supongan la ampliación de más de quince plazas, incorporen el servicio de unidades de convivencia dentro de los centros, con un máximo de 16 personas. El objetivo es tratar de asimilar los centros a los hogares, buscando un servicio más personalizado. Además, se facilita el régimen de autorizaciones para iniciativas piloto que tengan como objetivo nuevas alternativas habitacionales, como los alojamientos colaborativos.

Entre los derechos de las personas usuarias del artículo 41, entre los que más relación guardan con la atención centrada en la persona se encuentran el de recibir un trato personalizado, afectuoso, digno y respetuoso con su intimidad, identidad y creencias, poniendo en valor y respetando la singularidad de cada persona, acercándose a sus biografías, circunstancias y proyectos de vida personales y atendiendo la diversidad como un elemento de riqueza; o el de decidir, sin menoscabar la organización del centro, los horarios de acostarse o levantarse, o las horas de las comidas. Además, se ha de garantizar la intimidad corporal y espacial de las personas procurando ampliar y atender en la medida de lo posible la demanda de habitaciones individuales. En definitiva, se trata de un catálogo de derechos más amplio que aquél previsto en la LAPAD y comentado en el apartado primero de este capítulo. Asimismo, se amplía el catálogo de derechos del artículo 6 de la Ley Foral 15/2006, de 15 de diciembre, de Servicios Sociales.

Por lo que se refiere a la cartera de servicios para la dependencia, según el Decreto Foral 69/2008, 17 de junio por el que se aprueba la Cartera de Servicios Sociales de Ámbito General, los servicios son los de atención residencial, atención diurna y nocturna, el transporte adaptado y asistido, el servicio telefónico de emergencia y los ingresos temporales. Sin embargo, además, suelen convocarse ayudas de apoyo adicionales, como, por ejemplo, la Convocatoria de ayudas para el fomento de la autonomía y prevención de la dependencia a las personas mayores y/o a personas con discapacidad para el año 2021. Estas ayudas están dirigidas, no sólo a las personas que tengan la dependencia reconocida, sino además a otras personas mayores de 65 años que presenten patologías acreditadas mediante informe facultativo del sistema de salud que les ocasionen la pérdida de autonomía para alguna función. Se ofrecen, pues, productos de apoyo facilitadores del cuidado, para la comunicación y para la movilidad personal.

Además, se ofrecen otras ayudas adicionales, como las subvenciones a entidades de iniciativa social y sin ánimo de lucro que intervienen en el área de personas mayores para el año 2021, las cuales tienen como objetivo fomentar el asociacionismo y el desarrollo de actividades que favorezcan el envejecimiento activo y saludable. Las residencias y los centros de día no pueden acceder a estas ayudas.

De acuerdo con el III Informe sobre la Dependencia en Navarra de 2019 elaborado por el Observatorio de la Realidad Social, por lo que se refiere a la distribución de los servicios y prestaciones para la dependencia entre la población navarra, si bien la concesión de servicios fue superior a la de las prestaciones entre 2010 y 2016, durante 2017 y 2018 se produjo un cambio en la distribución y en 2019 se retornó a la distribución anterior, volviendo a prevalecer los servicios. La prestación para la prevención de la situación de dependencia y promoción de la autonomía personal ha crecido de forma considerable con

401 nuevas plazas, debido a que su concesión comenzó en 2016 así como al incremento de las plazas de centro ocupacional. Asimismo, la ayuda económica para la contratación de cuidadores profesionales comenzó a concederse en 2019 y en solo un año se han concedido 765 prestaciones. A diciembre de 2019, había 505 personas con la dependencia reconocida a la espera de recibir una prestación o servicio.

## 3.5. País Vasco

Los servicios sociales en el País Vasco están principalmente regulados por las Diputaciones Forales de Vizcaya, Álava y Guipúzcoa. En materia de dependencia, los servicios y las prestaciones existentes son los previstos a nivel estatal en la LAPAD, pero además se añaden otras prestaciones y servicios. Cabe destacar que existen servicios de alojamiento para personas mayores que adoptan la forma de apartamentos tutelados, así como de viviendas comunitarias. Se tratan de servicios de baja intensidad que cuentan con apoyo de personal que ejercen funciones de acompañamiento y de atención, mientras que, a la vez, facilitan la permanencia de las personas en un entorno comunitario. También destaca la existencia de unidades residenciales sociosanitarias, así como servicios que tienen como finalidad facilitar el descanso para las personas cuidadoras. Asimismo, el Fondo del Bienestar Social es una ayuda económica mensual con dos modalidades, ancianidad, e invalidez, que solo existe en Euskadi y se dirige a personas con bajos ingresos.

Además, el reciente Decreto 126/2019, de 30 de julio, de centros residenciales para personas mayores en el ámbito de la Comunidad Autónoma del País Vasco, regula el funcionamiento de estos centros para asegurar que se presten servicios de calidad. En concreto, adopta un modelo de atención basado en tres componentes básicos: la atención integral y centrada en la persona; el modelo de gestión de la calidad; y la garantía de derechos (artículo 25). Determina, entre otras cuestiones, que los centros ajustarán su actuación a la planificación centrada en las preferencias de las personas atendida, elaborándose un plan de atención personalizada.

A nivel local, en Álava, por ejemplo, además de las prestaciones económicas para personas dependientes previstas en la LAPAD, las personas mayores pueden acceder a la prestación económica del Fondo de Bienestar Social por ancianidad o el complemento de alquiler de vivienda para las pensiones no contributivas. Además, la unidad residencial sociosanitaria es un recurso asistencial temporal que proporciona la atención y prestaciones sociales y sanitarias a personas en situación de dependencia que presentan necesidades intensas de cuidados sociales y sanitarios. Entre los apoyos a las personas cuidadoras destacan las estancias temporales de las personas cuidadas en centros de día y residenciales con la finalidad de ofrecer a los cuidadores y cuidadores un tiempo de respiro. El tiempo de alojamiento en el centro es de un máximo de 45 días por año, continuados o bien distribuidos a lo largo del año. Asimismo, el programa Zainduz es un programa de intervención integral que ofrece servicios de formación para que las personas cuidadoras adquieran conocimientos y habilidades de cuidado. Por ejemplo, se organizan encuentros de formación para las personas cuidadoras no profesionales, apoyo psicológico familiar en domicilio, grupos de ayuda mutua y asesoramiento en adaptaciones en el entorno y pautas de entrenamiento para las actividades de la vida diaria en el domicilio.

En Guipúzcoa, *Sendian* es un conjunto de recursos de apoyo a las familias que cuidan a personas en situación de dependencia, para prevenir desajustes familiares, y proporcionar una atención adecuada a la persona dependiente. Además, se ofrece atención psicológica, grupos de apoyo mutuo, formación, estancias de corta duración en centros residenciales de 5 días al mes para facilitar el descanso en las labores de cuidado. Asimismo, también existen unidades residenciales sociosanitarias, además de los centros de día y las residencias, con equipamiento especifico, dotado de personal médico, de enfermería y de cuidados superior al de un centro gerontológico. En estas unidades residenciales las personas con necesidades sociales y sanitarias conviven con otras y comparten actividades. Las ayudas económicas son las previstas a nivel estatal en la LAPAD y, como ocurre en Álava, las pensiones del Fondo del Bienestar Social, las pensiones no contributivas y el complemento de alquiler de la vivienda. Asimismo, destaca el programa *Etxean,* que se dirige a promover la permanencia en el domicilio de las personas en situación de dependencia, para lo cual es necesario que estas personas tengan a su alcance los medios necesarios para que sus necesidades estén cubiertas, con una vida tan independiente como sea posible.

Por su parte, la Diputación Foral de Vizcaya aprobó el Decreto Foral 192/2018, de 26 de diciembre, que regula el estatuto de las personas cuidadoras y la prestación económica para cuidados en el entorno familiar. De acuerdo con este Decreto Foral hay compatibilidad entre la prestación por cuidados en el entorno familiar con el trabajo u otros recursos como los de Centro de día y Centro ocupacionales. En Vizcaya también hay servicios de apoyo para personas cuidadoras. Asimismo, Gizatek es un servicio público dirigido a la orientación y promoción de la autonomía de las personas con alguna discapacidad o en situación de dependencia, de forma que, si ello conlleva limitaciones para su actividad o restricciones para la participación ciudadana, puedan ser compensadas mediante medios tecnológicos diversos.

En el País Vasco, 65.757 personas cobraban, en diciembre de 2020, alguna ayuda por su situación de dependencia, mientras que había 79.315 personas con el derecho a una prestación, lo que indica una lista de espera de 13.558 personas dependientes. Más de la mitad de las personas con una prestación de dependencia reconocida en el País Vasco recibe la ayuda económica para cuidados en el entorno familiar.

Para finalizar este apartado, puede concluirse que, a nivel autonómico, en algunos casos se remedian algunas carencias que se dan a nivel estatal, y que serán estudiadas en el siguiente apartado, con la aprobación y desarrollo de iniciativas o prestaciones adicionales. Al invertir en la protección a la dependencia a nivel autonómico con un mayor nivel de financiación, se permite el desarrollo de iniciativas como las unidades de atención sociosanitaria del País Vasco, o los servicios de apoyo y formación a los cuidadores que existen en ese mismo territorio, así como en la Comunidad Valenciana. En Navarra, se transforma el modelo de cuidados hacia un modelo centrado en las personas, que se traduce, sobre todo en los centros residenciales, en la adaptación de los centros a las preferencias de las personas cuidadas. En los otros casos autonómicos estudiados, la Comunidad de Madrid y Extremadura, las prestaciones y servicios que se reconocen serían los mismos que se incluyen en el marco de la protección de la LAPAD, si bien en Extremadura destacan una serie de actividades dirigidas a las personas mayores. Por último, la lista de espera en todas las Comunidades es especialmente alta, habiendo en

Madrid un número de personas a la espera considerablemente mayor que en el resto de territorios autonómicos estudiados.

## 4. Carencias normativas

Tras el estudio de las características definitorias del SAAD y de las principales prestaciones y servicios que recoge la LAPAD, es posible afirmar que:

***La Ley supuso una mejora respecto de la situación anteriormente existente en relación con el sistema de cuidados en España.***

Además del reconocimiento de la protección frente a la dependencia como derecho subjetivo, con su aprobación se habilitaron nuevas vías para la prestación de los cuidados con el objetivo de que estos no recayeran mayoritariamente en el ámbito informal de la familia o en el mercado. Así pues, se introdujeron prestaciones y servicios con la finalidad de facilitar la contratación de profesionales, avanzando hacia la institucionalización del cuidado.

Sin embargo, existen diferentes factores por los cuales **esta institucionalización o profesionalización del cuidado no se ha conseguido en la forma que se esperaba.** Entre los problemas surgidos en la implementación o aplicación de la Ley, pueden mencionarse las siguientes limitaciones: una financiación pública limitada; la mayor importancia que han cobrado en la práctica las prestaciones económicas sobre los servicios, lo cual se hace especialmente relevante en el caso de la prestación para cuidadores familiares, dificultando así la profesionalización del cuidado; problemas de cobertura e insuficiencia de las prestaciones; fallos en el procedimiento de solicitud y reconocimiento de las prestaciones; carencias en la dimensión preventiva así como en la dimensión más íntima o personal del cuidado; y la falta de coordinación sociosanitaria.

### 4.1. Financiación pública limitada

En 2012 y en el marco de la respuesta política y normativa a la crisis económica hacia la reducción del gasto público, se aprobaron unos criterios de copago que supusieron un aumento respecto de la participación que había tenido el usuario hasta entonces. Otras reformas regresivas fueron la supresión de la retroactividad de las prestaciones económicas para el cuidado familiar si no se habían comenzado a percibir, o la eliminación de la cotización de los cuidadores familiares a cargo del Estado (esta última reforma se revirtió por el Real Decreto-Ley 6/2019, de 1 de marzo, por lo que la cuota a la Seguridad Social correspondiente al convenio especial de los cuidadores no profesionales pasa a ser asumida por el Estado). Por lo que se refiere al copago, así pues, se estima que, en 2016, el impacto del aumento del copago tras las reformas de austeridad había sido tal que, teniendo en cuenta las diferencias entre las Comunidades Autónomas, el porcentaje del copago medio nacional por usuario era del 53,54% del total de la financiación.

Además de las reformas de austeridad que se implementaron en 2012, con los efectos que ello conllevó para el acceso a las prestaciones, en la actualidad sigue existiendo una financiación pública limitada. Una mayor financiación pública permitiría no solo disminuir o incluso eliminar la participación del usuario (el copago) sino también aumentar

el número de prestaciones concedidas, solucionando así los problemas de cobertura del sistema (comentados con posterioridad). Así:

***Según datos de la OCDE, en 2014, los países de la Unión Europea gastaban de media un 1,47% en cuidados de larga duración. Holanda era el país que más financiación dedicaba al cuidado (un 4,27% del PIB). La mayoría de países mediterráneos y del Centro-Este europeo gastaban menos del 1% del PIB en cuidados de larga duración, entre ellos España, con un 0,7% del PIB en 2014. En 2018, el gasto en España para cuidados de larga duración ascendió hasta el 0,8% del PIB.***

De acuerdo con la Estrategia Nacional de Largo Plazo, se pretende aumentar la financiación del sistema hasta cotas próximas al 2,5% del PIB en 2050 (Objetivo 30). De acuerdo con un estudio en el que se realizaba una simulación de la cobertura del sistema de cuidados en España aplicando los niveles de protección otorgados en Suecia, además del aumento de la financiación y de la cobertura hasta el 18% de la población mayor de 65 años, debería aumentarse la intensidad protectora con más servicios por persona beneficiaria, y sustituir las prestaciones económicas por servicios directos (Martínez y otros, 2018).

## 4.2. Familiarismo vs profesionalización

Si bien la LAPAD se propuso como objetivo la desfamiliarización de la protección para la dependencia, al prever como excepcional la prestación económica para el cuidado familiar, priorizando la concesión de servicios, este modelo puede haber contrastado con el modelo familiarista de los cuidados, así como con el familiarismo propio de los regímenes del bienestar mediterráneos. El familiarismo vendría a indicar que, en los países del sur europeo, las familias tienen un papel relevante en la provisión del bienestar. La LAPAD fue una oportunidad para configurar un nuevo modelo de cuidados; sin embargo, su carácter transformador se vio obstaculizado reproduciendo, finalmente, la asimetría de poder sin que quedasen cuestionados aspectos relacionados con la justicia social (Serrano Pascual et al, 2013). En este sentido, el sistema articulado por la LAPAD no habría supuesto una ruptura con el sistema del bienestar característico español sino una adaptación del sistema tradicional a las nuevas realidades sociales (Krüger y Jiménez, 2013).

***En la aplicación de la Ley, la prestación económica para el cuidado familiar ha prevalecido a la prestación de servicios profesionales. En España, el 57% de las personas mayores de 65 años que tienen necesidad de cuidados son atendidas en un entorno informal, frente al 14% de Países Bajos o el 24% de Francia (Martínez-Buján, 2014).***

El proceso de desfamiliarización de los cuidados no se ha completado. El Estado no ha promovido suficientemente la creación de servicios de cuidado formal fuera y dentro del hogar, el cual se suponía era uno de sus objetivos principales (Jiménez Martín et al., 2017).

Así pues, en la implementación de la Ley, la prestación económica de cuidados familiares ha cobrado importancia en comparación con el resto de prestaciones, lo que implica que

las familias siguen siendo cuidadoras, cuidado que recae casi en la totalidad de los casos en las mujeres de la familia. En relación con este punto, la escasa profesionalización del sector que se ha conseguido está profundamente feminizada, dado que la mayor parte de los contratos emplean a mujeres, reproduciendo la jerarquía entre géneros y no quebrantando el tradicional vinculo de género femenino con los cuidados.

De acuerdo con los datos del IMSERSO a 30 de abril de 2021, del total de personas beneficiarias con prestaciones (1.141.950 personas), un 31,46% era beneficiaria de la prestación económica para cuidados familiares, un 18,32% de la prestación de teleasistencia, un 17,86% de la ayuda al domicilio, un 10,94% de atención residencial, un 10.62% de la prestación vinculada a un servicio, un 6,07% de centros de día y de noche, un 4,17% de la prevención de la dependencia y promoción de la autonomía, y solo un 0,56% de la prestación económica de asistencia personal. La prestación económica para el cuidado familiar sigue siendo, pues, predominante. En cualquier caso, esta tendencia tiene a variar mucho según la Comunidad Autónoma. En la Comunidad Valenciana, un 60,03% de las prestaciones era para el cuidado familiar, mientras que, en la Rioja, este porcentaje era de 12,85%.

Asimismo, los datos de la Encuesta Europea de Salud en España de 2020 (EESE. 2020), indican que un 21,98% de las mujeres entre 55 y 64 años cuida de alguna persona con problemas de salud, frente al 14,91% de los hombres de esa edad. Sin embargo, esta situación no sería sostenible en el tiempo. Las familias, cada vez más reducidas, y las mujeres, cada vez más ocupadas laboralmente, no podrían seguir asumiendo la demanda de cuidados que es cada vez mayor, lo que va unido al envejecimiento de la población (Comas, 2019). La insuficiencia de recursos públicos dirigidos al cuidado engrosa el problema, en lo que se ha venido a denominar 'crisis de los cuidados'. La autora sostiene la respuesta debe estar en la democratización del cuidado, la cual pasa por promover el reconocimiento del cuidado, socializar las responsabilidades, repartir el cuidado entre hombres y mujeres, y tener en cuenta los derechos y demandas de las personas cuidadas.

### 4.3. Problemas de cobertura

A 30 de abril de 2021, había un total de 1.845.715 solicitudes registradas en las Comunidades Autónomas, lo que equivale a un 3,89% del total de la población (IMSERSO, 2021). De estas, 1.172.371 eran mujeres en comparación con un 673.344 de hombres. En una mayoría, del 53,02% de los solicitantes, se trataba de personas mayores de 80 años. El total de personas beneficiarias con derecho a una prestación era de 1.368.641 personas, un 79,63% del total de resoluciones. Sin embargo, este número no equivale al número de personas beneficiarias con prestaciones, que se situaba en 1.141.950 personas.

En 2019, se estimaba que aproximadamente 1,2 millones de personas mayores de 65 años presentaban un nivel de dependencia suficiente para solicitar cuidados en el marco del SAAD (Martínez y otros, 2018). Según la Encuesta Europea de Salud en España (EESE, 2020), el 19,5% de la población de más de 65 años refirió algún grado de dificultad para realizar las actividades básicas de la vida diaria (13,29% de los hombres y 24,30% de las mujeres). Además, de estas personas con dificultades para las actividades básicas, el 52.99% necesita ayuda, pero no dispone de ella o bien necesita más ayuda de la que dispone. En este sentido, la demanda real de cuidados superaría con creces el número de personas beneficiarias de las prestaciones del SAAD. Así pues, este número no incluiría

situaciones de necesidad sin derecho reconocido, por ejemplo, debido a las solicitudes sin resolución, o bien por no haberlo solicitado o por no haber llegado a la puntuación mínima.

En conexión con lo anterior:

***El 52,99% de las personas mayores con dificultades para realizar las actividades básicas de la vida diaria, necesita ayuda pero no dispone de ella o bien necesita más ayuda de la que dispone.***

En este último supuesto, el de necesitar más ayuda de la que ya dispone, el problema no sería tanto la cobertura del SAAD, como la insuficiencia de los servicios. En 2020, el 42,3% de la población mayor de 65 años refiere algún tipo de dificultad para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria. De estas personas con dificultades para llevar a cabo las actividades instrumentales, el 41,03% necesita ayuda, pero no dispone de ella, o bien necesita más ayuda de la que dispone (EESE, 2020).

Según la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de la Organización Mundial de la Salud, estas actividades instrumentales de la vida diaria son fundamentalmente siete: administrar las tareas económicas diarias del hogar, realizar tareas pesadas ocasionales, tareas domésticas ligeras, tomar medicación, hacer la compra, usar el teléfono y cocinar. Mientras que las actividades básicas serían fundamentalmente cinco: comer y beber; sentarse, levantarse de una silla o de una cama, acostarse; vestirse y desvestirse; ir al servicio; ducharse o lavarse todo el cuerpo.

## 4.4. Trabas en el procedimiento

Además, hay factores que indican que los problemas en la implementación efectiva de la LAPAD no se deben únicamente a las restricciones presupuestarias implementadas. Se señalan fallos en el procedimiento administrativo de resolución de las solicitudes, como petición reiterada de la misma documentación o las dilaciones en el procedimiento, especialmente para el reconocimiento del derecho a recibir las prestaciones. Así, se da la paradójica situación de que existen personas a las que se les ha reconocido la situación de dependencia y el derecho a recibir las prestaciones, pero a las que todavía no se les han concedido efectivamente las prestaciones, no figurando todavía como beneficiarias en el sistema. Como se indicaba anteriormente, si bien el número de las personas beneficiarias con derecho a una prestación era de 1.368.641 personas a 30 de abril de 2021, un 79,63% del total de resoluciones, este número no equivale al número de personas beneficiarias con prestaciones, que se situaba en 1.141.950 personas (IMSERSO, 2021).

## 4.5. Carencias en la prevención de la dependencia

Ya se ha mencionado que:

***Según los datos del IMSERSO a 30 de abril de 2021, del total de personas beneficiarias con prestaciones, únicamente un 4,17% eran beneficiarias del servicio de prevención de la dependencia y promoción de la autonomía.***

Teniendo en cuenta que el resto de las prestaciones y servicios del SAAD se dirigen a situaciones en que la situación de la dependencia ya está reconocida (como los cuidados familiares o profesionales, o la atención en los centros residenciales) puede afirmarse que el peso de la prevención en el sistema, tanto desde su configuración en la Ley como en su aplicación, es insuficiente. Cabe recordar que los servicios de prevención tienen la finalidad de prevenir la aparición o evitar el agravamiento del estado de dependencia, y de desarrollar y mantener la autonomía personal para la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria. De acuerdo con la LAPAD, entre estos servicios pueden incluirse los de terapia ocupacional, la estimulación cognitiva o la habilitación psicosocial.

Dado que la previsión en la LAPAD de este tipo de servicios de prevención es abierta, el desarrollo que se lleve a cabo depende en gran medida de los servicios habilitados a nivel autonómico. En este sentido, se ha estudiado que, en algunas Comunidades, como la Comunidad Valenciana, Extremadura o Navarra, el desarrollo de la prevención es mayor que en otras. Cabe destacar el caso de Extremadura, que ofrece un amplio catálogo de servicios de prevención de la dependencia para las personas mayores, como 'Ajedrez Saludable', 'Entrenamiento de la Memoria', Clubes de Lectura, 'El Ejercicio Te Cuida' y el Programa para la Prevención de Caídas: '8 pasos', en Extremadura. También los programas 'Menjar a casa' y 'Major a Casa' en la Comunidad Valenciana. En Navarra, cabe mencionar la Convocatoria de ayudas para el fomento de la autonomía y prevención de la dependencia a las personas mayores y/o a personas con discapacidad para el año 2021, que se dirige a las personas mayores sin limitarlo a las personas que tengan la dependencia reconocida.

Así, si bien en algunas Comunidades, como en Navarra, la prestación para la prevención de la dependencia ha crecido considerablemente en los últimos años, en otras Comunidades españolas esta prestación sigue siendo residual, lo que se refleja en el bajo porcentaje de personas beneficiarias de los servicios de prevención a nivel estatal (4,17% del total de beneficiarios) si se comparan con el resto de prestaciones. Sería deseable un mayor desarrollo a nivel autonómico de forma más equitativa en todas las Comunidades, así como una mayor concreción de la prestación a nivel estatal.

## 4.6. Carencias en la dimensión personal del cuidado

Se ha comentado que la LAPAD define la situación de dependencia como el estado en el que se encuentran las personas que precisan de ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria. Así pues, las clasificaciones de actividades básicas (vestirse o alimentarse) y de actividades instrumentales (cocinar o hacer la compra) de la vida diaria son a menudo tenidas en cuenta para definir la situación y el grado de dependencia. Sin embargo, como se argumenta en el capítulo segundo de este informe, un concepto de cuidado centrado en la persona incluye la ayuda para estas actividades, pero también muchas otras. Este concepto incide en que la cuestión radica en cuidar personas y no solo cuerpos, teniendo en cuenta las necesidades y preferencias de la persona cuidada, para que siga teniendo control sobre su entorno y sobre la forma en que desea recibir estos cuidados, para lo que será fundamental una buena formación de los cuidadores. En palabras de Durán (2018), el cuidado no es tanto una actividad física como mental, que incluye entre otras cuestiones la estimulación cognitiva y la conservación de las capacidades y la autodeterminación.

En este sentido:

***Además de conseguir la profesionalización del cuidado se hace necesario apostar por un cuidado más personal e individualizado.***

Un ejemplo de este modelo es el Decreto foral 92/2020, de 2 de diciembre, comentado en el apartado sobre el caso autonómico de Navarra. Sin embargo, el cuidado institucionalizado existente en la mayoría de centros y residencias en la actualidad, suele tener horarios fijos para las actividades diarias, iguales para todas las personas cuidadas, con ambientes pocos hogareños y actitudes estereotipadas hacia las personas mayores. Siguiendo el ejemplo de la normativa aprobada en Navarra, los centros y residencias para el cuidado de las personas mayores habrán de evolucionar desde un modelo 'institucional' hacia un modelo 'hogar'. Además, nuevas posibilidades de cuidado pueden venir dadas de opciones como la cohabitación o *cohousing* con apoyo intergeneracional y entre miembros que no sean de la misma familia. El apoyo entre las diferentes generaciones responde a la realidad de que todas las personas necesitan de cuidado en algún momento de nuestra vida, todos hemos sido cuidados y seremos cuidadores en algún momento de nuestras vidas. Las innovaciones tecnológicas y la robótica resultan asimismo de utilidad para facilitar fórmulas de autocuidado en el domicilio.

## 4.7. (Des)coordinación sociosanitaria

Una adecuada coordinación entre el ámbito de los servicios sociales y el de los servicios sanitarios es fundamental para ofrecer una atención integral a las personas mayores. Los pacientes crónicos y con limitaciones en su autonomía personal necesitan ayuda profesional socio-sanitaria adecuada. Los hechos acontecidos durante la pandemia del COVID-19 en las residencias de nuestro país han puesto de manifiesto las debilidades del sistema de cuidados, pero también la falta de coordinación sociosanitaria. Falta accesibilidad a los servicios sanitarios adecuados en los centros residenciales, y al mismo tiempo la red de hospitales del Sistema Nacional de Salud no constituye un buen entorno para la cronicidad o la convalecencia.

Los esfuerzos realizados en el plano normativo han sido insuficientes, a pesar del reconocimiento del principio de coordinación entre ambos sectores, social y sanitario, en la LAPAD. El Espacio Único Sociosanitario fue una iniciativa de 2012 hacia la coordinación sociosanitaria para responder a la cronicidad y al envejecimiento poblacional. Otras iniciativas han sido interesantes, como la Estrategia de cronicidad en el Sistema Nacional de Salud de 2012, o la Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas de 2016.

***Para garantizar el derecho a la asistencia sanitaria de los mayores que precisan de cuidados, la coordinación entre los servicios sociales y los servicios sanitarios es fundamental, lo que además aportaría beneficiarios como el uso más racional de los recursos, la mejora de la capacidad de respuesta de los dispositivos asistenciales, la prevención de los reingresos, y la continuidad de los cuidados (Fuentes, 2020).***

## Ideas básicas del Capítulo VI

- La LAPAD reconoce por primera vez en España la protección a la dependencia y la prevención para la autonomía personal como derechos subjetivos.
- La dependencia se define por la Ley como el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que encuentran dificultades para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria. La dependencia puede valorarse en tres grados.
- La LAPAD reconoce tanto servicios como prestaciones. Los servicios y prestaciones previstos a nivel estatal se desarrollan a nivel autonómico.
- En la aplicación de la Ley han predominado las prestaciones económicas y particularmente la prestación económica para cuidados en el entorno familiar, por lo que no se ha conseguido el objetivo de profesionalización del sector de los cuidados.
- Tras las reformas de austeridad que se implementaron en 2012, en la actualidad sigue existiendo una financiación pública limitada.
- Se hace necesario ampliar la cobertura del sistema, pues el 52,99% de las personas mayores con dificultades para realizar las actividades básicas de la vida diaria, necesita ayuda, pero no dispone de ella o bien necesita más ayuda de la que dispone.
- Es necesario reducir o eliminar la lista de espera, así como el hecho de que haya una distinción entre personas con derecho a una prestación y personas beneficiarias con prestación.
- El peso de la prevención en el sistema, tanto desde su configuración en la Ley como en su aplicación, es insuficiente.
- Desde un modelo de cuidados centrado en la persona es necesario apostar por una reforma del sistema hacia un cuidado más personal e individualizado.
- A nivel autonómico, en algunos casos se remedian algunas carencias que se dan a nivel estatal, con la aprobación y desarrollo de iniciativas o prestaciones adicionales.
- Es el caso de las unidades de atención sociosanitaria del País Vasco, o los servicios de apoyo y formación a los cuidadores en la Comunidad Valenciana. En Navarra, se transforma el modelo de cuidados hacia un modelo centrado en las personas. En Extremadura destacan una serie de actividades dirigidas a las personas mayores.

# Capítulo VII
# LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE LOS CUIDADOS EN ESPAÑA

1. Introducción

2. Las Administraciones Públicas como impulsoras y responsables de las políticas de cuidados

2.1. Aproximación material y competencial

2.2. La dimensión pública de los cuidados. De Administraciones ausentes a Administraciones promotoras y responsables

2.3. Los cuidados ante el espejo público. Claves y prioridades de actuación

2.3.1. Ámbito internacional

2.3.2. Ámbito nacional

2.3.3. Ámbito autonómico

a. Estrategias autonómicas: las claves del éxito

b. Comunidades Autónomas con marco legal propio: el caso de Andalucía y Castilla y León.

c. Comunidades Autónomas sin marco legal propio

2.3.4. Ámbito local. Ciudades de cuidados.

3. Políticas ejemplares: tres casos de buenas prácticas

3.1. Navarra

3.2. País Vasco

3.3. Extremadura

**Este Capítulo se dedica a** las políticas públicas y estrategias en materia de cuidados desplegadas en España. Se parte de la identificación de las Administraciones públicas que resultan competentes a la luz de nuestra arquitectura jurídica para impulsar este tipo de políticas y vigilar su cumplimiento. Se aborda también el horizonte de las estrategias públicas existentes, a fin de advertir el modelo de cuidados implementado por las Comunidades Autónomas y sus claves de actuación. Se ofrece un análisis de estas políticas públicas que van más allá de la atención a la dependencia o a las personas con discapacidad. Por último, se apuntan aquellas buenas prácticas que favorecen seguir avanzando en el marco de políticas públicas de cuidados respetuosas con las personas y sus preferencias, deseos y necesidades, y dirigidas a promover el envejecimiento activo y mejorar su calidad de vida de las personas mayores garantizando su autonomía.

## 1. Introducción

El derecho a los cuidados de las personas mayores no está positivizado como tal en nuestro ordenamiento jurídico.

***La ausencia de un marco normativo específico (normas, principios, reglas) de los derechos de las personas mayores, a nivel internacional, nacional o autonómico es una realidad.***

La inexistencia de una regulación destinada a garantizar el derecho a los cuidados de este amplio sector de la población genera no pocas consecuencias de interés e impacto en relación con las políticas públicas. En ocasiones se trata de vacíos legales llamados a ser colmados por la vía de la heterointegración, mediante el recurso a otras normas o principios con los que existe identidad de razón. Una tarea ardua y costosa en términos de efectividad de los derechos de las personas mayores en relación con los cuidados, cuando estos son puestos en tela de juicio.

La primera consecuencia es obvia: la ausencia de normatividad en un Estado social y democrático de derecho, como lo es el nuestro, no se puede traducir ni se traduce en la práctica en una desatención total y absoluta de las necesidades de las personas mayores. Otra cuestión, sobre la que este capítulo reparará, es si la atención que se dispensa a estas necesidades diversas (de salud, dependencia, vivienda, urbanismo, ocio, deporte, educación, movilidad, participación, etc.) es cubierta como las personas mayores desean, merecen o como, a nuestro entender, precisan que se haga. En este sentido, es cierto que **existe una normativa sectorial** (sanidad, dependencia, servicios sociales, educación, urbanismo, vivienda, etc.) destinada a cubrir esas necesidades —el marco protector general—, pero también lo es que **dicha regulación jurídica no se ha elaborado con un enfoque o perspectiva de edad,** esto es, teniendo en cuenta a las personas mayores y sus derechos.

***Desde nuestro punto de vista, las políticas de cuidados han de abordarse desde el ámbito público con un enfoque basado en derechos humanos y perspectiva de edad.***

La segunda consecuencia es que la ausencia de ese marco jurídico normativo propio, ha abierto paso a un **particularismo en políticas públicas sobre los cuidados de las personas mayores en nuestro país** que, como se verá, no aborda los mismos holísticamente. De tal suerte que con carácter general se incide con mayor énfasis (en algunos casos por completo) en el ámbito de la dependencia y los cuidados que ésta requiere y se abandona la parcela de la autonomía personal. Hay que tener en cuenta que la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia no reconoce un derecho subjetivo al cuidado, sino a recibir una serie de prestaciones cuando se demuestra que la persona vive en una situación de dependencia, entendida esta como dificultades para realizar las actividades de la vida diaria.

Conscientes de la importancia que tiene la dimensión pública del cuidado, y de considerarlo un objetivo político (Camps 2021), la primera pregunta a plantear es quién está obligado a responsabilizarse de la dimensión de los cuidados más allá del ámbito familiar o del autocuidado. En este punto, vemos cómo distintas administraciones, cada una en el

marco de sus competencias, vehiculizan sus acciones sobre los cuidados con diferentes niveles de atención, concreción y ejecución, desde distintos enfoques (*proteccionismo versus autonomía*), ideologías (mayor o menor privatización de los recursos), y aplicación de los recursos económicos.

La tercera y última consideración de partida es resultado de la conjunción de la primera y la segunda, y es donde vamos a poner el foco: **las políticas públicas se convierten en instrumentos directos de reconocimiento y protección** (o de vulneración en caso de inexistencia o insuficiencia de ellas) **de los derechos de las personas mayores.**

Las políticas públicas son relevantes a la hora de evaluar cómo el gobierno aterriza en la práctica los postulados normativos, que serán fundamentales para vigilar si la traducción de los derechos es la debida. Pero también nos abre la pregunta de **en qué medida este arcoíris de políticas no supone una afectación de las condiciones básicas de ejercicio de los derechos** (art. 149.1.1 CE) **de las personas mayores.** Pues en lugar de garantizar la igualdad a que como españoles tienen derecho, pueden generar discriminaciones, ya no solo en función de la edad, sino también por el lugar de residencia. Así sucede con los derechos de las personas mayores en **la llamada España vaciada o España rural,** donde el derecho a los cuidados se ve sumamente resentido por la ausencia de políticas destinadas específicamente a satisfacer sus necesidades básicas (sanitarias, residenciales, cuidados paliativos, de movilidad, etc.) que son derechos humanos (De Lucas y Añón, 1990), muchos de los cuales son fundamentales, y que por falta de recursos o de voluntad política no llegan a implementarse.

## 2. Las Administraciones Públicas como impulsoras y responsables de las políticas de cuidados

### 2.1. Aproximación material y competencial

Las políticas públicas hacia las personas mayores encuentran encaje jurídico en diversos marcos competenciales (sanidad, vivienda, educación, urbanismo, etc.), pero también, de manera preeminente, se abordan desde el ámbito de los servicios sociales.

Aunque ello es así, los servicios sociales no fueron mencionados por la Constitución española como título competencial, ni del Estado ni de las Comunidades Autónomas, como sí lo fueron otras materias (la seguridad social, la asistencia social y sanitaria…). Ello no ha supuesto impedimento para que **las Comunidades Autónomas hayan desplegado la protección y acción social en sus respectivos territorios en cuestiones relacionadas con las personas mayores.** En atención al silencio legal y a la relevancia de la materia, las Comunidades, en sus correspondientes Estatutos de Autonomía, reconocieron los servicios sociales como competencia exclusiva autonómica, y aunque la actuación del legislador autonómico ha supuesto un exceso competencial, no fue impugnado por el Estado. Es más, **el Estado se alineó con las Comunidades Autónomas para que ellas fueran las encargadas de prestar los servicios sociales** (Arias, 2014) y, por ejemplo, en nuestro ámbito de interés, les derivó a tal efecto la gestión de servicios gestionados hasta entonces por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Arenas, 2016).

No cabe duda de que el reconocimiento de esta tarea competencial por las Comunidades Autónomas ha posibilitado la redimensión de los servicios sociales, y la superación,

no completamente, de la visión proteccionista que se tenía la asistencia social. Así lo ejemplifican las nuevas normas que sobre esta materia en particular están aprobándose en los parlamentos autonómicos, que reivindican que los servicios sociales se erijan en el cuarto pilar del Estados social, y que se sitúen a la par que el sistema educativo, sanitario y de pensiones en términos de recursos públicos (Adelantado, 2007).

Las entidades locales, de acuerdo con los principios de descentralización y proximidad al ciudadano, también han asumido un papel decisivo en materia de servicios sociales durante todo este tiempo. La Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de racionalización y sostenibilidad de la Administración local, determinó que eran las Comunidades Autónomas las que tenían la titularidad de la competencia en servicios sociales. En cierto modo suponía una contradicción con un principio básico, cual es que la Administración más cercana a la ciudadanía conoce en mejor grado sus necesidades y puede trabajar por cubrirlas. Suponía una injerencia indebida por parte del Estado que trataba de eliminar las competencias que los Estatutos de Autonomía, dentro del marco establecido por la Constitución, asignan a las Comunidades Autónomas para organizar sus servicios. Por ello esa disposición legal (Disposición transitoria segunda) fue declarada de inconstitucionalidad por virtud de STC 41/2016, de 3 de marzo de 2016 que resolvía un recurso de la Asamblea de Extremadura; en virtud de la cual el Alto Tribunal apostó porque las políticas sociales puedan implementarse por los Entes locales como venía haciéndose. En todo caso el Estado se queda como garante de que las condiciones de igualdad en el ejercicio de los derechos quedaran aseguradas (149.1.1 CE). Una cláusula constitucional esta que en este caso se erige más en un desiderátum que en algo tangible.

La importancia de quién asume las competencias sobre cualquier materia no es baladí.

***Saber quién tiene las competencias, en nuestro caso, sobre políticas de cuidado destinadas a personas mayores, es identificar a la Administración que será la encargada de legislar, y la responsable de diseñar las estrategias de actuación política en la materia e implementarlas.***

Será dicha Administración la que tendrá la capacidad y la obligación de realizar el correspondiente seguimiento y evaluación de las políticas aplicadas y, en este sentido, la oportunidad de reformularlas o reajustarlas cuando de la evaluación realizada se antoje necesario para la consecución de los fines propuestos. De modo que identificar al poder público competente es identificar a quién tiene el deber de alcanzar el principal objetivo: garantizar que el derecho a los cuidados.

La descentralización no supone, sin embargo, falta de asunción de responsabilidades por las tres administraciones: estatal, autonómica y local, sino complementariedad en las responsabilidades y competencias de cada una de ellas en este ámbito. La efectividad que supone la descentralización y las políticas de proximidad depende de dos cuestiones: la primera es **la dotación en grado suficiente de recursos humanos y materiales.** Se debe incrementar la inversión pública destinada a estas políticas destinadas a los cuidados de las personas mayores. La planificación siendo crucial no lo es todo cuando de efectividad hablamos. Las políticas públicas infradotadas no garantizan la debida protección de los derechos de la ciudadanía. Pero, también es necesario **diseñar presupuestos en los que la trazabilidad sea posible,** para conocer con exactitud cuántos recursos, y en qué

ámbitos relacionados con las personas mayores, se han invertido y han sido efectivamente aplicados.

Además, es necesaria la **coordinación entre los diferentes ámbitos territoriales,** para asegurar la convergencia de las estrategias y políticas públicas solventes destinadas a las personas mayores en términos de cuidados. Por ello, cabe prestar especial interés a las estrategias globales que sobre envejecimiento se están aprobando en los diferentes ámbitos (internacional, nacional, autonómico y local), aun cuando, como se ha dicho, las competencias radican por completo en el ámbito autonómico. **Los planes estratégicos a nivel autonómico deben ser pensados o diseñados en el marco de estrategias europeas y nacionales. Sólo de ese modo existirán políticas públicas coordinadas y armónicas** en materia de cuidados de las personas mayores en España.

## 2.2. La dimensión pública de los cuidados. De administraciones ausentes a administraciones promotoras y responsables.

Defender que los cuidados exceden el ámbito privado y han de interpelar al ámbito público, en especial al poder político, no implica cambiar el lugar donde los cuidados se prestan hoy mayoritariamente (los hogares) para sustituirlo por otro al que se destina la práctica totalidad de los recursos públicos (las residencias). Ambos espacios deben ser objeto de atención. Defender esa idea exige (§ Capítulo II), **reconocer los cuidados como un derecho universal de las personas mayores** (con independencia de dónde se vayan a dispensar), y exige que ese derecho sea **protegido de manera suficiente por las Administraciones,** a través de políticas holísticas de cuidados (Durán, 2021).

En este sentido, adquiere un especial relieve el informe del Instituto de Estudios Fiscales (Papeles de Trabajo 5/2018) centrado en evaluar la atención a la dependencia en **España,** que refiere que en nuestro país **el sistema de cuidados es insuficiente.** Y que lo es por varios motivos entre los que destacan:

- no tener cubiertas completamente las necesidades a través de la cartera de servicios, que debiera ampliarse y diversificarse;
- no invertir los recursos económicos necesarios, que debieran incrementarse exponencialmente;
- no apostar por un modelo con mayores índices de calidad y más centrado en la persona y en sus preferencias, como otros modelos europeos, entre los que destaca el modelo sueco. El centro de atención debe estar en la persona mayor y en cuanto ella pueda decidir sobre cómo, cuándo y dónde desea ser cuidada.

Hemos podido ver que los cuidados se prestan en diferentes ámbitos, por diferentes entidades públicas y/o privadas, con ánimo de lucro o sin él. Desde un enfoque de derechos, **las personas mayores son titulares de un derecho a los cuidados, en virtud del cual pueden exigir a las Administraciones que actúen,** que desplieguen esas políticas, que las doten de recursos, que conviertan su derecho en realidad, y que no quede en meras expectativas.

Identificar quién es competente para acometer una materia o desarrollar una tarea, supone señalar qué Administración está llamada a actuar. Tener la capacidad para actuar, implica ser responsable de lo que se hace, de lo que no se hace, de cómo se hace e incluso

de cómo lo hacen los otros, porque se ha de vigilar cómo ejecutan las funciones derivadas o encomendadas.

La Administración debe vigilar que se lleven a término las políticas, tanto si las ejecuta directamente (gestión directa), como si las encomienda que otros la realicen en su nombre (gestión indirecta o por terceros). Para ello, **resulta imprescindible una planificación que asegure el seguimiento,** que compruebe si se cumplen las normas y los términos (obligaciones, estipulaciones y condiciones) de los pliegos y contratos que rigen los centros, públicos y privados que incluyen plazas con financiación pública, donde se prestan los cuidados a las personas mayores (centros de día, residenciales, etc.). Se ha de verificar el cumplimiento de las ratios de personal sanitario y asistencial de carácter prestacional en todos los recursos donde los cuidados se prestan.

Para implementar el seguimiento, es necesario que se realicen **inspecciones, serias y rigurosas.** Para lo cual las ratios de inspectores han de ser las adecuadas (que no lo son) y su preparación debe ser adecuada. No olvidemos que existe financiación pública aplicada a los cuidados y esos recursos no pueden escapar al control y al seguimiento de la ejecución presupuestaria. En este punto tiene interés, por ejemplo, la resolución de apertura de investigación de oficio abierta por la Agencia de prevención y lucha contra el fraude y la corrupción de la Comunidad Valenciana sobre justificación de fondos públicos destinados a la financiación de residencias de personas mayores y dependientes, en el que se investiga tanto a la Consellería de Sanitat Universal i Salut Pública como a la Consellería de Igualtat i Políques Inclusives de la Generalitat Valenciana, así como a las empresas concesionarias y receptores de fondos públicos para su financiación (Expediente 2020/G01_01/000236 y Resolución de fecha 30 de junio de 2021).

Por último:

> ***Las administraciones están llamadas a velar para que los incumplimientos en la ejecución de estas políticas, en las inspecciones realizadas de oficio o a instancia de parte, sean objeto de la sanción prevista, en aplicación de la normativa correspondiente y de los acuerdos alcanzados en la adjudicación del servicio público.***

Una Administración responsable tomará buena cuenta de los expedientes sancionadores por incumplimientos en nuevas o futuras adjudicaciones. En juego están los derechos de las personas mayores en un modelo que debe estar centrado en la persona.

Por último, se subraya lo ya tratado en el § Capítulo V, en torno a la función del Poder Judicial como garante de los derechos de las personas mayores. Los tribunales, y las fiscalías, conocen los asuntos en los que se sustancia cualquier vulneración de derechos de las personas mayores a ser cuidados. Tienen por tanto un papel decisivo para poner coto a actitudes o comportamientos indebidos que pueden merecer reproche civil, administrativo o penal. La Justicia es responsable de que el derecho a los cuidados no quede en papel mojado. Sus resoluciones marcan pautas del deber ser para las Administraciones y las advierten de las consecuencias jurídicas apartarse del cumplimiento de los mandatos legalmente establecidos.

## 2.3. Los cuidados ante el espejo público. Claves y prioridades de actuación

Decía Nussbaum (2012) que "del énfasis en la dignidad se desprende necesariamente la elección de políticas que protejan y apoyen la agencia (la capacidad de acción del individuo) en vez de otras que infantilicen a las personas y las traten como receptoras pasivas de prestaciones". Esta reflexión es un buen punto de partida para abordar las políticas de cuidado y las estrategias que se diseñan o alumbran para saber dónde ponen el acento y en qué acciones focalizan los recursos económicos. Este aterrizaje al terreno de las políticas permitirá profundizar en el análisis del modelo de cuidados por el que se está apostando en los diferentes territorios autonómicos y tener un mapa del mismo; y, al tiempo, abrirá la reflexión sobre las debilidades que, trabajadas debidamente, pueden ser oportunidades.

En este epígrafe se abordan las **ideas fuerza sobre las que,** a distintos niveles, **las políticas de cuidados han de vertebrarse.** Se considera su complejidad, se destacan los instrumentos jurídicos y políticos fundamentales, y se visualiza la posibilidad de efectuar una construcción que incorpore e integre los diferentes planos normativos existentes. Es necesario alcanzar resultados armónicos que alberguen las claves de actuación política para que el envejecimiento no sea contemplado o sea sinónimo de dependencia y la atención a las personas mayores abarque otras dimensiones igualmente relevantes y con amparo legal. Acertar con las políticas de cuidados exige voluntad firme para avanzar en la construcción de sociedades más justas y equitativas. Además, estas políticas supondrán cambios sociales que son necesarios, y ofrecerán respuestas a problemas que preocupan e interesan a las sociedades de bienestar que construimos.

### 2.3.1. Ámbito internacional

***A día de hoy no existe una Convención internacional de Derechos de las personas mayores. Esta sería importante, por el avance que representaría para el reconocimiento de sus derechos y su justiciabilidad, y porque constituiría un lugar de partida, básico, para el diseño de políticas públicas dirigidas a las personas mayores, particularmente en el ámbito de cuidados.***

Lo sucedido con las Convenciones de Derechos del Niño (1989) y la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad (2006), y con el trabajo que los respectivos Comités de ambas, encargados de vigilar su aplicación, pone en evidencia la trascendencia de estos instrumentos internacionales en el avance normativo y en la tarea interpretativa de los diferentes operadores jurídicos, particularmente de las administraciones públicas.

El interés por encontrar ejes marco sobre los que fundamentar la actuación política nos lleva en primer lugar a la **Agenda 2030.** Como es sabido, el 25 de septiembre de 2015, 193 países, entre los que se encuentra España, se comprometieron con la igualdad de las personas, la protección del planeta y la mayor prosperidad de sus sociedades, a través del cumplimiento de **17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).** Una suerte de contrato social con la finalidad de que nadie quedara atrás, y que tenía que ser marco de actuación en la acción gubernamental.

Lamentablemente **las personas mayores no se han visto reflejadas en ellos** más que de manera tangencial (HelpAge). De forma explícita encontramos referencias en el ODS 2, relativo al hambre y a la nutrición, en el ODS 11, concerniente a las ciudades sostenibles, y en el ODS 17, relativo a las alianzas necesarias para lograr los objetivos, que refiere la necesidad de recopilar datos desglosados por edad.

Resulta **sorprendente que en el ODS 3, relativo a salud y bienestar, no se haga alusión explícita a los cuidados de las personas mayores** en las metas que identifica, en las que el bienestar está poco dimensionado (es casi nominal) en relación con el de la salud; y ello a pesar la trascendencia que tiene el bienestar para las sociedades en todo el ciclo de vida, y cuyo impacto es decisivo en la edad avanzada. En conclusión, la formulación genérica de los objetivos de desarrollo sostenible y la no concreción de metas focalizadas en las personas mayores (entre las que los cuidados deberían destacar), convierte a la Agenda 2030 en un documento que, más allá de las posibilidades de interpretación amplia que puedan realizarse, tiene un peso escaso en el ámbito de las políticas públicas de los cuidados.

Más interesante resulta el plan de acción desarrollado por la Organización Mundial de la Salud denominado **Decenio del Envejecimiento Saludable 2020-2030** (2019). Es el segundo plan de acción de la Estrategia mundial de la OMS sobre el envejecimiento y la salud, y se aprueba en desarrollo del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento de las Naciones Unidas, y en este sentido acorde con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y los ODS.

El objetivo de esta declaración es que diversos sectores y partes interesadas —gobiernos, sociedad civil, organizaciones internacionales, profesionales, instituciones académicas, medios de comunicación y sector privado—, colaboren en cuatro esferas de actuación íntimamente conectadas entre sí:

- cambiar nuestra forma de pensar, sentir y actuar en relación con la edad y el envejecimiento;
- desarrollar las comunidades de forma que se fomenten las capacidades de las personas mayores;
- prestar servicios de atención integrada y atención primaria de salud centrados en la persona, que respondan a las necesidades de las personas mayores;
- proporcionar acceso a la asistencia a largo plazo a las personas mayores que la necesiten.

Se trata de un documento de gran interés, pues **perfila directrices para la elaboración de políticas eficaces** en el reconocimiento y protección de los derechos de las personas mayores. Además, es relevante porque **promueve la identificación de indicadores de cumplimiento de las políticas diseñadas,** tanto a nivel nacional como autonómico, para poder hacer el seguimiento de su cumplimiento. Y a tal efecto, **crea una red de cooperación** de la OMS, las Naciones Unidas y otro tipo de organismos con los Estados Miembros para la elaboración de marcos nacionales de vigilancia que amplíen los indicadores básicos en función de las prioridades de cada país.

En Europa, uno de los continentes del mundo que más rápidamente envejece, se adoptó en junio de 2020 el primer ***Informe sobre el impacto del cambio demográfico,*** que trata

sus causas y su repercusión en el contexto europeo. Como primer resultado de este informe se ha aprobado el 21 de enero de 2021 el ***Libro Verde sobre el envejecimiento. Fomentar la solidaridad y la responsabilidad entre generaciones*** (Comisión Europea, 2020).

El interés de este documento reside en que adopta un enfoque que **abarca todo el ciclo de vida, en la idea de que el envejecimiento afecta a todas las edades y generaciones, lo que constituye un punto de partida diferencial en el desarrollo de políticas públicas** que focalizaban sobre este sector de la población como si dichas acciones los tuvieran por únicos destinatarios. Además, este Libro se centra en la rapidez y la magnitud de los cambios demográficos en nuestra sociedad, y su incidencia en las políticas, concretas, aterrizando las preguntas que deben responderse para hacerles frente, y que abarcan desde la promoción de estilos de vida saludables y el aprendizaje permanente, hasta el refuerzo de los sistemas sanitarios y asistenciales para atender a una población de más edad.

El Libro Verde apunta otras claves de acción, como la incorporación de más personas mayores a la población activa (destaca las oportunidades de creación de empleo y examina el impacto del envejecimiento en las carreras profesionales, el bienestar, las pensiones, la protección social y la productividad); o las diferencias territoriales en el acceso a los cuidados y servicios, que en el caso español es de enorme interés (constata, por ejemplo, la falta de trasporte público, regular y accesible para personas mayores en contextos rurales y en cómo esto repercute negativamente en el acceso a los cuidados, especialmente en los de larga duración. Y sostiene por ello la necesidad de apostar por unos servicios innovadores, comunitarios y, en ocasiones, móviles para paliar las carencias y así mantener el acceso a los servicios en zonas poco pobladas).

### 2.3.2. Ámbito nacional

***España es el país con la mayor esperanza de vida de la UE y el tercero del mundo, por detrás de Suiza y Japón. La mayor longevidad conduce a una creciente demanda de cuidados, de muy diversa índole porque la población de edad avanzada no es un grupo homogéneo. No todas las personas mayores presentan discapacidad o dependencia, ni tienen las mismas necesidades en cuanto a cuidados.***

El informe ***España 2050. Fundamentos y propuestas para una Estrategia Nacional a largo plazo,*** en el desafío 5º "Preparar nuestro Estado de Bienestar para una sociedad más longeva", tras describir brevemente un contexto de cuidados que se corresponde con el que de forma más detenida se contiene en el presente Informe (§ Capítulos III y IV), destaca lo siguiente:

> "El foco se pondrá cada vez más en las personas. El modelo tradicional se redefinirá y surgirán nuevas formas de atención integral centradas en la persona, diseñadas para conseguir que los individuos que reciben los cuidados puedan seguir manteniendo su independencia y autonomía".

Se incide pues en el que ha de ser **el elemento nuclear en la acción gubernamental de los cuidados,** sea cual sea el nivel territorial y competencial del que se parta: **la persona y sus derechos.**

Partiendo de este principio, España 2050 recoge una serie de **propuestas para cambiar la forma en que se prestan los cuidados:**

- favorecer la elección de la ciudadanía sobre el lugar a recibir el cuidado (domicilio, institución o formas mixtas);
- promover el enfoque centrado en la persona como modelo ético de atención en los cuidados tanto en el domicilio como en entornos institucionalizados;
- fomentar la inclusión de nuevas tecnologías en el hogar de personas con limitaciones en la autonomía;
- impulsar el desarrollo de nuevas formas de vivienda (tuteladas, viviendas colectivas autogestionadas) y reinventar la atención residencial en modelos más pequeños y modulares, como las unidades de convivencia, con ambientes y entornos más hogareños y personalizados;
- generar conocimiento sobre los cuidados, mejorando los sistemas de información a la ciudadanía sobre cuidados residenciales y domiciliarios;
- cuidar a las personas que cuidan;
- avanzar en la profesionalización y la calidad de los cuidados de larga duración incrementando el peso de las prestaciones en especie (centros de día, centros de noche, teleasistencia, servicios de ayuda a domicilio y centros residenciales), mejorando la capacitación y acreditación de los profesionales de este sector y eliminando las barreras de acceso a estos servicios con un sistema de plazo y transparencia informativa;
- por último, mejorar la coordinación entre el sistema nacional de salud y los cuidados de larga duración.

Por último, **dos propuestas asumen un protagonismo destacado en el ámbito de las políticas públicas de los cuidados:**

- Una: la creación de una Estrategia Nacional de Envejecimiento Saludable, sobre la base de que la salud se ve afectada por todas las políticas y no sólo por las sanitarias.
- Dos: la creación de una Agencia de Evaluación de Políticas en Salud, de carácter autónomo e independiente, que evalúe las políticas destinadas a mejorar la esperanza de vida en buena salud y a reducir las desigualdades y a reforzar aquellas políticas que demuestren éxito, abandonando a su suerte aquellas otras cuyo coste supere los beneficios alcanzados.

Ambas propuestas, de realizarse, pueden ser dos instrumentos de suma utilidad en la articulación de un sistema nacional de cuidados que, sin perjuicio de las competencias asumidas por las Comunidades Autónomas, vertebre de manera uniforme para todo el Estado español un modelo basado en las personas beneficiarias de los cuidados, que no genere desequilibrios tales como para afectar a las condiciones de ejercicio de los derechos de las personas mayores en función de su lugar de residencia.

También tiene interés el ***Informe 3/2020 del Consejo Económico y Social de España* "El sistema de promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia".** Este informe, además de reclamar (entre otras cosas) una mayor atención sobre los cuidados en el mundo rural, presta especial consideración al tema de la prevención. Y es en esa dirección que afirma:

> "Es **la pérdida de autonomía y no el cumplir una determinada edad** lo que se perfila cada vez más como el factor determinante del paso de una fase vital a otra".

Ante el olvido en las políticas públicas de medidas destinadas a la prevención de la pérdida de autonomía, subraya:

> "Es importante **reforzar las prestaciones de carácter preventivo,** hasta ahora muy residuales y reforzar la intensidad y profesionalización de los apoyos a la permanencia en el entorno familiar, tendentes a prevenir o retrasar la institucionalización de la persona dependiente".

Por ello, el CES urge a planificar a corto y medio plazo la inversión que el sistema va a requerir y los recursos necesarios al efecto.

A la luz de este diagnóstico y de todas estas recomendaciones parece lógico que el IMSERSO esté llamado a protagonizar grandes cambios en los próximos años para reforzar y consolidar su papel como el organismo estatal para el diseño y el impulso de las políticas públicas destinadas a las personas mayores. Todo ello con un carácter integral e intersectorial. Cumplir con las recomendaciones internacionales en este asunto requiere instrumentos decididos para todo el Estado, garantizando así que la igualdad esté garantizada independientemente del lugar donde se viva o se decida envejecer.

### 2.3.3. Ámbito autonómico

***Las Comunidades Autónomas son las entidades territoriales competentes para legislar y ejecutar las políticas dirigidas a las personas mayores en los diferentes ámbitos en los que tienen asumidas competencias. Aun así, sólo dos Comunidades Autónomas han legislado específicamente sobre los derechos de los mayores.***

Las demás han legislado en temas de enorme interés para el bienestar de las personas mayores, para su autonomía y potenciación de sus capacidades funcionales (sanidad, educación, urbanismo, vivienda, servicios sociales, etc.), pero en ocasiones no se ha hecho con una perspectiva de edad o con los estudios diagnósticos precisos.

El relieve que ha cobrado este sector de la población y las necesidades y oportunidades que en relación con el mismo existen, ha tenido ya **una primera traducción en la estructura administrativa de las Comunidades Autónomas:** muchas de ellas cuentan con una dirección general específica para personas mayores. Es el caso de Comunidad Valenciana, Galicia, Andalucía, Castilla La Mancha y Castilla León. No obstante, tener un órgano específico no siempre implica, desgraciadamente, el impulso de políticas para las personas mayores o al menos en el grado e intensidad que tener un organismo específico debiera implicar.

Para comprobar el nivel de ese impulso **las preguntas a responder son:** ¿Qué alcance tienen las políticas autonómicas en materia de cuidados de las personas mayores? ¿En qué medida garantizan sus derechos? ¿Se realizan diagnósticos previos al diseño de estrategias? ¿Se cuenta con estrategias de actuación que garanticen la participación de las personas mayores? ¿Son accesibles o transparentes esas estrategias? ¿En qué acciones concretas se traducen? ¿Dónde se pone el foco: autonomía o dependencia?

A modo de deseo preliminar, debe decirse que el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas de cada Comunidad Autónoma para hacer efectivos los derechos de las personas mayores, **debería instrumentarse a través de una estrategia propia** de la que formarían parte, a su vez, los diferentes planes sectoriales que corresponda en cada caso.

Pero, además, debería ser también una constante, una directriz si se quiere, que el diseño, la implementación e incluso la evaluación de la citada estrategia autonómica se realizara **desde la inclusión activa y la corresponsabilidad de los agentes implicados directa o indirectamente en la promoción y defensa de los derechos de las personas** mayores, especialmente asegurando la participación misma de este grupo de población. Las personas mayores son sujetos políticos activos y tienen la responsabilidad de aportar su propia perspectiva y contribuir a diseñar los nuevos modelos de cuidados que nuestras sociedades. Las **personas mayores no deben ser atendidas como objetos de la gestión y de la planificación, sino como sujetos que toman decisiones** sobre ellas.

Por último, remarcar que para diseñar políticas con anticipación y ajustar los recursos necesarios para implementarlas es preciso **medir el cuidado, disponer de datos suficientes para que la estrategia sea eficiente** (Durán, 2011), pues de lo contrario está condenada a fracasar. Como ha puesto de relieve la Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad, los datos son importantes "para hacer efectivos los derechos humanos de las personas de edad, como requisito previo para la adopción de decisiones y medidas normativas basadas en pruebas y fundamentadas"[27].

### a. Estrategias autonómicas: las claves del éxito

Las estrategias autonómicas son el tren de aterrizaje de las políticas públicas en materia de cuidados, marcan las prioridades sobre las que actuar y a ellas aplican recursos económicos.

**No todas las estrategias se abordan del modo debido: algunas son de laboratorio,** sin datos sobre el contexto, sin referencias comparadas de las que aprender, que podrían ayudar a innovar y avanzar. **Los contextos importan** y por eso es tan importante el estudio previo de la realidad a la que va a dar respuesta la estrategia. Las estrategias requieren tácticas, programas adecuados de ejecución de estas, sólo así serán efectivas en los resultados. Cada contexto determinará qué actividades son más apropiadas o urgentes para mejorar las vidas de las personas mayores, sus familias y sus comunidades, así como la forma más adecuada de ejecutarlas.

***Algunas de las estrategias más avanzadas profundizan en la nueva concepción de los cuidados y de las personas mayores como sujetos de derechos. La***

27 Informe "Los derechos humanos de las personas de edad: la falta de datos", 2020: A/HRC/45/14 - S - A/HRC/45/14 -Desktop (undocs.org)

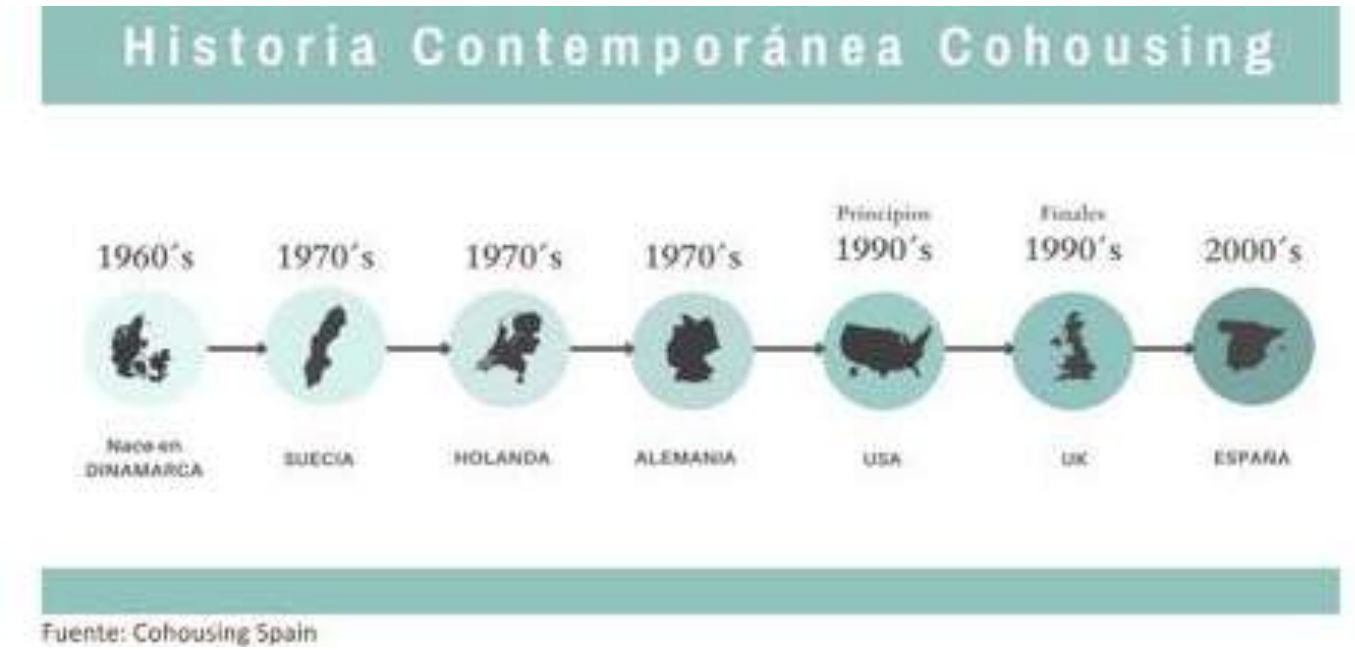
***actuación estratégica más oportuna es aquella que deja de ser asistencial, proteccionista o paternalista; es aquella que se muestra asentada en el principio de autonomía y en la capacidad de decidir de la persona mayor.***

Las estrategias en materia de cuidados ya no pueden anclarse, o al menos no exclusivamente, en el ámbito de la salud y la dependencia, pues **otras preocupaciones están presentes y exigen ser atendidas,** como la formación, la vivienda, o las relaciones con el entorno. El perfil de la persona mayor ha cambiado; esta es más asertiva y comunicativa de sus necesidades, de sus problemas, de sus deseos.

El éxito de las estrategias autonómicas se asegura en la medida en que son diseñadas e implementadas con **la colaboración y la coordinación entre los gobiernos** nacionales, regionales y locales, así como si se abren al tiempo a la **participación del sector privado y de la sociedad civil** como socios estratégicos, y favorecen la **intervención activa de las personas mayores,** como se ha realizado con éxito en algunos territorios que son referentes y que se comentarán a continuación.

Las personas mayores se convierten en corresponsables al participar en el diseño de las políticas que den respuesta a sus preocupaciones. **Esta visión compartida y consensuada entre los diferentes agentes y desde diferentes enfoques avanza una nueva forma de hacer política, más relacional y cooperativa;** clave para el desarrollo sostenible de nuestras sociedades modernas. Han de ser estrategias articuladas de acuerdo con el modelo de la cuádruple hélice:

La **vivienda es una de las grandes preocupaciones** de las personas, **también de las personas mayores,** y por eso merece una referencia expresa aquí. En la actualidad el envejecimiento de la población ha llevado a buscar modelos que permitan disfrutar de mayores niveles de autonomía, independencia, sociabilidad y calidad de vida en edades avanzadas. A pesar de que el *cohousing* es una realidad ya afianzada en varios países, a España llegó tarde, como se puede ver en este cuadro.



Fuente: Cohousing Spain

Para las administraciones públicas españolas el cohousing constituye un reto aún hoy al que enfrentarse. **No hay un marco jurídico ni administrativo** específico que venza las resistencias que supone el desconocimiento, la complejidad técnica, la falta de instrumentos de apoyo y las dificultades para encontrar suelos o edificios adecuados, o la falta de financiación, como reconoce el *Diagnóstico del modelo cohousing en Euskadi* (Cuesta Lerín y otros, 2020).

El cohousing admite diferentes modelos y es flexible en función del contexto, pero lo cierto es que constituye una alternativa habitacional para las personas mayores. Es por ello por lo que las Administraciones no pueden pasar por alto esta oportunidad y han de dar respuestas a una demanda que se encuentra alineada con la Agenda 2030 y varios de los objetivos de desarrollo sostenible, en particular el 3 (salud y bienestar), el 11 (ciudades y comunidades sostenibles), y 12 (Producción y Consumo Responsables). El llamado cohousing senior se muestra como una posible solución para la desmercantilización de los cuidados y de los servicios de atención a la dependencia. Junto al cohousing hay otros modelos de soluciones habitacionales, viviendas intergeneracionales en los centros de las ciudades, etc., lideradas por las propias personas mayores que deben de contemplarse en las políticas de vivienda. Por consiguiente, debe articularse una nueva línea estratégica de soluciones de vivienda en los planes directores de vivienda de los diferentes territorios y especialmente como actuación preferente en las estrategias sobre envejecimiento que se aborden. A ella haremos se hace referencia a continuación, para ver en qué medida ha sido acogida por las Comunidades Autónomas.

### b. Comunidades Autónomas con marco legal propio: el caso de Andalucía y Castilla y León.

En primer lugar, vamos a centrarnos en las dos únicas Comunidades autónomas que han legislado sobre derechos de las personas mayores, esto es, Andalucía y Castilla y León, para ver cómo han diseñado sus respectivas estrategias y en qué aspectos han focalizado sus políticas.

**Andalucía,** a pesar de lo que disponía la disposición adicional primera de la pionera Ley 6/1999, no aprobó un Plan de Actuación Integral para las Personas Mayores que recogiera

medidas de ámbito sanitario, de servicios sociales, educativo, cultural, deportivo, de ocio, urbanístico y asociativo.

Lo que sí aprobó fue un Libro Blanco de Envejecimiento Activo en 2020, documento referente en las políticas en el ámbito de personas mayores, que dio lugar a algunas estrategias específicas, como el I Plan Andaluz de Promoción de la Autonomía Personal y Prevención de la Dependencia (2016-2020) que es referencial por identificar objetivos específicos, actuaciones y responsables e ir desglosando el seguimiento realizado a la implementación del Plan[28].

***A finales de 2020 el Consejo de Gobierno de Andalucía aprobó el I Plan Estratégico integral para personas mayores 2020-2030. Este Plan afirma como objetivo promover el bienestar de las personas mayores en Andalucía y proporcionarles una atención basada en la prevención, la sostenibilidad, y el cuidado integral y continuado, de manera que puedan disfrutar plenamente de sus derechos.***

Para ello contempla 5 Líneas Estratégicas (que a su vez engloban 11 Objetivos):

1. Prevención de la Dependencia.
2. Atención a la Dependencia.
3. Personas Mayores en Situación de Especial Vulnerabilidad.
4. Fomento del Buen Trato a las Personas Mayores.
5. Soledad no Deseada.

Los objetivos se han determinado en función de la priorización establecida por el Comité Directivo, sobre los problemas, necesidades y retos detectados en el Análisis y Diagnóstico de la realidad andaluza. El Plan se estructura en una serie de contenidos: a) Análisis de la situación de partida y diagnóstico; b) Definición de los objetivos y las líneas estratégicos de acción; c) Dotación presupuestaria destinada a su realización; d) Sistema de Seguimiento y Evaluación del Plan.

Se puede decir, en conclusión, que el nivel de planificación Andalucía apunta e incide en las cuestiones relevantes que han sido referidas como de necesaria actuación política.

Por su parte:

***Castilla y León cuenta desde 2013 con una legislación específica en derechos de las personas mayores (Ley 5/2013). Asimismo, dispone de una Estrategia de Prevención de la Dependencia para Personas Mayores y Promoción del Envejecimiento Activo 2017-2021.***

28 El seguimiento de su impacto puede verse con detalle en el "III Informe de Progreso y Gestión", Junta de Andalucía, junio 2020.
https://www.juntadeandalucia.es/sites/default/files/2021-07/200724%20PAP%26PD%20INFORME%20DE%20PROGRESO%20Y%20GESTI%C3%93N%202019%20V19R.pdf

Este documento se articula en torno a varios **ejes estratégicos** sobre los que pivotan las actuaciones del gobierno autonómico y que van orientadas a la persona y a empoderarla y reconocer su papel protagonista en su propio proceso de envejecimiento:

1. La prevención, promoción de la autonomía y autodeterminación de las personas mayores;
2. Mejora de la calidad de vida de las personas en su proceso de envejecimiento;
3. Refuerzo del papel de las personas mayores en la construcción y mantenimiento de una sociedad del bienestar: asunción de roles relevantes;
4. Promoción del aprendizaje a lo largo de la vida;
5. Apoyo al entorno sociofamiliar y cuidados de proximidad;
6. Desarrollo de entornos comunitarios, sensibilización y buen trato;
7. Fomento de los entornos accesibles y amigables.

Estos ejes están integrados por acciones que ponen el acento en los tres **niveles de prevención:** en la prevención primaria, con medidas dirigidas a personas que no tienen dependencia, con el fin de evitarla, retrasarla y minimizar la aparición de los factores de riesgo más habituales; en la prevención secundaria para revertir o modificar el curso de la pérdida de funcionalidad de aquellas personas que ya tienen algún grado de dependencia y en la prevención terciaria, ofreciendo los apoyos que se precisen para mejorar la calidad de vida de las personas dependientes y de sus cuidadores, especialmente entre las personas afectadas por la enfermedad de Alzheimer u otras demencias.

El Plan culmina con una referencia a estrategias innovadoras destacables y con una parte dedicada a la evaluación final y dotación presupuestaria.

Castilla León ha impulsado programas pioneros, como *Convivencia,* centrado en **alojamientos compartidos entre estudiantes universitarios,** que buscan ambientes familiares durante sus estudios y reducir costes económicos en el plano residencia, y personas mayores que buscan compañía y no quieren abandonar sus domicilios ni su entorno. Los estudiantes durante su estancia contribuyen a los gastos que generen en la utilización de la vivienda, y aunque no satisfacen alquiler, alcanzan acuerdos previos de la ayuda que prestarán durante su permanencia en la vivienda. Se trata de una iniciativa que favorece las relaciones intergeneracionales y reporta beneficio a ambas partes y a la sociedad en su conjunto y que se garantiza en el marco de los Convenios suscritos entre la Gerencia de Servicios Sociales, las Universidades de Burgos, León, Salamanca y Valladolid, y los Ayuntamientos de Burgos, Palencia, Salamanca, Segovia, Soria y Valladolid.

Asimismo, cuenta con un *Programa Integral de Envejecimiento Activo* que precisamente pone el foco en la calidad de vida de las personas mayores, la prevención de la dependencia y el apoyo a la permanencia de las personas mayores en su propio domicilio. El Programa se implementa mediante la realización de una serie de actividades dirigida a promocionar hábitos saludables (salud física y mental), dotar de competencias para la vida autónoma (derechos y responsabilidades, cocina, consumo, aplicaciones móviles e informáticas, prevención de accidentes y seguridad, etc.), favorecer relaciones con el

entorno (participación, voluntariado, solidaridad, conocimiento del entorno) y promoción del conocimiento y adquisición de habilidades (artes, actualidad socio-política y económica, lenguaje y literatura, cultura y tradiciones). Se puede comprobar el alto nivel de actividades realizado a través de los informes emitidos por Zamora, Valladolid, Soria, Segovia, Salamanca, Palencia, León, Burgos y Ávila.

Por último, impulsan la condición de socio del *Club de los 60* para poder participar en las actividades y servicios del citado Programa Integral de Envejecimiento activo y tener acceso a los productos, actividades y servicios ofrecidos por empresas y entidades adheridas al Club, entre las que se encuentran actividades de ocio y consumo.

### c. Comunidades Autónomas sin marco legal propio

En este apartado hemos querido hacer referencia a aquellas Comunidades Autónomas que, sin contar con una normativa específica propia en materia de personas mayores, cuentan con Estrategias singulares que avanzan en la efectividad de sus derechos, en particular en cuanto a los cuidados se refiere, al ser los instrumentos de reconocimiento de estos derechos que favorecerán su mejor justiciabilidad. Hemos querido destacar, por varios motivos, las siguientes:

- **Galicia:** Su Estrategia de envejecimiento activo desde la innovación 2016-2020 prevé tres líneas de actuación prioritarias que están en la línea de las cuestiones que venimos remarcando en este análisis, a saber: 1. La persona como responsable de su propio envejecimiento 2. Modelos innovadores para la construcción de experiencias empoderadoras para un envejecimiento activo y saludable y una vida autónoma y 3. Articulando camino para un cambio de paradigma en la sociedad: aprovechamiento y puesta en valor de las oportunidades que brinda la revolución de la longevidad. Se trata de una Estrategia que requiere ser actualizada, pero que focaliza sobre las cuestiones fundamentales en el tratamiento holístico de los cuidaos y en la revisión del valor que las sociedades occidentales damos al conocimiento y experiencia adquirida por las personas mayores. Además, ha desarrollado otros programas paralelos como el de acogimiento familiar para personas mayores (2019), el de Bienestar en balnearios (2019) o el Manual de violencia de género en personas mayores (2019). Desde 2018 la Consellería de Política Social de la Xunta de Galicia incluye el cohousing en la cartera de servicios para la tercera edad, con el objetivo de dar cobertura legal y desarrollar la normativa para favorecer la implantación de viviendas colaborativas en Galicia, de cara a la prevención de la dependencia.

- **País Vasco** ha abordado la regulación de las políticas de personas mayores tomando su ley de servicios sociales como marco. Además, cuenta con una *Estrategia Vasca de Envejecimiento Activo 2015-2020* que se sustenta en un marco conceptual y ético centrado en las personas, sus derechos y sus responsabilidades, como parte activa de la sociedad vasca. La Estrategia toma en consideración para su elaboración las estrategias y planificaciones gerontológicas internacionales de Australia, Canadá, EEUU, Francia, Reino Unido y países nórdicos (Noruega y Finlandia).

Los principios sobre los que asienta la estrategia son la dignidad, la autonomía, la participación y la corresponsabilidad. Estructura su estrategia en base a tres áreas claramente diferenciadas: gobernanza; anticipación y prevención para envejecer mejor;

y amigabilidad y participación en la construcción de una sociedad de bienestar. A ella nos referiremos con posterioridad con algo más de detalle, por ser un ejemplo de buenas prácticas.

- **Navarra** cuenta con la *Estrategia de Envejecimiento Activo y Saludable de Navarra 2017-2022*. Las áreas sobre las que se focaliza en la estrategia son las siguientes: 1. Participación y acción social 2. Educación, formación y aprendizaje 3. Promoción de estilos de vida saludables 4. Servicios sociales, de salud y comunitarios 5. Cuidar y cuidarse 6. Seguridad económica, social y laboral 7. Ciudades, pueblos y barrios accesibles, activos y seguros 8. Viviendas y residencias activas y seguras 9. Información y comunicación social. Imagen social positiva 10. Investigación, innovación y desarrollo regional.

Se trata por tanto de una Estrategia alineada con la persona mayor como centro de las políticas y no focalizada en la dependencia sino en la dimensión de los cuidados en un sentido plural. Incidiremos en algunas de sus políticas como ejemplares al final de este capítulo.

- **Asturias** dispone de la *Estrategia de envejecimiento activo Estrena 2018-2021*. Esta se estructura sobre la base los siguientes ejes estratégicos: gobernanza; envejecer bien; sociedad accesible, inclusiva y amigable; y hacia un modelo vinculado a las personas mayores. En 2019 se aprobó el *Protocolo Sociosanitario para la Promoción del Buen Trato y la Detección e Intervención ante el Maltrato a Personas Mayores,* elaborado por las consejerías de Derechos Sociales y de Salud, junto con los servicios sociales municipales de la comunidad que recibió el premio Senior otorgado por el Grupo Editorial Senda. La función de dicho protocolo es la orientación a los profesionales que trabajan tanto en servicios sociales como sanitarios y en recursos de atención a personas mayores, así como promover una sociedad más respetuosa e inclusiva que atiende a los colectivos más vulnerables. Además, ofrece formación a estos profesionales para que sean capaces de prevenir, detectar y evaluar las diferentes situaciones de maltrato, ocurran en el ámbito institucional o en el domiciliario.

De interés resulta también el *Programa Rompiendo Distancias,* por actuar sobre población mayor en entornos rurales. Se trata de herramienta de intervención flexible que proporciona y acerca servicios y oportunidades adaptadas a las necesidades de las personas mayores del mundo rural, en entornos poco accesibles y de población dispersa, promoviendo el envejecimiento activo y la prevención de la dependencia en el medio rural. En este sentido apoya el mantenimiento de las personas mayores en su domicilio, presta asesoramiento y apoyo a familias cuidadoras, acerca servicios (lavandería, comida a domicilio, atención personal -peluquería o podología-), favorece transporte y ayudas técnicas, entre otras actuaciones.

Asimismo, dispone de ayudas individuales otorgadas al acogimiento familiar de personas mayores que, carecen de hogar adaptado a sus características, y pueden optar gracias a estas ayudas a vivir con un grupo familiar adecuado en lugar de quedar institucionalizadas. Iniciativas como ésta relega la opción residencial a un plano subsidiario.

Asturias además fue pionera en contemplar el cohousing o alojamiento colaborativo como equipamiento con cabida en el sector de los servicios sociales. La fundamentación

reside en que *"ya que no son meras viviendas al incluir entre sus objetivos el apoyo ante situaciones de dificultad (cuidados personales entre otros) y la promoción de una vida social activa y colaborativa dentro y fuera de su comunidad".*

- **Madrid** cuenta con la *Estrategia de Atención a las Personas Mayores* de la Comunidad de Madrid 2017-2021. Se plantean como estratégicas las siguientes líneas: promover medidas enfocadas al envejecimiento activo y a la prevención de las situaciones de dependencia; promover medidas enfocadas a la atención de personas mayores autónomas en dificultad social; desarrollo del Catálogo de Servicios y Prestaciones para personas en situación de dependencia; mejorar la coordinación socio sanitaria; y desarrollo de una organización integrada, moderna e innovadora en la prestación de servicios públicos. La estrategia tiene una revisión semestral del resultado de los indicadores, con una explotación anual de los resultados agregados. Esta Estrategia se prevé que sea seguida en sus resultados trimestral y anualmente en los resultados alcanzados.

Madrid ha destinado recursos para la realización de talleres de formación de personas mayores en diferentes temáticas (tecnologías en particular uso del móvil, derechos a través de talleres jurídicos, escuela de abuel@s, laboratorio de ideas para ser feliz, equilibrio y hábitos saludables, tertulias literarias en torno a libros, etc.) y también de rutas de ocio y culturales. Asimismo, realiza múltiples actividades físicas, intelectuales, culturales, artísticas, de ocio y tiempo libre, y se ofrece información, orientación y asesoramiento sobre servicios sociales en los Centros de mayores. Igualmente dispone de actividades de dinamización de las residencias y centros de día de personas mayores (arte, música, museos, concursos, etc.).

Pero podríamos decir que Madrid, a la vista de sus políticas, forma parte de aquellas Comunidades Autónomas que requieren de una revisión en profundidad de sus políticas destinadas a personas mayores en aras a alinearlas con las claves políticas a priorizar: autonomía e independencia, participación activa de las personas mayores y responsabilidad del sector público en los cuidados.

- **Aragón** dispone de una *Estrategia de Atención y Protección Social de las Personas Mayores* (2018), que se articula en torno a los siguientes ejes sobre los que se ordenan los servicios, prestaciones, recursos y programas de actuación: Garantía de Derechos y protección de las personas mayores; promoción del envejecimiento activo: prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal; atención a la dependencia; participación y colaboración comunitaria; Coordinación y colaboración interinstitucional; e inspección de centros y servicios y promoción de la calidad. En ejecución de esta Estrategia destaca el Programa de Envejecimiento activo y CuidARTE que focaliza en cuatro áreas de acción, la actividad física (gerontogimnasia, espalda sana y reeducación postural, etc.), área cognitiva a través del entrenamiento de la memoria, área de formación en informática (inicial y avanzada) y área de crecimiento personal para las personas mayores y sus cuidadores.

De interés resulta el teléfono de atención al mayor, que proporciona con carácter gratuito y activo los 365 días del año, a través del cual canaliza atención inmediata, información, derivación y apoyo emocional a las personas mayores de la Comunidad Autónoma de Aragón, en especial a las que viven solas con edades avanzadas, con la finalidad de

reducir su soledad y combatir el riesgo de aislamiento y exclusión social, y aquellos que puedan estar recibiendo malos tratos mediante la promoción y aseguramiento del buen trato.

Aragón también ha impulsado los Hogares de mayores que son centros sociales para la convivencia y la realización de actividades para el tiempo libre, centradas en el ocio, la cultura y el uso de las tecnologías de la comunicación. Con ello combaten el aislamiento, favorecen las relaciones sociales, la participación y la capacidad intelectual activa. Tiene 31 hogares y alcanzan a una población mayor de 150.000 personas.

- Por último, encontramos algunas Comunidades Autónomas que no tienen normativa específica propia ni una estrategia de envejecimiento activo, pero se encuentran trabajando en ella. Es el caso de las Comunidades de **Castilla - La Mancha,** y de **Cantabria,** que aborda la materia desde la *Estrategia frente al Reto Demográfico de Cantabria 2019-2025;* o la **Comunidad Valenciana,** que trabaja en una Estrategia propia de envejecimiento activo y lucha contra la soledad no deseada 2020-2025, que se centrará en cinco líneas de trabajo: 1. Inclusión y acción de los servicios públicos: se trata de trasladar las medidas del Plan Valenciano de Inclusión y Cohesión Social desde una perspectiva de las personas mayores para facilitarles el acceso universal a los servicios públicos de todo tipo; 2. Convivencia y solidaridad generacional: desarrollar programas de convivencia en los barrios y ciudades para hacer posible la relación entre personas de todas las edades y proyectos de dinamización comunitaria a través de la red de Centros Especializados de Atención a Personas Mayores; 3. Autonomía personal y buenos tratos: relacionada con todos los programas que se desarrollan desde la Generalitat para prevenir la no institucionalización de las personas y la prevención y atención de los maltratos; 4. Participación: un eje que se desarrollará conjuntamente con el Consejo Valenciano de las Personas Mayores para dotar de las herramientas necesarias el desarrollo de programas de dinamización y participación; 5. Reto demográfico y envejecimiento, despoblación y migraciones: se trata de un eje que busca arraigar las personas en los territorios.

Por eso, han puesto en marcha una orden para el desarrollo de programas de envejecimiento activo y de dinamización del mundo rural. También destaca el *Pla Convivint* centrado en mejorar las infraestructuras, convirtiéndolas en hogares y asegurando su inclusión social en su entorno y normalizar las relaciones con la comunidad y facilitando su convivencia a través de redes de soporte. Se trata de un Plan que aboga por la humanización de los espacios, la tecnología al servicio de los derechos y la sostenibilidad y transición ecológica.

### 2.3.4. Ámbito local. Ciudades de cuidados

Para la realización de este epígrafe se han consultado y analizado los casos de los Ayuntamientos de Madrid, Barcelona, Valencia, Sevilla, Zaragoza y Málaga, por ser municipios con una densidad poblacional alta (más de 500.000 personas), Bilbao (más de 350.000), y Pamplona (200.000) situados en diferentes Comunidades Autónomas. Lo que se ofrece es una síntesis muy breve de lo que estas ciudades consideran sobre los mayores, destacando el caso de Barcelona por resultar de especial interés.

De entrada, en todos los casos se evidencia una preocupación por el envejecimiento de la población y se muestra interés en abordarlo con políticas específicas, pero se advierte que la manera de hacerlo es muy diferente y, en algunos casos, poco transparente. Con carácter general se aborda el envejecimiento desde el ámbito de los servicios sociales, donde se contiene una referencia explícita a las personas mayores, salvo el Ayuntamiento de Málaga, en el que estos recursos están agrupados bajo el perfil o rúbrica de "jubilados", cuando las necesidades no están referidas a prestaciones derivadas del trabajo.

En la mayor parte de los casos analizados, los **portales-web** de los consistorios contienen una enumeración del catálogo de servicios de cuidados dirigidos a las personas de edad. Estos catálogos son más o menos amplios, pero suelen coincidir en lo básico: de una parte, información sobre movilidad, dependencia, ayuda a domicilio, ocio, teleasistencia, residencias, centros de día, etc.; de otra, sobre las necesidades que las personas mayores pueden tener: ayuda social, adaptación de la vivienda, cuidados, alojamiento alternativo, movilidad, recursos económicos, actividades de ocio, cultura, deporte, creación de asociaciones, etc. A partir de ahí empiezan las divergencias. De entre ellas, este informe se centra en determinar la existencia o no de planificación estratégica de las políticas públicas y en la evaluación de esta en cuestión de cuidados.

Puede decirse que:

***En la mayor parte de los Ayuntamientos analizados no existe documentación publicitada relativa a estudios o informes estratégicos sobre el envejecimiento de la población.***

No disponen de ellos ni Sevilla, ni Zaragoza, ni Málaga, ni Bilbao. En algunos casos, como el de Madrid, existe algunos informes genéricos. En particular, dos informes: uno sobre aislamiento social de personas mayores (2008) y otro sobre buen trato de personas mayores (sin referencia a fecha en depósito legal). No hay diagnóstico ni planificación estratégica de políticas de cuidados de mayores accesible.

En el caso de Valencia existe publicitado un informe estadístico sobre la población mayor de 64 años de 2020, pero no se analizan los datos que dicho informe ofrece, ni se plantean ni planifican actuaciones respecto a estos datos, ni hay análisis global de la situación.

Tiene especial interés el caso de **Pamplona.** Esta ciudad ha realizado un **estudio diagnóstico cuantitativo de la situación de las personas mayores** en doce barrios de la ciudad que permite valorar déficits, fortalezas, carencias y potencialidades que presenta cada barrio en este ámbito. Estos diagnósticos aportan datos sobre el envejecimiento, los cambios en la estructura de la población, la feminización del envejecimiento, las personas mayores que viven solas y las personas extranjeras mayores. También se aborda la situación económica y el riesgo de pobreza, el acceso de las personas mayores a los recursos asistenciales, el nivel educativo o los servicios y equipamientos de cada uno de los barrios, entre otros ámbitos.

También el Ayuntamiento de **Barcelona** puede ser identificado como un supuesto referencial en este sentido, pues dispone de un portal completo donde, al margen del acceso a los recursos disponibles, contiene una sección destinada a compartir al público los planes, programas, informes, estudios, memorias, leyes, guías y protocolos, así como publicaciones específicas sobre envejecimiento y personas mayores.

En particular, a efectos de este informe, cabe destacar una medida concreta: la *Estrategia sobre Cambio Demográfico y Envejecimiento 2018-2030.* En dicho documento se contiene un **diagnóstico de la situación de las personas mayores** en Barcelona, que diversifica el análisis y las políticas en función de las situaciones que identifica (dependencia, vivienda, apoyo social, en el hogar, centros de día y residencias, participación social y comunitaria, vulnerabilidad económica, de salud). **A partir de esos datos se proyecta la planificación** para Barcelona, donde se definen los ejes estratégicos, objetivos y actuaciones, así como mecanismos de seguimiento de la Estrategia y catálogo de servicios y presupuesto asignado a los mismos.

La Estrategia identifica dos ejes transversales, la diversidad y la heterogeneidad entre las personas mayores y el género; y sitúa cuatro ejes estratégicos centrales:

1. Derecho a la ciudad a lo largo de la vida.
2. Ciudad amigable y convivencia intergeneracional.
3. Envejecimiento activo: aportar y disfrutar de la ciudad.
4. Investigación y planificación para un cambio demográfico con equidad.

Sobre ellos proyecta las líneas de acción que se concretan con una batería de acciones agrupadas en tres tipos:

- *Fortalecimiento:* acciones y programas que ya lleva a cabo el Ayuntamiento y a los que se quiere dar continuidad, reforzarlos y mejorarlos;
- *Innovación:* acciones que son nuevas o están en fase de prueba piloto y se consideran clave para afrontar los retos del cambio demográfico y el envejecimiento. Como por ejemplo la iniciativa *Radars,* proyecto comunitario para paliar los efectos de la soledad no deseada y prevenir situaciones de riesgo de las personas mayores, en el que colaboran vecinos y vecinas, comercios, farmacias, personas voluntarias, entidades y equipamientos, con el objetivo de transformar los barrios en comunidades humanas, seguras, participativas y solidarias; o el servicio Vincles+, para ayudar a combatir la soledad gracias a la tecnología;
- C*oliderazgo:* acciones estratégicas para el cambio demográfico y envejecimiento que involucran necesariamente a otras administraciones con el fin de poder hacerlas efectivas.

Por último, la estrategia arroja datos sobre los que se debe proyectar las políticas públicas a realizar, acometiendo la diversidad de situaciones y con asignación de recursos que se publicitan también junto a mapas demográficos y de equipamiento y servicios. Se trata, en conclusión, de un documento valioso en el diseño de políticas públicas, y un modelo a seguir por otros Ayuntamientos.

Barcelona, además, ha sido pionera en la **cesión de suelo público destinado a "vivienda protegida en régimen de cesión de uso para cooperativas",** que tiene directa relación con el *cohousing* como alternativa habitacional de cuidados. A través de concursos públicos se ha puesto a disposición del movimiento cooperativo diez solares para hacer unas 250 viviendas. Con ello Barcelona innova y se sitúa a la vanguardia de entidades locales en favor de la covivienda.

## 3. Políticas ejemplares: tres casos de buenas prácticas

Las Administraciones han de redefinir sus obligaciones, revisar sus estructuras, concretar y reorientar objetivos, así como los recursos destinados a las políticas para alcanzarlos. En este sentido, la Administración no puede ser un actor estático que gestiona cuidados, sino que está llamado a innovar. Para ello es útil conocer y valorar las actuaciones que llevan a término otras entidades, en otros territorios, en otros países.

En la identificación de políticas y acciones que avanzan en la dirección correcta destaca la *Red de Buenas Prácticas de la Fundación Pilares* para la autonomía personal, que recopila, sistematiza y divulga aquellas prácticas que abordan dimensiones relacionadas con el modelo de atención integral y centrada en la persona mayor y dirigidas a incrementar su calidad de vida.

### 3.1. Navarra

Como se ha puesto de relieve en el Capítulo V, destinado a la organización normativa de cuidado, la prevención de la dependencia ha sido la gran olvidada en las políticas públicas de cuidados. Pero Navarra destaca por diseñar y promover iniciativas cuyo objeto es precisamente ese, en particular a través de la realización de talleres de formación en informática, pintura, actividades manuales, música y teatro, y lenguas extranjeras. Se trata de talleres de carácter gratuito impartidos en centros y residencias.

Navarra es pionera en establecer una adaptación tecnológica de la administración a las nuevas necesidades de la ciudadanía, ofreciendo un canal de atención mediante la Oficina virtual en derechos sociales a los que pueden acceder las personas mayores activas, frágiles o dependientes o las personas cuidadoras.

Asimismo, desataca por facilitar a personas mayores con escasos recursos el acceso a comedores con la finalidad de asegurar una dieta equilibrada, y favoreciendo la permanencia de la persona en su propio entorno con calidad de vida.

La Escuela de Mayores es otra iniciativa política interesante que, con la colaboración de expertos y profesionales del ámbito social y sanitario, se dirige a dar apoyo e información a los mayores que les ayuden a reconocer y aceptar los cambios, a disfrutar de las oportunidades que se presentan y a manejar las limitaciones que conlleva, con mayor salud y mejor calidad de vida.

Navarra ha desarrollado el programa *Vivifrail* que es un programa de promoción del ejercicio físico, referente de intervención comunitaria y hospitalario para la prevención de la fragilidad y las caídas en las personas mayores. Este programa se enmarca en la *Estrategia de Promoción de la Salud y Calidad de Vida* en la Unión Europea. A través de una formación presencial a distancia, se favorecen programas diferenciados para cuatro categorías de personas: mayores robustas, mayores que no tengan dificultades para caminar, mayores que cuenten con limitación leve y, por último, mayores con limitación grave.

Cuenta con campañas como la de “Mayores en positivo” que pretenden sensibilizar a la población respecto a la imagen positiva del envejecimiento (serenidad, experiencia, sabiduría, respecto, independencia o memoria), considerándolo como un proceso de toda

vida y que muestra a estas personas como activas y en un porcentaje alto (70/80%) como autónomas e independientes en términos funcionales.

Consciente de la importancia de la participación de las personas mayores, Navarra insta desde el ámbito público al asociacionismo de estas a través de los clubs de jubilados, en tanto que espacios de autoorganización de actividades culturales, recreativas y sociales específicas, que son lugares para relacionarse socialmente, ocupar el tiempo de manera activa y combatir el aislamiento. Relevantes por los años de existencia y la cantidad de socios son el Club Irubide (600 mayores) y la Asociación El Salvador de la Rochapea (400 mayores).

## 3.2. País Vasco

La construcción, el diseño y la implementación de las políticas públicas requiere de corresponsabilidad, de implicación de las personas mayores como sujeto político, y aquí destaca la *Agenda Nagusi* (Gobierno Vasco, 2018).

La relevancia de esta iniciativa política del Gobierno vasco está en la oportunidad que se abre para que las personas que envejecen en Euskadi compartan los problemas que les afectan y colaboren con el Gobierno en su definición y en la toma de las mejores decisiones sobre ellos, corresponsabilizándose de mejorar su calidad de vida. En este proceso participan personas cuidadoras, las que son cuidadas, y profesionales y entidades expertas relacionadas con el tema. A tal efecto se realizan encuentros abiertos, foros específicos y otras actividades de sensibilización.

La *Agenda Nagusi* está dentro de la *Estrategia Vasca de las Personas Mayores* desde 2019 hasta la actualidad. Las conclusiones alcanzadas en el desarrollo de las diferentes actividades han dado forma a la citada Estrategia Vasca, siendo ésta un ejemplo de política de participación público-social, gestada desde la colaboración y la confianza depositada por la ciudadanía activa de edad avanzada comprometida con las decisiones comunitarias. Además, las aportaciones también han servido para la elaboración de la *Estrategia Sociosanitaria de apoyo a las Familias Cuidadoras 2021-2024*.

Asimismo, cabe destacar la segunda edición de este proyecto de participación púbico-social con las personas mayores llamado *Agenda Nagusi TV,* un canal de televisión digital dirigido a la población senior. Sus conclusiones servirán también para influir en las políticas del Gobierno vasco, en particular en el ámbito de la soledad no deseada, ayudando a diseñar el *Plan Interinstitucional de lucha contra la Soledad no Deseada*.

Especial interés en este sentido adquieren dos programas implementados por el Gobierno vasco destinados a la atención psicológica en tiempos de pandemia. Por una parte, el programa ADI, destinado a prestar apoyo psicológico a personas mayores que debido al confinamiento y estado de alarma habían acentuado su malestar emocional ante una soledad no deseada que les provocó miedo y aislamiento. Y, por otra parte, el programa Beritako, que favorecía el acompañamiento al duelo de quienes habían perdido algún familiar.

En el País Vasco destacan algunos servicios prestados que van más allá del ámbito de la atención social destinada a las personas mayores dependientes. Es el caso del servicio de intervención socioeducativa y psicosocial que, aunque no es específico para personas mayores, pueden ser éstas y su entorno beneficiarios, al tratarse de prestaciones

relacionales de apoyo socioeducativo y/o psicosocial -de carácter individual, familiar y/o grupal- que pueden desarrollarse en el entorno familiar o comunitario. Su objetivo es que los destinatarios adquieran y desarrollen capacidades personales, familiares o grupales que favorezcan su desenvolvimiento autónomo, su inclusión social y la adecuada convivencia en el medio familiar y comunitario; pero también que por efecto de esta intervención se sustituyan hábitos, conductas, percepciones, sentimientos y actitudes inadecuados por otros más adaptados. Con este tipo de políticas se pretende mejorar la convivencia familiar, las habilidades de atención y cuidado de sus miembros y/o favorecer el desenvolvimiento autónomo.

La importancia de cómo cuidar, de la calidad de los cuidados, se deja sentir también en las políticas del Gobierno vasco que tiene un servicio de apoyo a personas cuidadoras que forman parte de la red sociofamiliar de apoyo a personas en riesgo o situación de dependencia. Un servicio que ofrece la posibilidad de adquirir conocimientos, actitudes y habilidades de cuidado y autocuidado y favorece la corresponsabilidad de las personas cuidadoras y redunda en su propia calidad de vida.

La autonomía de las personas mayores es centro de atención por las políticas del Gobierno Vasco, no sólo por favorecer medios de apoyo necesarios o ayuda técnica, sino también por adaptar el entorno físico de estas personas para favorecer la accesibilidad y la mayor y mejor autonomía de ellas en este entorno. Especialmente cabe destacar aquellas ayudas destinadas a la vivienda habitual (interior de la vivienda o elementos comunes del edificio en el que se encuentre integrada) o el vehículo particular de transporte (de la persona beneficiaria, cuidadora o de un familiar). No olvidemos que las personas desean cuidarse y ser cuidadas en su propio domicilio, por lo que este tipo de actuaciones, de políticas, redundan en cumplir los deseos de los mayores.

### 3.3. Extremadura

En la línea de promover entre sus políticas la promoción de la autonomía de las personas mayores Extremadura destaca en la implementación de programas y servicios que se orientan a la prevención de situaciones de dependencia, a través de una atención integral y transversal que fomenta la continuidad de cuidados, la promoción de condiciones de vida saludables, y de carácter preventivo y de rehabilitación.

En este sentido destaca el modo de diseñar las actuaciones que se realizan desde distintos sectores de la administración y con la participación de las organizaciones representantes de los colectivos implicados. Cuenta con programas reseñables destinados a:

a) Prevenir el deterioro cognitivo y la aparición de la demencia (Ajedrez Saludable y Entrenamiento de la memoria). El plan de atención del deterioro cognitivo contempla numerosos ejercicios para poder hacer en casa para la vida diaria, especialmente en caso de confinamiento, para estimular la mente y para mantenerse activo y ocupado. Además, Extremadura es pionera en la atención a personas mayores a través de robots que son capaces de valorar el deterioro cognitivo y realizar actividades para prevenirlo (Centro residencial Servimayor de Losar de la Vera, de Cáceres), desarrollado en el marco de un proyecto europeo liderado por la Universidad de Milán.

b) Promover la participación de las personas mayores en ámbitos sociales, culturales y políticos (Clubes de Lectura y otras actividades culturales, Certamen Literario Experiencia y Vida, Programas Intergeneracionales, Voluntariado, etc.).

c) Favorecer la seguridad física y emocional de este colectivo reduciendo los factores que les predisponen a enfermedades y ayudándolos a incrementar hábitos de vida saludables a través de programas específicos como "El Ejercicio Te Cuida", Estrategia de cronicidad y Plan de Salud del Servicio Extremeño de Salud (SES), Escuelas de Cuidados y Salud del SES, Programa para la Prevención de Caídas: "8 pasos", Acciones Formativas para la Prevención de la Violencia de Género y del Maltrato a las Personas Mayores; d) Servicio de Teleasistencia a través de un dispositivo electrónico instalado en el domicilio de estas personas que favorece el contacto telefónico en caso de necesidad.

Se trata de una planificación estratégica en la nueva concepción de los cuidados y del alcance holístico con el que los mismos han de ser atendidos, que le ha valido a Extremadura el reconocimiento internacional 'Reference Site' concedido por la Comisión Europea. Este reconocimiento se le atribuye por considerarlo un "lugar de referencia por la tarea que está realizando en el ámbito del envejecimiento activo y saludable", al haber sido capaz de proporcionar evidencias y ejemplos concretos de su impacto, como los señalados, que han aportado soluciones y acciones eficientes.

## Ideas básicas del Capítulo VII

- Los cuidados han dejado de ser algo radicado exclusivamente en el ámbito familiar y privado e interpelan desde hace años al poder político y a la sociedad.
- Son necesarias políticas públicas que posicionen a la persona mayor en el centro, garantizando su derecho al cuidado de manera efectiva. Las personas mayores han de ser parte de la definición y evaluación de las estrategias de actuación. Son sujetos activos de derecho y sus deseos y preferencias importan.
- Las políticas de los cuidados han de ser diversas, intersectoriales, transversales y plantearse en un sentido holístico, porque las personas mayores no son un grupo homogéneo y requieren soluciones plurales y complejas.
- Las estrategias de actuación requieren de diagnósticos previos y certeros y de dotación presupuestaria suficiente para que tengan éxito. El seguimiento, la evaluación y el control de los recursos de estas políticas públicas son dinámicas de redefinición, aprendizaje, y mejora en la atención a las personas mayores.
- Las instituciones autonómicas y locales comprometidas con el envejecimiento activo avanzan buenas prácticas que deben seguir profundizándose y generalizándose para que seamos un país visibilizado como garante del bienestar, buen cuidado y mayor calidad de vida de las personas mayores.

# Capítulo VIII
# NECESIDAD DE UN MODELO DE CUIDADOS

**1. Introducción: una política de cuidados para el siglo XXI**

1.1. La dimensión económica

1.2. La dimensión sociocultural de la edad y del cuidado

1.3. La dimensión política: la 'operativización' de los cuidados

1.4. La dimensión jurídica

**2. Propuestas para un nuevo modelo de cuidados**

2.1. Naciones Unidas y las *Ciudades cuidadoras*

2.2. El tercer sector y la *Atención Centrada en la Persona*

2.3. El Care Collective y el *Manifiesto del Cuidado*

**3. Líneas fundamentales para un nuevo modelo de cuidados**

**Este Capítulo se dedica a** recoger y ordenar los elementos que, de una parte justifican y, de otra, deberían formar parte de los materiales con que reinventar y construir los nuevos cuidados, vistos estos para las personas mayores, pero también como ciclo completo de vida.

Se describen las dimensiones fundamentales desde las que abordar los cuidados, se repasan algunas de las propuestas más relevantes que, desde diferentes ámbitos, se han dirigido a desarrollar un nuevo modelo de cuidados; y, en definitiva, se indican aquellos elementos que deberían estar en la base de ese nuevo modelo. Un modelo que, en realidad, forma parte de la columna vertebral de una nueva sociedad intergeneracional y diversa que plantea nuevos desafíos para la sostenibilidad social.

## 1. Introducción: una política de cuidados para el siglo XXI

Como hemos visto a lo largo de este documento, nos encontramos ante una necesidad social que merece una respuesta política.

***Tanto la coyuntura demográfica como el marco social democrático en los que hoy se muestra dicha necesidad social obligan a repensar los cuidados.***

No sólo su extensión, cobertura y alcance, sino también su intensidad y calidad: ¿Qué cuidados queremos? ¿Cómo deben ser esos cuidados? ¿Quién debe garantizarlos? ¿Qué papel debe jugar el Estado? ¿Quién y cómo debe proporcionarlos? ¿Qué rol deben desempeñar las redes familiares y de proximidad, la sociedad, incluidas las empresas?

La incidencia de la pandemia de Sars-Cov-2 ha puesto en evidencia no sólo la **vulnerabilidad de los seres humanos** ante un nuevo virus sino también la **precariedad, insuficiencia e inadecuación de las estructuras y los recursos sociosanitarios** de los centros residenciales para mayores y de los hogares. Por ello, distintas agencias internacionales se han puesto ya a evaluar las necesidades futuras. Se calcula que, en esta década, hasta 2030, los países de la UE-27 necesitarán 11 millones de nuevos trabajadores para la salud y los cuidados de larga duración.

Los **cuidados de larga duración** (que incluyen atención sanitaria pero también cuidados sociales y personales) consisten en una serie de servicios médicos, de atención personal y de asistencia que se prestan con el objetivo principal de aliviar el dolor y reducir o gestionar el deterioro del estado de salud de las personas con cierto grado de dependencia de larga duración, asistiéndolas en su cuidado personal, mediante el apoyo para la realización de las actividades básicas de la vida diaria (como comer, lavarse y vestirse) y ayudándoles a vivir de forma independiente, mediante la ayuda para las actividades instrumentales de la vida diaria (cocinar, comprar y gestionar las finanzas). En definitiva, los cuidados tienen por objeto garantizar la máxima autonomía posible para la persona.

En *el* ***Plan de Acción de la UE para el Pilar de los Derechos Sociales*** se acuerda que en 2022 debe proponerse una iniciativa sobre los cuidados de larga duración, "que garantice un mejor acceso a los servicios de calidad para las personas que los necesiten" (European Union, 2021). En este documento se habla de **dos derechos:** el derecho a la "***atención sanitaria*** asequible, preventiva y curativa de buena calidad" y el derecho a "***servicios asequibles*** de larga duración y de buena calidad".

Los cuidados de las personas mayores tienen ahora una relevancia tan grande no solamente por el hecho de que las sociedades envejecen, sino también por otras dos razones:

a) el número de personas que, en edades avanzadas, precisarán de cuidados y ayudas para la autonomía personal, porque el incremento de la esperanza de vida hoy por hoy va acompañado de morbilidad y comorbilidad (transición epidemiológica);

b) las demandas de las nuevas cohortes que llegan a edad avanzada serán muy diferentes que las de las cohortes que les precedieron, como consecuencia de trayectorias laborales, económicas, culturales y políticas bien distintas.

En consecuencia, al hablar del cuidado no se debe hacer en singular, sino en plural y en perspectiva dinámica: *los cuidados.*

La abundante literatura que habla de la dramática "crisis de los cuidados" denuncia el tiempo actual como una época de ausencia de cuidado (*carelessness*), y la necesidad de reubicar éste en el centro de la vida (*The Care Manifesto,* 2020) sirve de aldabonazo y toque de atención a nuestras conciencias y a nuestro compromiso académico. Sin embargo, no resuelve por ahora la tarea radical de cómo pensarlo para el presente y para el futuro.

Para ayudar en esta tarea, **este informe ha planteado el acercamiento a los cuidados desde una visión amplia, inclusiva y transversal,** que, de un lado, parte del reconocimiento de la novedad revolucionaria que supone (Johnson, 2021) la 'democratización de la vida' (perspectiva colectiva) y la generalización de las 'vidas extendidas' (perspectiva individual); y, de otro, atiende a sus consecuencias, a saber, la insuficiencia e inadecuación de las estructuras de los recursos sociosanitarios de los centros residenciales, y, en general, la precariedad en la respuesta a las necesidades de los cuidados de las personas mayores.

Este modo de ver los cuidados incorpora un planteamiento a la altura de los cambios sociodemográficos experimentados, que obliga a **reinventar los cuidados en perspectiva de ciclo de vida,** descubriendo sus dimensiones y, en clave política, desplazándolos del ámbito individual a la esfera pública.

## 1.1. La dimensión económica

En la producción social de la vida, los seres humanos han distribuido y organizado las prácticas de cuidado de acuerdo con normas y reglas basadas en la división sexual del trabajo que adquirieron una relevancia inusitada durante la primera revolución industrial. El resultado de todo ello ha sido una feminización del cuidado y una infravaloración del mismo, frente a otras actividades de la vida pública o del mercado, dando lugar a que «en el siglo XXI, para que exista un trabajador incorporado plenamente al mercado y liberado de cualquier carga doméstica, tiene que haber varias personas que asuman el cuidado a lo largo de todo su ciclo vital» (Durán, 2018).

De aquí ha nacido la distinción tan frecuente entre cuidado informal, situado dentro del marco familiar, asignado a las mujeres y no remunerado; y cuidado formal (ubicado en marcos institucionales públicos o privados y remunerado, aunque no necesariamente cualificado (*§ Capítulo III.2: "Las respuestas al incremento de la demanda de cuidados. La organización social del cuidado"*). La incorporación de las mujeres al sistema educativo y al mercado laboral iniciada en el siglo XX, así como la extensión y las demandas del movimiento feminista que desafían el orden patriarcal conducen a un replanteamiento del "contrato de género" en la distribución de las tareas de cuidados.

***La corresponsabilidad de los varones en las tareas domésticas y de cuidado sigue siendo una asignatura pendiente y a pesar de algunas de las políticas de incentivación desplegadas fundamentalmente en este siglo, esta sigue siendo una asignatura pendiente y permanece como uno de los asuntos centrales de la agenda del feminismo para al siglo XXI.***

La brecha que genera la no asunción de las responsabilidades del cuidado por parte de los varones dentro de la familia es la principal causa de las discriminaciones por razón de género que siguen produciéndose en las sociedades actuales.

Por lo demás, el análisis de los modelos de larga duración no puede ser ajeno a sus costes y a las vías para financiarlos. El aumento de la longevidad de la población conllevará un crecimiento del gasto público asociado a las enfermedades crónicas, las situaciones de dependencia y los cuidados, y España todavía está muy rezagada en este punto respecto de la media de los países de la OCDE, un 0,7% del PIB español frente a un 1,7% del resto (Pinazo et al., 2021).

## 1.2. La dimensión sociocultural de la edad y del cuidado

En el proceso de constitución de los Estados modernos, la crianza, la atención a la discapacidad y el apoyo en la vejez, se han interpretado como un asunto privado de las familias, que solamente atendían otras instituciones (generalmente religiosas, asistenciales y caritativas) de forma subsidiaria, cuando fallaba la red familiar. De hecho, incluso en aquellos países con instituciones del *Estado de Bienestar* con mayor cobertura, siguen siendo las familias (y ello quiere decir las mujeres de las cohortes adultas) las que asumen la mayoría de las tareas de cuidados.

Ahora bien, en la actualidad, a lo que estamos asistiendo tiene que ver también con **una redefinición de la categoría de edad y de sus funciones en nuestras estructuras sociales.** La edad, posiblemente, ha estado presente en todas las sociedades como un criterio de estratificación social, pero son las sociedades modernas las que con mayor énfasis la utilizan como criterio cronológico de organización de las etapas de la vida, así como de asignación de roles y de estatus. Nuestras sociedades fijan edades legales a las que es posible desarrollar determinadas actividades y competencias sociales: comenzar a trabajar, votar, la jubilación laboral. Y justamente:

> ***Dada esta distribución y la emergencia de las vidas extendidas ahora se produce una etapa de la vida cada vez más larga en la que las personas carecen de roles activos y estatus positivos públicamente definidos, con el consiguiente peligro de la marginación y discriminación: en suma, del edadismo.***

Las personas pensionistas aparecen exclusivamente como receptoras pasivas de bienes públicos, como receptoras de la solidaridad intergeneracional y, en consecuencia, pueden ser vistas como "una carga" para la sociedad. Como, supuestamente, "no contribuyen", no tienen derecho "a opinar", ese es el prejuicio y estereotipo que está detrás del edadismo que, entre otras consecuencias, niega el estatus de ciudadanía plena a las personas mayores.

Finalmente, es de interés reseñar que, al hablar de edad, podemos referirnos tanto a una *dimensión biológica/cronológica* (el paso de los años) como a las etapas del ciclo vital con los roles que les corresponden en una sociedad dada. La edad se utiliza entonces para designar generaciones y cohortes.

Sea cual sea el uso que actualicemos en cada momento, **la novedad histórica de las vidas extendidas se caracteriza por generar una etapa cada vez más larga tras la jubilación de la vida laboral remunerada,** en la que se carece de roles sociales asignados

en clave positiva y por operar como revelador de la inadecuación de la estructuración actual de etapas vitales y roles sociales. De ello **se deriva la necesidad de un nuevo *contrato generacional,*** que aborde explícitamente la integración y no segregación en función de la edad y determine cuáles son los derechos específicos de esa etapa del ciclo vital (Delaunay, 2019).

La premio Nobel Rita Levi-Montalcini decía que una persona no envejece mientras tiene proyectos y la vejez se convierte así en un proyecto de futuro. Por eso incorporar la vejez como una etapa larga abierta a nuevos horizontes vitales en función de las aspiraciones de cada persona, es algo que debe de ser asumido por el Estado y por la sociedad. Con el cambio de valores y actitudes que ello implica.

### 1.3. La dimensión política: la 'operativización' de los cuidados

En definitiva, de forma implícita o explícita las prácticas sociales de cuidado siempre han tenido una dimensión colectiva (Lagalisse, 2019), que en nuestras sociedades democráticas debe cobrar una dimensión política. En las dimensiones anteriormente enumeradas subyace una dimensión política, que ahora puede explicitarse como nunca antes ha sucedido:

- la vulnerabilidad biológica y la interdependencia social,
- la creación de las condiciones para el desarrollo del proyecto del sujeto humano, con la consiguiente extensión y profundización del significado del cuidado;
- la revisión de la organización social de las prácticas de cuidado en una sociedad que defiende la igualdad y la accesibilidad universal;
- y, por supuesto, la redefinición de la propia estructura social en función de las vidas extendidas y de las relaciones entre personas y roles estructurales.

Al desplazar el cuidado a la política de los cuidados, hemos de asumir determinadas condiciones de operatividad de las prácticas sociales:

- Una *definición operativa.*

  El cuidado no puede definirse identificando una especie de esencia intangible, de difícil sino imposible concreción, por más que, como afirma Bunting, "el buen cuidado es tanto un arte como una habilidad, una competencia y una capacidad de tacto" (2020: 7).

  La posibilidad de instaurar y asegurar derechos depende de nuestra capacidad para identificar, diferenciar y categorizar un repertorio de necesidades que operan en distintos contextos vitales: desde la posibilidad de una discriminación por edad hasta el abandono absoluto en condiciones de soledad y fragilidad.

- La *heterogeneidad de las necesidades.*

  La categoría social 'personas mayores' homogeniza en bloque a personas que son, de acuerdo con los recursos disponibles, muy diversas y que, además, se diversificarán a medida que maduren en edad y vayan transitando distintas etapas en función de su autonomía para diferentes tipos de actividades. Las personas mayores temen especialmente el momento en que no puedan valerse por sí mismas para atender

sus necesidades corporales. Los denominados cuidados de larga duración (LTC) no pueden considerarse como una especie de paquete homogéneo, invariable en el tiempo, se caracterizan por la diversidad y el dinamismo.

- La *heterogeneidad de proveedores de cuidados.*

  De acuerdo con nuestro planteamiento, el Estado debe ser el garante de los derechos y de la provisión de los servicios correspondientes. Pero en la provisión intervendrán agentes muy distintos, careciendo de validez los dualismos clásicos entre cuidados activos y pasivos, proporcionados con el corazón o con la cabeza, formales o informales, y planteándose más adecuadamente y de forma explícita la necesidad de coordinación y cooperación.

- La *diversidad de etapas.*

  Aunque en este momento no existe una distinción socialmente operativa entre las distintas etapas de las vidas extendidas, no cabe la menor duda de que pueden utilizarse indicadores objetivos para generar una cierta categorización. De hecho, en las residencias y hospitales, por ejemplo, se distingue claramente cuando alguien está en final de vida (no se puede curar, pero se puede y se debe cuidar) y quienes todavía tienen oportunidades de mejora o de freno sustancial al deterioro de sus condiciones de salud. Distintas mediciones de la esperanza de vida en salud pueden contribuir a una categorización más precisa de las etapas.

- La *necesidad de coordinación.*

  Una experiencia actual de consecuencias dramáticas se halla en la escasa cuando no nula coordinación entre distintas áreas y niveles y distintos tipos de cuidados; en concreto, se debe destacar la necesidad de una coordinación entre el sistema de salud, el de los servicios sociales y las familias, pero también, entre los niveles locales-municipales, los comarcales, autonómicos y estatales.

## 1.4. La dimensión jurídica

Los cuidados ya han sido introducidos en el vocabulario de los derechos, y del Derecho. Ciertamente, a la vista de la naturaleza y dimensiones del cuidado, tan diversas, el marco jurídico que lo regule no puede aspirar a comprenderlo, a dar cuenta de todas sus matices y posibilidades. Sin embargo:

***La dimensión jurídica del cuidado tiene importancia, pues define lo que se entiende por el mismo a efectos de delimitar derechos y deberes, es decir, facultades de exigir y obligaciones de proveer.***

Al principio de este informe (*§ Capítulo II.2. Los cuidados y el derecho a ser cuidado*), se llama la atención sobre la relación directa entre el hecho de recibir cuidados y la exigencia constitucional de preservar la dignidad humana y los derechos de las personas mayores. Y se propone la construcción, regulación y aprobación de un derecho fundamental al cuidado, con todas sus consecuencias. Más tarde, al hablar de las personas cuidadoras, se pone de manifiesto su precariedad en el ámbito laboral (*§ Capítulo III.3. Las personas cuidadoras y sus derechos*), y las consecuencias que para la calidad del cuidado esto significa. Y finalmente, al analizar la LAPAD (*§ Capítulo VI. La dimensión normativa del*

*cuidado*), se concretan los límites de lo que puede considerarse a día de hoy el núcleo del derecho subjetivo a los cuidados, fundamentalmente los servicios que constituyen el apoyo para realizar esas actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Estos ámbitos de lo jurídico en los cuidados están llamados necesariamente a un desarrollo a la altura de la construcción del nuevo modelo de cuidados. Jurídicamente debe quedar plasmado el derecho subjetivo a ser cuidado con las responsabilidades que tanto las familias como el Estado tienen delimitadas en esta tarea.

## 2. Propuestas para un nuevo modelo de cuidados

Diferentes organismos internacionales, fundaciones y entidades especializadas en los derechos de las personas mayores han reflexionado en los últimos años, y por razones obvias en los últimos meses, sobre cómo debe ser el modelo de cuidados. Sin pretensión de exhaustividad (y a la espera del prometido documento de la Comisión Europea para 2022), se rescatan a continuación algunos planteamientos a tener presentes.

### 2.1. Naciones Unidas y las *Ciudades cuidadoras*

El documento *Hacia ciudades cuidadoras* define la ciudad cuidadora como aquella que prioriza la **sostenibilidad de la vida.** La concepción del cuidado como bien público y como problema de la esfera pública supone un cambio sustancial en su gestión, pues desde siempre la responsabilidad ha recaído en la familia (y sobre todo en las mujeres). Este cambio necesita de un pacto en donde el Estado sea garante del derecho al (buen) cuidado y, además, requiere consolidar la cultura de la corresponsabilidad del cuidado entre mujeres y hombres. Y para ello, es necesario un debate sobre los cuidados que implique a toda la sociedad.

***La ciudad cuidadora es a la vez actor y escenario donde todos cuidan, donde el Estado, el mercado, las familias y la comunidad, así como los hombres y las mujeres, comparten la responsabilidad del cuidado en una nueva organización social del cuidado.***

El diseño, la gestión y las políticas de la ciudad cuidadora, apuntan a la satisfacción de las necesidades de cuidado de una parte muy significativa de la población y al respeto de los derechos de las personas a las que cuida. La ciudad cuidadora es parte de un Estado que asume su responsabilidad de garante del derecho al cuidado, fortalece su sistema universal de protección social (Rico y Segovia, 2017).

Para Durán (2017) la ciudad de cuidados es aquella que pone en primera posición entre sus objetivos **la gestión de la cotidianeidad** y a **los ciudadanos comunes como su referente político preferente.** A partir de este principio, los gobiernos necesitan establecer

- ante quién asume la ciudad la obligación de proporcionar cuidados;
- hasta qué límite o grado se van a proporcionan;
- qué financiación se destina a los cuidados y de dónde proviene;
- qué criterios se aplican para incluir a personas receptoras de cuidados;

- qué instituciones deben llevar a cabo los cuidados y cómo (servicios, recursos, profesionales…);
- qué plazos de ejecución de las medidas (anuales, plurianuales…);
- los criterios de garantía de sostenibilidad de los programas.

Hace ya varios años que se ha desarrollado una *Red de Ciudades Cuidadoras* que intercambian propuestas y buenas prácticas, con programas para la promoción de la salud, la peatonalización o la atención individualizada de algunos barrios (ver bibliografía). El **énfasis está puesto en la transversalidad** y se tiene en cuenta que los cuidados son todas las actividades vinculadas a la gestión y mantenimiento cotidiano de la vida, de la salud y del bienestar de las personas. Así, se considera que los cuidados son la necesidad más básica y diaria que permiten elementos esenciales para la sostenibilidad de la vida, así como para la reproducción social.

Al pensar en la ciudad como escenario y actor de los cuidados proponemos un agente concreto, frente a los flujos impersonales del mercado y de la globalización, que no sólo se ocupa de los lugares donde transcurre la vida personal, sino de las redes de interacción cotidiana, del tejido social de proximidad. Hay aquí una labor de reinvención de los espacios comunitarios en la ciudad y por tanto de la ciudad misma.

## 2.2. El tercer sector y la *Atención Centrada en la Persona*

En el ***Segundo documento de propuestas ante la pandemia del coronavirus en defensa de los derechos de las personas mayores*** (7 de mayo de 2020), la Mesa Estatal por los Derechos de las Personas Mayores propuso al Gobierno español un documento con acciones concretas, algunas para las fases de desescalada y control del riesgo, y otras de futuro, para transformar el sistema de atención y cuidados de larga duración.

Entre las primeras destacan un 'plan de choque' de refuerzo de los servicios profesionales de atención domiciliaria, teleasistencia y recursos en residencias, al menos mientras dure el riesgo de la pandemia del coronavirus. Recomendación que por sí misma revela la carencia sistémica del modelo.

Entre las acciones para realizar el futuro modelo de cuidados, las hay de varios tipos:

- De *preparación:* deben realizarse campañas de concienciación sobre los derechos de las personas mayores, dirigidas a funcionarios y actores sociales, y también dirigidas al conjunto de la sociedad, que evidencien y resalten el valor de los cuidados.

  Asimismo, son necesarios los estudios y análisis para obtener más datos, más información, y obtener así una imagen más precisa de la realidad que viven y la que quieren vivir las personas de edad avanzada.

- De *concepción:* cambiar, en toda la medida de lo posible, la institucionalización por la personalización (Atención Centrada en la Persona) como principio de la acción en el cuidado.

Este cambio de paradigma ha de llevar a la configuración pública de unos servicios integrados de atención en domicilios, así como una profunda transformación (estructural y organizativa) del modelo de residencias y otros alojamientos.

- De carácter *legal* o *normativo:* se propone la reforma de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD), así como la aprobación de una Ley Integral de los Derechos de las Personas Mayores.

En el ámbito internacional, se insiste en la utilidad de una Convención sobre los Derechos Humanos de las Personas Mayores, en el marco de Naciones Unidas.

- De *coordinación:* son acciones dirigidas a ordenar los sistemas sanitario y social para ofrecer una respuesta integral a las necesidades de atención sociosanitaria que se presentan a la vez en las personas que padecen situaciones de dependencia y enfermedad crónica o convalecencia.
- De *profesionalización:* el sector de los cuidados debe experimentar una profunda profesionalización, dirigida a obtener una mejora en la atención que abarque tanto aquello vinculado al tratamiento de los diferentes trastornos o limitaciones, como a la relación de ayuda basada en dignidad y derechos. Una formación y apoyo extensible a las y los cuidadores informales.
- De *fiscalización:* las administraciones públicas deben garantizar una inspección rigurosa de los servicios (públicos, concertados y privados) de atención a las personas mayores, con discapacidad o en situación de dependencia.

Por otra parte, diversas organizaciones representantes de personas mayores y personas con discapacidad (que forman parte de la Mesa Estatal), así como expertos en la materia, publicaron, como respuesta a las carencias en el sistema de cuidados que la pandemia por COVID-19 ha puesto de manifiesto, la ***Declaración en favor de un necesario cambio en el modelo de cuidados de larga duración de nuestro país*** (1 de abril de 2020). En él, además de una serie de consideraciones en relación con los estereotipos sobre la vejez y la discapacidad, se comparten algunas consideraciones en torno al modelo deseable de cuidados, en las casas y en los centros residenciales.

Sobre cómo ha afectado la crisis sanitaria **en el entorno domiciliario** de personas mayores y personas con discapacidad no existen prácticamente datos, y eso que la mayoría de ellas (las personas cuidadas y las cuidadoras) lo han afrontado en casa, en la mayoría de los casos de forma precaria. Esta realidad, sumada a la ya relatada con anterioridad, según la cual las personas que necesitan cuidados prefieren recibirlos en su propio domicilio (*§ Capítulo IV. La dimensión subjetiva del cuidado. 4.1. ¿En la vivienda propia, en casa de familiares o en una residencia?*), obliga a un cambio de planteamiento para el futuro. Por eso en la Declaración se afirma que

> *Es necesario disponer de un modelo de atención sociosanitaria integrada y centrada en las personas que viven en sus domicilios, desde la coordinación de aquellos servicios y apoyos necesarios para obtener la mejor calidad de vida de ellas y de su entorno familiar.*

En relación con **los centros residenciales,** y como complemento de lo anterior, además de indicar la escasez de profesionales y el carácter precario de sus condiciones de trabajo

(circunstancias que sin duda influyen en la calidad de los cuidados), la Declaración es contundente:

> *Necesitamos un cambio en profundidad del modelo de alojamientos para personas mayores o personas con discapacidades que precisan apoyos para continuar con sus proyectos de vida. Es preciso que las alternativas de alojamiento que dispensen cuidados e intervenciones profesionales se orienten desde una atención centrada en las personas y no desde objetivos de mera custodia.*

***Así, se rechazan los macrocentros residenciales, se reclama como derecho y no como lujo las habitaciones individuales (porque es parte del derecho a la intimidad personal), y se advierte, en suma, de la necesidad imperiosa de sustituir el modelo institucional (sin recaer en el institucional hospitalario) por otro en el que nuevos diseños arquitectónicos y de organización favorezcan unos cuidados en los que la autonomía, la historia de vida y los deseos de las personas mayores sean el punto de partida, favoreciendo que en la medida de lo posible se encuentren 'como en casa'.***

## 2.3. El Care Collective y el *Manifiesto del Cuidado*

El Care Collective es un grupo británico de lectura e investigación creado en 2017 que, desde distintas perspectivas y campos del conocimiento, trabaja en torno al mundo de los cuidados.

En 2020 publicó *The Care Manifesto*. Partiendo de la premisa de la mutua interdependencia y valor intrínseco de todo ser humano, este manifiesto aborda los diferentes cuidados (en niveles macro, meso y micro) que la sociedad debe proporcionar a sus miembros. En su base están los planteamientos del pensamiento feminista de Joan Tronto y la distinción entre *caring for, caring about* y *caring with* (*§ Capítulo II: Los cuidados y el derecho a ser cuidado*). Sus conceptos más relevantes son:

### i. Políticas de cuidados

Las prácticas de cuidado que reconocen la complejidad de las interacciones humanas también mejoran nuestra habilidad de reimaginar y participar de una forma más completa en procesos democráticos en todos los niveles de la sociedad y esto necesariamente implica **crear y defender lo común:** propiedades colectivas, espacios e infraestructuras. Los autores parten del cuidado próximo (físico y emocional) a unas políticas de cuidado que incluyen a todas las personas, **pensando el cuidado como un principio organizacional que debe estar presente en todas las escalas de la vida,** desde una perspectiva eco-socialista, feminista, *queer*, y antirracista.

Para reimaginar una política genuinamente solidaria debemos empezar por reconocer las múltiples formas en que nuestra supervivencia y nuestra prosperidad están en todas partes y siempre supeditadas a los demás. Una política del cuidado debe comprender tanto esta interdependencia como la ambivalencia y la ansiedad que inevitablemente genera.

***Sólo una vez que reconozcamos los desafíos de nuestra dependencia compartida junto con nuestras irreductibles diferencias, podremos valorar plenamente las***

*habilidades y los recursos necesarios para promover las capacidades de todos, sean cuales sean nuestras distintas necesidades, ya sea como proveedores o receptores de cuidados, observando la frecuente reciprocidad de estas posiciones (Care Collective, 2020: 31)*

### ii. Economías del cuidado

Una Economía cuidadora significa **reimaginar la economía como algo que nos permite cuidar del otro,** teniendo en cuenta la diversidad de necesidades de cuidado y las vías de provisión de cuidados, y no solo las que provienen del mercado, sino también los cuidados en el hogar, las comunidades, el Estado, el mundo entero. Aquí el concepto clave es el de **conciliación:** se deben reinventar las trayectorias e intensidades laborales de manera que puedan imbricarse armónicamente las diferentes dimensiones de la vida personal.

### iii. Estados cuidadores

Un Estado cuidador es aquel en el que el sentido de pertenencia se basa en el reconocimiento de la mutua interdependencia. La necesidad es ahora pasar del Estado del Bienestar al Estado cuidador. Pertenencia, ciudadanía y derechos, deben estar todos organizados alrededor del cuidado.

### iv. Comunidades cuidadoras

Son necesarios entornos donde las personas pueden apoyarse las unas en las otras, donde existan condiciones que permitan actuar de manera colaborativa, donde se generen relaciones de pertenencia, donde la provisión de nuestras necesidades básicas está asegurada. Desde este planteamiento, son cuatro las características principales que distinguen a las comunidades cuidadoras:

- Son comunidades basadas en el dar y recibir cuidados, proporcionando a sus miembros diversos tipos de apoyo mutuo.
- Necesitan espacios públicos que sean propiedad de todos.
- Priorizan compartir los recursos.
- Están vinculadas a la democracia local.

### v. Relaciones cuidadoras

En el *Care Manifesto,* el Care Collective habla de la importancia de no circunscribir únicamente el cuidado al contexto familiar, y de aumentar los círculos de cuidados al modelo de las "familias elegidas" (*families of choice:* término desarrollado por los movimientos LGTBIQ+ y ampliado por los Black Panthers en USA, y por movimientos comunitarios como ACT UP, etc.), y el cuidado de los "otros diferentes como yo", defendido por teóricos de la interdependencia subjetiva como Levinas o Derrida (hospitalidad con el extraño/extranjero/el otro diferente), y teniendo en cuenta que la diferencia se construye en un tiempo y espacio particulares. Dado que el yo se constituye sólo a través de su relación con el otro, estamos éticamente obligados al cuidado de ese otro (Levinas, 1998: 123).

Tengo que ocuparme del otro (cuidar de), porque está ahí, frente a mí, solicitando mi ayuda y no tengo otra opción que responder, que me pide ayuda y no tengo más remedio que responder. Cuidar de los demás es una responsabilidad que no es innata, sino que

hay que estimularla, y es un tipo de responsabilidad en la que no se deja al otro solo. Cuidar del otro es un tipo de recuperación, de rescate de su vulnerabilidad (Levinas, 1985: 57).

Las prácticas y hábitos de cuidado, tal y como se dan en nuestras sociedades, no surgen de un mandato innato, sino que han sido y son definidas cultural e históricamente. Varían en función de las estructuras sociales, pero también de las disposiciones que las sociedades transmiten a sus miembros.

En una sociedad como la nuestra, basada en la flexibilidad de los vínculos laborales y familiares, en la incertidumbre de las trayectorias profesionales y vitales, en procesos de individualización crecientes, con rápidas transformaciones culturales que crean fracturas generacionales, la necesidad de crear disposiciones para el cuidado es más perentoria que nunca. La inmersión actual en la pandemia de COVID-19 ha puesto de relieve que la salud (dígase también la autonomía), no es un bien individual, sino **relacional:** protegerse a sí mismo es proteger a los otros y cuando los otros se protegen me están protegiendo a mí. Pues bien, no sólo la salud (es decir, la autonomía) es un bien relacional, sino también intergeneracional. Este aspecto debe subrayarse de una forma especial.

## 3. Líneas fundamentales para un nuevo modelo de cuidados

El objetivo de una política pública es resolver un problema social definido políticamente como un asunto que compete a la esfera pública (*§ Capítulo VII. Políticas públicas para el cuidado de las personas mayores*). Cuando un problema supera el espacio privado y tiene impacto en la sociedad y nuestro modelo de vida se convierte en un problema social, los poderes públicos deben actuar. Por todo lo expuesto en este informe podemos concluir que tenemos un problema social que requiere respuestas para resolver los cuidados que:

> ***Necesitamos en la última etapa de nuestras vidas. Por ello que necesitamos revisar el modelo actual de cuidados, transformándolo en un modelo más diverso, más corresponsable, y donde haya un equilibrio entre el cuidado institucional y el familiar.***

De forma muy breve, y partiendo de los planteamientos expuestos en los epígrafes anteriores, se trata a continuación de sintetizar las líneas fundamentales a tener en cuenta para construir que ese nuevo modelo de cuidados.

Previamente, conviene recordar que **un enfoque basado en derechos** exige, **metodológicamente** que ese nuevo modelo:

- Se desarrolle desde una **perspectiva holística,** en la que lo sociosanitario, lo económico, lo cultural, lo jurídico, lo psicológico, lo demográfico… esté incorporado.
- Se aborde desde el análisis de la realidad concreta, con **datos precisos y fiables.**
- Se construya con la **participación de sus destinatarios,** con una metodología 'de abajo a arriba', en la que se incluyen quienes reciben los cuidados y sus familiares, el cuidatoriado, los profesionales vinculados a ellos, las organizaciones del tercer sector y los decisores políticos.

- Se dirija a **mejorar la vida de las personas mayores** y, en ese sentido, a reforzar las capacidades de quienes tienen que garantizar los derechos.

A partir de aquí, las líneas fundamentales del modelo de cuidados deben ser:

### 1. Visibilidad

La visibilidad de los cuidados significa **poner los cuidados en el centro del debate público,** con el fin último de mejorar los recursos y los medios para garantizar los cuidados adecuados en todos los entornos: en el entorno domiciliario, teniendo en cuenta el deseo a continuar viviendo en casa mientras sea posible; y en el entorno residencial, velando por los cuidados que reciben las personas más vulnerables.

La visibilidad de los cuidados significa información ciudadana, sensibilización, formación… significa poner en valor los cuidados.

### 2. Centralidad de las personas

El modelo de cuidados debe **atender a las necesidades y los deseos de las personas,** teniendo en cuenta su heterogeneidad y los distintos ámbitos en los que se lleve a cabo: en el domicilio particular, en la atención primaria, en los cuidados de larga duración, en los centros residenciales, en los cuidados al final de la vida.

Especial atención merecen los cuidados a las personas mayores en situación de mayor **fragilidad física, emocional, social o cognitiva.** Por ejemplo, dado que el número de personas con demencia aumenta cada año, y que la demencia es una de las mayores causas de discapacidad, es urgente mejorar los recursos dedicados a esta enfermedad que afecta a las personas que la padecen y a las personas que les cuidan. Por ejemplo, con mejoras en el diagnóstico del deterioro cognitivo leve y avanzado, con mejoras en la evaluación de la demencia y las áreas afectadas y en los tratamientos no farmacológicos, con un aumento del número y calidad de los servicios y recursos de atención, con mayor apoyo a las familias y personas cuidadoras. De hecho, la mayoría de los sistemas de salud tienen datos muy pobres sobre la atención de la demencia y sobre todo, más evaluación de los proyectos para demostrar su eficacia, efectividad, pertinencia, eficiencia y *replicabilidad* (OECD, 2018).

La atención centrada en la persona es una consecuencia necesaria del planteamiento de los cuidados desde un **enfoque basado en los derechos,** pues este prioriza al individuo como sujeto de derechos y, con ello, al principio de respeto y promoción de la autonomía personal. Este punto es esencial, por ejemplo, para transitar hacia nuevos modelos de vivienda que permitan 'vivir como en casa'; o para abordar la reorganización de los centros residenciales desde el respeto al derecho universal a la salud, al derecho fundamental a la intimidad, o la libertad de residencia y de circulación de las personas mayores.

### 3. Corresponsabilidad

A lo largo de los diferentes capítulos de este informe hemos podido ver la complejidad de ese "arte y técnica del buen cuidar", y ha quedado clara la necesidad de reconocer los cuidados como parte central de la vida de nuestras sociedades y de promover la **corresponsabilidad** de (y en) todos los actores: Estado, personas mayores, familia, cuidatoriado, comunidad.

Desde el principio hay que llamar la atención en torno a la **brecha de género en los cuidados,** pues tiene implicaciones que discriminan gravemente a las mujeres, en el salario y en el tiempo (el tiempo con perspectiva de género), que deben ser resueltas.

La corresponsabilidad supone, también, la **implicación y el trabajo coordinado entre gobierno y ciudadanía,** pilares de la necesaria colaboración entre las administraciones y los agentes públicos (como las universidades o los centros de investigación) y los privados, sean estas empresas u organizaciones del tercer sector. Esta colaboración (que necesariamente supone un enfoque **preventivo** y elaborado desde un planteamiento **comunitario**) es imprescindible para dar una respuesta política, social y económica decente al derecho a los cuidados de los ciudadanos y ciudadanas personas mayores, un objetivo que es una responsabilidad compartida.

### 4. Coordinación

Para un buen cuidado es necesaria e imprescindible la coordinación entre distintas áreas y niveles con responsabilidades en su atención. En la actualidad la ausencia de o defectuosa coordinación es una de las falencias más importantes a revisar para un nuevo modelo de cuidados. En él deben establecerse **mecanismos de información y colaboración,** fluidos y eficaces, que integren el sistema de salud, los servicios sociales y las familias, que articulen los niveles competenciales municipales, comarcales, autonómicos y estatales; que pongan a trabajar lo público y lo privado, las instituciones, las universidades, las empresas y el tercer sector.

En esta línea, el modelo de cuidados debe ser innovador, integral, interinstitucional, interdepartamental y multidimensional. De este modo los poderes públicos de cualquier nivel, podrán ser garantes eficaces de la provisión de los servicios coordinados correspondientes a través de diferentes agentes: familias, servicios sociales en general y ayuda a domicilio en particular, atención primaria y especializada de salud, sector de empleo de hogar y cuidados, asistentes personales, voluntariado, servicios de proximidad e iniciativas de participación comunitaria, etc.

### 5. Un Derecho para los cuidados

El Derecho debe convertir el modelo político de los cuidados en estructuras, acciones y comportamientos atribuibles a poderes públicos y entidades privadas, exigibles por los ciudadanos, si es necesario ante los tribunales.

El marco normativo de los cuidados debe estar delimitado por la misma **Constitución** (que debe ser modificada en ese sentido, incorporando además a los cuidados como derecho fundamental), por el Derecho internacional (con la aprobación por Naciones Unidas de la **Convención sobre los Derechos Humanos de las Personas Mayores**), y por la legislación específica de la Unión Europea (que debería desarrollarse de forma rápida a partir del Libro Verde sobre Envejecimiento recientemente puesto en marcha por la Comisión).

En el ámbito legislativo interno, la reforma de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD), la aprobación de una Ley Integral de los Derechos de las Personas Mayores, así como la reforma de varias leyes que inciden en el ámbito de los cuidados (Código Penal y Código Civil, por

ejemplo, además de numerosa normativa del ámbito autonómico), deben acompañar necesariamente la construcción del nuevo modelo.

### 6. Atención a las políticas públicas

La política debe abordar decididamente el envejecimiento y diseñar y ejecutar actuaciones que redunden en una mayor calidad de vida de las personas mayores, especialmente en el ámbito de los cuidados.

Las Administraciones son responsables de cómo diseñan estas políticas y a quién involucran en su definición. Desde la **coordinación** institucional, es exigible la apuesta por una gobernanza democrática inclusiva y **participativa,** donde las personas mayores participen activamente: en el diseño, en el seguimiento y en su evaluación.

Cualquier política de cuidados precisa de un buen **diagnóstico** adaptado al contexto en el que aquella vaya a ser efectiva. Sin diagnósticos aterrizados a la realidad, las estrategias políticas están llamadas a fracasar, por lo que es preciso disponer de **datos** estadísticos desagregados por edad.

Por último, no hay políticas efectivas, por acertadas que sean en su planteamiento, sin **dotación presupuestaria** suficiente y sin ejecución adecuada. Son necesarios presupuestos en los que la trazabilidad sea posible, para conocer con exactitud cuántos recursos se han invertido en personas mayores y en qué ámbitos.

Los mecanismos de **evaluación** de las políticas requieren indicadores objetivos de cumplimiento para la medición de los resultados alcanzados y para, en su caso, reorientar las acciones y mejorar y avanzar en el diseño o rediseño de nuevas políticas. La labor de la **inspección** rigurosa de servicios allá donde se prestan cuidados —en centros públicos, concertados y privados, de atención a las personas mayores, con discapacidad o en situación de dependencia— es imprescindible.

### 7. Mirada local

La cercanía de lo local, sea este nivel entendido en España como lo autonómico o lo municipal, es uno de los elementos fundamentales para la construcción de un modelo de cuidados eficiente. Primero, porque es desde lo local desde donde se puede obtener la mejor información de las necesidades y deseos de la ciudadanía en general, y de las personas mayores en particular. Y segundo, porque es **solo desde lo local** que, más allá de normas y estrategias generales (necesarias, pero insuficientes) **pueden impulsarse políticas públicas que combinen eficacia, inclusión y fortalecimiento comunitario.**

En el ámbito de los cuidados de las personas mayores, si lo que se pretende es proveer materialmente los servicios, pero también la atención afectiva y relacional, y si, además, se parte de que la definición de las políticas debe ser participativa, la configuración de las mismas desde lo local resulta imprescindible.

### 8. Con perspectiva de género

El peso del cuidado no puede recaer fundamentalmente en las familias, y menos aún recaer todo en las mujeres; por ello es importante en este debate incorporar la perspectiva de género que sirva para exigir la corresponsabilidad en el cuidado y corregir desigualdades.

No sólo el cuidado informal recae mayoritariamente en las mujeres, sino que el cuidado formal y profesional está fuertemente feminizado y, como otros sectores laborales feminizados, está precarizado y exento de reconocimiento social.

Por eso, se requiere dignificar la figura de la persona cuidadora, sea esta familiar o profesional. Para ello es importante mejorar los recursos de apoyo a las personas cuidadoras familiares y la formación de los profesionales y la mejora de los empleos hasta ahora caracterizados por la baja remuneración, alta rotación, y la jornada parcial. El cuidado familiar es el preferido por la mayor parte de las personas, pero es insostenible si no cuenta con apoyos y recursos. Cuidar los cuidados es cuidar también a las familias que cuidan.

# BIBLIOGRAFÍA

## CAPÍTULO II. LOS CUIDADOS Y EL DERECHO A SER CUIDADO


**Barnes, M.:** "Alianzas integrales para el cuidado", en VVAA, *Nuevas políticas del cuidar,* Barcelona, Edicions Col·legi Oficial Infermeres i Infermers, 2018.

**Berkman, L.F. y Glass, T.:** "Social integration, social networks, social support and health". En L.F. Berkman e I. Kawachi (Eds.), *Social Epidemiology.* Oxford University Press, 2000.

**Brooker, D., y Latham, I.:** *Person centred dementia care: Making services better with the VIPS framework.* Ed. Jessica Kingsley, 2016.

**Busquets Alibés, E.:** *Ética del cuidado en ciencias de la salud,* Barcelona, Herder, 2019.

**Brykczynska G.:** "Caring. Some philosophical and spiritual reflections". En J. Moya y G. Bryczynska (Eds). *Nursing Care.* Ed. Edward Arnolf, 1992.

**Camps, V.:** *Tiempo de cuidados,* Barcelona, Arpa, 2021.

**Cardona Rubert, B., Flores Giménez, F. y Cabeza Pereiro, J. (coords):** *Edad, Discriminación y Derechos,* Madrid, Aranzadi, 2018.

**Care Collective:** *The Care manifiesto de los cuidados. The políticks of compassion.* Ed. Verso, 2017.

**Comas-d'Argemir, D.:** "Cuidados y derechos. El avance hacia la democratización de los cuidados", *Cuadernos de Antropología Social* (Universidad de Buenos Aires), núm. 49, 2019.
https://www.redalyc.org/jatsRepo/1809/180960119002/html/index.html#redalyc_180960119002_ref5ç

**Díaz , C., Jabbaz, M., Aguado, E. y González, L.:** , "Las brecha de género, brecha de cuidados, brecha salarial y brecha de tiempo propio", en Díaz Martínez, C. y Simó Noguera, C.X.: *Brecha salarial y brecha de cuidados,* Valencia, Tirant Humanidades, 2016.

**Durán, M.Á.:** *La riqueza invisible del cuidado,* Universitat de València, 2018.

**Esquembre Cerdá, M.:** "Las mujeres ante el cambio constitucional. Algunos apuntes desde una perspectiva feminista para una reforma constituyente de la Constitución española, *Atlánticas. Revista Internacional de Estudios Feministas,* núm.1, 2016.

**Fine, M y Glendinning, C.:** "Dependence, independence or inter-dependence? Revisiting the concepts of 'care' and 'dependency'". *Ageing and Society,* 25(4), 2005.

**Doi:** https://doi.org/10.1017/S0144686X05003600

**Fundación Pilares:** *Derechos y deberes de las personas mayores en situación de dependencia y su ejercicio en la vida cotidiana.* Vilà i Mancebo, A., Rodríguez Rodríguez, P. y Dabbagh Rollán, V.O. (coords). Colección Estudios de la Fundación, núm.6, 2019.

. ¿Cómo favorecer el ejercicio de los derechos y deberes de las personas mayores en situación de dependencia? Guía para profesionales de residencias y otros centros. *Ramos Feijóo, C. y Lorenzo García, J. (coords). Colección Guías de la Fundación, núm.6, 2020.*

**Garrido Criado, C.:** "Hacia un derecho fundamental al cuidado: viabilidad y conveniencia de su existencia", en Marrades Puig, A.I.: *Retos para el Estado constitucional del siglo XXI: derechos, ética y política del cuidado,* Quaderns Feministes, Tirant Humanidades, Valencia, 2019.

**Heaney, C. A., e Israel, B. A.:** Social networks and social support. In K. Glanz, B. K. Rimer, and K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice,* Jossey-Bass, 2008.

**HelpAge España.** Publicaciones, Informes y Estudios. *https://www.helpage.es/publicaciones-informes-y-estudios/*

**HelpAge International:** *La discriminación por razón de edad en España. Conclusiones y recomendaciones para el contexto español desde un enfoque basado en derechos,* 2020. https://www.helpage.es/acto-de-presentacion-del-documento-de-helpage-espana-la-discriminacion-por-razon-de-edad-en-espana-con-conclusiones-y-recomendaciones-para-el-contexto-espanol-con-un-enfoque-basado-en-derechos/

**Marrades Puig, A.I.:** *Retos para el Estado constitucional del siglo XXI: derechos, ética y política del cuidado,* Quaderns Feministes, Tirant Humanidades, Valencia, 2019.

**Martínez, R., Roldán, S. y Sastre, M.:** "La atención a la dependencia en España. Evaluación del sistema actual y propuesta de implantación de un sistema basado en el derecho universal de atención suficiente por parte de los servicios públicos. Estudio de su viabilidad económica y de sus impactos económicos y sociales", Papeles de Trabajo 5/2018, Madrid, IEF, 2018.

**Tobío, C, Agulló, MS, y Gómez, V.:** *El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI.* Fundación La Caixa, 2010.

**Torralba, F.:** *¿Qué es la dignidad humana?* Ed. Herder ,2005.

**Tronto, J.:** *Un monde vulnerable. Pour une politique du care.* La Découverte, 2009.

## CAPÍTULO III. EL CONTEXTO DEL CUIDADO

**Abellán, A. (et al) :** "Partner Care, Gender Equality, and Ageing in Spain and Sweden". *International Journal of Ageing and Later Life* 11(1), 2017. http://dx.doi.org/10.3384/ijal.1652-8670.16-305

**Blanes, A.:** *La mortalidad en la España del Siglo XX. Análisis demográfico y territorial.* Tesis Doctoral. Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, 2007.

**Brandt, M., Haberkern, K., y Szydlik, M.:** "Intergenerational help and care in Europe", *European Sociological Review,* 25(5), 2009.

**Castro Martín, T., Martín García, T., Cordero Coma, J. y Seiz, M.:** "La muy baja fecundidad en España: la brecha entre deseos y realidades reproductivas". *Dossieres EsF,* (36), 2020.

**Díaz Martínez, C. y Simó Noguera, C. (coords):** *Brecha salarial y brecha de cuidados,* Valencia, Tirant Humanidades, 2016.

**Durán Heras, M.Á.:** *El valor del tiempo ¿cuántas horas te faltan al día?* Madrid, Espasa-Calpe, 2006.

**.** Unpaid work in the global economy. *Fundacion BBVA, 2012.*

**Escobar, M.A, Puga, D., y Martin, M.:** "Asociaciones entre la red social y discapacidad al inicio de la vejez en dos ámbitos metropolitanos españoles". *Revista Española de Salud Pública* 82(6), 2008.

**Escuredo, B.:** "Las políticas sociales de dependencia en España: contribuciones y consecuencias para los ancianos y sus cuidadores informales", *REIS,* 119(1):65-89, 2007.

**Esteve, A., Lozano, M., Boertien, D., Mogi, R., & Cui, Q.:** "Tres décadas de muy baja fecundidad en España, 1991- 2018", *SocArXiv,* 15, 2021. https://doi.org/10.31235/osf.io/kch5n

**Euroestat (2017).** Social protection statistics.

**Fernández-Carro, C., y Vlachantoni, A.:** "The role of social networks in using home care by older people across Continental Europe". *Health & social care in the community,* 27(4):936-952, 2019. https://doi.org/10.1111/hsc.12711

**Fernández-Carro, C., Gómez Redondo R. y Cámara N. :** "The availability of carers for older disabled people in spain: demographic insights and policy implications". *International Journal of Care and Caring* 3(3):323-37, 2019. https://doi.org/10.1332/239788219X15488381886380

**Geerts, J., y Van den Bosch, K.:** "Transitions in formal and informal care utilisation amongst older Europeans: the impact of national contexts". *European Journal of Ageing,* 9, 2011. https://doi.org/10.1007/s10433-011-0199-z

**Girón Daviña, P.:** *Los determinantes de la salud percibida en España.* Tesis Doctoral. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, 2010.

**Gómez Redondo R. y García-González J.M.:** *Longevidad y salud a edades avanzadas. Salud, demografía y sociedad en la población anciana.* Alianza editorial, 2011.

**Gómez Redondo, R., y Fernández-Carro, C. "Personas mayores, discapacidad y dependencia. Informe 2014",** Las Personas Mayores en España. *IMSERSO, 2015.*

**Gómez Redondo, R.; Fernández-Carro, C; Cámara-Izquierdo, N y Faus-Bertomeu, A.:** Salud en la vida adulta y su relación con el envejecimiento saludable: *Tendencias actuales, oportunidades y retos futuros en España.* Fundación Mapfre, 2017.

**INE:** *España en Cifras.* Madrid: Instituto Nacional de Estadística, 2019.

**INE.** Proyecciones de Población 2020-2070. *Madrid: Instituto Nacional de Estadística, 2020.*

**Inquieta, J.:** "Protección y ayuda mutua en las redes familiares". Tendencias y retos actuales. *REIS,* 74, 1996.

**Katz, S., y Marshall, B.:** "New sex for old: Lifestyle, consumerism, and the ethics of aging well. *Journal of Aging Studies,* 17(1), 2003.

**Legarreta, M.:** "Notas sobre la crisis de cuidados: distribución social, moralización del tiempo y reciprocidad del tiempo donado en el ámbito doméstico-familiar". *Arbor,* 193(784), 2017.

**López-Doblas, J., Faus-Bertomeu, A. y Gómez-Redondo, R.:** Redes familiares cuidando a personas mayores dependientes: influencia del empleo y del estado civil de los hijos y las hijas". *Revista Internacional de Sociología,* 79(1), 2021. https://doi.%20org/10.3989/ris.2021.79.1.19.042

**Martín Palomo, M. T.:** "Domesticar el trabajo: una reflexión a partir de los cuidados". *Cuadernos de Relaciones Laborales,* 26(2), 2008.

**Meil Landwerlin, G.:** "Cambios en las relaciones familiares y en la solidaridad familiar". *Arbor* CLXXVIII, 702, 2004.

**Melchiorre, M.-G., Chiatti, C., Lamura, G., Torres-Gonzales, F., Stankunas, M., Lindert, J., Soares, J. F.:** "Social support, socio-economic status, health and abuse among older people in seven European countries". *PLoS ONE,* 8(1): e54856, 2013. doi:10.1371/journal.pone.0054856

**ONU:** *World Population Prospects 2000.* Department of Economic and Social Affairs, Population Division, Nueva York, 2002.

**ONU:** *World Population Prospects 2019.* Department of Economic and Social Affairs, Population Division, Nueva York, 2019.

**Pérez Díaz, J.:** "Consecuencias sociales del envejecimiento demográfico". *Papeles de Economía Española,* 104, 2005.

**Pérez-Fuentes, M. C., Molero, M. M., Mercader, I., Soler Flores, F. J., Barragán, A., Calzadilla, Y., y Gázquez, J.:** "Salud percibida y salud real: prevalencia en las personas mayores de 60 años". *Enfermería Universitaria,* 12(2), 2015. https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.03.002

**Requena, M.:** *La desigualdad ante la muerte: educación y esperanza de vida en España.* Perspectives Demogràfiques. Bellaterra: Centre d'Estudis Demogràfics, 2017.

**Revenga Arranz, E.:** "La transición demográfica en España". *Revista Española de Investigaciones Sociológicas,* (10), 1980.

**Riley, M.:** "Overview and highlights of a sociological perspective". *Human Development and the Life Course: Multidisciplinary Perspectives,* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1986.

**Rodríguez, M., Minguela Recover, M. Á., y Camacho Ballesta, J. A.:** "The importance of the size of the social network and residential proximity in the reception of informal care in the European Union". *European Journal of Social Work,* 2017. doi :10.1080/13691457.2017.1320523

**Rogero-García, J.:** "Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia". *Revista española de salud pública,* 83(3), 2009.

**Sánchez Vera, P., y Bote Díaz, M.:** "Familismo y cambio social: el caso de España". *Sociologías,* (21), 2009.

**Seidel, D., Brayne, C. y Jagger, C.:** "Limitations in physical functioning among older people as a predictor of subsequent disability in instrumental activities of daily living". *Age and Ageing,* 40(4), 2011.

**Solé-Auró, A., y Crimmins, E.:** "Who cares? A comparison of informal and formal care provision in Spain, England and the USA". *Ageing and society,* 34(3), 2014.

**Spijker, J., y Zueras, P.:** "El cuidado a los mayores en un contexto de envejecimiento y cambio social, político y económico". *Panorama social,* (23), 2016.

**Suanet, B., van Groenou, M. I. B., y van Tilburg, T. G.:** "Informal and formal home-care use among older adults in Europe: Can cross-national differences be explained by societal context and composition? ". *Ageing & Society,* 32(3), 2012. https://doi.org/10.1017/S0144686X11000390

**Tobío, C., Agulló, M. S., Gómez, M. V., y Martín-Palomo, M. T.:** *El Cuidado de las Personas. Un Reto para el Siglo XXI.* Barcelona: Obra Social Fundación La Caixa, 2010.

**Zueras, P., Spijker, J. y Blanes, A.:** "Evolución del perfil de los cuidadores de personas de 65 y más años con discapacidad en la persistencia de un modelo de cuidado familiar". *Revista Española de Geriatría y Gerontología,* 53(2), 2018.

**Zueras, P. y Rentería, E.:** "Trends in disease-free life expectancy at age 65 in Spain: Diverging patterns by sex, region and disease. *PloS one* 15. (11): e0240923, 2020.

**Sobre el derecho de las personas cuidadoras**

**Álvarez Cuesta, H.:** "Precariedad del trabajo retribuido de cuidados: origen y mecanismos de solución". Lex Social: *Revista De Derechos Sociales,* 11 (2), 2021. https://doi.org/10.46661/lexsocial.5961

**Ayala del Pino, C.:** "La importancia del cuidado: el cuidador informal, los empleados del servicio doméstico y cuidadores domésticos internos". *Anuario Jurídico y Económico Escurialense,* LIII, 2020.

**Benavente Torres, I.:** "Un aspecto jurídico especialmente problemático: la extinción de la relación laboral". *Lex Social: Revista De Derechos Sociales,* 9 (2), 2019. https://doi.org/10.46661/lexsocial.4215

**Cabeza Pereiro, J.:** "El trabajo doméstico en la normativa de la OIT". *Trabajo y Derecho,* Extra 9, 2019.

**Carrizosa Prieto, E. "Las medidas autonómicas de promoción y protección de los cuidadores informales". En González Ortega, S. y Carrero Domínguez, C. (Coords.),** El estatuto jurídico del cuidador de las personas en situación de dependencia. *Madrid, Ramón Areces, 2009.*

**CES:** *Informe 03/2020. El sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.* Madrid, Consejo Económico y Social, 2020.

**Correa Carrasco, M.:** "Los riesgos psicosociales en el trabajo doméstico y de cuidados". *Lex Social: Revista De Derechos Sociales,* 11(1), 2021. https://doi.org/10.46661/lexsocial.5493

**Cristóbal Roncero, R.:** "Capítulo II. Los cuidadores familiares y su visualización", en *Protección a la familia y Seguridad Social. Hacia un nuevo modelo de protección sociolaboral,* Asociación Española de Salud y Seguridad Social, Murcia, Laborum, 2018.

**Escudero Rodríguez, R.:** "Propuestas de reforma relativas al empleo en el sector de la dependencia". *Derecho de las relaciones laborales,* 3, 2018.

. **"La injustificable desconexión legal entre el trabajo de cuidados en el hogar familiar y la protección de la dependencia". En Molero Marañón, Mª L. (Dir.),** Dependencia (Long Term Care) y empleo en el Estado de Bienestar, *Cizur Menor (Navarra), Aranzadi, 2017.*

**Fernández Artiach, P. y García Testal, E.:** 2La prevención de riesgos en el trabajo doméstico y de cuidados en España: la necesidad de ratificar los Convenios 189 y 190 de la OIT". *Lex Social: Revista De Derechos Sociales,* 11(2), 2021. https://doi.org/10.46661/lexsocial.5964

**García Gil, Mª B.:** "Clasificación profesional y formación en el sector de la dependencia. Acreditación de centros". En Molero Marañón, Mª L. (Dir.), *Dependencia (Long Term Care) y empleo en el Estado de Bienestar,* Cizur Menor (Navarra), Aranzadi, 2017.

**García González, G.:** "Derechos sociales y empleados del hogar: reformas jurídicas inaplazables para la dignificación del trabajo doméstico en España". *Revista de Derecho Social,* 77, 2017.

**García Testal, E.:** "La extinción del contrato de trabajo de los trabajadores domésticos en España: un régimen jurídico injustificadamente diferenciado". Lex Social: Revista De Derechos Sociales, 9 (2), 2019. https://doi.org/10.46661/lexsocial.4216

**Grau Pineda, C.:** "El derecho a la formación y a la cualificación profesional en el empleo doméstico." *Lex Social: Revista de Derechos Sociales,* 11(1), 2021. https://doi.org/10.46661/lexsocial.5425

**Guamán Hernández, A.:** "Generación y calidad del empleo en el contexto de la ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia". En Roqueta Buj, R. (Coord.), *La situación de dependencia (Régimen jurídico aplicable tras el desarrollo estatal y autonómico de la Ley de Dependencia),* Valencia, Tirant lo Blanch, 2009.

**IMSERSO:** *Libro Blanco sobre atención a las personas en situación de dependencia en España.* Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005.

. Análisis explicativo de las estadísticas mensuales del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Situación a 30 de junio de 2021. https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/estsisaad_compl20210630.pdf

**López Insua, B.M.:** "Nadando entre dos aguas: salario decente versus economía irregular en el empleo al servicio del hogar familiar". *Nueva Revista Española de Derecho del Trabajo,* 231, 2020.

**Molero Marañón, Mª L.:** "Propuestas de reforma del sistema de atención a la dependencia". *Derecho de las relaciones laborales,* 3, 2018.

. **"Las trabajadoras del cuidado:** por un futuro de trabajo decente". *Revista de derecho social,* 89, 2020.

**Ordóñez Pascua, N.:** "La desigualdad marcada por el tratamiento dual del servicio de ayuda a domicilio en el marco normativo español". *Lex Social: Revista De Derechos Sociales,* 11(2), 2021. https://doi.org/10.46661/lexsocial.5966

**Oxfam Intermón:** *Esenciales y sin derechos o cómo implementar el Convenio 189 de la OIT para las trabajadoras del hogar,* 2021. https://cdn2.hubspot.net/hubfs/426027/Oxfam-Website/oi-informes/esenciales-sin-derechos-informe-completo.pdf

**Rodríguez Copé, M. L.:** "Empleo digno y de calidad: ¿utopía en el trabajo doméstico?". *Lex Social: Revista De Derechos Sociales,* 11(2), 2021. https://doi.org/10.46661/lexsocial.5977

**Rodríguez Escanciano, S.:** "Los cuidados a las personas mayores: aspectos organizativos, subjetivos y asistenciales de los denominados "servicios públicos de proximidad". *Lex Social: Revista De Derechos Sociales,* 11(2), 2021. https://doi.org/10.46661/lexsocial.5965

**Sanz Sáez, C.:** "Profesionalización efectiva del servicio doméstico. Un trabajo pendiente". *Lex Social: Revista De Derechos Sociales,* 9 (2), 2019. https://doi.org/10.46661/lexsocial.4217

**Selma Penalva, A.:** "La (des)protección social de los cuidadores no profesionales". *Revista Derecho Social y Empresa,* 10, 2019.

**UNI Global Union:** *Arriesgar sus vidas para ayudar a otros a sobrevivir: encuesta realizada a trabajadores y trabajadoras de residencias y cuidados en 37 países,* 2021.
https://sanidad.ccoo.es/bb1b2ed22e276df2e7dd4bfe9e6d20c2000058.pdf

**Villalba Sánchez, A.:** "Los derechos de los trabajadores con personas de edad avanzada a su cargo. Una aproximación al cuidado de las personas de edad avanzada desde el Derecho del Trabajo español". *Nueva Revista Española de Derecho del Trabajo,* 195, 2017.

## CAPÍTULO IV. LA DIMENSIÓN SUBJETIVA DEL CUIDADO

**Abellán, A., Pérez Díaz, J., Ayala, A., Pujol, R., y Sundström, G.:** "Dependencia y cuidados", *Informe España 2017,* Madrid, Universidad Pontificia Comillas, 2018.

**Aristegui, I., Beloki, U., Royo, R. y Silvestre, M.:** "Cuidado, valores y género: la distribución de roles familiares en el imaginario colectivo de la sociedad española". *Inguruak,* (65), 2019.

**Ayuso, L.:** "Las redes personales de apoyo en la viudedad en España." *REIS* 137, 2012.

**Bazo, M. T.:** "Dar y recibir: Análisis comparativo de las prácticas de intercambio entre generaciones, preferencias y valores en las familias españolas". *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado,* (45), 2002.

**Beck, U.:** *Risk society: Towards a New Modernity.* New York: Sage, 1992.

**Bengtson, V. L. y Roberts R. E.:** "Intergenerational solidarity in ageing families; An example of formal theory construction". *Journal of Marriage and the Family,* 53, 1991.

**Callejo, J., Del Val, C., Gutiérrez, J. y Viedma, A.:** *Introducción a las técnicas de investigación social.* Ramón Areces, 2009.

**Clignet, F., Houtjes, W., van Straten, A., Cuijpers, P., y van Meijel, B.:** "Unmet care needs, care provision and patient satisfaction in patients with a late life depression: A cross-sectional study". *Ageing & mental health,* 23(4), 2019.

**Duran, M. Á.:** *La riqueza invisible del cuidado.* Universitat de València, 2018.

**Fernández Alonso, M.:** "Social support networks in Spain: The factors that determine models of choice." *International Sociology,* 27, 2012.

**Fernández-Carro, C.:** "Ageing at home, co-residence or institutionalisation? Preferred care and residential arrangements of older adults in Spain". *Ageing and Society* 36 (3), 2016.

. "¿Hacia la «desfamiliarización» del cuidado predilecto? Un análisis del contexto español (1997-2009)". *REIS,* (164), 2018.

. *¿Qué espacios de vida y cuidados preferimos para afrontar la dependencia?* Espacio Debate y Reflexión. Observatorio Social La Caixa, 2019.

**Gaugler, J. E., Kane, R. L., Kane, R. A., y Newcomer, R.:** "Unmet care needs and key outcomes in dementia". *Journal of the American Geriatrics Society,* 53(12), 2005.

**Gomila, M.:** "Las relaciones intergeneracionales en el marco de la familia contemporánea: cambios y continuidades en transición hacia una nueva concepción de la familia". *Historia Contemporánea,* (31), 2011.

**Gruneir, A., Silver, M. J., y Rochon, P. A.:** "Emergency department use by older adults: a literature review on trends, appropriateness, and consequences of unmet health care needs". *Medical Care Research and Review,* 68(2), 2011.

**Herr, M., Arvieu, J., Aegerter, P., Robine, J. M., y Ankri, J.:** "Unmet health care needs of older people: prevalence and predictors in a French cross-sectional survey". *The European Journal of Public Health,* 24(5), 2014.

**Houben, P.:** "Changing Housing for Elderly People and Co-ordination Issues in Europe". *Housing Studies* 16(5), 2001.

**Hu, B., y Wang, J.:** "Unmet long□term care needs and depression: The double disadvantage of community□dwelling older people in rural China". Health & social care in the community, 27(1), 2019.

**Kalánková, D., Stolt, M., Scott, P., Papastavrou, E., Suhonen, R., y RANCARE COST:** Action CA15208. "Unmet care needs of older people: A scoping review". *Nursing ethics,* 28(2), 2021.

**López-Gómez, D. y Tirado F.:** "La Norma digital y la extitución. El caso de la Tele-Asistencia Domiciliaria". *Athenea Digital* 5, 2004.

**López-Doblas, J., Faus-Bertomeu, A., y Gómez-Redondo, R.:** "Redes familiares cuidando a personas mayores dependientes: influencia del empleo y del estado civil de los hijos y las hijas". *Revista Internacional de Sociología,* 79(1), e176-e176, 2021.

**Meil, G.:** *Solidaridad e Individualización Familiar.* vol. 32. Barcelona: Obra Social. Fundación La Caixa, 2011.

**Milligan, C., Roberts, C., y Mort, M.:** "Telecare and older people: who cares where?", *Social science & medicine,* 72(3), 2011.

**Minguela, M. y Camacho, J. A. "Cuidados mixtos y cuidados informales a los mayores dependientes ¿son complementarios o sustitutivos?:** una visión comparada entre los países del sur de Europa". Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria, (58), 2015.

**Moreno, S., Recio, C., Borrás, V., Torns, T.:** "Significados e imaginarios de los cuidados de larga duración en España. Una aproximación cualitativa desde los discursos de cuidadoras". *Papeles del CEIC,* vol. 2016/1, nº 145, 2016. http://dx.doi.org/10.1387/pceic.15195

**Oliva, J., Vilaplana, C., y Osuna, R.:** "El valor social de los cuidados informales provistos a personas mayores en situación de dependencia en España". *Gaceta Sanitaria,* 25, 2011.

**Phillips, J., Ajrouch y Hillcoat-Nallétamby S.:** *Key Concepts in Social Gerontology.* London: Sage, 2010.

**Sitzia, J. y Wood, N.:** "Patient satisfaction: a review of issues and concepts". *Social Science & Medicine,* 45(12), 1997.

**Spijker, J., y Zueras, P.:** "Old-age care provision in Spain in the context of a new system of long-term care and a lingering economic crisis". *Journal of Population Ageing,* 13(1), 2020.

**Valarino, I., Meil, G. y Rogero-García, J.:** "Family or state responsibility? Elderly- and childcare policy preferences in Spain". *International Journal of Sociology and Social Policy,* vol. 38 No. 11/12, 2018. https://doi.org/10.1108/IJSSP-06-2018-0086

**Vilaplana, C.:** "Dependencia y cuidados informales: un modelo de preferencias de ayudas a la dependencia". *Presupuesto y Gasto Público,* 56, 2009.

**Vitores, A.:** "From hospital to community: case management and the virtualization of institutions". *Athenea Digital* 1, 2002.

**Warren, C., McGraw, A. y Van Boven, L.:** "Values and preferences: Defining preference construction". *Wiley Interdisciplinary Reviews,* 2(2): 193-205, 2011.

**Wiles, J.:** "Conceptualizing place in the care of older people: the contributions of geographical gerontology". *Journal of clinical nursing,* 14, 2005.

**Zajonc, R.B.:** "Feeling and thinking—preferences need no inferences". *American Psychologist* 35:151–175, 1980.

**Zueras, P., Spijker, J., y Blanes, A.:** "Evolución del perfil de los cuidadores de personas de 65 y más años con discapacidad en la persistencia de un modelo de cuidado familiar". *Revista Española de Geriatría y Gerontología,* 53(2), 2018.

## CAPÍTULO V. DISCRIMINACIÓN Y ABUSO EN EL ÁMBITO DE LOS CUIDADOS

**Amnistía Internacional:** *Abandonadas a su suerte. La desprotección y discriminación de las personas mayores en residencias durante la pandemia Covid-19 en España,* Madrid, AI, 2020.

**CERMI:** El impacto de la pandemia del coronavirus en los derechos humanos de las personas con discapacidad en España, Colección Convención ONU, núm.26, Madrid, Cinca, 2020.

**Defensor del Pueblo:** *Actuaciones ante la pandemia de Covid-19,* Madrid, 2020. https://www.defensordelpueblo.es/informe-monografico/actuaciones-ante-la-pandemia-covid-19/

· **'Atención a las personas mayores. Centros residenciales', en** *Informes Anuales* (varios años). Por ejemplo:
2019: https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2020/05/Separata_personas_mayores_centros_residenciales.pdf
2018: https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2019/10/Las_personas_con_discapacidad_2018.pdf

**Fiscalía General del Estado:** *Memoria 2020.*
https://elforodeceuta.es/wp-content/uploads/MEMORIA-FISCALIA-GENERAL-DEL-ESTADO-2020.pdf

· *Manual de buenas prácticas del Ministerio Fiscal en la protección de las personas con discapacidad.* Madrid, Fundación Aequitas, 2011.
https://www.fiscal.es/-/manual-de-buenas-practicas-del-ministerio-fiscal-en-la-proteccion-a-las-personas-con-discapacidad

**HelpAge España:** *Informes.*
https://www.helpage.es/publicaciones-informes-y-estudios/

**ICAM:** *Efectos de la pandemia en protección jurídica de personas con discapacidad.* Webinar celebrada el 18 de marzo de 2021 (intervención de la Fiscal especial desde el min.12:25).
https://www.youtube.com/watch?v=zVjOZVO-nc0

**InfoLibre:** *Dossier residencias Covid-19.*
https://www.infolibre.es/suplementos/residencias_covid_19/residencias.html

**Aroca, J. y otros:** "La justicia pasa de largo de las residencias de ancianos", *La Vanguardia,* 3 de enero de 2021.
https://www.lavanguardia.com/politica/20210103/6162434/justicia-pasa-residencias-ancianos.html

**Mesa Estatal por los Derechos de las Personas Mayores:** *Segundo documento de propuestas ante la pandemia del coronavirus en defensa de los derechos de las personas mayores,* 2020.
https://www.fundacionpilares.org/noticias/200507-propuestas-mesa-mayores-php/

**Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030:** *Informe del Grupo de Trabajo Covid y Residencias,* 2020.
https://www.mscbs.gob.es/ssi/imserso/docs/GTCOVID_19_RESIDENCIAS.pdf

**Ministerio de Sanidad:** *Informe sobre los aspectos éticos en situaciones de pandemia: el SARS – Cov-2,* 2 de abril de 2020.
https://bit.ly/3kaplnU

**Presno Linera, M. Á.:** "¿Ha sido España país para viejos durante la emergencia sanitaria de COVID-19?", *IgualdadES,* 3, 2020.
https://doi.org/10.18042/cepc/IgdES.3.01

**Rico, M.:** Vergüenza. *El escándalo de las residencias,* Barcelona, Planeta, 2020.

**Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG):** *Recomendaciones de la sobre decisiones éticas e ingreso en UCI en situación de crisis Coniv-19,* 2020. https://bit.ly/3kwSB9C

## CAPÍTULO VI. LA ORGANIZACIÓN NORMATIVA DEL CUIDADO

**Comas-d'Argemir, D.:** 'Cuidados y derechos. El avance hacia la democratización de los cuidados', *Cuadernos de Antropología Social,* núm. 49, 2019.

**Comunidad de Madrid:** 'Guía de medidas frente a la infección por coronavirus en centros residenciales sociosanitarios de mayores de la Comunidad de Madrid de las Consejerías de Sanidad y Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad', 2021.
https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/servicios-sociales/protocolo_16_04_21.pdf

**Consejo Económico y social España:** *La aplicación de la Ley de Dependencia en España,* 2012.
http://www.ces.es/documents/10180/106107/preminves_Ley_Dependencia.pdf/549f96d7-6f84-4e09-836d-ee6b6e466b3f

**Del Pozo Rubio, R., Pardo García, I. y Escribano Sotos, F.:** 'El copago de dependencia en España a partir de la reforma estructural de 2012', *Gaceta Sanitaria,* vol. 31, núm. 1, 2017.

**Durán, M.Á.:** *La riqueza invisible del cuidado,* Universitat de València, 2018.

**Generalitat Valenciana:** *La atención a la dependencia en datos.*
https://inclusio.gva.es/documents/610662/164528266/Datos+mensuales/69ca0660-adb3-43b3-8d7e-588bc7139304

**Flaquer, Ll., Pfau-Effinger, B. y Artiaga, A.:** 'El trabajo familiar de cuidado en el marco del estado del bienestar', *Cuaderno de Relaciones Laborales,* vol. 32, núm. 1, 2014.

**Fuentes, F.V.:** 'La atención y coordinación sociosanitaria: hacia una nueva cultura del cuidado, *Enfermería Clínica,* vol. 30, núm. 5, 2020.

**Gobierno de España:** *España 2050, Fundamentos y propuestas para una Estrategia Nacional de Largo Plazo.*
https://www.lamoncloa.gob.es/presidente/actividades/Documents/2021/200521-Estrategia_Espana_2050.pdf

**IMSERSO:** *Información estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia,* Situación a 30 de abril de 2021.
https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/estsisaad20210430.pdf

**Instituto Nacional de Estadística:** *Encuesta Europea de Salud en España, 2020.*
https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/EncuestaEuropea2020/EESE2020_inf_evol_princip_result.pdf

**Jiménez-Martín, S. y Viola, A.:** 'Informe 2017 del Observatorio de Dependencia. Madrid, Fundación de Estudios de Economía Aplicada (FEDEA)', *Serie: Estudios sobre la Economía Española* n. 2017/22, 2017.

**Krüger, K., Jiménez Hernández, E.:** 'La ley de dependencia ¿Un cambio en el régimen de bienestar español? Familiarización versus profesionalización', *Scripta Nova: Revista electrónica de geografía y ciencias sociales,* núm. 17, 2013.

**Martínez, R.; Roldán, S. y Sastre, M.:** 'La atención a la dependencia en España. Evaluación del sistema actual y propuesta de implantación de un sistema basado en el derecho universal de atención suficiente por parte de los servicios públicos. Estudio de su viabilidad económica y de sus impactos económicos y sociales', *Papeles de Trabajo* 5/2018, Ministerio de Hacienda e Instituto de Estudios Fiscales, 2018.

**Martínez-Buján, R.:** 'Los modelos territoriales de organización social del cuidado a personas mayores en los hogares', *Revista Española de Investigaciones Sociológicas,* núm. 145, 2014.

**Muñoz González, Ó.:** 'El declive de la Ley de la Dependencia. Familismo implícito y oportunidad perdida en la profesionalización de los cuidados', *Encrucijadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales,* vol. 10, 2015.

**Observatorio de la Realidad Social:** *III Informe sobre la Dependencia en Navarra,* 2019. https://www.observatoriorealidadsocial.es/es/estudios/iii-informe-sobre-la-dependencia-en-navarra-2019/es-555570/

**Pinazo-Hernandis, S. y Sánchez, M.:** 'Cuidados y generaciones en el ámbito comunitario' *Corintios XIII,* 176, 2020.

**Rogero-García, J.:** 'Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de Dependencia', *Revista Española de Salud Pública,* 83, 2009.

**Serrano Pascual, A., Artiga, A. y M.C. Dávila:** 'Crisis de los cuidados, Ley de Dependencia y confusión semántica', *Revista Internacional de Sociología,* 71(3), 2013.
https://doi.org/10.3989/ris.2012.07.30

## CAPÍTULO VII. POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LOS CUIDADOS DE LAS PERSONAS MAYORES

**Adelantado, J.:** "Los servicios sociales y la cuarta pata (¿coja?) del estado del bienestar en España", *Mientras tanto,* núm.103, 2007.
https://ddd.uab.cat/pub/artpub/2007/175777/mietan_a2007n103p21iSPA.pdf

**Ayuntamiento de Barcelona:** *Una ciudad para todos los ciclos de la vida. 2018 – 2030.* Barcelona, 2018.
https://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/sites/default/files/arxius-documents/2018_estrategiaenvelliment_es_acc.pdf

**Arenas Viruez, M.:** "La cuestión competencial en materia de servicios sociales", *Temas Laborales,* núm. 133, 2016.

**Arias Martínez, Mª A.:** "Las competencias locales en materia de servicios sociales tras la aprobación de la Ley 27/2013, de 27 diciembre, de racionalización y sostenibilidad de la Administración local", *Revista de Administración Pública,* núm. 194, 2014.

**Camps, V.:** *Tiempo de cuidados. Otra forma de estar en el mundo.* Ed. Arpa, Barcelona, 2021.

**Comas D'Argemir, D.:** "Los cuidados de larga duración y el cuarto pilar del sistema de bienestar", *Revista de Antropología Social,* 2015.

**Comisión Europea:** *Informe sobre el impacto del cambio demográfico,* junio 2020. https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/new-push-european-democracy/impact-demographic-change-europe_es

**Consejo Económico y Social:** "El sistema de promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia", *Informe 3/2020,* Madrid, 2021.
http://www.ces.es/documents/10180/5226728/Inf0320.pdf

**Cuesta Lerín, C., Arrondo Segovia, M., San Román Ayala, I.:** *Diagnóstico del modelo cohousing en Euskadi,* Vitoria Gasteiz, Julio 2020.
https://www.euskadi.eus/contenidos/plan/ovv_cohousing/es_ovv_admi/adjuntos/Cohousing-en-Euskadi.pdf

**Durán, M.A.:** "El cuidado y sus políticas", en *¿Quién cuida? Aportaciones en torno a la organización social de los cuidados,* 2021.

**Fundación Pilares:** *Red de Buenas Prácticas* (relacionadas con el modelo de atención integral y centrada en la persona AICP, relacionadas con el envejecimiento, la discapacidad o la dependencia).
https://www.fundacionpilares.org/proyecto/red-de-buenas-practicas/

**Gobierno Vasco:** *Agenda Nagusi,* 2018.
www.agendanagusi.eus

**HelpAge España:** *Los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la Agenda 2030.*
https://www.helpage.es/los-objetivos-de-desarrollo-sostenible-y-la-agenda-2030/

**Instituto de Estudios Fiscales:** "La atención a la dependencia en España. Evaluación del sistema actual y propuesta de implantación de un sistema basado en el derecho universal de atención suficiente por parte de los servicios públicos. Estudio de su viabilidad económica y de sus impactos económicos y sociales", *Papeles de Trabajo* 5/2018, IEF, 2018.
https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7206009

**Martín Palomo, M.T.:** "El care, un debate abierto: De las políticas de tiempos al social care", *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia,* núm. 4, 2009.
https://e-archivo.uc3m.es/handle/10016/14992

**Naciones Unidas:** *Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento,* Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Madrid, España, 8-12 de abril de 2002. Nueva York, 2002.
https://www.un.org/development/desa/ageing/madrid-plan-ofaction-and-its-implementation.html

**Oficina Nacional de Prospectiva y Estrategia del Gobierno de España (coord):** *España 2050. Fundamentos y propuestas para una Estrategia nacional a largo plazo,* Madrid, Ministerio de la Presidencia, 2021.
https://www.lamoncloa.gob.es/presidente/actividades/Documents/2021/200521-Estrategia_Espana_2050.pdf

**Van Rompaey, E. y Pérez, I.:** *Cuidados, políticas públicas y cambio social. XIII Jornadas de Sociología.* Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2019.
"Hacía una sociedad que cuida", *Revista de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada,* núm.187, 2017.
*Estudio 4: COHOUSING: Modelo residencial colaborativo y capacitante para un envejecimiento feliz,* Fundación Pilares para la Autonomía.

## CAPÍTULO VIII. NECESIDAD DE UN NUEVO MODELO DE CUIDADOS

**Ayuntamiento de Barcelona:** *Una ciudad para todos los ciclos de la vida. 2018 – 2030,* Barcelona, 2018.
https://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/sites/default/files/arxius-documents/2018_estrategiaenvelliment_es_acc.pdf

**Ayuntamiento de Madrid:** *Madrid Ciudad de los Cuidados.*
https://madridsalud.es/que_es_mcc

**Bunting, M.:** *Labours of Love: The Crisis of Care,* Granta, 2020.

**Care Collective:** *The Care Manifesto. The Politics of Interdependence.* Verso, 2020.

**Delaunay, M.:** *Le fabuleux destin des baby-boomers.* Plon. 2019.

**Durán, M.A.:** ¿Quién cuida en la ciudad? Aportes para políticas urbanas de igualdad, Naciones Unidas, 2017, pp.91-116,
https://doi.org/10.18356/75715c25-es

**Engelhart, K.:** *The Inevitable: Dispatches on the Right to Die.* Atlantic Books, 2021.

**European Union:** *Health and Long-Term Care Workforce. Demographic challenges and the potential contribution of migration and digital technology.* Publications Office of the EU, 2021.
https://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/handle/JRC121698

**Fineman, M.A.:** *The Autonomy Myth: A Theory of Dependency.* New York Press, 2004.

**.** "The vulnerable subject and the responsive State". *Emory Law Journal,* 60 (2).

**Fraser, N.:** Contradictions of Capital and Care. *New Left Review,* 100, 2016.

**Fundación Pilares:** *Declaración en favor de un necesario cambio en el modelo de cuidados de larga duración de nuestro país.* https://www.fundacionpilares.org/noticias/200401-cambio-modelo-cuidados-php/

**Johnson, S.:** *Extra-Life. A Short History of Living Longer,* Riverhead Books, 2021.

**Kittay, E. F.:** *Love's Labour: Essays on Women, Equality and Dependency.* Routledge, 1999.

**Lagalisse, E.:** *Care work, capitalism and The Labour of Love.* LSE, 2019.

**Levi Montalcini, R.:** *El as en la manga: Los dones reservados a la vejez,* Crítica, 2017.

**Levinas, E.:** *Ethics and Infinity: Conversations with Philip Nemo.* Duquesne University Press, 1985.

**.** *Entre nous: On Thinking-of-the-other.* Columbia University Press, 1998.

**Mauger, G.:** *Âges et générations.* La Découverte, 2015.

**Ministerio Francés de Sanidad:** *Luchar contra la soledad, 2021.* https://solidarites-sante.gouv.fr/grands-dossiers/rompre-isolement-aines/

**OECD:** *Care Needed: Improving the Lives of People with Dementia,* OECD Health Policy Studies. Paris, 2018. https://doi.org/10.1787/9789264085107-en.

**PROSPECT Comunitat Valenciana 2030:** *La atención en residencias. Recomendaciones para avanzar hacia un cambio de modelo y una nueva estrategia de cuidados* (Informe elaborado por Sacramento Pinazo – Universitat de Valencia), 2020. https://prospectcv2030.com/wp-content/uploads/2020/05/Infome_residencias.pdf

**Riley, M.W. y Riley, J.W.:** Age integration and the lives of older people. *The Gerontologist,* 34 (1), 1994. https://doi.org/10.1093/geront/34.1.110

**Rico, N. y Segovia, O.:** "¿Quién cuida en la ciudad?", *Hacia ciudades cuidadoras,* Naciones Unidas, 2017. https://doi.org/10.18356/b048d251-es

**VVAA.:** "Ciudades para los cuidados", en *Crítica Urbana. Revista de Estudios Urbanos y Territoriales,* núm.17, marzo 2021. https://criticaurbana.com/wp-content/uploads/2021/03/CU17-nu%CC%81mero-completo.pdf

HelpAge España

las personas mayores cuentan

*Este informe trata sobre los cuidados desde la perspectiva de las personas mayores y desde un enfoque basado en derechos.*

*La crisis sanitaria ha mostrado que esos cuidados son una demanda social invisibilizada y no resuelta; un problema y reto político de envergadura considerable. Pero este reto se sitúa en un contexto social más amplio y generalizado: el del aumento de la longevidad y los cambios demográficos generados por ello.*

*Y es que cada vez va a ser más difícil ocultar, o al menos evitar comprender, la evidente realidad de una sociedad de 'vidas extendidas', con un porcentaje creciente de personas mayores.*

*Una realidad que podemos calificar como revolucionaria, que tiene una enorme trascendencia para toda la sociedad y que exige un giro copernicano (político, económico, cultural) en el modo como ha de configurarse el modelo de cuidados y el mismo modelo de sociedad.*

*Este Informe trata precisamente de eso, del significado de los cuidados, de su realidad actual en España y de sus perspectivas de futuro.*

Instituto de Derechos Humanos
VNIVERSITAT DE VALÈNCIA

*Financiado por*

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES Y AGENDA 2030
APOYO AL TERCER SECTOR DE ACCIÓN SOCIAL CON CARGO AL 0,7 DEL IMPUESTO DE SOCIEDADES